



**«МЕНЕДЖМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В XXI ВЕКЕ: ОРГАНИЗАЦИЯ,
ПРАВО, ЭКОНОМИКА, ОБРАЗОВАНИЕ»**

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
II Международного Форума**

**20 марта
Новосибирск, 2015 год**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»



**МАТЕРИАЛЫ
МЕЖДУНАРОДНОГО ФОРУМА
МЕНЕДЖМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В XXI ВЕКЕ:
ОРГАНИЗАЦИЯ, ПРАВО, ЭКОНОМИКА,
ОБРАЗОВАНИЕ**

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

НОВОСИБИРСК
2015

УДК 61 "312":614.2:340.6:65
ББК 5 "312":51.1:67:65:74
М502

Редакционная коллегия:

доц. *Т. А. Аверьянова* (Новосибирск), проф. *И. П. Артюхов* (Красноярск),
проф. *В.В. Захаренков* (Новокузнецк),
к.м.н. *О. И. Ивановский* (Новосибирск),
проф. *А.В. Калинин* (Новосибирск),
проф. *Н.А. Капитоненко* (Хабаровск),
проф. *В.Б. Колядо* (Барнаул), проф. *И.О. Маринкин* (Новосибирск),
проф. *М.А. Садовой* (Новосибирск),
акад. РАН, проф. *В.И. Стародубов* (Москва),
д.м.н. *В.М. Чернышев* (ответ. ред., Новосибирск),
к.м.н. *Л.С. Шалыгина* (Новосибирск)

Менеджмент здравоохранения в XXI веке: организация, право, экономика, образование: Материалы международного форума / под общей редакцией: И. О. Маринкина, М. А. Садовой. – Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2015. — 458 с.

ISBN 978-5-85979-288-7

В сборнике представлены материалы международного Форума, посвященного актуальнейшим проблемам современного здравоохранения – организации, праву, экономике и образованию. Они касаются как теоретических, так и практических аспектов функционирования здравоохранения России в современных условиях.

В сборник включены работы из Монголии, республик Беларусь, Казахстан и 14 городов России: Барнаул, Волгоград, Кемерово, Красноярск, Курск, Москва, Новокузнецк, Новосибирск, Омск, Пермь, Рязань, Санкт-Петербург, Уфа, Хабаровск.

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

Работы опубликованы в авторской редакции

УДК 61 "312":614.2:340.6:65
ББК 5 "312":51.1:67:65:74

*80-летнему юбилею
Новосибирского государственного
медицинского университета;*

*80-летнему юбилею
кафедры общественного здоровья и
здравоохранения факультета менеджмента;*

*20-летнему юбилею
кафедры организации здравоохранения и
общественного здоровья ФПК и ППВ*

посвящается





Уважаемые коллеги!

Второй международный Форум «Менеджмент здравоохранения в XXI веке: организация, право, экономика, образование» проводится в непростое время для нашей страны и отечественного здравоохранения. Актуальной остается задача повышения качества управления в сфере охраны здоро-

вья граждан. Формируется национальная система здравоохранения, окончательно определяется ее стратегия развития до 2030 года.

В свете обозначенных вызовов современности диалог, обсуждение, прогнозирование и развитие научных коммуникаций становятся важной составляющей организационной и управленческой деятельности как Министерства здравоохранения Российской Федерации, так и региональных органов власти, руководителей медицинских и фармацевтических организаций, медицинских колледжей и высших образовательных организаций.

Неслучайно Форум имеет международное значение, ведь в настоящее время любая угроза здоровью населения становится серьезным риском для всего мира и планеты в целом. Поэтому организация и управление национальными системами здравоохранения, их стабильная работа по предоставлению всех видов медицинской помощи становится чрезвычайно важной задачей, требующей мобилизации всех усилий для ее разрешения.

Уже стало традицией проведение международного Форума под патронажем Министерства здравоохранения Новосибирской области на инновационных площадках Новосибирского государственного медицинского университета, Новосибирского НИИТО им. Я.Л. Цивьяна, Инновационного медико-технологического центра (Медицинский технопарк, Новосибирск) совместно с Межрегиональной ассоциацией экономического взаимодействия субъектов Российской Федерации «Сибирское соглашение» и Ново-

сибирской областной ассоциацией врачей. Сегодня Форум объединяет семь научных творческих площадок, на которых исследовательским и профессиональным опытом поделятся руководители всех уровней системы здравоохранения, а так же профессорско-преподавательский состав, который участвует в подготовке медицинских, фармацевтических и менеджерских кадров для отечественной медицины. Особо радует то, что в одном из научных симпозиумов принимают активное участие обучающиеся, ординаторы и интерны медицинского университета.

Форум проводится в преддверии знаменательных дат для Новосибирского государственного медицинского университета: 80-летия НГМУ, 80-летия кафедры общественного здоровья и здравоохранения факультета менеджмента и 20-летия кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПК и ППВ. Верю, что участники Форума разделяют вместе с нами чувства уважения и гордости за Российское здравоохранение.

От имени организационного комитета Форума желаю всем участникам симпозиумов интересной креативной работы, здоровья и творческой реализации.

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



И.О. Маринкин

ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Т.А. Аверьянова, М.А. Жайворон
**ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. Организация деятельности медицинских учреждений оказывает огромное влияние на жизнь общества в целом. Путем контент-анализа проанализированы некоторые аспекты организационной деятельности, модернизационных процессов, а также рассмотрены инновационные решения в системе организации деятельности медицинских учреждений.

T.Averyanova, M.Zhayvoron
**HEALTHCARE ORGANIZATIONS MANAGEMENT
OUTLINES**

Novosibirsk state medical university

Abstract. Healthcare organizations management strongly influences the society at large. Using the content analysis method, some aspects of organizational and modernization activities, as well as innovative solutions in healthcare organizations management are being considered herein after.

В настоящее время развитие российского здравоохранения ориентируется на эффективную деятельность медицинских организаций. Для изучения данного вопроса проанализированы общие подходы к деятельности организаций, занимающихся оказанием медицинских услуг. Рассмотрим несколько

подходов по вопросу организации деятельности медицинских учреждений.

Во-первых, в аналитическом докладе «Социальная политика и социальные реформы глазами россиян» (Институт социологии РАН, 2007) рассматриваются запросы россиян по совершенствованию деятельности сферы здравоохранения. Необходимо изучать, какой они видят оптимальную организацию системы здравоохранения. Вывод: управление системой здравоохранения должно вестись с учетом запросов потребителей.

Во-вторых, в работах авторов Чернышева В.М. и Гендлина А.Ю. отмечается то, что деятельность медицинских организаций, их руководителей должна быть организована на новом уровне, с внедрением служб, которые занимаются вопросами организации кадрового менеджмента, эффективного труда медицинских работников. Вывод: основной целью в управлении здравоохранением является внедрение новых элементов модернизации и координация организационного поведения медицинских организаций; и улучшение их внутреннего состояния.

В-третьих, ученый П. Друкер в своей статье «Задачи менеджмента в XXI» веке обращает внимание на инновационную систему НМО (Health Maintenance Organization), предоставляющую медицинские услуги, в рамках сети по региональному признаку. При этом медицинские услуги полностью покрываются медицинской страховкой пациента. Параллельно существуют «независимые» врачи, услуги которых страховкой не покрываются, а в полном объеме оплачиваются лично пациентом. Также же есть бесплатная система РСР (Prime Care Physician) (опыт США). Вывод: на рынке медицинских услуг присутствуют все сектора рынка, платная и бесплатная медицинская помощь

В-четвертых, на фоне модернизации системы организации здравоохранения появляются такие сервисы как: платформа MEDESK (позволяет быстро и эффективно наладить работу клиники: организовать регистратуру, прием и учет пациентов, вести электронные медицинские карты, расписание врачей, получать удобную аналитику и отчетность); Вывод: внедрение организационно-управленческих инструментов и механизма универсальных электронных карт, позволяет существенно ограничить оппортунизм и асимметрию информации, сократить коррупционные издержки и повысить эффективность работы медицинских учреждений.

Таким образом, в исследовании рассмотрены подходы к организации современного здравоохранения с учетом ориентации на медицинскую организацию.

Т.А. Аверьянова
**ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА УПРАВЛЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ КАК ПРИОРИТЕТНАЯ ЗАДАЧА
2015 – 2016 ГГ.**

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. В условиях модернизации и формирования национальной системы здравоохранения России меняются подходы к образованию менеджеров здравоохранения. Данные изменения, как определила на Гайдаровском форуме (14.01.2015г., г. Москва) Министр здравоохранения В.И. Скворцова, связаны с существенным изменением многих процессов деятельности в сфере охраны здоровья граждан.

Т.А. Averyanova
**IMPROVEMENT OF QUALITY OF MANAGEMENT OF HEALTH
CARE AS PRIORITY PROBLEM OF 2015 - 2016**

Novosibirsk state medical university

Abstract. In the conditions of modernization and formation of national health system of Russia approaches to education of managers of health care change. These changes as defined on the Gaidar forum (14.01.2015g., Moscow) the Minister of Health V. I. Skvortsova, are connected with essential change of many processes of activity in the sphere of protection of public health.

В своем выступлении Министр отметила то, что в настоящее время проведенный в Министерстве анализ выявил необходимость: «Существенно поднять качество и квалификацию управленцев». Сообщила о том, что в соответствии с «дорожной картой» в ближайшее время более 3,5 тысяч управленцев пройдут обучение по экономическим и менеджерским блокам, с защитой дипломной работы на примере конкретной медицинской организации.

В прошедшем году Министерством по данному направлению была проведена значительная работа: сформировано единое сообщество управленцев здравоохранения, проведены важные тематические мероприятия, разработан проект профессионального стандарта менеджера здравоохранения, который сейчас проходит общественное обсуждение. На 2015 – 2016 гг. определены задачи кадрового обеспечения менеджерами, обозначены рабочие сферы, где будут востребованы менеджеры здравоохранения. Введение менеджерской деятельности в здравоохранении планируется в финансово-экономическом блоке управления; в сфере лекарственного обеспечения и обеспечения медицинскими изделиями. Так же будут востребованы менеджеры по качеству оказания медицинской помощи.

В настоящее время началась реализация программы в формате переподготовки главных врачей и их заместителей, отвечающих за качество медицинской помощи, целью которой является обеспечение внедрения новых технологий в области менеджмента качества. Что связано с внедрением в России и регионах единой электронной медицинской карты и формированием электронного бенчмаркинга на основе скрытых критериев качества, процессных и временных, которые формируются для каждой группы заболеваний.

Потребность в подготовке и переподготовке менеджеров для здравоохранения еще обоснована тем, что за период с 2012 по 2014 гг. в России в три раза увеличилось число частных организаций, работающих в регламенте программ государственных гарантий (рост данных организаций за последние три года составил от 7 до 21 процента). Прогноз Министерства здравоохранения по развитию этого тренда показывает то, что роль государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения будет возрастать, следовательно, будет расти потребность в менеджерах и руководителях, обладающих управленческими компетенциями, умением качественно администрировать деятельность.

Отсутствие достаточного уровня управленческой компетентности значительно затрудняет адаптацию руководителей и персонала медицинской организации к новым условиям деятельности и повышает риски некачественного предоставления медицинской помощи или в не полном объеме. В постоянно меняющейся внешней среде медицинская организация, ее персонал могут успешно и конкурентоспособно работать только при условии высокого уровня управленческой компетенции руководителя, умеющего принимать грамотные управленческие решения.

В настоящее время управленческие компетенции руководителя в здравоохранении могут быть сформированы в условиях непрерывного, постоянного образования. Для полноты осознания отметим то, что понятие компетенция включает не только образовательный, интеллектуальный уровень обучающегося, но и адаптивные характеристики руководителя, подтверждающие его умения превратить знания и навыки в эффективную профессиональную и управленческую деятельность. Кроме того, при формировании управленческих компетенций так же важно формирование целостной личности, ее духовности, творческой и эмоциональной индивидуальности.

Следует отметить то, что заявленный выше тезис не является теоретическим рассуждением. Современные условия системного реформирования здравоохранения, рост неопределенности ситуации хозяйствования формируют в медицинских организациях необходимость выработки новых форм поведения управленцев. Появление новых управленческих задач, постоянно изменяющихся и усложняющихся, требуют от руководителя не только развития управленческих компетенций, но и формирование новых личностных качеств.

Сегодня перед медицинскими вузами, факультетами, на которых ведется подготовка по направлению «Менеджмент» или переподготовка руководителей для здравоохранения, стоит важная задача достижения высокого качества образовательных услуг, направленных на формирование управленческих компетенций в формате среднего, высшего и постдипломного образования. Особое внимание требует разработка компетентностной модели менеджера, руководителя здравоохранения. Ее формирование обусловлено требованиями федеральных государственных образовательных стандартов, рамками образовательных программ вузов или иных образовательных организаций.

Предлагается ознакомиться с интегрированной моделью управленческой компетенции руководителя, которая разработана на основе отечественного и зарубежного опыта (см. таблицу 1). Изучая и анализируя существующие модели компетенций, обсуждая их в среде профессионального медицинского сообщества и профессорско-преподавательских составов высшей школы, можно найти ответ на вопрос - какими компетенциями сегодня должен обладать выпускник медицинского вуза, обучавшийся по направлению подготовки «Менеджмент» на уровне бакалавриата, магистратуры или в рамках программ повышения квалификации. Можно выявить то, насколько качество подготовки и компетентностный уровень выпускника соответствует ожиданиям работодателя, определить то, насколько наш выпускник востребован на рынке труда, есть ли для него рабочие места, должности в штатном расписании больницы (стационаре), поликлинике, ЦРБ.

В настоящее время необходимо формировать подходы к организации и проведению аккредитации образовательных программ ВО; к общественной аккредитации выпускников, к координации взаимодействия на уровне профессионально-образовательного пространства регионов и Российской Федерации в целом.

Таблица 1

Интегрированная модель управленческой компетенции руководителей, сформированная на основе отечественного и зарубежного опыта

№ п/п	Интегрированная управленческая компетенция	Характерные знания, умения, владения; поведенческие характеристики, формирующие компетентность
1	Умение управлять организационными изменениями	<ul style="list-style-type: none"> - знать состояние внешней среды медицинской организации; - знать инновации в управлении и технологиях в сфере деятельности; - уметь прогнозировать будущее; - уметь анализировать эластичность спроса, реагировать на изменения рыночной конъюнктуры;

		<ul style="list-style-type: none"> - уметь мотивировать людей к созидательной деятельности и изменениям; - уметь мотивировать потребителей; - владеть приемами и навыками творческого мышления; - владеть приемами и навыками стратегического мышления; - владеть навыками непрерывного образования; - проявлять гибкость; - проявлять лояльность к изменениям.
2	Умение руководить персоналом	<ul style="list-style-type: none"> - знать культурологические, этикообразующие факторы деятельности; - знать основы конфликтологии; - уметь управлять конфликтами; - владеть методами убеждения; - владеть навыками формирования команды и работы в ней; - владеть методами мотивирования персонала; - владеть навыками культуры речи; - быть честным.
3	Умение управлять ресурсами	<ul style="list-style-type: none"> - знать виды ресурсов деятельности медицинской организации; - знать основы процессного управления; - знать основы бюджетирования; - знать основы управленческого учета; - уметь формировать ресурсные потоки по процессам; - уметь управлять финансовыми ресурсами; - уметь управлять человеческими ресурсами; - владеть приемами и навыками анализа и планирования ресурсов. - быть бережливым.
4	Умение коммуницировать и создавать коалиции	<ul style="list-style-type: none"> - знать политические факторы; - знать основы деловой коммуникации; - уметь вести переговоры; - уметь создавать союзы, коалиции; - уметь развивать партнерские взаимодействия; - уметь слушать и вступать в диалог; - владеть навыками устной коммуникации; - владеть навыками письменной коммуникации; - владеть навыками межличностного общения; - проявлять оптимистичность; - проявлять лидерские качества.
5	Умение достигать результаты	<ul style="list-style-type: none"> - знать цель при стремлении к достижению; - уметь выявлять, структурировать и решать приоритетно проблемы; - уметь ориентироваться на потребителя; - владеть навыками администрирования; - проявлять ответственность; - проявлять предприимчивость; - проявлять решительность.

В заключении отметим то, что важнейшими задачами остаются: задача формирования управленческой компетенции и задача распределения ответственности за ее формирование в зависимости от уровней подготовки. Необходимо определиться с тем, какие компетенции должны формироваться в среде СО; ВО и на уровне переподготовки управленческих кадров. Решение к данным задачам можно найти только с помощью серьезного диалога, интегрируя усилия органов власти, работодателей, медицинских, экономических и других образовательных организаций.

Сегодня можно претендовать на решение задачи повышения качества управления в здравоохранении, только при осуществлении качественной подготовки высококвалифицированного, компетентного организатора, экономиста, менеджера, руководителя медицинской организации.

И.П. Артюхов, Е.В. Таптыгина
**ОТ МАССОВОЙ СЕРТИФИКАЦИИ К ИНДИВИДУАЛЬНОЙ
АККРЕДИТАЦИИ**

*Красноярский государственный медицинский университет имени
проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого*

Аннотация. Система высшего медицинского образования активно совершенствуется. В высшем образовании внедрены федеральные государственные стандарты третьего поколения, обновляются программы послевузовского обучения по всем медицинским направлениям, параллельно идет подготовка к процессу аккредитации медицинских кадров с 2016 года.

I. P. Artyukhov, E. V. Tapygina
**FROM THE MASS OF CERTIFICATION FOR INDIVIDUAL
ACCREDITATION**

*Krasnoyarsk state medical University named after professor
C. F. Voyno-Yasenetsky*

Abstract. The System of higher medical education is actively being improved. In higher education introduced the Federal state standards of the third generation, updated programs of post-graduate studies in all medical fields, in parallel, the preparation for the accreditation process of medical personnel from 2016 year.

На сегодня для осуществления профессиональной деятельности все медицинские работники должны иметь сертификат специалиста.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 22.10.2014) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 69 с 1 января 2016 г. право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации будут иметь лица, получившие медицинское образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

Аккредитация специалиста – это процедура определения соответствия готовности конкретного человека к осуществлению медицинской деятельности по определённой медицинской специальности в соответствии с профессиональным стандартом.

Аккредитация специалиста предполагает:

- оценку образовательной профессиональной активности специалиста за 5 летний период (портфолио достижений – участие в конференциях, публикации, доклады и т.д.)
- оценку профессиональных знаний (по результатам тестирования);
- оценка профессиональных компетенций, в том числе практических навыков в условиях симуляционных центров.

В 2013 году в Красноярском государственном медицинском университете имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого (далее – КрасГМУ) была создана кафедра – центр симуляционных технологий (ЦСТ). На базе ЦСТ проводится обучение профессорско-преподавательского состава, интернов, ординаторов, врачей – курсантов Института последипломного образования; в 2014 году прошел II этап государственной итоговой аттестации (контроль выполнения практических навыков) выпускников медицинских факультетов, экзамены после прохождения летней производственной практики после 3, 4, 5 курсов.

Основной задачей Министерства здравоохранения РФ в 2015 г. станет формирование окружных центров аккредитации, основной задачей которых будет проведение объективной независимой аттестации медицинских и фармацевтических работников (не реже 1 раз в 5 лет). В Красноярском крае, где количество врачей только по одной специальности около 11700 человек и более 600 выпускников медицинских факультетов (педиатрического и лечебного), есть потребность в создании аккредитационного центра. Удобная региональная транспортная инфраструктура и территориальное распределение медицинских организаций в Красноярском крае является еще одним обоснованием целесообразности формирования аккредитационного центра в г. Красноярске на базе КрасГМУ.

Приоритетом КрасГМУ является практическая подготовка на всех этапах обучения студентов, образования специалистов.

Новая система в полной мере позволит оценить уровень профессиональной готовности медицинских специалистов к выполнению профессиональных обязанностей, что позволит улучшить качество оказания медицинской помощи.

И.П. Артюхов¹, А.В. Шульмин¹, Е.А. Добрецова¹,
О.В. Воронюк², Ю.В. Бургарт³
**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ДЕФИЦИТ КАДРОВ ИЛИ
КОМПЕТЕНЦИЙ?**

¹ *Красноярский государственный медицинский университет им.
проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого*

² *КГБУЗ «Красноярский краевой Центр профилактики и борьбы со
СПИД»*

³ *КГБУЗ «Дивногорская межрайонная больница»*

Аннотация. Сложившаяся система определения дефицита кадров в системе здравоохранения требует преобразования в части совершенствования набора индикаторов. Наряду с традиционными показателями обеспеченности и укомплектованности медицинских кадров, необходима организация учета примененных компетенций с учетом своевременности и качества их оказания. Разработанная авторская анкета направлена на изучение данной проблемы с целью выявления факторов для принятия управленческих решений по разработке стратегии и тактики по решению проблемы дефицита медицинских кадров.

I.P. Artyukhov¹, A.V. Shulmin¹, E.A. Dobretsova¹, O. V. Voronyuk²,
Yu.V. Burgart³

HEALTH CARE: SHORTAGE OF STAFF OR COMPETENCES?

¹ *Krasnoyarsk state medical university named after prof.
V. F. Voyno-Yasenetsky*

² *KGBUZ “Krasnoyarsk Regional Center of AIDS Prevention and
Fight”*

³ *KGBUZ “Divnogorsk Inter-district Hospital”*

Abstract. The developed system of staff shortage definition in health care system requires changes in a field of indicator set improvement. Organization of the account of applied competencies considering the timeliness and quality of their provision is required along with the traditional indicators of provision and staffing of medical personal. The developed author's questionnaire is directed on study of the given problem for the purpose of identification of factors for adoption of administrative decisions on development of strategy and tactics on a solution of medical staff shortage problem.

Сложившаяся система определения дефицита кадров в системе здравоохранения требует преобразования в части совершенствования набора индикаторов. В частности, наряду с традиционными показателями обеспеченности и укомплектованности необходима организация учета примененных

компетенций с учетом своевременности и качества их оказания. В настоящий момент времени существует значительный по объему рынок медицинских услуг, в том числе оказываемых за рамками лицензируемой деятельности. Изучение данного направления будет способствовать с одной стороны выявлению резерва контролируемого распространения медицинских компетенций среди населения, социальных работников, (школы здоровья), с другой стороны – устранение деятельности, несущей риски потребителям медицинских услуг (самолечение, целители, знахари, экстрасенсы).

На сегодняшний день, по данным анализа литературы, самолечением занимаются до 50% населения, от 40% до 50% предпочитают самодиагностику с помощью интернета [Кубзина Е.Р., 2014]. При этом каждый десятый опрошенный признался, что результатом самолечения стало ухудшение, а не улучшение состояния, что несет дополнительные риски [Умерова А.Р., Каштанова О.А., Новосельцева Т.В., 2010].

Имеются позитивные данные о возможностях совершенствования самоконтроля среди хронических больных, и переносе ряда компетенций с врачебного персонала на средний медицинский персонал, а со среднего на вспомогательный персонал. Специалистам сестринского дела принадлежит важная роль в обеспечении доступности и качества предоставляемых населению медицинских услуг. Кроме того, сестринское дело располагает кадровыми ресурсами и реальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной и приемлемой медицинской помощи [Андрева И.Л., 2009; Камынина Н.Н., 2011; Глубоковская Е.Е., 2013]

В настоящий момент нами разработана авторская анкета, направленная на изучение данной проблемы с целью выявления факторов для принятия управленческих решений по разработке стратегии и тактики по решению проблемы дефицита медицинских кадров.

Анкета включает в себя несколько блоков: паспортную часть, вопросы, касающиеся тактики поведения при возникновении какого-либо заболевания, вопросы о необходимости дополнительной информации при различных заболеваниях, блок вопросов посвящен наличию либо отсутствию вредных привычек.

В результате исследования ожидается получить набор управляемых факторов для контролируемого распространения компетенций среди населения и немедицинских работников и снизить риски для потребителей медицинских услуг в рамках нелегализованной деятельности.

Р.Р. Аубакиров
**УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

АО «Медицинский университет Астана» (Казахстан)

Аннотация. Управление здравоохранением тесно связано с экономикой страны в целом. В свою очередь, здравоохранение влияет на развитие экономики национального хозяйства через сохранение здоровья населения (снижение смертности, заболеваемости и инвалидности, увеличение средней продолжительности жизни).

R.R. Aubakirov
**DEPARTMENT OF THE HEALTHCARE OF THE REPUBLIC OF
KAZAKHSTAN ON THE CURRENT STAGE**
JSC “Astana Medical University” (Kazakhstan)

Abstract. Health care economics is closely related to the country’s economics in general. In its turn, health care influences the development of national economy through the preservation of public health (reduction in mortality, morbidity and disability, increase in average life expectancy).

Общая цель экономики и организации здравоохранения — это изучение экономических и организационных отношений, объективно складывающихся между людьми и возникающих в процессе осуществления медицинской профессиональной деятельности.

Ознакомимся со структурой предоставления медицинской помощи населению и механизмами ее финансирования и регулирования. В республике Казахстан функции административного оказания медицинской помощи и управления стационарными и амбулаторными организациями выполняют органы управления здравоохранением, включая 14 областных, а также управление г. Астаны и г. Алматы. Оставшиеся от советских времен ведомственные системы здравоохранения, управление которыми осуществляют соответствующие министерства и правительственные организации, по-прежнему функционируют.

Основным законодательным документом, регулирующим структуру, финансирование и обеспечение медицинских услуг, является Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения».

В целях реализации Указа Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года № 922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года» было постановление об утверждении государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «СаламаттыҚазақстан» на 2011-2015 годы.

Цель программы: Улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны.

Задача программы: Усиление межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия; развитие и совершенствование Единой национальной системы здравоохранения; совершенствование медицинского и фармацевтического образования, развитие медицинской науки и фармацевтической деятельности.

На реализацию Программы в 2011 - 2015 годах будут дополнительно направлены средства республиканского и местных бюджетов, а также другие средства, не запрещенные законодательством Республики Казахстан.

Объем финансирования Программы на 2011 - 2015 годы будет уточняться при утверждении республиканского и местных бюджетов на соответствующие финансовые годы в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Рациональное распределение направленных средств на реализацию данной программы покажет эффективность и приведет к достижению поставленных целей.

Экономика в государственном секторе здравоохранения должна представлять собой технологии эффективного в экономическом и социальном плане распределения средств и преследовать следующие цели:

- обосновывать высокую целесообразность бюджетных инвестиций в различные сферы деятельности здравоохранения,
- адекватно планировать распределение бюджетных средств,
- анализировать эффективность вложения на основе показателей здоровья и рентабельности,
- изучать и внедрять новые формы привлечения и использования инвестиций,
- постоянно мониторить и контролировать со стороны государства целевое расходование средств.

Таким образом, национальная система здравоохранения республики Казахстан строится на организационном и регулирующем принципах, с широким применением

Г.А. Афанасьева, О.С. Барковская
**СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ГБ МСЭ по Новосибирской области Минтруда России

Аннотация. Анализ показателей первичной инвалидности вследствие болезней органов кровообращения в Новосибирской области за период с 2013-2014гг. показал, что среди взрослого населения в структуре инвалид-

ности преобладали лица пенсионного возраста, инвалиды 3 группы, в основном – инвалиды вследствие цереброваскулярной болезни

G. A. Afanasyeva, O. S. Barkovsky
**THE STRUCTURE OF PRIMARY DISABILITY DUE TO
DISEASES OF THE CIRCULATORY SYSTEM AMONG THE
ADULT POPULATION OF THE NOVOSIBIRSK REGION**

GB ITU Novosibirsk region Ministry of labour of Russia

Abstract. An analysis of indices of the primary disability in consequence of diseases of the blood circulation system in the Novosibirsk region in dynamics for 2013-2014 years has shown the level of disability the predominance of the pensionable age persons in the structure of disability, of disabled persons of the III groups, mainly of disabled persons due to cerebrovascular diseases.

Цель данного исследования - изучение показателей первичной инвалидности вследствие заболеваний системы кровообращения у взрослого населения Новосибирской области.

Материалы и методы. В статье использованы официальные статистические данные Главного бюро медико-социальной экспертизы по Новосибирской области за 2013-2014 гг. Расчет интенсивного показателя первичной инвалидности на 10 тыс. населения производился с использованием статистических данных численности населения Новосибирской области, по годам. Были рассмотрены две группы: лица трудоспособного и пенсионного возраста.

Впервые признанны инвалидами вследствие заболеваний системы кровообращения в 2013г. 3552 человек и 3662 в 2014г. Динамика показателя первичной инвалидности вследствие заболеваний системы кровообращения в расчете на 10 тыс. взрослого населения в 2014г. была незначительной (+0,1).

Анализ структуры первичной инвалидности по районам проживания за 2013 – 2014гг. показал, что доля ВПИ вследствие болезней системы кровообращения среди городских жителей превышает таковое в сельской местности, из-за преобладания городского населения над сельским. В процентном соотношении на городское население приходилось 78,6 – 78,5%, на сельское 21,4 – 21,5% соответственно. Уровень первичной инвалидности вследствие заболеваний системы кровообращения соответственно по годам составлял среди городских жителей 15,9 – 16, сельских жителей 16,1 – 16,4 на 10 тыс. населения, то есть уровень инвалидизации в городе ниже, по сравнению с сельской местностью.

При росте населения области в 2013-14 гг. доли лиц трудоспособного и пенсионного возраста остаются неизменными и составляют 71,9% и 28,1% соответственно. Изучение распределения впервые признанных инвалидами вследствие болезней системы кровообращения по возрасту показало, что показатель инвалидов трудоспособного возраста в динамике за два

года снизился с 38,5% до 35,4% (с 1368 в 2013г. до 1298 человек в 2014г.), тогда как показатель ВПИ лиц пенсионного возраста увеличился с 61,5% до 65,5% (от 2184 в 2013 г. до 2364 человек в 2014 г.). В то время как уровень ВПИ вследствие заболеваний системы кровообращения по годам существенно не изменился и составил среди лиц трудоспособного возраста 8,5 – 7,9 на 10 тыс. населения, а среди лиц пенсионного возраста – 35 и 37 на 10 тыс. населения.

В классе болезней системы кровообращения по-прежнему основными инвалидирующими заболеваниями являются: цереброваскулярная болезнь с уровнем инвалидности 6,2 – 6,8 на 10 тыс. взрослого населения, ишемическая болезнь сердца с уровнем инвалидности 5,4 – 4,98 на 10 тыс. взрослого населения. В 2014г. относительно 2013г. отмечается рост инвалидизации вследствие цереброваскулярных болезней на 3,5%.

При анализе возрастной структуры первичной инвалидности выявлено, что наибольший удельный вес впервые признанных инвалидами вследствие болезней органов кровообращения по Новосибирской области приходится на группу лиц пенсионного возраста. На их долю приходилось от 55% до 68%. Превазирование пациентов данной группы связано с более высокой распространенностью хронических нарушений мозгового кровообращения у лиц пенсионного возраста, а также, возможно, со снижением компенсаторных способностей нервной системы у лиц пенсионного возраста вследствие наличия атеросклероза, сахарного диабета и другой патологии. Удельный вес лиц трудоспособного возраста среди больных, впервые признанных инвалидами вследствие болезней органов кровообращения, варьировал от 32% до 45%, причем отмечается значительный рост инвалидизации в результате хронической ревматической болезни сердца и составил 9%.

За период 2013 – 2014гг. в структуре ВПИ вследствие болезней органов кровообращения с учетом нозологической формы и группы инвалидности без существенных изменений. Контингент ВПИ по тяжести представлен: инвалидами I группы вследствие цереброваскулярной болезни 35,5% в 2013г. (33% в 2014г.), инвалидами II группы вследствие хронической ревматической болезни сердца 51,5% в 2013г. (57,7% в 2014г.), инвалидами III группы вследствие ишемической болезни сердца 59,3% в 2013г. (56,7% в 2014г.) и болезней, характеризующихся повышением кровяного давления 64% в 2013г. (61%. в 2014г.).

Таким образом, анализ первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения среди взрослого населения Новосибирской области за период 2013 — 2014 гг. показал следующее:

1. Уровень первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения не изменился и составлял 16 на 10 тыс. населения.

2. Уровень первичной инвалидности вследствие болезней системы кровообращения среди сельских жителей превышал таковое в городской местности.

3. При анализе возрастной структуры первичной инвалидности выявлено, что наибольший удельный вес впервые признанных инвалидами вследствие болезней системы кровообращения по Новосибирской области приходится на лиц пенсионного возраста.

4. В классе болезней системы кровообращения первое место занимает цереброваскулярная болезнь, которая в свою очередь занимает первое место среди нозологических форм болезней системы кровообращения, приводящих к значительно выраженным нарушениям.

5. В общем контингенте впервые признанных инвалидами вследствие болезней системы кровообращения преобладают инвалиды 3 группы.

Н.Г. Байчарова, Е.Н. Рябова
**ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ О ЗАБОЛЕВАНИИ
У ПАЦИЕНТОВ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ,
НА ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ**

*Государственная областная Новосибирская клиническая
туберкулезная больница*

Аннотация. Для участия в научном сестринском исследовании были отобраны 42 пациента с впервые выявленным туберкулезом МЛУ, с отсутствием онкологических и психических заболеваний. Пациенты были разделены на группы: контрольная группа – 21 пациент, исследуемая группа – 21 пациент. Для проведения исследования были использованы: ретроспективный анализ историй болезни, количественные и качественные способы сбора данных. Разработаны и введены: карты наблюдения за пациентами, информированное согласие пациента, информация для пациента как участника исследования, была организована «Школа здоровья» для проведения занятий с пациентами. Следует отметить, что медицинские сестры фтизиатрической службы впервые провели научное исследование проблемы повышения приверженности к лечению пациентов с ТБ МЛУ.

N. G. Baycharova, E.N. Ryabova
**INFLUENCE OF LEVEL OF KNOWLEDGE OF THE DISEASE
AT THE PATIENTS SICK WITH MLU TB, ON INCREASE OF
COMMITMENT TO TREATMENT**

*State budgetary institution of health care of the Novosibirsk region
“State regional Novosibirsk clinical tubercular hospital”, Russia*

Abstract. For participation in scientific sisterly research 42 patients with for the first time the revealed MDR tuberculosis, with absence of oncological

and mental diseases were selected. Patients were divided into groups: control group – 21 patients, the studied group – 21 patients. For carrying out research were used: retrospective analysis of clinical records, quantitative and qualitative ways of data collection. Are developed and entered: cards of supervision over patients, the informed patient's consent, information for the patient as participant of research, "The school of health" for carrying out occupations with patients was organized. It should be noted that nurses of fтизиатрически service for the first time conducted scientific research of a problem of increase of commitment to treatment of patients with TB MDR.

Введение. После ВИЧ – инфекции туберкулез (ТБ) является второй самой распространенной причиной смерти, от какого либо одного инфекционного агента. Несмотря на значительное снижение показателей заболеваемости туберкулезом и повышение эффективности лечения впервые выявленных больных, эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в России остается напряженной, что связано с высоким уровнем распространенности и ростом лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза и прежде всего множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) среди больных. В настоящее время ввиду тяжести заболевания и высокой летальности, проблема диагностики и лечения туберкулеза сохраняет свою актуальность. Проблема отрывов от лечения во фтизиатрии является первостепенной, так как встречается очень часто и от этого напрямую зависят показатели заболеваемости и процент излечения от такого заболевания как ТБ. По статистическим данным процент отрывов от лечения в ГБУЗ НСО «Государственной областной Новосибирской клинической туберкулезной больницы» за 2013 год составил 25,3%.

Цель и задачи исследования. Оценить уровень знаний о заболевании у пациентов с ТБ МЛУ, определить методы работы и разработать материалы для работы с пациентами по повышению приверженности к лечению, оценить полученные результаты.

Материалы и методы. На базе филиала ГБУЗ НСО ГОНКТБ «Туберкулезная больница №1» в период с апреля 2013 года по июль 2014 года было проведено рандомизированное контролируемое исследование. Для участия в исследовании на основании добровольного информированного согласия вошли 42 пациента с впервые выявленным туберкулезом МЛУ, с отсутствием онкологических и психических заболеваний. Пациенты (методом случайного отбора) были разделены на группы: контрольная группа – 21 пациент (средний возраст 37 лет), исследуемая группа – 21 пациент (средний возраст 39 лет). Для проведения исследования были использованы: ретроспективный анализ историй болезни, количественные и качественные способы сбора данных. Разработаны и введены: карты наблюдения за пациентами, информированное согласие пациента, информация для пациента как

участника исследования, демографическая форма для пациентов, тесты для пациентов, план и программа работы в «Школе здоровья для пациентов с ТБ МЛУ», методический материал для работы с пациентами. Проведены обучающие семинары для медицинских сестер, участвующих в сестринском исследовании.

Таблица

Характеристика пациентов контрольной и исследуемой групп

№ п/п	Параметры	Контрольная группа (%)	Исследуемая группа (%)
2	Пол: Мужчины Женщины	90% 10%	77% 23%
4	Семейное положение: В браке (официальном, гражданском) Несостоящие в браке	29% 71%	24% 76%
5	Образование: Среднее специальное Среднее Начальное	48% 33% 19%	48% 33% 19%
6	Регистрация по месту жительства	100%	100%
7	Гражданство РФ	100%	100%
8	Вредные привычки: Употребление алкоголя Употребление наркотических веществ Курение	30% 5% 72%	29% 14% 76%
9	Находились в ИТУ	53%	33%
10	Работающие (в момент постановки диагноза) Неработающие (в момент постановки диагноза) На пенсии (по туберкулезу, по возрасту)	23% 44% 33%	28% 53% 19%

Из таблиц видно, что демографические данные контрольной и исследуемой групп практически не отличаются, за исключением данных по вредным привычкам.

После получения информированного согласия на участие в исследовании, пациентам было предложено пройти тестирование.

Анализ тестов показал следующие результаты:

- У пациентов низкий уровень знаний о туберкулезе, как об инфекционном заболевании, санитарной гигиене в быту, зачем необходимо соблюдать непрерывность в лечении, что такое БЦЖ и реакция Манту и множество других вопросов.

- Так же было выявлено недостаточное внимание к собственному здоровью (не воспитана культура здорового образа жизни, наличие вредных привычек).

- Как следствие не сформировано осознание серьезного отношения к лечению.

- Нет уверенности в эффективности лечения.

Исходя из результатов тестирования, были разработаны материалы для проведения занятий с пациентами, исследовательской командой на актуальные темы.

Результаты исследования. Отсутствие или низкие показатели приверженности пациентов к лечению напрямую связаны с уровнем знаний о заболевании. У пациентов, которые начали лечение в условиях стационара, и которые были вовлечены в сестринское исследование, риск отрывов от лечения был существенно ниже (24%), чем у пациентов, с которыми не проводилась дополнительная работа по повышению уровня знаний о заболевании (52%). Разработанная схема обучения пациентов позволила снизить процент отрывов от лечения. При проведении повторного тестирования исследуемой группы пациентов выявлено, что они получили много новой информации о туберкулезе, профилактике туберкулеза, здоровом образе жизни, что предложенные методики занятий для них интересны и что в период прохождения лечения они хотели бы посещать занятия в «Школе здоровья».

Обсуждение и выводы. Полученные результаты сестринского исследования свидетельствуют о необходимости проведения обучающих занятий с пациентами больными ТБ МЛУ, поступающими на стационарное лечение, и доказывают эффективность предлагаемых мероприятий. Таким образом, с целью увеличения приверженности пациентов к лечению, необходимо повышать уровень их знаний о заболевании через создание «Школ здоровья» для больных туберкулезом и постоянную методическую работу в них сестринского и врачебного персонала с пациентами.

Литература.

1. Методические материалы Российско-Американского семинара «Сестринское исследование для практикующих медсестер фтизиатрической службы», Санкт-Петербург 2013г.

2. Сборник «Практический опыт проведения научных исследований в сестринском деле» ООО «Ассоциация медицинских сестер России», Санкт – Петербург 2012г.

3. Delay in seeking treatment and adherence to tuberculosis medications in Russia: A survey of patients from two clinics/ Wendy Mann Woitha, Janet L. Larson/International Journal of Nursing Studies 45 (2008) 1163–1174

О.С. Барковская
**ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ИНВАЛИДНОСТИ У
ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ
ТРАВМ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ФГУ «Главное бюро МСЭ по Новосибирской области»

Аннотация. Проведенное исследование выявило высокий реабилитационный потенциал большей доли изученного контингента инвалидов. При проведении своевременных, эффективных реабилитационных мероприятий он может являться источником рабочей силы в Новосибирской области. Данное обстоятельство особенно актуально при сохраняющейся проблеме дефицита трудовых резервов в регионе.

О. S. Barkovsky
**FEATURES PATTERNS OF DISABILITY HAVE SUFFERED
FROM INJURIES IN THE NOVOSIBIRSK REGION**

FGU “Chief Bureau of ITU Novosibirsk region”

Abstract. The given research showed up the high rehabilitational potential of the majority of explored contingent of the disabled. Upon condition of carrying out of timely, effective rehabilitation actions it can become the source of labor in the Novosibirsk Region. This circumstance is especially topical because of current problem of the labor reserve’s deficit in the region.

Цель: выявить особенности структуры контингента впервые и повторно признанных инвалидами вследствие производственных травм в Новосибирской области.

Материалы и методы: произведено сплошное изучение актов освидетельствования пострадавших, признанных инвалидами впервые за 2006-2014 гг. с использованием статистических методов.

Результаты:

В динамике за 9 лет среди впервые признанных инвалидами отмечается снижение удельного веса болезней системы кровообращения (с 37,2% до 24,5%) и рост злокачественных новообразований (с 14,6% до 30,8%). Последствия производственных травм стабильно занимают 0,5 - 0,6%.

Всего за последние 9 лет в Новосибирской области впервые было признано инвалидами вследствие производственных травм 944 чел, что состав-

вило 0,6% от общего числа впервые признанных инвалидами населения в возрасте старше 18 лет. Подтверждена группа инвалидности у 2863 пострадавших на производстве.

В динамике за 9 лет отмечается устойчивое снижение ВПИ от производственного травматизма (со 125 чел. в 2006 г. до 90 чел. в 2014 г.), преимущественно за счет последствий травм опорно-двигательного аппарата. Так же наблюдается снижение числа признанных инвалидами повторно вследствие этого класса заболеваний (с 375 чел. до 155 чел. соответственно). В нозологической структуре за изучаемый период преобладают последствия травм опорно-двигательного аппарата. Они составляют среди впервые признанных инвалидами в среднем – 81,0%, среди повторно признанных инвалидами – 81,1%. В возрастной структуре как среди впервые, так и повторно признанных инвалидами преобладает первая возрастная группа (52,6 %). По тяжести инвалидности доли инвалидов II и III групп стабильные и составляют в среднем 41,7 % и 54,5 % соответственно.

Выводы:

Инвалиды вследствие производственных травм составляют небольшую долю общего контингента инвалидов. Доля ВПИ составляет 0,6%.

Отмечается снижение абсолютного числа впервые и повторно признанных инвалидами вследствие производственных травм.

Среди впервые и повторно признанных инвалидами преобладают лица трудоспособного возраста, III группы инвалидности.

С.А. Богачевская¹, Н.А.Капитоненко², А. Н. Богачевский¹
**ОЗМОЖНОСТИ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ СЕТИ ЛЕЧЕБНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ В СИСТЕМЕ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

*¹«Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Хабаровск*

*²Дальневосточный государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Хабаровск*

Аннотация. В связи с широким внедрением высокотехнологичной медицинской помощи в регионах страны возникает необходимость нового (функционального) подхода к формированию схем развития и размещения сети учреждений здравоохранения с возможностью пересмотра действующей номенклатуры учреждений здравоохранения и учетом региональных

особенностей территорий. Исследованию подверглись результаты работы 12 лечебно-профилактических учреждений ДВФО, выполняющих объемы высокотехнологической медицинской помощи в рамках сердечно-сосудистой хирургии за 2011-2013 годы. Полученные данные указывают на то, что при концентрации сил и средств в узкоспециализированном стационаре, подобном ФЦССХ, в таких ресурсоемких специальностях, как сердечно-сосудистая хирургия, показатели работы существенно улучшаются в сравнении с функционированием подобной единицы в рамках отделения многопрофильного учреждения, а также позволяют обеспечить повышение качества и доступности предоставляемой высокотехнологичной медицинской помощи всему населению вне зависимости от места его проживания.

S.A. Bogachevskaja¹, N.A. Kapitonenko², A.N. Bogachevskiy¹
**OPPORTUNITIES OF REORGANIZATION OF THE RUSSIAN
HEALTH-CARE FACILITIES WITHIN THE COMPULSORY
HEALTH INSURANCE SYSTEM**

¹ Federal Centre of Cardiovascular Surgery, Khabarovsk

² Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Abstract. The widespread implementation of high-technology medical care to regions leads to necessity of a new approach to formation the schemes of development, localization of medical institutes and dynamic reorganization of the nomenclature of institutes. The results of functioning of institutes of the Far East region in 2011-2013 (12 institutes carried out high-technology cardiovascular surgery) were investigated. Thus, concentration of cardiovascular surgery resources within the highly specialized institutes improves significantly the efficiency of operation. The formation of regional specialized institutes with differentiated aim will improve the quality and accessibility of high-tech medical care.

Несмотря на более высокие, по сравнению с европейскими странами, показатели обеспеченности населения врачами и больничными койками, ресурсный потенциал российской системы здравоохранения используется с низкой эффективностью.

С целью повышения эффективности оказания медицинской помощи (МП) должна учитываться как эффективность, так и доступность МП. Двойственность проблемы заключается в следующем: эффективность достигается за счет достаточно высокого уровня концентрации сил и средств, но при этом снижается уровень географической и временной доступности МП. И, наоборот, максимальное приближение возможно большего числа видов и объемов МП к месту проживания жителей небольших населенных пунктов приводит к распылению сил и средств системы МП, повышению затрат, сопровождающемуся к тому же снижением ее эффективности. В связи с широким внедрением высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в реги-

онах страны возникает необходимость нового (функционального) подхода к формированию схем развития и размещения сети учреждений здравоохранения с возможностью пересмотра действующей номенклатуры учреждений МЗ РФ. Конечной задачей комплексной реструктуризации системы оказания МП является повышение эффективности использования имеющихся ресурсов с целью повышения качества предоставляемой МП населению (целевая установка реформирования системы здравоохранения). На территории Дальневосточного федерального округа (ДФО) функционирует 12 учреждений, оказывающих плановую медицинскую помощь в рамках ВМП. Объемы ВМП в этих учреждениях представлены в таблице №1.

Таблица 1.

Оказание высокотехнологичной МП в разделе сердечно-сосудистой хирургии в стационарах ДФО в 2011-2013 годах

Вид операции / год		ККБ 1, Хаба-ровск	ОКБ, Магадан	ККЦ СВМП, Влади-восток	ДКБ РЖД, Хаба-ровск	ОКБ, Ю. Сахалинск	ККБ 1, Влади-восток	ККБ2, Хабаровск	КХЦ АГМА, Благо-вещенск	РБ-2 НЦМ, Якутск	РБ-1 НЦМ, Якутск	ОКБ, Благовещенск	ФЦССХ, Хабаровск
РЧА	2011	5					0		4		5		297
	2012	0					3		18		5		565
	2013	0					33		84		5		545
ИВР	2011	201	0	0	12	35	338	0	142		97		427
	2012	228	0	0	4	103	352	0	170		102		545
	2013	198	23	0	6	128	434	4	246		106		580
ППС	2011	27					1		15		81		127
	2012	16					0		9		95		243
	2013	4					0		14		95		285
АКШ	2011	12					110				113		799
	2012	4					145				68		1218
	2013	1					106				68		1030
ВПС	2011	5		45			1		14		88	0	484
	2012	3		21			2		31		84	0	324
	2013	1		20			0		14		112	0	269
ЧКВ	2011	31	0	79	148	210	380	126	-	168	114	0	525
	2012	31	274	79	141	400	480	532	0	452	73	216	1333
	2013	66	341	29	147	400	723	618	26	406	168	341	1667

Примечание: ККБ - Краевая клиническая больница, ККЦСВМП – Краевой клинический центр специализированных видов МП (материнства и детства), ДКБ РЖД – Дорожная клиническая больница ОАО «РЖД», ОКБ – Областная клиническая больница, ФЦССХ – Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, КХЦ АГМА – Кардиохирургический центр Амурской медицинской государственной академии, РБ №1НЦМ – Республиканская больница №1 Национального центра меди-

пины. РЧА – радиочастотная абляция, ИВР – антиаритмическое устройство, ППС – приобретенный порок сердца, АКШ – аортокоронарное шунтирование, ВСП – врожденный порок сердца, ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство.

Данные, представленные в таблице №1, демонстрируют, что основной объем плановой ВМП в разделе сердечно-сосудистой хирургии по ДВФО в 2011-2013 годах выполнял ФЦССХ, г. Хабаровск. Особенностью ФЦССХ является то, что по своей структуре (167 коек), оснащенности (диагностическое и лечебное оборудование максимально современные) и расчетной мощности (более 5000 операций ВМП в год), а также по количеству врачебных ставок на 1 пациента учреждение не «вписывается» ни в один из форматов клиник, представленных еще в практической классификации лечебно-профилактических учреждений Резолюции совещания министров здравоохранения социалистических стран 1969 года и функционирующих в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС) с момента ее внедрения. Однако сравнительный анализ работы ФЦССХ и многопрофильных специализированных региональных учреждений ДВФО указывает на более высокую эффективность структурного учреждения подобного типа. Именно создание в радиусе «нормативной доступности» соответствующего учреждения позволило приблизить к месту жительства сельского населения высокотехнологичные виды МП и создало равные возможности в получении городскими и сельскими жителями высококвалифицированной специализированной МП (сердечно-сосудистого профиля в частности). Отдельным направлением повышения эффективности использования ресурсов в сфере здравоохранения может быть их частичное перемещение в амбулаторно-поликлиническое звено. Так, например, согласно результатам выполнения территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам МП во всех субъектах Российской Федерации (РФ), все большее количество регионов страны (в т.ч. и ДВФО) вводят в структуру работы неотложную амбулаторную МП. Достаточно остро на практике стоит вопрос удлинения сроков госпитализации, что обусловлено, в том числе повторными анализами в стационарах по причине недоверия результатам анализов в амбулаторно-поликлиническом секторе, в том числе, за счет худшего оснащения медицинским оборудованием и кадрами. Ориентированность государственных программ на техническое оснащение амбулаторного звена должна положительно отразиться на уровне диагностики и, возможно, сокращении сроков госпитализации. Повышение доверия к амбулаторно-поликлиническому звену не может обойтись без работы над укомплектованностью и уровнем квалификации кадрового состава, что должно быть реализовано, в том числе и в активном взаимодействии специалистов стационаров и амбулаторного звена. Достаточно рациональным выглядит направление пациентов в хирургические стационары по решению врачебных комиссий на догоспитальном этапе или во время госпитализации в терапевтические отделения, где стоимость койко-дня существенно ниже. Подобная си-

стема активно используется в работе ФЦССХ, в результате чего, несмотря на значительное повышение хирургической активности отделения сосудистой хирургии первичного сосудистого центра Краевой Клинической больницы №1, г. Хабаровск (ККБ №1), с 45,2% в 2011 году до 76% в 2013 году, средний койко-день в ФЦССХ в 2013 году оказался в 2,4 раза ниже (6,3 против 15,0), а средняя хирургическая активность более чем в 1,55 раза превысила таковую по хирургическим отделениям первичного сосудистого центра ККБ №1 (95,3% против 61,5%) при значительном превышении общего уровня курации пациентов. Полагаем, что практическая реализация вышеописанных принципов позволит обеспечить оптимизацию использования имеющихся ресурсов (материально-технических, кадровых, финансовых) с одновременным обеспечением медицинской и социальной эффективности деятельности учреждений здравоохранения на территории регионов РФ. *Выводы:* Эффективная функционирующая единица кардиохирургического стационара является одной из самых высоких, однако, при концентрации сил и средств узкоспециализированном стационаре, подобном ФЦССХ, в таких ресурсоемких специальностях, как сердечно-сосудистая хирургия, показатели работы существенно улучшаются в сравнении с функционированием подобной единицы в рамках отделения многопрофильного учреждения. Таким образом, рекомендуется за счет рациональной структурной дифференциации имеющихся ресурсов выявить резервы и направить их на обеспечение качественно более высокого уровня удовлетворения потребности населения в МП (региональная и федеральная поддержка высокоспециализированных ресурсоемких технологий, дотации местного бюджета). Не исключается репрофилирование «нерентабельных» стационаров, оказывающих хирургическую помощь в разделе БСК в плановом порядке, в стационары экстренной помощи, либо терапевтического профиля.

С.Л. Бойко, И.В. Бойко, А.В. Воронеж, К.Л. Перец
ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО БРЕМЕНИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ (БОЛЕЗНЕННОСТЬ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ)

*Гродненский государственный медицинский университет,
Республика Беларусь*

Аннотация. Авторами при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований в рамках темы «Оценка медико-социального бремени органических психических расстройств» выполнено исследование по оценке заболеваемости и болезненности органическими психическими расстройствами в Республике Беларусь за 2002-2014 гг. На

основании статистического и эпидемиологического анализа установлена необходимость увеличения внимания здравоохранения к заболеваниям старших возрастных групп.

S.L. Boyko, I.V. Boyko, K.L. Perez, A.V. Voronets
**EVALUATION OF MEDICAL AND SOCIAL BURDEN OF
ORGANIC MENTAL DISORDERS IN THE REPUBLIC OF
BELARUS (MORBIDITY)**

Educational Institute «Grodno State Medical University»

Grodno, Belarus

Abstract. This study was carried under the research topic “Assessment of medical and social burden of organic mental disorders” supported by the Belarusian Republican Foundation for Fundamental Research. The study presents Evaluation of medical and social burden of organic mental disorders in the Republic of Belarus (morbidity) in the period 2002-2014. According to obtained statistical and epidemiological data the need to increase attention of health care system to older people diseases was stated.

Введение. Старение населения, а вместе с тем и рост органических психических расстройств (ОПР) имеет как экономические, так и социальные последствия, проявляющиеся повсеместно. Потребность в медицинском обслуживании у лиц с данной патологией естественно возрастает по мере старения населения.

В Беларуси за последние 10 лет численность людей пожилого возраста увеличилась на 74,8 тыс. человек, или на 4,2%. На начало текущего года в республике проживало 1 млн 879,9 тыс. человек этой возрастной категории, что составляет 19,9% численности населения страны. Одним из следствий современного демографического сдвига в сторону постарения является увеличение числа больных ОПР, характерными для позднего возраста.

В 2000 г. в Беларуси выявлено 1890,15 больных с ОПР, в 2013г. этот показатель уже составил 2696,84. Подобного увеличения ОПР за последние двенадцать лет никогда не отмечалось.

Специальных исследований среди лиц, страдающих ОПР, проводится крайне мало. Вместе с тем с учетом социально-демографических, экономических преобразований в обществе, патоморфоза психических расстройств крайне актуальной представляется необходимость уточнения современных представлений относительно структуры, тенденций динамики ОПР, их роли в нарушении функций, а также проблем их диагностики, лечения и реабилитации. Исследование выполнено при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований в рамках темы «Оценка медико-социального бремени органических психических расстройств» (договор №М14М-082 от 23 мая 2014 г.).

Целью данной работы явилось определение бремени ОПР в Республике Беларусь, оценка болезненности и заболеваемости ОПР в динамике, прогноз, обоснование развития геронтопсихиатрической помощи.

Материалы и методы: нами использован эпидемиологический ретроспективный анализ. За единицу наблюдения принят каждый случай ОПР в течение 2002-2013гг. Проведен сплошной ретроспективный анализ сведений о пациентах данного профиля, состоящих на учете в специализированных психиатрических кабинетах учреждений здравоохранения Республики Беларусь. В процессе исследования для расчетов интенсивных показателей и их характеристик использованы абсолютные числа всех зарегистрированных и впервые зарегистрированных случаев ОПР по Республике Беларусь. Проведена оценка интенсивных показателей болезненности и заболеваемости этой группой психических расстройств, определены тенденции распространения данной патологии.

Для статистического анализа применена программа SPSS v17.

Результаты.

Заболеваемость и болезненность ОПР неуклонно растет в возрастных группах 40-59 лет и после 60 лет. Интенсивный показатель болезненности ОПР у лиц, старше 60 лет характеризуется следующим образом: средний показатель болезненности составляет 2171,84 на 100 тысяч населения, средний коэффициент наглядности (КН) - +105,74%, средний КН по отношению к 2002 году - + 149,75, среднее значение абсолютного прироста - + 121,27, 1% прироста- + 27,71.

Анализ заболеваемости ОПР населения возрастной группы старше 60 лет так же подтверждает увеличение распространенности данной патологии в Республике Беларусь. Так, средний уровень заболеваемости ОПР после 60 лет составляет 646,12, средний КН - + 110,26, средний КН по отношению к 2002 году - + 220,34, среднее значение абсолютного прироста - +59,89, 1% прироста- +14,03.

В возрастной группе 40-59 лет распространенность ОПР также растет. Средний показатель болезненности ОПР среди населения старше 60 лет составляет 829,49 на 100 тыс. населения области этой возрастной группы, средний КН - + 101,13, средний КН по отношению к 2002 году - + 99,24, средний абсолютный прирост - + 17,72, темп прироста - + 9,47, среднее значение 1% прироста - + 15,84. Заболеваемость ОПР среди лиц 40-59 лет характеризуется следующим: средний показатель - 160,76, средний КН - + 102,70, средний КН по отношению к 2002 году - + 125,68, средний абсолютный прирост - + 12,14, темп прироста - + 11,03, среднее значение 1% прироста - + 9,80.

В течение 2002-2013 гг. в Республике Беларусь среди населения 40-59 лет, показатель заболеваемости ОПР неуклонно возрастал, если в 2002 этот показатель составил 127,92 на 100 тыс. населения, то уже в 2013 – 173,56 на

100 тыс. населения, что на 27% выше. Что касается лиц старше 60 лет, то здесь цифры за последние 10 лет выросли на 68%. Если в 2002г. показатель заболеваемости составил 293,23 на 100 тыс. населения, то к 2013 он вырос до 911,96 на 100 тыс. населения,

Вывод: КН по отношению к 2002 году отражает динамику распространения ОПР: +162,16% (2008г.) для болезненности и +252,67% (2008г.) для заболеваемости в возрасте после 60 лет. Полученные данные позволяют говорить об увеличении всей патологии органического генеза среди населения республики старше 40 лет, значит, и о необходимости более пристального внимания службы здравоохранения к данной категории граждан.

Литература:

1. Евсегнеев, Р.А. Современное состояние и проблемы развития психиатрии пожилого возраста в Республике Беларусь / Р.А. Евсегнеев // Психиатрия. – 2009. – № 1. – С. 98-104.

В.А. Борцов, А.С. Фунтиков, И.В. Куликовская,
М.Ю. Романенко

ГОТОВНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И НАСЕЛЕНИЯ К ДИСТАНЦИОННОМУ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. Проведенные социологические опросы с целью изучения перспективных направлений дистанционного консультирования указывают на готовность медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне, а также достаточный уровень информационной грамотности населения для реализации проектов: электронного кабинета здорового ребенка и электронной Школы здоровья.

V.A. Bortsov, A.S. Funtikov, I.V. Kulikovskaya, M.Yu.Romanenko
**THE MEDICAL READINESS OF ORGANIZATIONS
AND PEOPLE TO REMOTE CONSULTATIONS AT THE
OUTPATIENT LEVEL**

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. Sociological surveys were conducted to explore promising areas remote consultation indicate the preparedness of healthcare organizations, providing care at the outpatient level, as well as a sufficient level of information literacy for projects: e-healthy child and electronic School health.

На амбулаторном уровне к наиболее актуальным перспективам информатизации здравоохранения следует отнести различные формы дистанционного консультирования, учитывая готовность к этому процессу как самих медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, так и населения. Одними из основных проектов следует считать создание электронного кабинета здорового ребенка с целью повышения доступности и уровня оказания профилактической помощи для детей раннего возраста, а также организацию электронной школы здоровья с целью повышения доступности и качества профилактической помощи для пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении у врача-терапевта участкового с гипертонической болезнью, бронхиальной астмой и сахарным диабетом.

С целью определения готовности к созданию электронного кабинета здорового ребенка в медицинских организациях, оказывающих педиатрическую помощь на амбулаторном уровне, был проведен социологический опрос 400 родителей детей раннего возраста, что позволило определить, что доля родителей, посещающих кабинет здорового ребенка составляет всего лишь 22,7% родителей. В то же время у 81,5% респондентов опрошенных возникают вопросы по поводу ухода, питания и воспитания детей раннего возраста. В настоящее время 85,75% родителей детей раннего возраста считают себя готовыми к дистанционному консультированию по вопросам ухода, питания и воспитания детей.

При анализе результатов социологического опроса 86 врачей педиатров участковых установлено, что у 78,8% родителей детей раннего возраста возникают вопросы ухода, питания и воспитания во время приема в поликлинике, которые можно было бы решить методом дистанционного консультирования.

Большинство (69,7%) руководителей медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне высказались за необходимость в совершенствовании профилактической работы с детьми раннего возраста. По мнению 75,5% опрошенных врачей-педиатры участковые готовы оказывать консультативную помощь дистанционно через электронный кабинет здорового ребенка. При этом 69,7% руководителей считают, что дистанционное консультирование родителей детей раннего возраста в сравнении с личной консультацией на приеме у врача-педиатра участкового будет более эффективным.

При анализе эффективности работы Школ здоровья для пациентов установлено, что только 0,5% пациентов постоянно посещают Школы здоровья, 36,5% - иногда, 22,5% респондентов не посещают из-за неудобного времени работы врача, 28,5% - из-за неудобного графика поликлиники, 9,5% - из-за удаленности поликлиники от места проживания и 2,5% - не желают посещать. В результате анализа полученных ответов, было установлено, что

для 70,5% пациентов имеют значимость врачебные консультации по течению заболевания и методам лечения, также для 51,5% имеют значимость врачебные консультации по вопросам образа жизни и питания. Большинство (68,0%) опрошенных пациентов в той или иной степени желают получать информацию о Школе здоровья в электронном виде.

Большая часть опрошенных врачей-терапевтов участковых (91,2%) отметили, что у них недостаточно времени на приеме для проведения мероприятий по первичной и вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Больше половины опрошенных (52,7%) полагают, что профилактика хронических неинфекционных заболеваний помогает сохранить уровень здоровья населения. Большинство опрошенных респондентов (71,4%) полагают, что совершенствование медицинской помощи населению на амбулаторном уровне, повысит качество оказания медицинской помощи. При социологическом опросе врачей-терапевтов участковых установлено, что 75,8% проводят Школы здоровья для пациентов 1 раз в месяц, 11,0% - 2 раза в месяц, 7,7% - 3 раза в месяц и 5,5% - 4 и более раз в месяц.

О готовности применять дистанционное консультирование в Школах здоровья для пациентов высказались 84,6% врачей-терапевтов участковых. При этом (57,1%) врачей-терапевтов участковых считают, что пациенты в настоящее время готовы к дистанционному консультированию.

Большинство (66,7%) руководителей амбулаторных медицинских организаций указали на необходимость совершенствования Школ здоровья для пациентов в связи с их неэффективностью. Большая часть руководителей (61,1%) уверена, что пациенты готовы к дистанционному консультированию в Школах здоровья для пациентов, а 68,5% уверены, что врачи-терапевты участковые готовы применять дистанционное консультирование при их организации в амбулаторных медицинских организациях.

В ходе социологического опроса руководителей медицинских организаций выявлено, что (57,4%) руководителей считают, что внедрение информационных технологий в организацию Школ здоровья для пациентов, с целью совершенствования медицинской помощи, должно осуществляться совместно с другими медицинскими организациями, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне и 90,1% руководителей полагают, что медицинские организации не нуждаются в дальнейшей технической оснащённости.

Таким образом, учитывая современный уровень развития здравоохранения и информационную грамотность населения следует считать дистанционное консультирование как при создании электронного кабинета здорового ребенка, так и при организации электронной школы здоровья актуальным, своевременным и перспективным в плане повышения доступности и эффективности медицинского обслуживания.

Ю.И. Бравве, А.В. Чикинева, И.Н. Коновалова
**СИСТЕМА ЗАКАЗОВ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДНЫХ
МАТЕРИАЛОВ И МЕДИКАМЕНТОВ В ГНОКДЦ**

*Государственный Новосибирский областной клинический
диагностический центр*

Аннотация. Для обеспечения лечебно-диагностического процесса любой МО необходима система планирования, заказа, обеспечения финансовой деятельности, правил получения, выдачи, хранения и списания материальных ценностей в т. ч., медикаментов, изделий медицинского назначения и прочих расходных материалов. Создание стандартизации этих видов деятельности в ГБУЗ НСО «ГНОКДЦ», основывающиеся на регламентирующих работу МО, документах, позволило проводить контроль и оценку персонала в части обеспечения медикаментами и прочими расходными материалами. Систематизация заказов медицинских расходных материалов способствует непрерывному повышению качества медицинской помощи в любой медицинской организации.

Yu.I. Bravve, A.V. Chikineva. I.N. Conovalova
**THE SYSTEM ORDERS MEDICAL SUPPLIES AND
MEDICINES IN GNOCDC**

Novosibirsk State Regional Clinical Diagnostic Center

Abstract. To provide diagnostic and treatment process of any medical organizations necessary planning system, order, provision of financial activities, the rules for receipt, issue, storage, and disposal of material assets including, medications, medical products and other consumables. Creating standardization of these activities in the State budget-funded health care institution of the Novosibirsk region «the State of the Novosibirsk regional clinical diagnostic center» based on regulating the work of the medical organizations, the documents are allowed to carry out monitoring and evaluation staff in provision of medicines and other consumables. Systematization orders medical supplies contributes to continuous improvement of quality of medical care in any medical organization.

Для обеспечения лечебно-диагностического процесса любой МО необходима система планирования, заказа, обеспечения финансовой деятельности, правил получения, выдачи, хранения и списания материальных ценностей в т.ч., медикаментов, изделий медицинского назначения и прочих расходных материалов. Большая доля данного раздела работы, в ГБУЗ НСО «ГНОКДЦ», находится в компетенции главной медицинской сестры и старших медицинских сестер структурных подразделений

Создание стандартизации этих видов деятельности в ГБУЗ НСО «ГНОКДЦ» основывалось на регламентирующих работу МО, документах: Закона от 05.04.2013г.№44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных

нужд», Бюджетного кодекса РФ от 31.07.1998г. №145-ФЗ, приказа МЗ СССР от 02.07.1987г. №747 с изменениями от 30.12.1987г. «Об усилении контроля за обеспечением сохранности и рационального расходования медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в ЛПУ», отраслевых особенностей бюджетного учета в системе здравоохранения РФ (утверждено МЗ и СР РФ), приказов МЗ НСО, а также приказов ГБУЗ НСО «ГНОКДЦ»:

- о назначении материально-ответственных лиц,
- об учете, хранении и порядке списания материальных ценностей, находящихся на пред-метно-количественном учете,
- о порядке получения материальных ценностей со склада,
- о рациональном использовании лекарственных средств в Дневном стационаре ГНОКДЦ,
- об учетной политике учреждения с приложением графика документооборота;
- об установлении сроков работы с договорами, номенклатуры договоров и распределении ответственности,
- об утверждении норм расходов.

Приобретение медикаментов, реактивов, рентгенпленки и прочих расходных материалов производится в размере потребности, рассчитанной в каждом структурном подразделении. Структура расходных материалов определена следующим образом:

- средства введения лекарственных средств и забора крови (шприцы, системы, иглы, скарификаторы и т.д.),
- перевязочные средства,
- средства для соблюдения инфекционной безопасности персонала и пациентов (дезинфек-ционные средства и антисептические, одноразовое белье, перчатки, системы контроля стерилизации и прочее),
- реактивы,
- медикаменты,
- рентгенпленка и рентгеноконтрастные вещества,
- вспомогательные материалы (лабораторная посуда, гели для УЗИ, зонды, катетеры ...) – перечень этого раздела определяется спецификой структурных подразделений учреждения.

Расчет производится по количеству проведенных исследований за предыдущий год, с учетом остатков расходных материалов на складах структурных подразделений, которые снимаются комиссией, утвержденной приказом по учреждению, в состав которой, в обязательном порядке входят: бухгалтер материальной группы и главная медсестра. Данный расчет оформляется по утвержденной форме, за подписью старшей медсестры и заведующего отделением, затем согласовывается с главной медсестрой, после чего утверждается главным врачом.

Главная медицинская сестра производит расчет потребности спирта и перевязочных средств для каждого структурного подразделения и по всему

учреждению на основании приказов МЗ СССР № 245 от 30.08.1991г и МЗ СССР №1145 от 28.08.1985г., устанавливающих нормативы расхода этилового спирта и перевязочных средств в учреждении.

После формирования сводной потребности главная сестра, совместно с заведующими отделений и старшими медицинскими сестрами составляет технические задания, на весь перечень расходных материалов и медикаментов и отсылает их фирмам для коммерческих предложений, данный пакет документов передается в планово-экономический отдел, для составления плана финансово-хозяйственной деятельности учреждения. Показатели данного плана должны соответствовать доведенным до учреждения лимитам бюджетных обязательств на принятие и исполнение бюджетных обязательств по обеспечению выполнения функций учреждения.

Исполнение плана по расходам осуществляется в порядке, установленном, финансовым органом и предусматривает:

- принятие бюджетных обязательств;
- подтверждение денежных обязательств;
- санкционирование оплаты денежных обязательств;
- подтверждение исполнения денежных обязательств.

Следующим этапом этой работы является формирование плана графика размещения заказов, который формирует планово-экономический отдел, очередность размещения заказов согласовывается с главной сестрой, на основании складских остатков.

Закупки осуществляются:

- по договорам одноразовых поставок, в пределах 5% от совокупного годового объема закупок,
- самостоятельное осуществление закупок, путем размещения аукционной документации, при начальной цене контракта не превышающей 500 тыс. руб.,
- аукционы размещаются Управлением контрактной системы, после рассмотрения рабочей группы МЗ НСО по проверке обоснованности заявленной потребности, при начальной цене контракта свыше 500тыс. руб.

После заключения государственных контрактов получение товара от поставщика осуществляется по текущей потребности структурных подразделений учреждения. Согласно выше перечисленных приказов расходный материал поступает на склад учреждения, оттуда по материально-ответственным лицам в отделения, где учитывается, хранится с соблюдением всех правил и подлежит дальнейшему ежемесячному списанию через бухгалтерию учреждения. Контроль за обеспечением сохранности и рационального расходования медикаментов, перевязочных средств и, а также своевременным и бесперебойным обеспечением отделений изделиями медицинского назначения несет на себе старшая медицинская сестра отделения. Обязательному предметно-количественному списанию, в ГНОКДЦ, подлежат:

- Рентгенологическая пленка
- Рентгеноконтрастные вещества
- Реактивы для лабораторий
- Спирт
- Перевязочные средства

Контроль и оценка деятельности персонала учреждения в части обеспечения медикаментами и прочими расходными материалами способствует непрерывному повышению качества медицинской помощи в любом медицинском учреждении.

Ю.И. Бравве, А.В. Чикинева, А.Б. Масленников
**ПОДГОТОВКА К УЧАСТИЮ В КОНКУРСЕ
 ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МАСТЕРСТВА, КАК ЭЛЕМЕНТ
 СОЦИАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ
 ПЕРСОНАЛОМ**

*Государственный Новосибирский областной клинический
 диагностический центр*

Аннотация. Организация и проведение Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» относится к нематериальным методам стимулирования профессионального совершенствования, как результат публичного признания, в виде благодарности и присвоение звания «Профессионал года». Конкурсы профессионального мастерства являются надежным и хорошо апробированным инструментом развития профессии, повышение ее социального статуса, ощущение внутреннего стимула к профессиональному росту.

Yu.Bravve, A.V. Chikineva. A.B. Maslennikov
**PREPARATION FOR PARTICIPATION IN THE COMPETITION
 OF PROFESSIONAL SKILL, AS AN ELEMENT OF SOCIAL
 CONTROL NURSING STAFF**

Novosibirsk State Regional Clinical Diagnostic Center

Abstract. Professional skills competitions are reliable and well-proven tool for the development of the profession, improving her social status, a sense of internal motivation for professional growth. Organization and holding of the all-Russian contest “the Best specialists with secondary medical and pharmaceutical education” refers to intangible methods of stimulating professional development, as a result of public recognition, in the form of gratitude and the title “professional of the year”.

Конкурсы профессионального мастерства в медицине - явление привычное и хорошо знакомое. Учитывая большой опыт организации таких конкурсов, в конкурсе профессионального мастерства средних медицинских работников приняла участие вся Россия.

Проведение таких мероприятий направлено на повышение престижа профессии, совершенствование профессиональной компетентности и активизации личностного потенциала специалистов со средним медицинским образованием. Демонстрирует обществу лучших представителей этой профессии, является примером самоотверженного выполнения своего долга и верности традициям отечественной медицины. Несомненно, организация и проведение таких мероприятий относится к нематериальным методам стимулирования профессионального совершенствования и становится эстафетной палочкой, которую должны подхватить новые участники.

Согласно положению о проведении Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием 2014 года», мы провели первый этап конкурса, внутри своей медицинской организации. Для проведения этого этапа конкурса был издан приказ по учреждению, положение о проведении конкурса в котором были определены цели, содержание, организация и проведение, а также состав жюри, оценивающий конкурсантов. Критериями оценки деятельности участников явились:

- уровень профессиональной подготовки (теоретическая подготовка, участие в семинарах, самообразование),
- организация труда (освоение и владения инновациями, рациональная организация своего труда),
- профессиональная практика (владения техникой процедур, оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях),
- культура общения,
- инфекционная безопасность,
- ведение документации, статистические показатели,
- поощрение за хорошую работу.

По итогам конкурса определены лучшие специалисты по двум номинациям: «Лучшая старшая медицинская сестра» и «Лучший лаборант», которые были представлены для участия на региональном этапе. Для прохождения этого этапа, на каждого участника был смонтирован видеоматериал, в котором отражены высокие результаты деятельности, профессиональная мотивация, система устремлений и ценностей, личный вклад в развитие системы здравоохранения, в своей медицинской организации, творческая инициатива, умение, знания и навыки. Наряду с этими материалами, в региональную конкурсную комиссию, был представлен пакет документов, на каждого участника, предусмотренных Положением о конкурсе.

По результатам проведения регионального конкурса наши участники заняли 1 место в номинациях «Лучшая старшая медицинская сестра», «Луч-

ший лаборант», и были отобраны для участия в третьем этапе конкурса, где были удостоены высокого звания Лауреата Всероссийского профессионального конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием 2014 года» и представлены к награждению Почетными грамотами МЗ РФ.

Конкурсы профессионального мастерства являются надежным и хорошо апробированным инструментом развития профессии, повышение ее социального статуса, ощущение внутреннего стимула к профессиональному росту и совершенствованию – этот импульс он дает не только участнику, но и зрителю (болельщику). Подготовка и участие подобного рода конкурсах профессионального мастерства не только высокая честь для специалистов со средним медицинским образованием и свидетельство признания заслуг, это еще и хорошая школа передового опыта современных идей и научных разработок. И как результат публичное признание, в виде благодарности и присвоение звания «Профессионал года».

Ю.И. Бравве, А.В. Чикинева, Т.К. Федорова
**ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В
КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ**

*Государственный Новосибирский Областной Клинический
диагностический центр*

Аннотация. Обеспечение качества и повышение эффективности консультативно - диагностической помощи напрямую связано с организацией и оптимизацией сестринского процесса в крупных региональных консультативно - диагностических центрах. Разработанные в Государственном Новосибирском областном клиническом диагностическом центре пути совершенствования качества сестринского процесса направлены на организацию и управление сестринского персонала, перманентное профессиональное образование средних медицинских работников, стандартизацию, аудит сестринской деятельности, обеспечение безопасности персонала и пациентов.

Yu.Bravve, A.V. Chikineva, T.K. Fedorova
**WAYS TO IMPROVE THE NURSING PROCESS IN A CONSULTATIVE-
DIAGNOSTIC CENTER**

Novosibirsk State Regional Clinical Diagnostic Center

Abstract. Ensuring the quality and effectiveness of consultative - diagnostic-power is directly related to the organization and optimization of the nursing process in a major regional consultative - diagnostic centers. Developed in the State by the

Novosibirsk regional clinical diagnostic center towards improving the quality of nursing process aimed at the organization and management of nursing personnel, permanent professional education nurses, standardization, nursing audit activities, ensuring the safety of staff and patients

Последние годы отмечены повышением роли медицинских сестер в лечебно - диагностическом процессе, что диктует необходимость изменений в системе оказания медицинской помощи за счет повышения (оптимизации) ее технологического, организационного и профессионального уровней.

Для обоснования организационных технологий совершенствования сестринского процесса мы провели социально-гигиеническую характеристику кадрового состава и квалификации среднего медицинского персонала ГНОКДЦ и определили основные проблемы в организации сестринского процесса на основании результатов социологического исследования и экспертной оценки организации профессиональной сестринской деятельности.

Демографическая картина кадрового состава среднего медицинского персонала характеризуется большим удельным весом лиц старших возрастных групп (*35% в возрасте более 50 лет*), низким уровнем притока молодых специалистов и высоким уровнем текучести кадров (19%). Низкая укомплектованность младшим медицинским персоналом (23%) вынуждает совмещать работу и функции младшего медицинского персонала. Высокий уровень аттестованных - 89,7%, имеющих высшую категорию 85,4%.

Результаты анкетирования среднего медицинского персонала:

Единицами наблюдения были: респонденты - средний медицинский персонал (145 анкет). Среди опрошенных больше половины (57%) отметили неритмичность нагрузки во время работы, 7% высокий и напряженный ритм работы, при этом значительная часть рабочего времени (39%) уходит на ведение медицинской документации, всего 45% используют в работе компьютерные технологии ведения документации.

Высок уровень совместительства: 18% совмещают работу на 0,5 и более ставки в своем учреждении, 28% - работу в должности младшего медицинского персонала, 3% - в другом медицинском учреждении и 5% на других работах, не связанных с медицинской специальностью.

Результаты экспертных оценок: эксперты из числа руководителей структурных подразделений центра-31 экспертная карта. Экспертная оценка осуществлялась по пятибалльной шкале. Экспертами отмечен высокий уровень профессиональной подготовки и квалификации средних медицинских работников (4,4 балла) и уровень организации сестринского процесса (4,1 – 4,5 балла). На удовлетворительном уровне укомплектованность персоналом (3,4 балла).

Вместе с тем, по мнению экспертов, особого внимания заслуживают вопросы оснащения рабочих мест среднего медперсонала необходимым оборудованием, вычислительной техникой; внедрение новых сестринских

технологий (разработка и внедрение протоколов сестринских технологий, программ непрерывного обучения средних медицинских работников, системы оценки качества работы).

Проведенный анализ позволил нам выделить наиболее значимые из них в обеспечении качества медицинской помощи:

- проблемы профессионального образования (при формально высоком уровне квалификации персонала (89,7%) в недостаточном объеме сотрудники знают документы регламентирующие работу отделения, (43% опрошенных), стандарты сестринской деятельности (35%), протоколы оказания неотложной медицинской помощи (33%);

- проблемы в организации сестринского процесса, что приводит к неритмичности нагрузки во время работы (57%) или напряженному ритму работы (7%);

- проблемы адекватности оплаты труда вынуждают совмещать работу (53%), в том числе младшего медицинского персонала (28%).

На основе анализа вышеперечисленных проблем в организации медицинской помощи нами были определены следующие **направления совершенствования сестринского процесса**:

- организация и управление деятельностью среднего медперсонала,
- кадровая политика,
- ресурсное обеспечение;
- стандартизация сестринских технологий;
- контроль качества сестринского процесса.

Совершенствование **организации и управления** - предполагает использование современных принципов теории управления.

Документирование системы управления осуществляется путем составления годового плана работы сестринской службы.

Оптимизация ведения документации достигается путем использования современных информационных систем, таких как «Электронный документооборот с контролем исполнения мероприятий», «Электронная почта», «Правовые и информационно-справочные базы данных».

Кадровая политика. 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 качества выполненной работы.

Проектирование **методических рекомендаций по практической деятельности среднего медицинского персонала** является одним из главных компонентов управления качеством.

На их основе ведется трех уровневый **контроль качества** оказания медицинской помощи.

Систематический аудит позволяет своевременно выявлять несоответствия в деятельности среднего медперсонала, а его данные используются

при разработке планов корректирующих и предупреждающих действий и перспективных планов по качеству.

Для оценки уровня качества работы среднего медицинского персонала, мы применили интегральный коэффициент качества, где каждый критерий оценивается по трехбалльной шкале.

Интегральная оценка качества непосредственно влияет на выплаты стимулирующего характера.

Таким образом, в результате проведенных мероприятий удалось повысить качественные показатели работы центра: значительно снизилось количество зарегистрированных несоответствий выполнения медицинских технологий, уровень удовлетворенности медицинской помощью увеличился 99%, не было зарегистрировано грубых нарушений противоэпидемиологического режима.

Ю.И. Бравве, Е.Ю. Агеева, А.В. Чикинева, И.Н. Коновалова
**СЛОЖНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
ЗАКУПОК В КОНТРАКТНОЙ СИСТЕМЕ НА ПРИМЕРЕ
ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Государственный Новосибирский областной клинический
диагностический центр*

Аннотация. В статье рассмотрены проблемные вопросы применения положений Закона о контрактной системе с учетом региональных особенностей, с которыми пришлось столкнуться заказчикам Новосибирской области, а также пути их решения на примере регионального диагностического центра.

Y.I. Bravve, E.J. Ageeva, A.V. Chikineva, I.N. Konovalova
**THE COMPLEXITY OF PUBLIC PROCUREMENT
CONTRACT SYSTEM AS AN EXAMPLE STATE BUDGETARY
INSTITUTIONS NOVOSIBIRSK REGION**

*State Institution of Health of the Novosibirsk region «Novosibirsk State
Regional Clinical Diagnostic Center»*

Abstract. The article deals with the problematic issues of application of the provisions of the contract system from a regional perspective, encountered customers Novosibirsk region, as well as ways to address them as an example of regional diagnostic center.

Начало 2014 года было ознаменовано вступлением в силу Федерального закона «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» от 05.04.2013 №44-ФЗ который принес собой много новелл, касающихся всего цикла организации и осуществления закупок в учреждении. Конкретизировались и дополнились требования к содержанию и форме планов-графиков, порядку их формирования, утверждения и изменения.

Закон о контрактной системе трансформировал структуру закупок. Если на долю электронных аукционов диагностического центра в 2013 году приходилось порядка 59% от общего объема закупок, то в 2014 году (с момента введения Контрактной системы) их удельный вес вырос до 93%.

Сдвиг в пользу электронных аукционов обусловлен введением законодательных ограничений осуществления закупок «малого объема» и проведения запроса котировок – до 5% и 10% от СГОЗ учреждения соответственно.

В виду нецелесообразности проведения запросов котировок (законодательно усложнены процедуры их проведения), а также ограниченного перечня случаев проведения запроса котировок для диагностического центра электронный аукцион де-факто остается основным и самым эффективным способом определения поставщиков (подрядчиков, исполнителей).

Постановлением Правительства НСО от 30.12.2013г №593-п «О порядке функционирования и использования государственной информационной системы в сфере закупок Новосибирской области» была определена обязанность заказчиков осуществляющих закупки в порядке, установленном Законом о контрактной системе, при планировании и осуществлении закупок с 01.01.2014г использовать государственную информационную систему в сфере закупок Новосибирской области (ГИСЗ НСО), которая интегрирована с единой федеральной информационной системой закупок (ООС), региональной финансовой автоматизированной системой АС «Бюджет», а также с рядом других ресурсов.

Постановлением Правительства НСО от 30.12.2013г №596-п полномочия на определение поставщиков (подрядчиков, исполнителей) для заказчиков НСО путем проведения конкурентных процедур были возложены на ГКУ НСО «Управление контрактной системы» (УУ).

Создание ресурса и возложение вышеуказанных полномочий на УУ должно было снизить трудозатраты на ряд операций по планированию и проведению закупок, повысить эффективность работы.

Но на практике с введением в силу одновременно нового закона о закупках (44-ФЗ), требованием осуществлять закупки через принципиально новую и технически не совсем адаптированную систему (ГИСЗ НСО), запрет на самостоятельное размещение закупок вызвали большие сложности у заказчиков, отчасти которые были связаны с излишними временными затратами.

Переход на электронное взаимодействие сопровождался техническими сложностями. Возникла проблема в готовности к такому переходу как заказчиков, УУ, так и разработчиков портала ГИСЗ НСО.

Пока проходили апробация и отладка системы, обучение заказчиков функционалу и тонкостям системы, заполнение классификаторов продукции, внесение и утверждение позиций плана-графика, которые, по сути, являются полной номенклатурой закупаемых товаров, работ, услуг, ушел почти весь 1 квартал 2014 года. Совокупный объем заявок в I квартале, направляемых заказчиками в УУ на размещение, был настолько велик, что оперативное размещение лежало за пределами физических возможностей УУ. Этот поток заявок, от части, результат запрета на самостоятельное размещение электронных аукционов заказчиками. Итог: количество заключенных контрактов в 1 квартале – 0. (Для статистики: за аналогичный период 2013г было заключено 9 контрактов на сумму 2 750 тыс.руб.).

Также продолжало действовать Распоряжение Правительства НСО от 21.05.2013г №213-рп, которым была установлена обязанность заказчиков НСО при НМЦК от 500тыс.руб. направлять на рассмотрение и согласование обоснованность заявленных потребностей закупок, а также возможность расторжения контрактов на предмет обоснованности и целесообразности его досрочного расторжения по соглашению сторон. Данное требование также требовало времени и трудозатрат.

Для сокращения времени с момента направления заявки в УУ на размещение аукциона до момента публикации извещения документация составлялась нами тщательнейшим образом, чтобы максимально исключить замечания со стороны УУ и увеличить шансы на скорейшее размещение закупки.

Нами, совместно с главными врачами других ЛПУ и ассоциацией врачей, неоднократно поднималась нарастающая проблема, и выносились рациональные предложения по решению задач экстренного обеспечения учреждения необходимыми товарами, работами, услугами для предотвращения сбоев оказания медицинской помощи.

После оценки ситуации региональным Правительством частично наши пожелания и предложения были учтены. Был оптимизирован порядок проведения закупочных процедур. Закупки были разграничены на два уровня. 1-ый уровень – конкурентные процедуры с НМЦК свыше 500 тыс.руб. Такие закупки проводятся через УУ путем подачи электронных заявок в системе ГИСЗ НСО. 2-ой уровень – закупки с НМЦК до 500 тыс.руб. заказчикам было разрешено размещать самостоятельно. Данное право было закреплено Постановлением Правительства НСО от 31.03.2014 №128-п.

Такая оптимизация закупок позволила учреждению перейти от аврального состояния к планомерному осуществлению закупок и возобновлению бесперебойного обеспечения учреждения товарами, работами, услугами.

Статистические данные осуществления закупок в 2014 году для нужд ГБУЗ НСО «ГНОКДЦ»:

Всего размещенных закупок (аукционов) – 201 на общую сумму 79 024,9 тыс.руб.

Из них, повторно размещенных – 22 (10,9% от общего количества аукционов).

Количество закупок, прошедших рассмотрение обоснованности рабочей группой ГРБС за год – 26 (12,9%).

Количество закупок, прошедших согласование заключения контракта с единственным поставщиком по результатам несостоявшихся процедур в контрольном органе – 24 (12%).

Количество закупок, размещенных через УУ – 53 (26,4%).

Количество закупок, размещенных учреждением самостоятельно – 148 (73,6).

Размер экономии по результатам закупок – 6 493 тыс.руб. (9,2% от НМЦК осуществленных закупок).

Количество аукционов для СМП, СОНО – 54 (26,9% от общего числа аукционов) на общую сумму 13 157 тыс.руб., что составило 16,02% от СГОЗ.

Среднее количество заявок (участников) на один аукцион – 2,8.

Количество жалоб в УФАС на действия, бездействия заказчика, УУ, комиссии – 3, из них признанных обоснованными – 0.

Еще одной из новелл в работе в 2014 году стало требование согласования с контрольным органом заключение контракта с единственным поставщиком по результатам несостоявшихся процедур определения поставщика. Такая процедура затягивала процесс заключения контракта более чем на 30 дней. И только поправки, введенные в действие с 01.01.2015г. исключили такую необходимость.

Существенным и болезненным для учреждения было новое требование Закона о контрактной системе, ограничивающее годовой объем закупок товаров, работ, услуг на сумму не превышающую 100 тыс.руб. в пределах 5% СГОЗ заказчика. Закупки «малого объема» позволяют учреждению оперативно решать экстренно возникающие потребности, закупка которых невозможна и нецелесообразна при использовании иных способов закупки, требующих затрат времени.

Имея годовой опыт работы в новых условиях считаем целесообразным и не несущим в себе ни какой коррупционной составляющей увеличение предельной нормы объема закупок «малого объема» (закупки до 100 тыс.руб.) с 5% СГОЗ до 15% с сохранением оговорки – но не более 50 млн.руб.

Некоторые временные нормы на реализацию отдельных положений законодательства необоснованно велики. Так в соответствии с требованиями законодательства, внесение изменений в план-график, размещенный на ООС, по каждому объекту закупки осуществляется не позднее, чем за 10 календарных дней до дня размещения на ООС извещения об осуществлении закупки. Эта норма приводит к затягиванию осуществления процедур. А таких изменений в течение года приходится формировать достаточно большое

количество раз. Например, при необходимости повторного опубликования закупки ввиду несостоявшейся процедуры. Целесообразно было бы сократить этот срок до 2-х рабочих дней.

Введенный в планомерную работу Закон о контрактной системе, несмотря на возникающие сложности применения его норм в I квартале 2014г, позволил обеспечить ритмичную и бесперебойную работу ГБУЗ НСО «ГНОКДЦ» в текущем 2014 году и сформировать 3-х месячный запас материальных ресурсов на 2015 год, и выполнить производственный план на 102% при надлежащем качестве медицинской помощи населению Новосибирской области.

Подводя итоги, необходимо отметить, что даже при большом количестве недоработок, внедрение ГИСЗ НСО представляется вполне логичным и рациональным решением. Поскольку мы живем в информационном обществе – курс на информатизацию – верный курс. Преимущества электронных взаимодействий (процедур) довольно ощутимы. Информация сейчас – главный ресурс практически любой экономики. Посредством электронного документооборота увеличивается скорость обмена информацией. Однако описываемые нововведения пока не решают многие нынешние проблемы в сфере закупок (100% и своевременное обеспечение учреждения высококачественными товарами, работами, услугами). Что подразумевает непрерывное совершенствование Закона о контрактной системе и его адаптацию к меняющейся экономической ситуации, в том числе и в условиях экономического кризиса.

Ю.И. Бравве^{1,2}, Т.К. Федорова¹, Г.П. Ахременко¹, С.А. Песков^{1,2},
Н.Н. Величкина¹

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И УРОВНЯ ИМИДЖА КРУПНОГО РЕГИОНАЛЬНОГО КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

*¹ Государственный Новосибирский областной клинический
диагностический центр*

² Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В работе представлен опыт использования в Государственном Новосибирском областном клиническом диагностическом центре социологической технологии менеджмента качества медицинских услуг и уровня имиджа крупного регионального консультативно-диагностического центра на основе социологического подхода. Изложены преимущества новой социологической технологии оценки качества медицинских услуг и уровня

имиджа по сравнению с классическими организационно-управленческими методами.

Yu.I. Bravve ^{1,2}, T.K. Fedorova ¹, G.P. Achremenko¹,
S.A. Peskov ^{1,2}, N.N. Velitchkina ¹

**SOCIOLOGICAL TECHNOLOGY OF THE MEDICAL SERVICES
QUALITY MANAGEMENT AND OF THE LARGE REGIONAL
CONSULTATIVE AND DIAGNOSTIC CENTER IMAGE LEVEL**

¹Novosibirsk State Regional Clinical Diagnostic Center, Russia

²Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. This work presents an applicational sociological technology experience of the medical services quality management and of the large regional consultative and diagnostic center image level at the State Novosibirsk Regional Clinical Diagnostic Center on the basis of a sociological approach. It recites advantages of the new sociological technology of the medical services quality and of the image level assessment in comparison with classical organizational and administrative practices.

Повышение качества и эффективности медицинской помощи населению на амбулаторно-поликлиническом этапе является чрезвычайно актуальной задачей в связи с такими негативными тенденциями в состоянии здоровья населения как рост заболеваемости, ранняя инвалидизация, смертность лиц трудоспособного возраста и снижение продолжительности жизни, которые имеют не только прямое медицинское, но и косвенное социально-экономическое значение для сохранения стабильности и национальной безопасности России. Однако действенная система менеджмента качества медицинской помощи - одна из самых сложных сфер в отечественном здравоохранении. Проблема усугубляется еще и тем, что отсутствует единый методологический подход к обеспечению качества медицинской помощи, к методам контроля, учёта и оценки результатов этого контроля. В то же время неоднозначны подходы к восприятию и оценке качества медицинских услуг со стороны медицинских работников и потребителей.

Крупные многопрофильные региональные диагностические центры в Российской Федерации, работающие на основе современных медицинских технологий, играют ведущую роль в обеспечении доступности на амбулаторно-поликлиническом этапе консультативно-диагностического процесса на обслуживаемых ими территориях. В связи с этим, в деятельности диагностических центров требуется особый подход к организации системы менеджмента качества медицинского обслуживания и оказания консультативно-диагностических услуг. Диагностический центр как субъект системы менеджмента качества самостоятельно осуществляет внутриведомственный контроль медицинской помощи, основными средствами ко-

торого являются показатели деятельности учреждения, экспертные оценки и медицинские стандарты. В последнее время значительное внимание уделяется разработкам программ стандартов оказания медицинской помощи, формам внешних и внутренних экспертных оценок как средствам менеджмента качества медицинских услуг.

Широкое внедрение достижений доказательной медицины обосновало приоритетное значение «целесообразности» планируемого диагностического поиска, материальные затраты на который должны быть оправданы ожидаемыми результатами. Поэтому решающим является не собственно наличие в распоряжении врача того или иного диагностического метода и возможность получить какой-либо результат, а предваряющий детальный анализ клинической ситуации, когда формируется патогенетическая концепция и затем строится обоснованный алгоритм обследования пациента. Такой подход сохраняет индивидуальное восприятие каждого больного, позволяет рационально использовать имеющиеся диагностические ресурсы и обеспечивает качество медицинской помощи.

Согласно рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения, при обеспечении программ менеджмента качества медицинской помощи важно учитывать следующие четыре необходимых его компонента: квалификацию врача; оптимальность использования ресурсов; риск для пациента; удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской подсистемой. Следовательно, менеджмент качества медицинской помощи - это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, то есть его способности снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с системой здравоохранения.

Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр сегодня является ведущим звеном и уникальным учреждением в структуре здравоохранения Новосибирской области не только в силу своего аппаратно-инструментального потенциала, но и исходя из высочайшего уровня подготовки и квалификации медицинского персонала; возможности использования оригинальной комплексной методологии оценки качества здоровья пациентов и ранней диагностики заболеваний на основе многопрофильного консультативно-диагностического процесса. Все это обеспечивает высокую эффективность диагностики сердечно-сосудистой патологии, онкологических и эндокринных заболеваний, нарушений репродуктивного здоровья и врожденных пороков развития, наследственных болезней и заболеваний с высокой степенью инвалидизации.

С целью изучения удовлетворенности пациентов не только качеством, но и организацией оказания медицинской помощи проводится анкетирова-

ние пациентов и сотрудников диагностического центра. В среднем в течение года такое анкетирование проводится трижды.

Анализ результатов анкетирования свидетельствует, что:

- 86% респондентов отметили свою информированность о порядке и условиях предоставления в диагностическом центре бесплатных видов медицинской помощи,

- 100% респондентов отметили удовлетворение качеством медицинской помощи,

- 82,2% респондентов отметили высокий профессиональный уровень специалистов диагностического центра,

- 93,4% респондентов считают медицинскую помощь в диагностическом центре - доступной.

Респондентами, принявшими участие в анкетировании, внесены предложения: исключить очереди, упростить запись на прием, сократить сроки ожидания, что свидетельствует о необходимости более внимательно подойти к вопросу записи и квотирования мест на консультации и исследования. Кроме того, это свидетельствует и о желании пациентов получать медицинскую помощь именно в ГНОКДЦ.

Информация о результатах менеджмента качества ежемесячно доводится до руководителей структурных подразделений, обсуждается на медицинском совете, конференциях, совещаниях. По результатам менеджмента качества медицинской помощи принимаются управляющие решения, разрабатываются мероприятия по устранению дефектов и повышению уровня качества медицинской помощи населению. Ежегодно результаты ведомственного контроля качества сопоставляются с данными вневедомственного контроля качества, проводимого независимыми экспертами страховых медицинских организаций. В КДЦ разработаны критерии менеджмента качества, которые являются, в том числе, инструментом для объективной оценки оплаты труда медицинского персонала, не только за объем, но и за качество выполняемых услуг.

Таким образом, применение комплексной системы менеджмента качества медицинской помощи реально уже сегодня позволяет в КДЦ:

- создать систему контроля и оперативно управлять уровнем качества медицинской помощи;

- не только выявлять нарушения технологии консультативно-диагностического процесса, но и своевременно предотвращать диагностические ошибки;

- иметь высокий качественный уровень показателей консультативно-диагностического процесса;

- увеличить доступность медицинской помощи населению;

- иметь высокую степень востребованности медицинских услуг;

по результатам анкетирования пациентов (на основе их мнения) проводить оценку работы учреждения, что играет чрезвычайно важную роль в принятии эффективных управленческих решений.

В настоящее время в Новосибирской области на базе ГНОКДЦ осуществляется реализация проекта по планированию объемов консультативно-диагностической работы (госзаказа). Цель данного проекта - максимальное приближение для жителей области высококачественной консультативно-диагностической помощи, в том числе клинической лабораторной диагностики, особенно высокотехнологичной. Для реализации проекта подготовлена методика планирования и прогнозирования объемов по актуальным направлениям консультативно-диагностического процесса: консультативной работы, аппаратно-инструментальных и клинико-лабораторных исследований. Планирование расчетных объемов консультативно-диагностической помощи осуществляется с учетом особенностей и на основе оценки организации труда в подразделениях КДЦ. Планирование и организацию труда в подразделениях КДЦ определяют:

- расчет объема нагрузки на специалиста и определение штатной численности персонала в условиях значительного увеличения мощности и загруженности, т. е. в новых организационно-технических условиях;
- учет производительности имеющегося оборудования и планируемого к приобретению нового;
- оптимизация режима работы персонала, связанная с особенностями технологического процесса, с особенностями потоков пациентов и пренатальным этапом исследований, ограничениями по времени транспортировки и хранения биологического материала и т. д.;
- формирование объемных показателей с учетом возможной динамики структуры исследований и консультаций.

При этом учитывается, что особенности работы специалистов различных подразделений КДЦ и ее планирование основываются на положениях современных нормативно-правовых документов. Социологический анализ проводимого в ГНОКДЦ анкетирования пациентов выявляет наиболее значимые причины посещения диагностического центра - ограничение возможности получения конкретных медицинских услуг по месту жительства, достаточно высокий уровень имиджа учреждения и положительную репутацию учреждения. Большинство пациентов дают высокую оценку качеству медицинских услуг и профессиональному уровню специалистов ГНОКДЦ. Вышеуказанные результаты учитываются при планировании мероприятий и подготовке управленческих решений.

Таким образом, социологическая технология менеджмента качества медицинских услуг и уровня имиджа крупного регионального консультативно-диагностического центра как эффективная сегодня чрезвычайно востребована практическим здравоохранением.

Ю.И. Бравве, Е.Ю. Агеева, И.Н. Коновалова
**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
РЕГИОНАЛЬНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА В
СОВРЕМЕННЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

*Государственный Новосибирский областной клинический
диагностический центр*

Аннотация. В работе предоставлен опыт организации работы экономической службы медицинского учреждения в современных экономических условиях на примере регионального диагностического центра. Изложены основные новые аспекты деятельности экономической службы учреждения.

Y.I. Bravve, E.J. Ageeva, I.N. Konovalova
**ORGANIZATION OF THE REGIONAL ECONOMIC SERVICE
DIAGNOSTIC CENTERS IN TODAY'S ECONOMY**

Novosibirsk State Regional Clinical Diagnostic Center

Abstract. In the work experience provided by the organization of the economic life of the medical institution in the current economic environment on the example of the regional diagnostic center. The basic aspects of the new economic life of the institution.

В условиях модернизации отечественного здравоохранения, формирования рынка медицинских услуг и возрастающей конкуренции одним из важнейших факторов устойчивого развития лечебного учреждения является своевременная адаптация работы экономической службы к меняющимся экономическим условиям. Большое значение в работе приобрела задача своевременного и качественного финансово-экономического анализа деятельности медицинского учреждения.

В диагностическом центре реорганизация работы экономической службы началась в 2011 году одновременно с начавшейся в регионе программой модернизации здравоохранения. В настоящее время в планово-экономическом отделе центра работает 6 человек, из них 5 с квалификацией ведущих экономистов, отдел возглавляется заместителем главного врача по экономике. Кадровый состав на постоянной основе обучается и проходит переподготовку на курсах повышения квалификации, семинарах ведущих специалистов, участвует в различных конференциях по экономической и финансовой тематике, также широко практикуется изучение специальной экономической литературы, учеба внутри отдела и обмен знаниями между специалистами с целью повышения уровня экономических знаний. Практикуется наставничество: прикрепление новых специалистов к сотрудникам, имеющих большой опыт и стаж работы. Каждый специалист ведет свой раздел работы в зависимости от основных направлений экономической деятельности центра, а также источников финансирования.

Внутренняя финансовая отчетность в планово-экономическом отделе адаптирована к новым требованиям законодательства РФ и информатизации в области экономики и закупочной деятельности и унифицирована как для использования в учреждении, так и для работы с другими ЛПУ и учреждениями, на уровне регионального министерства здравоохранения и других вышестоящих органов.

Наряду с традиционными видами работ в экономической службе, необходимыми для функционирования учреждения такими как: составление штатного расписания, тарификационных списков, отчетов, смет, расчета заработной платы, работы с договорами, нормированием и планированием производственной нагрузки, современные экономические условия диктуют необходимость внедрения новых видов экономического анализа для эффективного использования ресурсов подразделениями центра, поддержания работоспособности и развития лечебного учреждения.

Аналитическая работа по изучению финансового положения, состояния ресурсов в учреждении, показателей работы подразделений центра является наиболее плодотворной на современном этапе и дает наибольшую отдачу для решения управленческих задач в экономике учреждения. Разделы работ, включающие полный цикл экономического анализа в экономической службе центра следующие:

1. финансовое планирование доходов и расходов, бюджетирование, финансовый контролинг, анализ затрат по всем источникам финансирования, учет финансовых обязательств
2. обеспечение процесса государственных закупок на основе законодательства о государственных закупках и анализа потребностей учреждения
3. экономический анализ приносящей доход деятельности (оказания платных медицинских услуг населению)
4. планирование, анализ и расчет заработной платы

Остановимся на новых аспектах деятельности экономической службы диагностического центра. Диагностический центр финансируется из трех источников финансирования: средства обязательного медицинского страхования, средства регионального бюджета, доходы от приносящей доход деятельности.

Основой для финансово-хозяйственной деятельности центра на настоящем этапе является план финансово-хозяйственной деятельности, утверждаемый министерством здравоохранения, отражающий плановые доходы и расходы на текущий финансовый год и прогнозные последующие три года.

Совершенно новым в экономической практике является произошедший переход от бюджетного финансирования, дающий гарантированный доход учреждению к финансированию учреждения средствами в зависимости от достигнутых результатов работы (выполнению объемов и качества меди-

цинских услуг) как в части оказания медицинских услуг в системе ОМС, так и в части оказания платных медицинских услуг населению. Поэтому основополагающей актуальной задачей для центра является повышение доходности для сохранения финансовой стабильности и безопасности.

Планирование заработной платы в настоящее время строится на основе достижения заработной платы по категориям медицинских работников уровня «дорожной карты» в регионе, учреждение которую успешно выполняет. Расчет заработной платы ведется на основе анализа результатов по выполнению объема запланированных медицинских услуг и качественных показателей деятельности работников. В настоящее время ведется активная подготовка перевода сотрудников на работу по эффективному контракту.

Процесс осуществления государственных закупок переведен на контрактную систему на основе соблюдения и реализации положений Федерального закона от 05 апреля 2013г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». В рамках действующего законодательства в сфере закупок в регионе создана своя информационная система государственных закупок, которая интегрируется с общероссийским официальным сайтом госзакупок (ООС). Назначен контрактный управляющий, ответственный за осуществление полного цикла закупок.

Новым направлением в работе является внедрение процесса управления издержками, который включает измерение и прогнозирование затрат на различные услуги, затрат подразделений центра для оценки доходности, убыточности, эффективности работы подразделений центра. Проводится строгий контроль над отклонениями в процессе оказания медицинской помощи. Главный врач диагностического центра теперь может в режиме online проанализировать расходы на реактивы, узнать потребность подразделений в них, расходование в расчете на одно исследование и уровень цен. Зная исходные данные, можно увидеть момент, когда были допущены отклонения от запланированного уровня, обусловившие дополнительные расходы, принять меры, чтобы не допустить перерасхода в дальнейшем.

Для работы диагностического центра на современном этапе развития, одним из важных направлений экономического анализа является постоянный анализ использования медицинского оборудования и эффективности использования трудовых ресурсов для увеличения производительности труда.

В повседневную работу внедрена такая форма финансового планирования как «скользящее» прогнозирование или бюджетирование, которое позволяет оценить ситуацию в ходе бюджетного периода и внести соответствующие коррективы в финансовые планы. Преимуществом такого подхода является быстрый учет внешних изменений.

В виду совершенствования законодательства в сфере закупок большинство государственных бюджетных учреждений вынуждены закупать медицинские услуги, оказываемые нашим учреждением, через конкурентные процедуры (запросы котировок, электронные аукционы). Учреждение все больше сталкивается с рыночной конкуренцией. И все чаще выступает в роли участника закупок в рамках Закона о контрактной системе в сфере закупок для государственных и муниципальных нужд, В оказании платных медицинских услуг остается важной задачей поддержание высокого уровня конкурентоспособности на основе грамотной маркетинговой политики на рынке медицинских услуг и положительного имиджа учреждения в целом.

Актуальным в работе экономической службы стала организация работы на принципах взаимозаменяемости: для решения данной задачи экономистам поручается временно вести комплекс работ своего коллеги. Внедрены системы автоматизированных рабочих мест финансово-хозяйственной деятельности, специалисты ведут работу в портале министерства здравоохранения информационной системы Барс, региональной информационной системе государственных закупок, бюджетной информационной системе АС «Бюджет» и СОФОКЛ.

Таким образом, организация работы экономической службы в лечебном учреждении на современном этапе требует быстрой адаптации к постоянно изменяющейся экономической ситуации в целях повышения как экономической так и социальной эффективности деятельности.

И.В. Виблая, В.В. Захаренков, М.И. Ликстанов
**ЭЛЕМЕНТЫ КОНТРОЛЯ В ПРОЦЕССЕ УПРАВЛЕНИЯ
МНОГОПРОФИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ**

*Научно-исследовательский институт комплексных проблем
гигиены и профессиональных заболеваний, Новокузнецк
МБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5» МЗ РФ,
Кемерово*

Аннотация. Систематизирован ряд критериев качественной и количественной оценки деятельности многопрофильной медицинской организации, способствующих принятию решений в процессе управления многопрофильной медицинской организацией. Приведены варианты человекочитаемых компьютерных заключений, базирующихся на множестве интегрированных цифровых данных, характеризующих динамические оценки заданных критериев формирования управленческих действий.

I.V. Viblaya, V.V. Zakharenkov, M.I. Likstanov
**CONTROL ELEMENTS IN MULTIDISCIPLINARY MEDICAL
ORGANIZATION MANAGEMENT**

*Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational
Diseases, Novokuznetsk, Russia*

*Municipal Budgetary Health Institution "Children's City Clinical
Hospital N 5" of Health Ministry of the Russian Federation, Kemerovo,
Russia*

Abstract. Set of criteria for qualitative and quantitative evaluation of the activities of the multidisciplinary medical organization facilitating decision-making in multidisciplinary medical organization management is systematized. All the ways of human readable computer conclusions based on a set of integrated digital data characterizing the dynamic assessments of specified criteria of management actions are given.

В рамках реализации мероприятий Концепции развития системы здравоохранения в РФ до 2020 г. [20] и мероприятий 2-х комплексных целевых программ: «Улучшение демографической ситуации в СФО» на период до 2025 года [7, 8, 10, 11, 13, 18, 23, 25] и «Здоровье и сохранение трудового потенциала населения СФО» [4, 5, 6, 9, 15, 16, 22], основными разработчиками которых являлись сотрудники Научно-исследовательского института комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний, осуществлено научное сопровождение процесса разработки экспертной системы формирования управляющих воздействий в процессе управления многопрофильной медицинской организацией, обслуживающей население Кемеровской области [1, 2, 3, 12, 14, 17, 19, 21, 24, 26].

Алгоритм функционирования экспертной системы в режиме реального времени предусматривает отслеживание управляющим составом многопрофильной медицинской организации (главный врач и его заместители) достаточного набора количественных и качественных показателей деятельности учреждения, интегрированных (экспертным путём) по определенным критериям в спектре управляющих воздействий, например:

- низкий показатель загрузки развернутого коечного фонда какого-либо отделения в течение длительного времени требует или его сокращения, или маневра объемом коек (передачи какой-то их части отделению, работающему с перегрузкой);

- повышенные показатели дополнительной медицинской нагрузки в том или ином структурно-функциональном подразделении требуют или усиления в нем штатного расписания, или маневра врачебным составом, или корректировки диагностического протокола (стандарта) оказания медицинской помощи;

- расчетная задержка сроков выполнения той или иной диагностической методики ставит перед менеджерами медицинского учреждения зада-

чу увеличения штатов соответствующего диагностического отделения (кабинета) или о техническом его переоснащении, при котором должна увеличиться производительность труда. Наоборот, «хроническая недозагрузка» требует сокращения штатного расписания или, если это целесообразно, изменения протоколов обследования в сторону увеличения контрольных исследований;

- повышение расчетной нагрузки на сестринский медицинский пост при отсутствии такого повышения в динамиках нагрузок на врача и на койку требует корректировки (пересмотра) ведущими специалистами учреждения лечебно-диагностических протоколов либо пересмотра штатного расписания подконтрольного отделения;

- изолированное повышение врачебной нагрузки (без повышения нагрузки на сестринский пост и при отсутствии динамики оборота коек) предполагает либо маневр врачебным составом между отделениями, либо пересмотр штатов отделения;

- изолированное повышение нагрузки на койку требует только маневра развернутым коечным фондом; и т.п.

Не привлекая первичного внимания к множеству интегрированных цифровых данных, динамические оценки заданных критериев включаются в ту или иную программу управленческих действий и путём сравнения расчетных показателей с показателями реальными, формируются человекочитаемые компьютерные заключения:

- при снижении или значительном увеличении оборота коек или показателей загрузки развернутых коек программа дает задание ведущим специалистам больницы (главному хирургу, главному терапевту и т.д.) для аналитической работы на выявление допущенных лечащими врачами ошибок (нарушения или отклонения от стандарта обследования и лечения);

- при превышении дополнительной врачебной нагрузки также выдается аналогичное задание;

- при превышении стоимости лечения (в сравнении со стандартом) программной назначается фармацевтическая экспертиза;

- значительное повышение показателей числа и тяжести дефектов госпитального периода предполагает представление компьютерного задания главным специалистам для анализа причин их возникновения, в результате чего организуется учеба специалистов, допустивших дефект, либо инициируется процесс снижения у виновных квалификационных категорий, либо эти же лица лишаются премиальных надбавок по системе обязательного медицинского страхования; и т.п.

Таким образом, научно обоснованные элементы компьютерного контроля, встроенные в разработанную экспертную систему формирования управляющих воздействий, способствуют эффективному принятию решений в процессе управления многопрофильной медицинской организацией.

Литература

1. Виблая И.В., Захаренков В.В. Население трудоспособного возраста. Тенденции демографических процессов СФО // Профессия и здоровье : материалы XI Всероссийского Конгресса. Главный редактор Н.Ф. Измеров. – 2012. – С. 114-116.

2. Виблая И.В., Захаренков В.В., Цай Л.В. К исследованию качества оказания медицинской помощи на основе интегрированных оценок // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2007. – № 2. – С. 44-46.

3. Виблая И.В. Определение потребности в стационарной медицинской помощи на муниципальном и региональном уровнях и пути максимального ее удовлетворения : дис... докт. мед.наук. – Кемерово, 2004. – 327 с.

4. Захаренков В.В., Виблая И.В. Актуальные проблемы формирования трудового потенциала населения России, прогностические оценки // Материалы III Всероссийского съезда врачей-профиатологов. – 2008. – С. 168-169.

5. Захаренков В.В., Виблая И.В. Безвозвратные потери трудового и жизненного потенциала (на примере смертности от множественных травм среди населения г. Новокузнецка) // Фундаментальные исследования. – 2007. – № 10. – С. 81.

6. Захаренков В.В., Виблая И.В., Бурдейн А.В. Профессиональная заболеваемость, как проблема сохранения трудового потенциала Кемеровской области: пути решения // Лечение, медико-социальная экспертиза и реабилитация в ортопедии, нейрохирургии и ангиологии : материалы Всероссийской научно-практической конференции. – 2008. – С. 50-51.

7. Захаренков В.В., Виблая И.В. Демографическое развитие Сибирского федерального округа // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – Вып. 2. – М., 2012. – С. 52-53.

8. Захаренков В.В., Виблая И.В., Забродина Е.А. Инфекции, передающиеся половым путём, как проблема демографического развития Сибирского федерального округа // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2013. – № 3-1 (91). – С. 16-18.

9. Захаренков В.В., Виблая И.В., Колядо В.Б. Оптимизация управления региональной системой охраны здоровья трудовых ресурсов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 5. – С. 36-38.

10. Захаренков В.В., Виблая И.В., Ляпин В.А. Демографические проблемы Сибирского федерального округа // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2007. – № 3. – С. 60-62.

11. Захаренков В.В., Вибляя И.В. Основные демографические проблемы и пути их решения на муниципальном уровне // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2008. – № 3. – С. 60-62.

12. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Святова С.В. О потребности в паллиативной помощи муниципального уровня в условиях областного подчинения онкологической службы (на примере г. Новокузнецка Кемеровской области) // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2013. – № 3-2 (91). – С. 162-166.

13. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Святова С.В. Проблемы воспроизводства населения в России и Сибирском федеральном округе // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2014. – № 1. – С. 112-114.

14. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Сизов Е.Е. Информационные технологии в здравоохранении как инструмент демографической политики // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С. 177-179.

15. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Цай Л.В. Варианты перспективных оценок трудового потенциала России с учетом рождаемости и смертности населения // Медицина труда: реализация глобального плана действий по здоровью работающих на 2008-2017 гг. : материалы Всероссийской конференции с международным участием, посвященной 85-летию ГУ НИИ медицины труда РАМН. Под редакцией Н. Ф. Измерова. – 2008. – С. 110-111.

16. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Цай Л.В. К определению потребности в лечебно-восстановительной помощи больным с профессиональными заболеваниями // Сибирский Консилиум. – 2007. – № 4. – С. 16-17.

17. Захаренков В.В., Ликстанов М.И., Вибляя И.В. Информационные технологии в менеджменте современной медицинской организации // Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право : материалы Международного форума. Под общей редакцией И.О. Маринкина, М.А. Садового. – 2012. – С. 245-250.

18. Захаренков В.В., Ликстанов М.И., Вибляя И.В. Организационная культура медицинской организации как элемент программных мероприятий по улучшению демографической политики СФО // Вестник Российской академии естественных наук. Западно-Сибирское отделение. – 2014. – № 16. – С. 142-148.

19. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения. Под ред. О.П. Щепина, В.А. Медика. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 384 с.

20. Концепция развития системы здравоохранения в РФ до 2020 г. URL : <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2012/1-9.pdf> (дата обращения 19.02.2015).

21. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбратен, Г.И. Галанова, – М.: Медицина, 2002. – 174 с.

22. Миопия школьников как проблема адекватного выбора профессии. Пути решения / В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, А.Ю. Россошанский, А.Л. Репин, А.В. Бурдейн // Сибирский педагогический журнал. – 2010. – № 6. – С. 130-140.

23. Научное обоснование влияния социально-экономических факторов и финансирования здравоохранения на формирование здоровья населения : монография / В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, С.А. Коровин, В.А. Хаптанова, А.Д. Гольменко. – Новокузнецк, 2013. – 187 с.

24. Стародубов В.И., Сидоров П.И., Коноплева А.И. Управление персоналом организации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1104 с.

25. Тенденции демографических процессов в промышленных городах Юга Кузбасса / И.В. Вибляя, В.В. Захаренков, Д.Ю. Шамаев, С.С. Анохина // Гигиена, организация здравоохранения и профпатология : материалы XLII научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией В.В. Захаренкова. – 2007. – С. 37-41.

26. Целевая установка на определение потребности населения в медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (на примере онкологической службы) / И.В. Вибляя, В.В. Захаренков, С.В. Святова, Е.А. Забродина // Вестник Кузбасского научного центра. – 2014. – № 19. – С. 10-12.

27. Целевая установка программных мероприятий по сохранению здоровья и трудового потенциала населения Сибирского федерального округа // В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, А.М. Олещенко, А.В. Бурдейн // В сборнике: Инновационные технологии в медицине труда Материалы Всероссийской научно-практической конференции. – 2011. – С. 93-95.

И.В. Вибляя, В.В. Захаренков, Д.В. Пестерева
**ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПЕДАГОГОВ
В ПЕРИОД ВНЕДРЕНИЯ В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ
КОМПЛЕКСНОЙ
ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «ОБРАЗОВАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ»**

*Научно-исследовательский институт комплексных проблем
гигиены*

и профессиональных заболеваний, Новокузнецк, Россия

Аннотация. Представлены некоторые результаты внедрения автоматизированной информационной системы «Социально-гигиенический мониторинг», проводимого в рамках реализации комплексной целевой про-

граммы «Образование и здоровье», как эффективного элемента управления воспитательно-образовательным процессом, построенного на анализе показателей состояния здоровья учащихся и педагогов.

I.V. Viblaya, V.V. Zakharenkov, D.V. Pestereva
**STUDY ON TEACHERS' HEALTH DURING THE
IMPLEMENTATION OF THE COMPLEX TARGET PROGRAM
"EDUCATION AND HEALTH" IN NOVOKUZNETSK**

Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk, Russia

Abstract. The paper presents some results of the implementation of the automated information system "Socio-hygienic Monitoring" held in the framework of the implementation of the complex target program "Education and Health" as an effective control of educational process based on the analysis of health indices of pupils and teachers.

Для управления общественным здоровьем подрастающего поколения в г. Новокузнецке была разработана комплексная целевая программа «Здоровье и образование», утвержденная в 2004 г. Советом народных депутатов города. Основными разработчиками программы явились сотрудники Научно-исследовательского института комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний г. Новокузнецка. В дальнейшем эта программа переросла в комплексную целевую программу «Образование и здоровье» (2007-2011 гг.), утвержденную главой города [6, 8, 9, 12, 15].

В рамках реализации программных мероприятий широкое внедрение в общеобразовательных школах, центрах здоровья г. Новокузнецка получила автоматизированная информационная система «Социально-гигиенический мониторинг» (АИС «СГМ»). Практическая реализация программного обеспечения позволила проводить всестороннюю оценку воспитательно-образовательного процесса путем анализа степени нормативного соответствия фактических показателей по 4-м направлениям, таким как физическое здоровье, психологическое благополучие, условия обучения и педагогический процесс. Ряд интегрированных оценок состояния здоровья учащихся и педагогов, полученных в период внедрения АИС «СГМ» (2006-2010 гг.), показали эффективность целенаправленно проводимых мероприятий [1, 2, 3, 11, 13, 14, 18].

Залогом успешного воспитательно-образовательного процесса и успеха деятельности системы образования в целом является сохранение и укрепление здоровья педагога [7]. Эффективность педагогической деятельности во многом зависит не только от того, как учитель умеет координировать свои действия, поступки, высказывания и эмоции, но и от состояния физического, психического и социального благополучия [5, 10].

Блок «Здоровье педагогов и школьников» АИС «СГМ» интегрирует показатели общей и первичной заболеваемости, коэффициент хронизации заболеваний по всем классам и ряду отдельных групп заболеваний, позволяет оценить показатели общественного здоровья путем индексации фактических данных относительно стандартов благополучия, выработанных группой экспертов [4, 15, 16, 17, 19].

За время наблюдения установлено снижение показателей заболеваемости педагогов: общей – на 55,1% и первичной – на 62,6%. Однако коэффициент хронизации заболеваний (рассчитан как соотношение общего числа заболеваний по обращаемости и числа заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни) вырос на 19,9%; особо выражен его рост в таких классах заболеваний, как болезни нервной системы – в 3,0 раза (с 3,6 в 2006 г. до 10,7 в 2010 г.), болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, – в 2,4 раза (с 9,5 до 23,0 соответственно), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ – в 2,3 раза (с 2,9 до 6,7 соответственно), болезни системы кровообращения – в 2,3 раза (с 3,2 до 7,4 соответственно), болезни глаза и его придаточного аппарата – на 23% (с 3,0 до 3,7 соответственно). Изменилась структура первичной заболеваемости педагогов. На фоне увеличения долевого участия классов болезней органов дыхания и мочеполовой системы снизилась доля классов болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезней глаза и его придаточного аппарата, которые в среде педагогов принято рассматривать как школьнообусловленную патологию. При детальном изучении выявлено, что значение показателя заболеваемости по классу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, рассчитанное на 1000 педагогов, снизилось на 69,3% (с 93,03‰ в 2006 г. до 28,56‰ в 2010 г.); по классу болезней глаза и его придаточного аппарата снижение составило 80,9% (с 78,32‰ до 14,97‰ соответственно).

Одновременно с этим выявлено, что по обозначенным классам заболеваний снижение показателя болезненности менее выражено, чем снижение показателя заболеваемости. Так, например, по классу болезней органов дыхания снижение составило 39,1% (со 150,88‰ в 2006 г. до 91,92‰ в 2010 г.), а по классу болезней мочеполовой системы – 45,8% (со 180,94‰ до 98,15‰ соответственно).

Вышеизложенное позволяет предположить, что педагоги стали чаще обращаться в лечебно-профилактические учреждения по поводу уже ранее известной патологии, что привело к статистическому росту накопленной патологии и, как следствие, – росту коэффициента хронизации заболеваний.

Таким образом, внедренная в общеобразовательных школах, центрах здоровья г. Новокузнецка АИС «СГМ» – это элемент управления воспитательно-образовательным процессом, построенный на анализе показателей состояния здоровья как учащихся, так и педагогов. Установлено, что

индекс здоровья педагогов (по месту работы), трактованный по последнему состоянию шкалы лингвистической оценки его уровня (0,98-1,00 – хороший, 0,90-0,97 – приемлемый, 0,80-0,89 – удовлетворительный, 0,60-0,79 – пониженный, менее 0,60 – низкий), в целом по городу вырос с удовлетворительного – 0,88 в 2006 г. до приемлемого – 0,94 в 2010 г. уровня, что подчеркивает эффективность мероприятий, проводимых в системе здравоохранения и образования г. Новокузнецка.

Литература

1. Виблая И.В., Захаренков В.В., Бердикова Е.А. Оценка показателей заболеваемости детей в начальных классах общеобразовательных школ г. Новокузнецка // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2010. – № 4. – С. 161-163.

2. Виблая И.В., Захаренков В.В., Яковлева С.М. Первые оценки физического развития детей по результатам функционирования муниципальной программы «Здоровье и образование» // Комплексный мониторинг состояния здоровья обучающихся в системе управления качеством образования : материалы межрегиональной научно-практической конференции. Под редакцией А.М. Олещенко. – Новокузнецк: МОУ ДПО ИПК, 2007. – С. 28-31.

3. Виблая И.В., Чеченин Г.И., Якимова Т.В. Некоторые оценки здоровья подростков-школьников г. Новокузнецка по итогам опытной эксплуатации блока «Здоровье школьников и педагогических работников» в рамках АИС «Социально-гигиенический мониторинг» // Актуальные вопросы подростковой медицины. Проблемы и перспективы лекарственного лечения. Проблемы и перспективы оказания медицинской помощи работающему населению : сборник материалов научно-практической конференции. – Кемерово, 2006. – С. 17-19.

4. Динамическая оценка состояния здоровья педагогов в период повсеместной реализации мониторинга здоровья школьников в г. Новокузнецке / В.В. Захаренков, И.В. Виблая, Д.В. Пестерева, Е.А. Забродина // Инновации в технологиях и образовании : сборник статей участников VII Международной научно-практической конференции : в 4 частях. – Белово, 2014. – С. 257-260.

5. Дружилов С.А., Хашина Д.В. Сформированность концептуальной модели деятельности как условие профессиональной адаптации педагога // Реализация концепций модернизации российского образования в педагогической практике : сборник научных трудов. Санкт-Петербург, 2005. С. 87-91.

6. Захаренков В.В., Виблая И.В., Бурдейн А.В. Профессиональная заболеваемость, как проблема сохранения трудового потенциала Кемеровской области: пути решения // Проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации пострадавших от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний : материалы всероссийского методологического семинара. – Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2008. – С. 50-51.

7. Захаренков В.В., Виблая И.В. Общие положения и индивидуальные особенности информационного обеспечения программы «Здоровье и образование» // Вестник Российской академии естественных наук. Западно-Сибирское отделение. – 2007. – № 9. – С. 81.

8. Захаренков В.В., Виблая И.В., Олещенко А.М. Научный обзор результатов исследований ФГБУ «НИИ КППГЗ» СО РАМН по влиянию внешнесредовых и генетических факторов на развитие профессиональных заболеваний // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2012. – № 5-2 (87). – С. 141-145.

9. Захаренков В.В., Виблая И.В. Основные демографические проблемы и пути их решения на муниципальном уровне // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2008. – № 3. – С. 60-62.

10. Захаренков В.В., Виблая И.В., Пестерева Д.В. К проблеме состояния здоровья педагогов г. Новокузнецка через индексную оценку их заболеваемости // Гигиена, организация здравоохранения и профпатология : материалы XLVII научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией В.В. Захаренкова. – Кемерово, 2012. – С. 76-78.

11. Инкина С.Г., Хашина Д.В., Ильина Т.В. Оценка психофизиологических и личностных особенностей старшеклассников в условиях предпрофильной подготовки // Инновационные проекты как условие развития муниципальной системы образования: материалы научно-методического форума VIII городских Дней науки. Под редакцией М.В. Артюхова, Т.С. Шахматовой, Т.Н. Ивочкиной. – Новокузнецк, 2007. – С. 221-223.

12. Медико-демографические проблемы в формировании здоровья населения Кемеровской области / А.В. Бурдейн, В.В. Захаренков, В.Б. Колядо, И.В. Виблая // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2009. – № 2. – С. 25-26.

13. Методика оценки риска заболеваний учащихся, обусловленных обучением в школе / С.В. Филонова, А.М. Олещенко, Л.С. Зайцева, Д.В. Хашина, Р.Н. Суржикова // Медицина труда: клинико-гигиенические и экспериментальные проблемы : материалы XLIII научно-практической конференции с международным участием «Гигиена, организация здравоохранения и профпатология. Под редакцией В.В. Захаренкова. – Кемерово, 2008. – С. 169-171.

14. Миопия школьников как проблема адекватного выбора профессии. Пути решения / В.В. Захаренков, И.В. Виблая, А.Ю. Россошанский и др. // Сибирский педагогический журнал. – 2010. – № 6. С. – 130-140.

15. Мониторинг «Образование и здоровье» в системе управления качеством образования : монография / В.В. Захаренков, И.В. Виблая, А.М. Олещенко, И.Л. Левина. – Новокузнецк: ООО «Полиграфист», – 2010. 144 с.

16. Оценка показателей заболеваемости педагогов общеобразова-

тельных школ в рамках АИС «Социально-гигиенический мониторинг» / И.В. Виблая и др. // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2006. № 3. – С. 143-146.

17. Пестерева Д.В., Виблая И.В. Динамическая оценка показателей заболеваемости педагогов г. Новокузнецка // Вестник Кузбасского научного центра. – 2012. – № 15. – С. 124-126.

18. Профилактика миопии в школьные годы как мероприятие по сохранению трудового потенциала населения (на примере г. Новокузнецка) / В.В. Захаренков, И.В. Виблая, А.В. Бурдейн и др. // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2010. – № 3. – С. 68-70.

19. Социально-гигиенический мониторинг (педагогический блок) / И.В. Виблая, Г.И. Чеченин, Н.М. Жилина, Сапрыкина Т.В. // Актуальные вопросы социально-гигиенического мониторинга в Сибирском федеральном округе : материалы научно-практической конференции, посвященной 75-летию образования ФГУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора. Новосибирск, – 2005. – С. 7-10.

Е.С. Высоцкая, О.А. Иванова
**ОСОБЕННОСТИ ТЕХНИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ОБЪЕКТОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Новосибирский государственный архитектурно-строительный университет

Аннотация. В настоящее время достаточно большая часть недвижимости в России имеет значительный уровень износа и требует капитального ремонта или реконструкции. Особенно актуален этот вопрос для объектов здравоохранения, так как от своевременности их проведения зависит и возможность оказания качественной медицинской помощи населению. В качестве инструмента, определяющего будущие объемы работ по объекту выступает проведение технической экспертизы.

Е. S. Vysotskaya, O. A. Ivanov
**FEATURES TECHNICAL EXPERTISE OF HEALTH CARE
FACILITIES**

Novosibirsk state architectural and civil engineering

Abstract. Now rather most part of real estate in Russia has the considerable level of wear and demands capital repairs or reconstruction. This question is especially actual for health care facilities as possibility of rendering high-quality

medical care to the population also depends on timeliness of their carrying out. Carrying out technical expertise acts as the tool determining future amounts of works by object.

В процессе эксплуатации любого объекта недвижимости время от времени по разным причинам возникает необходимость проведения технической экспертизы зданий и сооружений. Особенно это актуально для объектов здравоохранения, так как от их эксплуатационной пригодности зависит и возможность оказания качественной медицинской помощи населению.

По своей сути техническая экспертиза зданий и сооружений - это процесс определения технического состояния здания или сооружения по различным признакам в соответствии с действующими нормативными документами. Основная ее цель - определение технического состояния несущих и ограждающих конструкций, перегородок и отделочных покрытий. Итогом проведенной экспертизы здания является заключение о техническом состоянии строительных конструкций, их несущей способности и возможности проведения работ, связанных с реконструкцией, перепланировкой, изменением функционального назначения и т.д. Техническая экспертиза зданий и сооружений позволяет оценить пригодность несущих конструкций для дальнейшей эксплуатации, проведения работ по усилению или ремонту. А также соответствие здания или сооружения проектной документации, санитарным, пожарным и строительным нормам и правилам.

Объекты здравоохранения – это лечебно–профилактические учреждения и учреждения медико-социальной помощи различных форм собственности, органы управления, здравоохранения, включая центральные и ведомственные, службы милосердия обществ Красного Креста, научно-исследовательские учреждения и организации, ведущие исследования в области защиты жизни и здоровья граждан.

Техническая экспертиза зданий и сооружений проводится в два этапа:

·предварительные работы, которые включают в себя осмотр и выявление видимых дефектов и повреждений; ознакомление с имеющейся документацией на здание - проектная документация, паспорт БТИ; составление дефектной ведомости на предоставленных заказчиком планах, зарисовка дефектов и повреждений на схемах фасадов; выполнение фотофиксации выявленных дефектов; разработка плана проведения детальной экспертизы здания (при необходимости) и составление технического заключения по результатам предварительной экспертизы.

·детальная экспертиза конструкций зданий и сооружений включает обмерные работы - составление поэтажных планов, разрезов, фасадов и узлов. (стоимость данной работы уточняется отдельно, исходя из геометрических размеров и функционального назначения здания); проведение выборочных вскрытий ж/б конструкций - определение количества арматуры, ее диаметра, толщины защитного слоя, глубины карбонизации бетона; отбор струж-

ки из элементов металлических конструкций, определение химического состава; отбор образцов металла для проведения лабораторных испытаний; проведение инструментальных испытаний с целью определения прочности конструкций - ультразвуковое обследование, отбор образцов, испытания на вырыв и др. устройство (откопка) контрольных шурфов для проведения обследования фундаментов и грунтов оснований (производится отбор проб грунта для лабораторных исследований с целью определения физико-механических характеристик); проведение поверочных расчетов наиболее нагруженных конструкций здания; составление подробной карты дефектов и повреждений с условными обозначениями и ссылкой на подтверждение фотофиксацией; составление заключения с выводами о техническом состоянии здания или сооружения и рекомендациями о дальнейших работах - усиление, ремонт.

Техническая экспертиза объектов здравоохранения проводится также как экспертиза общественного здания, но при этом необходимо учитывать специфику объекта. При технической экспертизе объектов здравоохранения таких как: аптека, стоматологический кабинет, расположенных в здании жилого дома, основным этапом являются предварительные работы. На основании них инвестор делает вывод о вложении средств в ремонт помещения или о его покупке. Экспертизу объекта здравоохранения необходимо проводить, не останавливая работу объекта, так как в нем оказывают медицинскую помощь населению.

А.В. Ганина, Л.Д. Гололобова, Н.Ф. Киселева
**ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ГБУЗ «Государственная областная клиническая больница»

Аннотация. Доступность и качество - основные направления деятельности по оказанию первичной медико-санитарной помощи жителям Новосибирской области.

A.V. Ganina, L.D. Gololobova, N.F. Kiseleva
**THE ORGANIZATION OF PRIMARI HEALTH CARE IN THE
NOVOSIBIRSK REGION**

State Novosibirsk district clinical hospital

Abstract. Availability and quality - the main trend of primary health care activity for Novosibirsk region residents.

Первичная медико-санитарная помощь (далее по тексту ПМСП) наиболее востребованный вид медицинской помощи, оказываемый населению специалистами первичного звена. Это обусловлено социальной значимостью службы, в амбулаторном звене здравоохранения начинается и заканчивается лечение более 80% пациентов.

Из послания Президента РФ В.В. Путина мы видим, что основными приоритетными направлениями являются:

- Возрождение системы профилактики заболеваний;
- Формирование культуры здорового образа жизни;
- Создание условий, благоприятствующих рождению и воспитанию детей;

- Укрепление системы первичной медико-санитарной помощи;
- Повышение доступности высокотехнологичных медицинских услуг.

Также Государственной программой развития здравоохранения РФ, в части раздела ПМСП, предусматривается:

- Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни;
- Развитие ПСМП;
- Совершенствование оказания специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации;
- Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни;
- Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения;
- Охрана здоровья матери и ребенка;
- Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям;
- Кадровое обеспечение системы здравоохранения;
- Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья;
- Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья;
- Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан.

Основными направлениями в деятельности ПМСП, которые обозначены в государственных программах развития, являются доступность и качество. Что в этом направлении сделано в Новосибирской области? На всей территории организованы домовые хозяйства в отдаленных населенных пунктах области с численностью населения до 100 человек для оказания само-взаимопомощи. Особенно активно по данному направлению работают в Татарском, Чистоозерном и Куйбышевском районах. Для амбулаторного наблюдения пациентов, выписанных из стационара и нуждающихся в патронажном наблюдении, организованы мобильные патронажные сестринские бригады во всех центральных районных больницах области. При на-

блюдении сестринской патронажной бригадой только в 40% потребовалась консультация участкового врача и в 19% узкого специалиста, что позволило освободить время врача для работы с пациентами более сложной категории.

Также организованы кабинеты неотложной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Новосибирска и НСО. Для сокращения необоснованных вызовов скорой медицинской помощи на базах поликлинических отделений центральных районных больниц организованы бригады неотложной помощи. Статистические данные показывают, что более 40% вызовов составили вызовы к хроническим больным и пациентам старше 60 лет, которым не требовалась скорая медицинская помощь. В связи с переходом первичного звена на систему семейной медицины в Новосибирской области организована сеть общих врачебных практик. Также, свысокой востребованностью населением таким направлением в работе амбулаторной службе развернуто 296 дневных стационаров для взрослого и детского населения. В, основном, это койки педиатрического и терапевтического профиля. Для доступности специализированной медицинской помощи населению Новосибирской области организуются выезды консультативных бригад специалистов областных лечебно-профилактических учреждений. В рамках государственной программы «Сахарный диабет» с 2010 года ежегодно проводятся плановые выезды мобильного лечебно-профилактического модуля (Диамобилья) в районы Новосибирской области. На данный момент существует новая парадигма в здравоохранении Российской Федерации, приоритеты смещаются от лечения заболеваний к их предотвращению и поддержанию здоровья, т. е. к профилактической работе. Профилактическая работа ведется и в Новосибирской области. Первичная профилактика начинается с Центров здоровья и школ здоровья. Большой блок профилактической работы выполняется при проведении диспансеризации населения и дальнейшая профилактическая работа осуществляется преимущественно отделениями и кабинетами профилактики.

Врачи-специалисты ГБУЗ НСО «ГНОКБ» ежегодно активно участвуют в работе благотворительной акции на корабле-церкви «Андрей Первозванный» для жителей отдаленных населенных пунктов области.

Степень доступности медицинской помощи определяется одним из таких критериев, как обеспеченность населения амбулаторно – поликлинических учреждений. В реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области в 2014 году принимали участие 203 медицинские организации различных форм собственности (в том числе 17 федеральных и 53 негосударственных формы собственности), в которых работают свыше 12 тысяч врачей и 23,3 тысячи средних медицинских работников. Число жителей на одного медицинского работника (врача и среднего медицин-

ского работника) в амбулаторно-поликлинических учреждениях составляет 111 человек (на 1 среднего медицинского работника – 173, а на 1 врача- 306 жителей).

Ежегодно в амбулаторно-поликлинических учреждениях осуществляется 24 миллиона посещений (9 посещений на 1 жителя), стационарное лечение получают более 600 тысяч пациентов, выполняется более 200 тысяч операций. Осуществляются более 1 миллиона вызовов скорой медицинской помощи. Жителям Новосибирской области проводятся десятки миллионов диагностических исследований. Из всего вышеперечисленного, мы видим, трехуровневую систему оказания медицинской помощи:

Первый уровень, обеспечивающий население ПМСП, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощью. Медицинские организации, оказывающие, преимущественно, первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь, а также специализированную медицинскую помощь (городские больницы, центральные районные больницы, районные больницы, и их структурные подразделения, городские поликлиники).

Второй уровень – межмуниципальный, для оказания специализированной медицинской помощи, преимущественно в экстренной и неотложной форме. Медицинские организации (центральные районные больницы, районные больницы, городские больницы), имеющие в своей структуре специализированные межмуниципальные отделения и (или) межмуниципальные центры (сосудистые, травматологические и иные), а также районные и городские диспансеры и многопрофильные городские больницы, оказывающие преимущественно специализированную медицинскую помощь.

Третий уровень – областной (региональный), для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. Региональные медицинские учреждения, оказывающие специализированную медицинскую помощь и высокотехнологичную медицинскую помощь.

Решение, каких приоритетных задач и направлений деятельности в сфере здравоохранения Новосибирской области требуется:

- Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни, Развитие первичной медико-санитарной помощи;
- Совершенствование оказания специализированной, в том числе скорой, высокотехнологичной медицинской помощи;
- Развитие государственно-частного партнерства;
- Развитие службы охраны здоровья матери и ребенка;
- Кадровое обеспечение системы здравоохранения;
- Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях;
- Развитие информатизации в здравоохранении;

- Повышение эффективности системы оказания медицинской помощи на основе оптимизации деятельности медицинских организаций.

М.М. Гасанбекова
**ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕКЛАМЫ В СИСТЕМЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Сибирская академия управления и массовых коммуникаций,
Новосибирск*

Аннотация. Наиболее серьезным ограничением для развития частного сектора в здравоохранении выступает конкуренция со стороны государственных медицинских учреждений в области платных услуг при недостаточно четкой спецификации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Частная система не столько дополняет государственную, сколько замещает некоторые ее услуги и, значит, конкурирует с ней по цене и по качеству. Однако использование достаточно действенного инструмента конкуренции - рекламы ограничивается законодательно.

М.М. Hasanbekova
**PROBLEMS AND PROSPECTS OF ADVERTISING IN THE
HEALTHCARE SYSTEM**

Siberian Academy of management and masscommunication, Novosibirsk

Abstract. As the most serious restriction for private sector development in health care the competition from the public medical institutions in the field of paid services at insufficiently accurate specification of the state guarantees of rendering free medical care acts. The private system not so much supplements state, how many replaces its some services and, so competes with it at the price and on quality. However use of rather effective instrument of the competition - advertizing is limited legislatively.

В последнее время, вопрос, связанный с рекламой медицинских услуг является актуальным по причине внесенных поправок в Федеральный закон «О рекламе». Поправки в закон «О рекламе», вступившие в силу 1 января 2014 г., разрешают рекламу медицинских услуг только на специализированных выставках, конференциях и семинарах, а также в специализированных печатных изданиях. Но эти ограничения не распространяются на рекламу медицинской деятельности, если в ней нет указания на конкретные медицинские услуги, следует из разъяснений Федеральной антимонопольной службы. Следовательно, компания может только заявить о себе в рекламе, без указания конкретных направлений деятельности.

Несомненно, это в разы усложняет процесс привлечения клиентов и ведет к резкому сокращению доходов от рекламы. По словам Давида Мелик-Гусейнова, руководителя Центра социальной экономики, «в крупных городах рынок частных медицинских услуг высококонкурентный. Но основные игроки на рынке - это специализированные клиники: стоматологические, гинекологические, урологические. Реклама конкретных услуг для них очень важна, поскольку позволяет выделиться на рынке и привлечь пациентов». В итоге, маркетологам приходится использовать более изощренные способы продвижения, либо работать в условиях ограниченного бюджета с тем, что имеется.

В связи с высокой конкуренцией на рынке медицинских услуг, реклама, зачастую, является единственной возможностью компании повысить свою узнаваемость и отстроиться от конкурентов. Цель рекламы медицинского учреждения или услуг не отличается от рекламы любой другой компании, но имеет ряд своих особенностей и ограничений.

Некоммерческие (и, прежде всего, бюджетные) организации инвестициям в продвижение медицинских услуг уделяют мало внимания как из-за того, что предпринимательская деятельность является для них вспомогательной деятельностью, так и в связи с ограниченностью ресурсов, которые могут быть направлены на эти цели. Продвижение же бюджетной услуги во многих случаях противоречит их экономическим интересам: получив финансирование по смете, бюджетные медицинские учреждения объективно заинтересованы как раз в снижении реальных объемов медицинской помощи в целях экономии ресурсов. Да и тратить средства на рекламу бюджетным организациям пока не стоит: существенный отток пациентов в ближайшие годы им точно не грозит. А что касается частных клиник, им просто необходимо использовать все доступные каналы коммуникации, так как существует конкуренция не только между частными медицинскими учреждениями, но и между государственными, предоставляющими платные услуги и частными учреждениями.

Наиболее характерные конкурентные преимущества, которые используют частные медицинские учреждения: высокая квалификация персонала, качественный сервис, внимательное отношение, уникальное оборудование. Преимущества государственных учреждений в том, что пациенты приходят туда в рамках ОМС, у них нет проблем с привлечением пациентов.

Если рассматривать отдельные виды медицинских услуг, то стоит отметить, что определенные виды услуг, предлагаемые частными клиниками оказываются намного качественнее, чем в частных. В первую очередь, это касается стоматологии и офтальмологии, так как основными факторами роста спроса на услуги в Новосибирске является сложная ситуация в сфере государственной бесплатной медицины, а также расширение сегмента ДМС.

Вернемся к вопросу о внесении поправок в закон: какое влияние по итогам 2014 года оказали введенные изменения? По данным Федеральной службы государственной статистики (ФСГС), объем рынка платных медицинских услуг в Новосибирской области в 2012 году составил - 7.0 млрд рублей, в 2013 - 8.1 млрд рублей, а в 2014 - 11.2 млрд рублей. Таким образом, ограничения не оказали особого влияния на объем рынка.

Исходя из наблюдений, самым популярным каналом продвижения в Новосибирске является наружная реклама. Но стоит отметить, что данный вид рекламы подходит только для известных и крупных компаний с целью поддержания имиджа и повышения узнаваемости бренда. Ввиду того, что информация на рекламном баннере должна быть общего характера, данный канал коммуникации не подходит молодым и узкоспециализированным клиникам. Цель рекламы - не привлечь пациента прямо сейчас, а сделать так, чтобы когда он захочет навестить врача, он бы вспомнил вашу клинику и обратился именно к вам. Лучше работают не те рекламные каналы, которые формируют предложение: телевидение, радио, газеты, рекламные щиты, а те, которые отвечают на спрос: интернет, рекомендации. Эффективнее всего не рекламировать, а создавать запоминающийся образ клиники как надежного лечебного учреждения, где безболезненно, безопасно и качественно лечат, так как медицинская услуга является вынужденной для пациента. Поэтому классические виды рекламы медицинских услуг не дают прямого отклика. Следовательно, самым перспективным направлением в рекламе медицинских центров сегодня является сеть Интернет. Это обусловлено гораздо большей ее эффективностью: клиент, привлеченный с помощью рекламы в сети, обходится в разы дешевле по сравнению со стоимостью рекламы в традиционных СМИ.

Говоря об интернете, имеется в виду, что любое уважающее себя медучреждение должно иметь серьезный интернет-сайт. Здесь должны перечисляться все услуги, представляемые клиникой, прайс-лист цен на услуги, перечень всех специалистов, работающих в клинике и их профессиональных достижений. Очень важно иметь на сайте форму обратной связи, через которую потенциальные клиенты могут задать все интересующие их вопросы. А еще лучше, если они смогут получить онлайн-консультацию у ведущих специалистов клиники. Таким образом, получив ответы на свои вопросы, потенциальный клиент в 90% случаев перерастает в реального пациента клиники.

Стоит отметить, что умелое продвижение в интернете может оказаться эффективным методом в условиях ограничения законом и высокой конкуренции, а также в высокой концентрации платежеспособной аудитории в возрасте 25-45 лет. В первую очередь, это управление репутацией. Работа по управлению репутацией заключается в формировании положительно-

го мнения о клинике и ее врачах. Во-вторых, продвижение сайтов, которое представляет собой ряд мероприятий направленных на улучшение позиций сайта в поисковых системах и привлечении посетителей. В третьих, активная работа с форумами и социальными сетями, а именно формирование положительного мнения.

Стоит привести интересный случай из личной практики. Небольшая офтальмологическая клиника в Новосибирске смогла повысить спрос на свои услуги за короткое время путем создания аккаунта на форуме sibmama.ru от лица девушки, ищущей услуги офтальмолога. В ходе обсуждения упоминалось название данной клиники, после чего заинтересованные люди переходили на сайт компании. С одной стороны, данный вид нельзя назвать прямым продвижением, с другой - это яркий пример вирусной рекламы. Отсюда следует, даже в условиях насыщенности рынка, используя социальные медиа как бюджетный и эффективный метод продвижения, частная клиника может сформировать свой положительный имидж.

Но стоит отметить, что медицина — это отрасль, успех в которой как нигде зависит от человеческого фактора, а точнее — от работающих в клинике врачей. Для того чтобы эффективно использовать доступные инструменты маркетинга, необходимо детально определить свою нишу, занимаемую на рынке, целевую аудиторию и провести анализ конкурентов. После чего разумно подойти к выбору методов продвижения.

Рынок рекламы медицинских услуг сейчас претерпевает значительные изменения: компании вынуждены бороться в условиях ограниченных возможностей продвижения. Стоит ожидать, что интернет-реклама станет главным, если не единственным способом рекламирования.

Э.В. Герасимова¹, И.Ф. Мингазов¹, В.В. Летягина²,
В.Г. Семёнова²

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИКИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 ГОДУ

¹ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области»¹

²Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В данной статье авторы дают обобщенную характеристику ситуации по острым отравлениям населения в Новосибирской области.

Уровень острых бытовых отравлений в Новосибирской области стабильно превышает среднероссийские показатели. В структуре зарегистрированных острых отравлений лидируют отравления спиртосодержащей продукцией, медикаментами и отравления наркотическими веществами. В Новосибирской области резко вырос уровень острых отравлений населения молодого возраста за счет отравлений курительными смесями. В Новосибирской области остается актуальной проблема профилактики острых бытовых отравлений населения.

E.V. Gerasimova¹, I. F. Mingazov¹, V.V. Letyagina²,
V.G. Semenova²

SOME ASPECTS OF THE DYNAMICS OF ACUTE POISONING OF THE POPULATION OF THE NOVOSIBIRSK REGION IN 2014

¹FBUZ "Center of hygiene and epidemiology in the Novosibirsk region"
²Novosibirsk state medical University

Abstract. In this article, the authors give a generalized overview of the situation on acute poisoning of a population in the Novosibirsk region. The level of acute household poisonings in the Novosibirsk region consistently exceeds the national average. In the structure of registered acute poisoning lead poisoning poisoning alcohol-containing products, medicines and poisoning drugs. In the Novosibirsk region has dramatically increased the level of acute poisoning of young people due to poisoning of Smoking mixtures. In the Novosibirsk region is a problem of prevention of acute household poisoning of the population.

В последние годы в Российской Федерации много сделано для улучшения качества жизни населения. Социально-экономические и медико-демографические индикаторы в последние годы указывают как на увеличения продолжительности жизни населения, так и на снижение общей и младенческой смертности. Особую озабоченность вызывают те устранимые значительные потери «человеческих ресурсов» которые всё еще несет наше общество (смертность от случайного отравления алкоголем, смертность от употребления наркотических веществ, смертность от отравлений токсичными веществами и т.д.).

По данным ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области» в 2014 году в Новосибирской области зарегистрировано 5974 случаев острых отравлений химической этиологии. Показатель острых отравлений населения в Новосибирской области составил в 2014 г. - 218,7 на 100 тыс. населения (2013 г. - 180,9 на 100 тыс. населения, 2012 г. – 212,4 на 100 тыс. населения). Динамика острых бытовых отравлений в Новосибирской области за 2005-2014 гг. представлена в таблице 1 [1-12].

Таблица 1

Динамика острых отравлений в Новосибирской области за 2005-2014 гг.

Год	Всего случаев острых отравлений	Показатель на 100 тысяч.населения
2005	3361	126,2
2006	3897	147,1
2007	4055	153,6
2008	4626	175,5
2009	4901	185,7
2010	5359	202,2
2011	5297	198,7
2012	5708	212,4
2013	4901	180,9
2014	5974	218,7

Основные тенденции, отражающие относительную (показатель на 100 тыс. населения) динамику острых отравлений химической этиологии по Новосибирской области за 2008-2014 годы, отражены в табл.2.

Таблица 2

Показатели острых отравлений химической этиологии в Новосибирской области за 2008-2013 годы (на 100 тыс. населения)

Причины	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Медикаменты	58,7	71,2	75,7	71,2	73,4	70,3	60,9
Спиртосодержащая продукция	49,7	51,6	57,1	64,9	60,6	41,2	61,2
Наркотики	21,2	14,2	14,2	10,7	22,3	27,5	47,7
Разъедающие вещества	10,6	12,0	13,4	12,2	10,4	11,2	11,9
Окись углерода	21,4	18,5	24,2	22,1	17,8	10,9	16,6
Прочие	13,9	18,2	17,7	17,7	28,0	19,8	20,5
Всего по Новосибирской области	175,5	185,7	202,2	198,7	212,4	180,9	218,7
Всего по Российской Федерации	126,6	137,5	135,7	120,8	119,0	115,5	114,8
Острые отравления с летальным исходом по Новосибирской области	59,5	52,8	52,5	45,9	42,3	10,9	45,0
Острые отравления с летальным исходом по Российской Федерации	22,7	23,9	23,7	21,0	20,3	19,6	20,0

Уровень острых отравлений в Новосибирской области стабильно и значительно превышает среднероссийский уровень (в 2014 году в 1,9 раза). Уровень смертности от острых отравлений в Новосибирской области ста-

бильно и значительно превышает среднероссийский уровень (в 2014 году в 2,25 раза).

В Новосибирской области в структуре острых отравлений всего населения лидируют отравления спиртосодержащей продукцией, на втором месте отравления медикаментами и на третьем месте отравления наркотическими веществами. В 2014 году в Новосибирской области продолжился рост отравлений от наркотических веществ, в том числе за счет регистрации случаев отравлений курительными смесями, «солями для ванн».

В возрастной структуре острых отравлений максимальный уровень показателя острых отравлений регистрируется у подростков 15-17 лет (в том числе за счет употребления наркотических средств типа «курительные смеси», «соль для ванн»). Относительный показатель острых отравлений в Новосибирской области составил: у подростков 414,4 на 100 тыс. (в 2013 г. – 358,8) при показателе по Российской Федерации – 179,7; на втором месте острые отравления у взрослого населения – 357,8 на 100 тыс. (в 2013 г. – 160,2) при показателе по Российской Федерации – 116,6 в 2013 г. и на третьем месте у детей до 14 лет – 233,9 на 100 тыс. детей (в 2013 г. – показатель 261,6) при показателе по Российской Федерации – 103,9 на 100 тыс. в 2013 г. (табл.2).

Таблица 2

Динамика острых бытовых отравлений химической этиологии по возрастным группам (на 100 тыс. населения), 2010-2014 гг.

Возрастные группы	2010	2011	2012	2013	2014
Взрослое население по Новосибирской области (18 лет и старше)	191,7	181,4	200,9	160,2	357,8
Взрослое население по Российской Федерации	136,8	120,6	119,2	116,6	115,6
Подростковое население по Новосибирской области (15-17 лет включительно)	189,1	204,5	278,6	358,8	414,4
Подростковое население по Российской Федерации	145,7	136,5	136,2	148,3	179,7
Детское население по Новосибирской области (0-14 лет включительно)	263,8	297,2	264,3	261,6	233,9
Детское население по Российской Федерации	127,1	118,2	114,2	103,9	99,4

Уровень острых отравлений в Новосибирской области превышает среднероссийский уровень: у взрослого населения в 3,09 раза, у детей в 2,35 у подростков в 2,30 раза. У детей регистрируются острые отравления за счет ошибочного приема медикаментов. У трудоспособного населения регистрируются острые отравления за счет отравлений алкогольной продукцией и медикаментозными средствами. Среди медикаментов наибольшее количе-

ство отравлений регистрируется за счет следующих групп препаратов - противосудорожных, седативных и снотворных препаратов; далее – препаратов, действующих на сердечно-сосудистую систему; анальгизирующих, жаропонижающих и психотропных препаратов.

Из общего числа отравившихся лидируют индивидуальные острые отравлений – до 96% и преобладает случайный характер употребления токсических веществ. Из числа пострадавших от отравлений до 60% составили мужчины.

В структуре острых отравлений с летальным исходом лидируют отравления от спиртосодержащей продукции, отравления окисью углерода и наркотическими веществами.

Выводы

1. У населения Новосибирской области остается актуальной проблема профилактики острых отравлений.

2. В Новосибирской области в структуре зарегистрированных острых отравлений лидируют отравления спиртосодержащей продукцией, отравления медикаментами и отравления наркотическими веществами.

3. Уровень острых бытовых отравлений в Новосибирской области стабильно превышает среднероссийский уровень.

4. Актуальной остается работа, направленная на борьбу с наркотиками и снижением уровня потребления спиртосодержащей продукцией.

5. Максимальные уровни острых отравлений регистрируются в подростковом возрасте. Уровень острых отравлений в Новосибирской области у подростков более чем в 2 раза превышают среднероссийские показатели.

6. В структуре летальных острых отравлений лидируют отравления спиртосодержащей продукцией, отравления окисью углерода, отравления наркотическими веществами и отравления разъедающими веществами.

7. Уровень острых отравлений с летальным исходом в Новосибирской области в 2,25 раза превышает среднероссийский уровень.

Литература.

1. И.Ф. Мингазов, Э.В. Герасимова, В.Г. Семенова О некоторых результатах мониторинга за острыми бытовыми отравлениями в Новосибирской области Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Основные проблемы охраны окружающей среды и обеспечения благополучия населения в Сибирском Федеральном округе, перспективы их решения» 18-19 сентября 2013, г.Горно-Алтайск, стр. 159-162.

2. Круглова Э.В., Мингазов И.Ф., Круглова Н.А. Об основных тенденциях мониторинга за острыми отравлениями в Новосибирской области. Вестник Роспотребнадзора по Новосибирской области №1 2011 г.

3. Круглова Э.В., Мингазов И.Ф., Круглова Н.А. Профилактика острых отравлений. Вестник Роспотребнадзора по Новосибирской области №3 2010 г.

4. Новоселов В.П., Шешукова Ю.Е. Материалы Новосибирского областного клинического бюро судебно-медицинской экспертизы, Новосибирск, 2015 г.

5. К.А. Филатов, В.С. Евсиков, М.С. Ковлягин «Аналитические Материалы Управления ФСКН России по Новосибирской области». Новосибирск, 2015 г.

6. И. Ф. Мингазов, Л.К. Иванова, Э.В. Круглова «Актуальные аспекты профилактики острых отравлений химической этиологии на территории Новосибирской области». Проблемы медико-демографического развития и воспроизводства населения в России и регионах Сибири. Сборник материалов конференции.- Иркутск, 18-19 июня 2007 г. 2007г.-400с.

7. И.Ф.Мингазов, Э.В.Герасимова Актуальные аспекты профилактики острых отравлений в Новосибирской области. Вопросы санитарно-эпидемиологического благополучия населения Сибирского Федерального Округа: материалы научно-практической конференции (27-28 августа 2014, г.Красноярск).- Красноярск, 2014. – 284 с. (стр.160-163).

8. И.Ф. Мингазов «Зеленый змий» отступает, но медленно Вестник Роспотребнадзора по Новосибирской области №4 (27) 2013 г. стр.16 – 19.

9. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке и соблюдении законодательства в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на территории Новосибирской области в 2012 г.» Новосибирск, 2013 г.

10. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке и соблюдении законодательства в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на территории Новосибирской области в 2013 г.» Новосибирск, 2014 г.

11. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке и соблюдении законодательства в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на территории Новосибирской области в 2014 г.» Новосибирск, 2015 г.

Я.В. Данильченко, Т.С. Костомарова, Г.В. Артамонова
**СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС КАК ИНСТРУМЕНТ
ВЫЯВЛЕНИЯ МОТИВАЦИИ СОТРУДНИКОВ
К ВЫПОЛНЕНИЮ РАБОТЫ (НА ПРИМЕРЕ
МУНИЦИПАЛЬНОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «КЕМЕРОВСКИЙ
КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»).**

*Научно-исследовательский институт комплексных проблем
сердечно-сосудистых заболеваний, г. Кемерово*

Аннотация. В статье описаны результаты сплошного анкетирования сотрудников Муниципального учреждения здравоохранения. Выявлены основные мотивирующие факторы к работе в зависимости от профессиональных категорий и возраста.

Y. V. Danilchenko, T. S. Kostomarova, G. V. Artamonova
**SOCIOLOGICAL SURVEY AS A TOOL FOR REVEALING OF
EMPLOYEES' MOTIVATION FOR WORK PERFORMANCE.
(THE CASE OF MUNICIPAL BUDGETARY HEALTHCARE
INSTITUTION KEMEROVO CARDIOLOGY DISPENSARY).**

*Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases,
Kemerovo*

Abstract. The article describes the results of unselected questionnaire survey of employees of municipal budgetary healthcare. The main motivating factors for work were revealed depending on professional categories and age.

Актуальность. В рыночной экономике для организации любой формы собственности одной из важнейших задач является поиск эффективных способов управления мотивацией работников. Мотивация персонала является ключевым направлением кадровой политики любого предприятия.

Цели и задачи. Для грамотного определения и управления мотивацией к работе, с целью повышения удовлетворенности сотрудников учреждения, а также изыскания резервов увеличения результативности деятельности в 2012 году руководством Муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Кемеровский Кардиологический диспансер» (ККД) было принято решение о проведении сплошного анкетирования основных сотрудников. Планировалось, что оно позволит не только определить соответствие системы мотивации общей стратегии учреждения и эффективность инструментов стимулирования, но и выявить направление совершенствования мотивации персонала. Кроме того, оценка качества системы управления и ее элементов есть составная процедура международных стандартов менеджмента качества, внедрение которых планировалось в ККД.

Материалы и методы. Для решения вышеописанных задач была составлена комплексная анкета более чем из шестидесяти вопросов, в кото-

рую были включены закрытые вопросы, полузакрытые и открытые. Кроме основных вопросов, направленных на сбор материала в соответствии с задачами исследования, были разработаны контрольные вопросы для определения тщательности заполнения анкеты и искренности респондентов, а также вопросы-фильтры для выделения отдельных групп опрашиваемых.

Для обработки полученных данных использована программа Statistica 6.0.

В опросе приняло участие 73% основных сотрудников. 26% составили врачи, 40% – средний медицинский персонал (СМП), 14% – младший медицинский персонал (ММП), 17% – сотрудники прочих служб (СПС) и 3% – руководители. Почти 50% респондентов – молодые сотрудники в возрасте до 40 лет. Все опрошенные были объединены в возрастные группы: I группа – до 30 лет, II группа – от 31 года до 40 лет, III группа – от 41 года до 50 лет и VI группа – 51 год и старше.

Результаты и обсуждения. Сегодня в ККД функционирует ряд социальных гарантий и мотиваций: бесплатное медицинское обслуживание в учреждении и осуществление комплекса мероприятий по охране здоровья работников и членов их семей (муж, жена, дети); обеспечение детей работников в возрасте до 14 лет включительно новогодними подарками и билетами на новогодние представления; транспортные расходы при посадке и уборке картофеля; единовременная помощь молодым специалистам; выделение ссуды на приобретение жилья; компенсация оплаты съемного жилья ММП в течение года в размере 50% от стоимости и др.

Несмотря на все проводимые руководством меры по моральному поощрению сотрудников учреждения, на вопрос «считаете ли Вы справедливой систему морального поощрения (благодарности, грамоты, медали, доска почета и т.д.)» положительно ответили около 40% респондентов (52% – руководителей, 45% – врачей, 43% – СМП, 34% – СПС и 33% – ММП). Сотрудники в возрасте до 30 лет считают моральное поощрение справедливым, в возрасте от 51 года и старше мнение прямо противоположное. Во время опроса было высказано пожелание о создании доски почета для СМП.

Понятна система премирования лишь 30% анкетироваемым. Считают непонятной и непрозрачной систему материального стимулирования в организации 44% сотрудников, так полагают: по 50% опрошенных врачей и СМП, 46% – СПС, 38% – ММП и около 16% – руководителей. Половине респондентов I, II и IV возрастных групп система стимулирования в учреждении не понятна. Наиболее лояльными в этом вопросе оказались сотрудники III возрастной группы (42%), которые понимают и считают систему прозрачной.

Эффективной систему мотивации труда в организации считают 40% от всех опрошенных сотрудников, из них: 72% – руководители, 45% – врачи и по 40% СМП, ММП и СПС. Наименее удовлетворены системой мотивации сотрудники IV возрастной группы – 35%.

Не удовлетворены своей заработной платой 46% респондентов, из них: 65% – СПС, около 60% – ММП, 56% – СМП, 44% – врачей и руководителей – 41,2%. В старшей возрастной группе не удовлетворены заработной платой – 62%, в остальных группах не довольных чуть больше половины (52-53%).

Своим материальным положением не удовлетворены 30% – руководителей, 44% – врачей, 57% – СМП, 66% – ММП и 70% – СПС. Таким образом, половина сотрудников организации не удовлетворена материальным положением (52%). По данным опроса неудовлетворенность материальным положением увеличивается с возрастом: 52% – у сотрудников до 30 лет, 54%, 59% и 61% в возрастных группах 31-40 лет, 41 - 50 лет и от 51 года и старше соответственно.

На вопрос об удовлетворенности своим здоровьем отрицательно ответили 63% участников: по 40% – руководителей и ММП, 35% – СПС и 30% – СМП, врачей – 18%. Выявлено закономерное снижение уровня удовлетворенности своим здоровьем с увеличением возраста: максимальное количество удовлетворенных в I возрастной группе – 82%, 72%, 64% и 54% во II, III и IV группах соответственно.

Жилищными условиями удовлетворены 59% опрошенных: 78% – руководителей, 70% врачей и СПС, 60% – СМП и 56% – ММП. Удовлетворенность своими жилищными условиями возрастает с возрастом: с половины удовлетворенных в группе с возрастом до 30 лет до 71% в группе 51 года и старше (II группа – 66%, III группа – 70%).

Удовлетворенность семейным положением среди всех профессиональных категорий составила от 75 до 83%. Удовлетворенность от работы получают 72% респондентов (90% врачам, по 78% руководителям и СМП, почти три четверти СПС и 69% ММП). Наиболее удовлетворены семейным положением сотрудники в I-III возрастных группах (80%), в IV группе довольных семейной жизнью 76%. Удовлетворенность работой уменьшается с возрастом: наиболее удовлетворены сотрудники в I возрастной группе (до 30 лет) – 81%, после 51 года удовлетворенность наименьшая и составила уже 76% (II группа – 80%, III группа – 79%).

Своей жизнью в целом удовлетворены 77% сотрудников (утвердительно ответили 93% – врачей, 88% – руководителей, 84% – СМП и около 78% – ММП и СПС). С возрастом также наблюдается снижение удовлетворенности от жизни в целом: с 90% у молодых сотрудников (до 30 лет) до 78% в старшей возрастной группе (51 год и старше).

Выводы.

1. Удовлетворенность здоровьем, материальным положением, работой и жизнью в целом снижается с увеличением прожитых лет.

2. Степень удовлетворенностью заработной платой снижается с возрастом, т.е. наиболее удовлетворены сотрудники в возрастной группе до 30 лет

и наименее удовлетворены сотрудники в возрасте от 51 года и старше.

3. Удовлетворенность жилищными условиями возрастает с увеличением возраста работников, с 52 % в I возрастной группе до 71% в IV возрастной группе.

4. Семейным положением наиболее удовлетворены сотрудники в возрасте от 31-40 лет и от 41 года до 50 лет.

5. Наиболее лояльной, в рабочем отношении, является возрастная группа от 41 до 50 лет.

6. Во всех профессиональных категориях, мотивирующим стимулом для работы, приоритетной является заработная плата.

7. Для мотивации людей (особенно в сложной экономической ситуации) очень важно признание их заслуг, сигналы от руководства коллективу о том, что руководители знают эффективных сотрудников и ценят их вклад в общее дело. Примером может служить, присуждение звания «Заслуженный работник организации».

На основе полученных данных руководством расставлены приоритеты по вопросам создания условий для непрерывного повышения компетентности сотрудников, социальной политике, вопросам морально-психологического климата в коллективе. Руководство приняло решение о внедрении в организации системы менеджмента качества ISO 9001:2008, которая будет поддерживать способность персонала к самоконтролю и самоорганизации, компетентности, высокой степени исполнительской и технологической дисциплины. Дальнейший более подробный анализ позволит разработать углубленные рекомендации, адресно воздействующие на определенные группы персонала. В 2015 году планируется повторное анкетирование с целью проведения мониторинга отдельных вопросов.

Н.П. Домникова, О.А. Жерносенко, Н.И. Кораблева
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
В ШКОЛЕ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ С
ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Государственная Новосибирская областная клиническая больница

Аннотация. В предоставленной статье коротко отображен материал по разработке методических рекомендаций о применении и правилах работы с цитостатиками, и об организации работы медицинской сестры в школе для поддержки пациентов с онкогематологическими заболеваниями.

N.P. Domnikova, O.A. Zgernoseko, N.I. Korableva
**ORGANIZATION OF THE NURSE'S WORK IN THE
SCHOOL TO SUPPORT PATIENTS WITH HEMATOLOGIS
MALIGNANCIES**

State Novosibirsk district clinical hospital

Abstract. In the article briefly displayed material on the development of guidelines on the application of the rules and work with cytostatics, and organization of the nurse's work in the school to support patients with hematologic malignancies

Современные медицинские технологии не всегда могут творить чудеса, но профессиональная сестринская помощь может оказать пациентам серьезную поддержку и обеспечить достойную жизнь даже пациентам с онкологическими заболеваниями.

Вслед за состоявшимся семинаром проходивший в Санкт-Петербурге в 2013 и в 2014 году «Доказательная практика сестринского ухода при проведении химиотерапии» и «Научно-обоснованные методы поддержки онкобольных и ухаживающих за ними лиц» организованные Ассоциацией медицинских сестёр России совместно с Ассоциацией медицинских сестёр США, на основе знаний полученных на данном семинаре, под руководством главного специалиста по сестринскому делу Новосибирской области Гололовой Людмилы Дмитриевны и Главной медицинской сестры Государственной Новосибирской областной клинической больницы, медицинские сестры гематологического отделения с БАП Новосибирской областной клинической больницы разработали методические рекомендации по применению и правилам работы с цитостатиками, где были отражены вопросы безопасности медицинской сестры и пациента, общий подход к организации работы процедурного кабинета, введение препаратов с помощью современной аппаратуры, введен алгоритм введения препаратов через центральный венозный катетер, периферический катетер, порт-систему. Материал был сформирован и представлен на МедСИБЕ-2014. За разработку, учебного пособия для медицинских сестер онкогема-тологического отделения, коллективу Государственной Новосибирской областной клинической больницы вручили малую золотую медаль.

Знание пациентов в медицинских вопросах играет решающую роль в том, как он будет справляться с заболеванием, особенно с онкологическим заболеванием. Такие заболевания требуют от пациента овладения сложной медицинской терминологией, изменения образа жизни, понимания хода заболевания, возможных обострений, знания в каких ситуациях следует обратиться за медицинской помощью. Знания – сила, но, тем не менее, в большинстве случаев пациенты ими не обладают. Согласно данным исследований жители страны трудоспособного возраста недостаточно грамотны в ме-

дицинских вопросах, а среди граждан пенсионного возраста таких людей большинство. Поэтому очень важна информированность пациента о заболевании, чтобы ответить на все вопросы пациента.

История создания в России школ для пациентов с различными хроническими заболеваниями насчитывает более 10 лет. Накоплен богатый опыт обучения в школах пациентов с сахарным диабетом, бронхиальной астмой, ишемической болезнью сердца, заболеваниями желудочно-кишечного тракта. С 2008 года в России действует общественная организация «Движение против рака». Организуются школы пациентов для больных злокачественными новообразованиями системы органов кроветворения.

В 2013 году при активной поддержке главного гематолога Министерства здравоохранения Новосибирской области, Профессора, ДМН, заведующей гематологическим отделением с блоком асептических палат Новосибирской областной клинической больницы Домниковой Натальи Петровны, для онкогематологических пациентов, такая школа была организована на базе нашего отделения.

Цели и задачи занятий в школе следующие.

1. Информирование пациентов и их родственников о заболевании, его причинах и факторах, влияющих на его развитие и возникновение осложнений.

2. Обучение методам облегчения состояния при возникающих осложнениях заболевания и последствиях химиотерапии.

3. Повышение заинтересованности пациентов в лечении.

4. Формирование активного рационального и ответственного отношения пациентов к своему здоровью и мотивации к оздоровлению.

5. Обеспечить пациентов и родственников необходимой психологической поддержкой.

Пациентам представлена информация о том, какие органы и системы страдают при их заболеваниях, методах диагностики, основных симптомах заболевания, методах лечения, детально информировать о побочных эффектах от проводимого лечения, дать рекомендации по диете, образу жизни, физической активности. Пациенты должны четко понимать необходимость длительного непрерывного лечения.

Занятия проводятся 2 раза в неделю в отделении. На каждую тему занятий составлены планы, конспекты, созданы презентации. В подготовке занятий в этом случае были использованы материалы международных семинаров «Доказательная практика сестринского ухода при проведении химиотерапии» и «Научно-обоснованные методы поддержки онкобольных и ухаживающих за ними лиц».

Схема занятий в «Школе пациентов»

1. Общие сведения:

2. Органы кроветворения, состав крови, функция клеток крови, иммунная система.

3. Основные симптомы заболеваний органов кроветворения.
4. Диагностика и лечение злокачественных новообразований органов кроветворения.
5. Побочные эффекты химиотерапии.
6. Правила жизни при проведении лечения.
7. Методы самоконтроля.
8. Профилактика тошноты и рвоты в условиях стационара и дома.
9. Релаксация.
10. Вопросы для проверки

Занятия сопровождаются демонстрацией слайдов с использованием проектора, показом рисунков, распечатанных памяток, задаются проверочные вопросы.

Разработаны памятки для пациентов с лимфолейкозом, множественной миеломой, правила поведения при снижении клеток крови, агранулоцитозе. Группы для проведения занятий не больше 3-5 человек, время проведения занятий 40-45 минут.

За 2 года работы школы прошли обучение 663 человека. (табл 1).

Таблица 1.

Сведения о подготовке пациентов (2013-2014 гг.).

Год	Количество занятий	Количество слушателей
2013	20	181 человек
2014	96	482 человека

С 2014 года мы привлекаем к участию в школе для обучения пациентов и их родственников.

Следует отметить, что при проведении занятий с пациентами, страдающими онкогематологическими заболеваниями, есть очень много трудностей:

1. Информация, которая дается пациентам, должна быть взвешенной, чёткой, понятной для пациента.
2. Возраст пациентов чаще всего за 50 и более лет, имеется сопутствующая патология; все это затрудняет восприятие информации, которую мы хотим донести до человека.
3. Проблемы психологического характера (чувство обреченности, растерянность).

Оказать психологическую поддержку больному и родственникам сможет только эмоционально стабильная, профессионально-грамотная, медицинская сестра, и, поэтому эту работу доверили медицинской сестры центра высокодозной химиотерапии Наталье Ивановне Кораблевой, ее стаж работы 42 года, имеет высшую квалификационную категорию, повышенный уровень образования по организации сестринского дела.

При умелом поведении сестры беседа позволяет человеку ощутить и осознать свои проблемы более четко, что помогает выбрать наиболее разумный путь их решения.

Но, несмотря на сложности процесса обучения, даже за этот короткий срок работы школы можно отметить позитивное влияние занятий на пациентов: они перестают чувствовать себя одинокими в борьбе с болезнью, внимательно прислушиваются к рекомендациям.

Н.О.Дубинец
**ОБ АКТУАЛЬНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ И
РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ СЕМЬИ В
МЕГАПОЛИСЕ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация: В статье отражены различия в показателях воспроизводства в городах и сельской местности. Обоснована актуальность изучения репродуктивных установок и их реализации в семьях, проживающих в мегаполисах.

N.O. Dubinets
**ABOUT THE RELEVANCE OF THE STUDY OF
THE FORMATION AND IMPLEMENTATION OF THE
REPRODUCTIVE FUNCTION OF THE FAMILY IN THE
METROPOLIS**

Novosibirsk state medical University

Abstract. The article reflects the differences in reproduction in the urban and the rural areas. The urgency of studying the reproductive plans and their implementation in families residing in the city is proved.

В настоящее время в Российской Федерации в целом наблюдается положительная динамика в демографической сфере. С 2011 года отмечается рост численности населения страны, причём, если в 2011-2012 гг. он был обусловлен положительным сальдо миграции (а в 2014 г. возвращением Республики Крым и г. Севастополя в состав России и, соответственно, массовым принятием гражданами Крымского федерального округа российского гражданства) на фоне естественной убыли населения, то два последних года – 2013 и 2014 – наблюдается и естественный прирост. По информации Росстата, показатели рождаемости в 2013-2014 гг. составили соответственно 13,2 и 13,3‰, уровень смертности – по 13,1‰.

Наблюдаются и положительные тенденции показателей, характеризующих воспроизводство населения как в стране в целом, так и в Новосибирской области (НСО). В частности, суммарный коэффициент воспроизводства (детности), минимальные значения которого отмечались в 1999 году, вырос к 2013 г. по РФ на 45,8% - с 1,171 до 1,707, а по НСО на 64,2% - с 1,065 до 1,749. Однако необходимо отметить, что и в 2013 г. показатель детности находился существенно ниже уровня простого воспроизводства, составляющего 2,15. Можно констатировать, что в настоящее время в РФ поколение новорождённых заменяет поколение родителей лишь на 79,3%, а в НСО – на 81,3%.

Известно, что среди факторов, оказывающих существенное влияние на реализацию семьями репродуктивной функции имеет место жительства. Так, у городского населения показатели воспроизводства ниже, чем у сельского, а в городах отмечается зависимость данных показателей от величины города. Чем больше численность населения, чем крупнее город, тем ниже в нём соответствующие показатели. Учитывая, что в настоящий момент в мегаполисах (городах с численностью населения от 1 миллиона человек и выше) проживает в нашей стране около 20% населения, актуально, на наш взгляд, изучить и выявить особенности влияния различных других факторов на формирование и реализацию репродуктивной функции в семьях, проживающих в мегаполисах.

В НСО суммарный коэффициент воспроизводства у городских жителей в 2013 г. составил 1,586, у сельских – 2,661. У горожан, проживающих на территории области показатель детности составил лишь 73,8% от уровня простого воспроизводства, другими словами, городские жители «недовоспроизводят» себя на 24,2%. Несмотря на то, что сельские жители области имеют показатель на 23,8% выше уровня простого воспроизводства, в целом в НСО «недовоспроизводство» составляет 18,7%, так как доля городского населения в структуре жителей области существенно выше за счёт, в первую очередь, расположенного на территории области г. Новосибирска, являющегося мегаполисом.

Среди факторов, влияющих на формирование и реализацию репродуктивных установок в сторону их увеличения, мы видим повышение информированности населения об оптимальном режиме деторождений с точки зрения здоровья как женщин, так и их детей. Судя по имеющемуся суженному характеру воспроизводства, информированность населения в данном вопросе недостаточна. Ведь оптимальный режим деторождений предусматривает среднететность (рождение женщиной 3 – 4 детей с интергенетическим интервалом от двух до пяти лет), что как массовое явление явно не наблюдается. В 2002 – 2004 годах при проведении нами пилотного исследования в г. Новосибирске доля третьих детей среди новорожденных составляла лишь 2,3% (первенцев было 74,8%, вторых детей – 23,1%). Дети, четвёртые и далее по порядку рождения в выборку вообще не попали.

Между тем, широко известно, что «качество» детей с точки зрения их здоровья, или, говоря языком корифея отечественной социальной гигиены

Сергея Аркадьевича Томилина «биологическая «квалификация» детей», в среднем повышается от первого к третьему и четвёртому по порядку рождения ребёнку, и лишь с пятого начинает постепенно снижаться. Рождение женщиной в течение жизни трёх-четырёх детей существенно снижает у неё риск возникновения онкологических заболеваний молочной железы.

Важным фактором, повлиявшим на повышение рождаемости, является проводимая государством политика материального стимулирования рождаемости, в частности программа «материнского (семейного) капитала». Представляется значимым выявление степени влияния данной программы на улучшение демографической ситуации в стране, и, в частности, в мегаполисах, с учётом возможных путей реализации «материнского (семейного) капитала» и различного рода факторов, таких как отличия в стоимости жилья в разных населённых пунктах.

На наш взгляд, изучение формирования и факторов, влияющих на реализацию репродуктивных установок у жителей мегаполиса, в современных условиях приобретает особую актуальность ещё по одной причине. Если в прошлом увеличение числа городских жителей шло преимущественно за счёт мигрантов из села в город, то сейчас этот «поток» иссякает. Доля сельского населения, по данным Всероссийской переписи 2010 г. составила 26,2%. Горожанам надо учиться «самим себя воспроизводить». Можно, конечно, рассчитывать на международную миграцию, однако при этом сложно предсказать возможные изменения «менталитета» нашего общества. Впрочем, последний вопрос выходит за рамки планируемого исследования.

Е.В. Ермолович, Т.А. Аверьянова

ПРОБЛЕМА КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СЕЛЬСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В настоящее время крайне важны вопросы кадрового обеспечения сферы здравоохранения. В Новосибирской области данная проблема особенно актуальна для сельских медицинских организаций.

E.V. Ermolovich, T.A. Averyanova

PROBLEM OF STAFFING OF THE RURAL MEDICAL ESTABLISHMENTS OF THE NOVOSIBIRSK REGION

Novosibirsk state medical university

Abstract. Now questions of staffing of health sector are extremely important. In the Novosibirsk region this problem is especially actual for rural medical institutions.

Медицинские кадры являются главной, наиболее значимой частью ресурсов здравоохранения и в конечном итоге обеспечивают результативность и эффективность работы не только отдельных структурных подразделений, но и медицинских организаций в целом. Показатели укомплектованности действующих учреждений здравоохранения медицинским персоналом на протяжении нескольких лет имеют положительную динамику.

Основной проблемой деятельности медицинских организаций является укомплектованность штата специалистами. Современные проблемы обеспечения кадрами здравоохранения в своей основе многокомпонентны: важен престиж врачебной профессии; стимулы для систематического повышения квалификации и полноценные возможности реализации в профессии медицинских кадров, особенно в сельской местности.

Проблема обеспечения медицинскими и фармацевтическими кадрами сельских организаций здравоохранения остается одной из самых острых в отрасли. Это связано с дефицитом персонала в первичном звене и специалистов узкого профиля, чрезмерной концентрацией медработников в крупных городах и особенно средним медицинским персоналом из-за возникших в последнее время диспропорций в оплате труда. Для привлечения медицинских работников в сельское здравоохранение необходимы новые подходы к управлению кадровой политикой; важно рациональное планирование по подготовке и трудоустройству медицинских кадров; выравнивание региональных диспропорций в распределении кадрового потенциала между городским и сельским здравоохранением.

Также важны решения проблем в области работы с медицинскими кадрами:

- осуществление работ с кадрами на приоритетных направлениях, по устранению диспропорций между врачами общего профиля и узкими специалистами, врачами и средними медицинскими работниками, в медицинском обслуживании городского и сельского населения, в кадровом обеспечении различных территорий;

- необходимо совершенствование системы оплаты труда, в соответствии с нагрузкой и ответственностью, формами компенсации за работу в сложных и опасных для здоровья условиях труда, а также при работе в сельской местности;

- совершенствование организации и управления кадровой службой, призванной осуществлять эффективную кадровую политику, отражающую современные подходы к управлению человеческими ресурсами в сельском здравоохранении;

- повышение должной профессиональной подготовки и оптимальной системы отбора руководителей, формирование нового типа руководителя здравоохранения, способного работать в новых экономических условиях.

В ближайшие годы потребность в кадрах медицинских специалистов сельского здравоохранения будет только нарастать в связи с естественным

старением населения и миграционными процессами. Сельским медицинским организациям потребуются дополнительно квалифицированные специалисты, в связи с чем возникает необходимость принятия мер, которые бы способствовали обеспечению кадров сферы сельского здравоохранения.

Таким образом, пути решения проблем кадрового обеспечения сельских медицинских организаций включает в себя: 1) усиление профориентации школьников; 2) прием абитуриентов в медицинские образовательные учреждения по целевому набору; 3) усиление мер социальной поддержки медицинских кадров, работающих в сфере сельского здравоохранения. Выполнение данных мероприятий позволит создать эффективную и доступную систему привлечения специалистов в сельские медицинские организации.

Т.В. Ершова, И.Д. Смолянинова
**ПЕРВЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ КОНТРАКТНОЙ СЛУЖБЫ:
ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. Итоги работы нового закона 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» в медицинских организациях в 2014 году. Основные изменения. Сроки внедрения изменений. Задачи. Контрактные службы.

T.V. Ershova, I.D. Smolyaninova
**THE FIRST RESULTS OF THE CONTRACT SERVICE: THE
MAJOR CHANGES AND PROBLEMS**

Novosibirsk State Medical University

Abstract. The outcome of the new law 44-FZ “About the contract system in the procurement of goods, works and services for state and municipal needs” in medical organizations in 2014. The main changes. The schedule for implementation of changes. Tasks. Contractservices.

Государственные бюджетные медицинские организации города Новосибирска и Новосибирской области в целях обеспечения оказания медицинской помощи населению осуществляют закуп медикаментов, оборудования и расходных материалов в соответствии с действующим законодательством.

С 1 января 2014 г. вступил в силу новый закон 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

С принятием 44-ФЗ не изменился порядок, по которому мы работали раньше. Дело в том, что некоторые процедуры перешли в 44-ФЗ почти в неизменном виде (например, открытый аукцион в электронной форме), другие процедуры вошли с рядом изменений, но без потери общего принципа размещения закупок (например, запрос котировок).

Таким образом, основными изменениями, которые внес 44-ФЗ, являются:

1. Создание на базе медицинских организаций специальных служб, в частности контрактной службы, в состав которой входят специалисты разных подразделений (материальная служба, бухгалтерия, договорной отдел, планово-экономический отдел, отдел снабжения (закупа) и т.д.).

2. Планирование закупок в контрактной системе.

3. Изменения регламентов прохождения процедур запроса котировок, открытых и закрытых конкурсов и ряд других изменений.

4. Комиссия по осуществлению закупок.

В течение 2014г. закон претерпел еще ряд изменений, которые внесены в 498-ФЗ от 31.12.2014г, а именно:

1. Договоры (контракты), заключаемые с единственным поставщиком.

2. Сроки вступления в силу отдельных положений 44-ФЗ, таких как подготовка и размещение в ЕИС плана-графика, внесение изменений в планы закупок и планы-графики в случае отмены по причине, не состоявшейся процедуры, о нормировании, об обосновании закупок, отдельных положений о контрактной службе. Сроки вступления были продлены с 2014-2015 г. на 2014-2016г.

3. Изменения в отношении ведения реестра банковских гарантий.

4. Временные изменения определены 2015 годом.

Следует отметить, что изменения внесены своевременно и обусловлены необходимостью совершенствования работы заказчиков.

Сегодня, спустя год, можно подвести первые итоги работы заказчиков в соответствии с 44-ФЗ.

Статистические данные показывают, что с увеличением в 2014 году опубликованных извещений (на 18%), количество заключенных контрактов за этот же период снизилось (5,5%). Это говорит о том, что в 2014 году количество несостоявшихся контрактов увеличилось, что объясняется вводом нового регламента работы проведения закупок.

Задачей 44-ФЗ является повышение конкуренции между поставщиками с целью предотвращения коррупции, снижения злоупотреблений в сфере закупок, обеспечение гласности и прозрачности сделок. Нами показано соотношение конкурентных способов определения поставщика по количеству опубликованных извещений, которые подтверждают увеличение количества опубликованных извещений по процедуре электронного аукциона, что возможность повышения конкуренции среди поставщиков.

Законом определены обязанности заказчика в предоставлении префе-

ренций субъектам малого предпринимательства (СМП) в размере 15 % от совокупного годового объема закупок (СГОЗ) организации.

С учетом субподрядных договоров рост объема поддержки СМП увеличился более чем в два раза.

Закон будет совершенствоваться в ходе его применения. На данном этапе работы стоит обратить внимание на необходимость определения предпочтений для крупных, средних и мелких медицинских организаций.

Кроме того, для эффективной работы контрактных служб необходима качественная поддержка программного обеспечения. Многие проблемы могли быть сняты при условии своевременной технической помощи заказчику при работе в системах осуществления закупок.

Литература.

1. № 44-ФЗ от 05.04.2013 «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

2. № 498-ФЗ от 31.12.2014 о внесении изменений в федеральный закон «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд»

3. Официальный сайт Министерства экономического развития Российской Федерации, <http://economy.gov.ru/minec/about/structure/depfks/index>

М.Г. Жданова

ПОДГОТОВКА ВРАЧА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАСТАВНИКА

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация: статья рассматривает условия внедрения наставничества при решении руководителем медицинской организации проблемы эффективной и результативной подготовки к профессиональной деятельности молодого специалиста в трудовом коллективе. В статье также выявлены критерии производства новых знаний и технологий в медицинских организациях, необходимые руководителю и для оценки деятельности наставника, и для организации подготовки врача в медицинской организации.

M.G. Zhdanova

TRAINING OF DOCTORS IN MEDICAL INSTITUTIONS: DIFFERENTIATION ACTIVITIES TUTOR

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract: The paper examines the conditions for implementation of mentoring in solving the problem of the head of the medical organization efficient

and effective preparation for professional work of young professionals in the workplace. The article also revealed the criteria of production of new knowledge and technology in health care organizations needed to assess the supervisor and mentor activities, and for the training of doctors in the medical organization.

Keywords: fundamental and applied research, mentoring.

XXI век считают веком, когда профессиональные знания и технологии стали основой экономики. В экономике знания уровень благосостояния страны зависит от ее интеллектуально-образовательного потенциала. В связи с этим система подготовки кадров приобретает стратегическое значение, поскольку именно она является условием, которое обеспечивает конкурентоспособности страны на мировом рынке.

Профессиональные знания и технологии могут распространяться благодаря системе образования. Но, как правило, потребность их внедрения на современные рабочие места предполагает, что они их получают благодаря исследованиям, выполненным не только в университетах и научно-исследовательских институтах, но и непосредственно на рабочих местах. Все это предъявляет новые требования и к организации труда, и к подготовке специалиста. В данной статье речь пойдет несколько о требованиях экономики знания, сколько об инструментах эффективной организации труда в медицинской организации при условиях, когда знания и компетенции врача становятся капиталом организации.

Эффективное и результативное управление подготовкой врача в медицинской организации в условиях экономики знания предполагает как минимум два момента. Во-первых, наличие четких критериев для определения какой медицинской деятельности врачей, является научно-исследовательской, а какая относится к их повседневной медицинской деятельности. Во-вторых, руководителю необходимо знать современные методы работы, прежде всего, с молодыми врачами для эффективного включения их в процесс распространения и производства новых знаний и технологий непосредственно в организации. Не говоря уже о том, что он должен иметь четкие критерии о том, какая деятельность направлена на подготовку врача к выполнению им функциональных обязанностей, а какая на развитие умений и навыков производства нового знания и медицинских технологий. Объем статьи не позволяет рассмотреть все существующие методы. В связи с этим был выбран метод наставничества. Он объединяет теоретическое рассмотрение критериев научно-исследовательской деятельности (НИР) в медицинской организации с практикой их применения при решении насущной проблемы современного руководителя – удержание перспективных молодых специалистов на рабочих местах при минимальных затратах на их адаптацию к работе в профессиональном медицинском коллективе.

Пожалуй, следует начать с дефиниций фундаментальных, прикладных исследований. Фундаментальное исследование – это эксперименталь-

ная или теоретическая работа, проводимая, прежде всего, для того, чтобы получить новые знания об основных явлениях и наблюдаемых фактах, без какого-либо конкретной цели применения или использования его в будущем. В свою очередь, прикладное исследование – это исследование, принятое тоже с целью получения нового знания. Однако, оно направлено главным образом на достижение конкретной практической цели или решение конкретной задачи.

В медицине не вся деятельность относится к прикладным исследованиям, но еще меньше видов медицинской деятельности относится к фундаментальным исследованиям. Четкая дифференциация видов научной деятельности, необходимых для подготовки современного врача, и видов повседневной медицинской деятельности при выполнении им функциональных обязанностей позволяет адекватно оценить результаты его труда. Например, вскрытие тела для выяснения причины смерти – это медицинская практика направлена не на получение нового знания, а выяснение какая именно причина привела к смерти больного. При этом круг причин уже известен. В связи с этим она не является НИР, в то же время специальные исследования конкретного вида смертности предполагают установить побочные эффекты некоторых методов лечения, например, онкологии, являются НИР. Аналогично, повседневные, рутинные анализы крови и бактериологические исследования, проведенные для врачей, не являются НИР, в то время как специальная программа анализов крови в связи с введением нового препарата – это НИР. Другими словами, те виды медицинских исследований, которые нацелены на получение нового знания или технологии, относятся либо к фундаментальному исследованию, либо к прикладному исследованию. В противном случае, это повседневные виды медицинской деятельности, направленные на уточнение или постановки диагноза. Столь разные по своему характеру виды деятельности требуют специальной подготовки и организации работы медицинского коллектива.

Наставничество хорошо известный с давних времен метод обучения профессионала. В конце XX в. интерес к наставничеству в профессиональной деятельности был вызван, прежде всего, увеличением скорости социально-экономических изменений. С этого времени наставничество рассматривается как необходимый элемент обучения на рабочем месте.

В современной литературе выделяют несколько причин, актуализирующих интерес к наставничеству. Во-первых, интерес возрастает, если в организации преобладают люди старшего поколения. В этой ситуации преемственность профессионального опыта от старшего поколения к молодому поколению является стратегической задачей воспроизводства профессиональной деятельности. Вторая причина интереса к наставничеству проявляется, если качество образования не соответствует требованиям профессионального труда. В этой ситуации наставничество, будучи частью системы обучения сотрудников, помогает повысить квалификацию молодых сотруд-

ников с наименьшими затратами. Третья причина проявляется, если в короткие сроки необходимо обучить большое число молодых сотрудников, избегая при этом резкого падения качества труда всего коллектива.

Все перечисленные выше факторы актуальны для современного здравоохранения как никогда раньше. Действительно, сегодня, как правило, в медицинских организациях преобладают люди старшего поколения. Так, средний возраст врачей в медицинских организациях около 43 лет. Кроме того, менее половины выпускников Новосибирского медицинского университета остаются работать в системе здравоохранения. Эта тенденция была зафиксирована еще в 2011 г. Так, согласно исследованию престижа профессии врача, которое было проведено специалистами Высшей школы экономики в конце 2011 г., по оценке главных врачей и заведующих кафедрами медицинских вузов из профессии уходят 30 – 40% выпускников. При этом только 28% из опрошенных студентов планируют сразу после окончания вуза начать работать в государственных лечебно-профилактических учреждениях, 11% - в частных медицинских организациях [1].

О несоответствии качества медицинского образования требованиям, предъявляемым к профессиональному труду врача, также отмечается в результатах выше приведенного исследования. Так, согласно его данным 30% врачей считают, что качество высшего медицинского образования не соответствует требованиям, предъявляемым к медицинским работникам на местах. Кроме того, среди причин низкого уровня профессиональной подготовки названы ограниченные возможности прохождения студентами клинической практики (34% ответов врачей), устаревшие стандарты подготовки специалистов (20%), нехватка и недостаточный профессионализм преподавателей (9%). Более того, каждый десятый специалист заявил, что ему не хватает образования и квалификации для выполнения текущей работы [1].

Третий фактор имеет свою специфику проявления в здравоохранении. Молодому врачу надо еще научиться грамотно дифференцировать заболевание и назначать лечение. Однако далеко не всегда врач может задать вопрос коллеге из-за опасения выглядеть недоучкой. С этой позиции важно, чтобы рядом с молодым врачом был человек, к которому можно обратиться за советом.

Между тем, чаще всего молодых специалистов не торопятся обучать всем премудростям врачебной профессии и по причине острой конкуренции на современном рынке медицинских услуг, а также в связи с отсутствием свободного времени на рабочем месте у врача и низкой оплаты труда наставника. Низкая оплата труда наставника; отсутствие времени для выполнения его обязанностей; рост конкуренции на медицинском рынке требуют управленческих решений на уровне руководителя медицинской организации. И здесь перед руководителем встает, прежде всего, вопрос о том, сколько платить и за что. Действительно, одно дело корректировать деятельность

молодого врача при выполнении им профессиональных обязанностей и совсем другое вести подготовку молодого врача для производства нового медицинского знания и технологий. Для ответа на этот вопрос руководителю надо знать какая деятельность наставника относится к НИР, а какая к подготовке молодого врача к выполнению им повседневных функциональных обязанностей в трудовом коллективе. В таблице 1. проведенная дифференциация данных видов деятельности наставника.

Таблица. 1.

Граница между НИРи профессиональной подготовкой молодого врача

Профессиональная подготовка, проводимая наставником	Результат ученика	НИР, проводимый наставником	Результат ученика
обучение молодого врача	<ul style="list-style-type: none"> • уменьшение количества жалоб; • уменьшение количества недочетов при заполнении медицинской документации; • выполнение в срок работ для формальной квалификации 	контроль НИР проектов необходимый для молодого врача	выполнение независимого исследования (НИР проекта), необходимого для формальной квалификации в срок
обучение молодого врача НИР методологии	увеличение количества самостоятельных научных работ	контроль за другими НИР проектами и производительность собственных проектовНИР	увеличение количества грантов, патентов, научных статей

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы. Во-первых, для введения наставничества в медицинской организации в современном российском здравоохранении имеются необходимое социально-экономические условия. К ним относятся: старение кадров, несоответствие качество медицинского образования требованиям профессионального труда врача, сокращение времени подготовки врача к выполнению профессиональных задач в трудовом коллективе.

Во-вторых, для развития института наставничества необходимым условием является адекватная оценка его деятельности. Для проведения такой оценки рекомендуется провести дифференциацию медицинской деятельности по целям видов деятельности: исследовательская деятельность, способствующая увеличению нового медицинского знания, появлению новых технологий, и труд, направленный на оказание медицинской помощи в рамках известного знаний, технологий медицинской помощи. После этого можно

проводить дифференциацию подготовки врача под руководством наставника по целям подготовки: подготовка врача к выполнению своих функциональных обязанностей при оказании медицинской помощи, подготовка врача для развития системы медицинского знаний и разработки новых медицинских технологий.

Литература.

1. <http://www.zdrav.ru/articles/practice/detail.php?ID=77494> на 14. 02. 15.

К. С. Жилыева
**РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА В
МУНИЦИПАЛЬНЫХ ПОЛИКЛИНИКАХ. СКОРАЯ ПОМОЩЬ
ДЛЯ ПОЛИКЛИНИК**

*Новосибирский Государственный университет экономики и
управления*

Аннотация. На сегодняшний день в нашей стране складывается печальная статистика: несмотря на ухудшение здоровья по многим показателям, люди стали реже обращаться к врачу не только в профилактических целях, но и в период болезни или плохого самочувствия. Даже сами доктора отмечают, что современная система, по которой работают поликлиники, неэффективна. Возможно, корнем этих проблем является то, что отечественная медицина сегодня сильно отстает от прогресса, и внедрение информационных технологий в работу поликлиник поможет повысить качество оказываемых услуг.

K. S. Zhilyaeva
**THE DEVELOPMENT MANAGEMENT SYSTEM IN MUNICIPAL
CLINICS. AMBULANCE FOR CLINICS**

Novosibirsk State University of Economics and management

Abstract. Today there is a bad situation in our country: despite deteriorating of health people don't want to seek the assistance of a doctor neither for prophylaxis nor in the period of illness or poor health. Even doctors point out that system which works in Russian clinics is ineffective. Perhaps the root of these problems is that our medicine today is far behind the progress and implementation of electronic technologies to the work process will help improve the quality of services provided.

На сегодняшний день в нашей стране складывается печальная статистика: несмотря на ухудшение здоровья по многим показателям, люди стали реже обращаться к врачу не только в профилактических целях, но и в период болезни или плохого самочувствия. Россияне перестают ходить в по-

ликлиники, люди больше не хотят искать там здоровье, обращаясь в медицинские учреждения лишь по самой крайней необходимости. Опираясь на информацию с сайта Минздрава, качество работы поликлиник не устраивает 60% россиян. Количество жалоб в последние годы неуклонно растет, а каждая пятая жалоба подается повторно, при этом, претензии граждан, как правило, оказываются обоснованными. Факт на лицо: россияне не доверяют отечественной медицине и, зачастую, идут в поликлинику тогда, когда нужна та или иная медицинская справка. Чаще всего недовольство пациентов вызывают длинные очереди, сложности записи, как к участковому врачу, так и к узким специалистам (порой, чтобы попасть к участковому терапевту, необходимо записываться за неделю, а попасть к врачу узкой специализации можно, в лучшем случае, после месяца ожидания), невнимательное отношение врачей к пациентам, грубое отношение работников регистратуры. Очевидно, что главной проблемой здесь является переполнение поликлиник пациентами и нехватка врачей. По словам министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, около 8-10% врачей ежегодно покидают медицинскую отрасль, только 2% из них выходит на пенсию, остальные разочаровываются в профессии. На сегодняшний день в РФ не хватает более 40 тыс. врачей. Что же заставляет людей уходить из профессии?

По моему мнению, это объясняется двумя основными причинами. Во-первых, экстремально низкая заработная плата, не соизмеримая с возложенной на врача ответственностью. Говоря о сотрудниках государственных сфер, нужно отметить, что здесь заработок редко превышает планку в 15 тысяч рублей. Вознаграждение за труд – основа формирования престижа профессии, а если работник чувствует, что его работа не оценивается должным образом, и усилия, приложенные в процессе достижения поставленных задач, несоизмеримы с наградой, он задумается: «А стоит ли работать там, где меня не ценят?». Очевиден парадокс: группа специалистов, от результативности труда которых зависит качество жизни и здоровья всех граждан нашей страны, должна работать, мотивируясь исключительно альтруистическими целями, потому что материальных мотиваторов просто нет. Однако решение этих проблем входит в компетенцию специальных министерств и департаментов, работники которых, стоит отметить, получают заработную плату в десятки раз, больше, чем доктора, и будем надеяться, не зря.

Второй причиной ухода специалистов из профессии являются тяжелые условия труда в современных поликлиниках. Дело в том, что сейчас наблюдается дефицит не только врачей, но и средних медицинских работников, и врач часто вынужден работать и за себя, и за медсестру. А значит, помимо своих непосредственных обязанностей, доктор обременяется дополнительной бумажной работой: заполнение стат-листов, карточек пациентов, рецептов, журналов посещаемости и еще целой кипы отчетности. В некоторых поликлиниках на сегодняшний день существуют компьютерные системы, для упрощения работы врачей, однако, есть они далеко не везде. С

учетом того, что на прием одного пациента предусмотрен норматив, равный 10 минутам, легко найти объяснение, почему доктора не осматривают должным образом пациентов: им просто некогда! За одну рабочую смену, равную 4 часам, участковый терапевт принимает 30-40 пациентов. Проведя несложные математические вычисления, становится очевидным, что установленный норматив времени даже завышен. Откуда берется такое количество пациентов? Все дело в том, что из-за нехватки врачей, приходится распределять население с пустующих участков, а, значит, стандарт, предусматривающий, что за каждым участковым терапевтом закрепляется 1700 человек населения в реальности гораздо выше.

Очевидно, что вся проблематика сосредоточена вокруг проблемы кадрового дефицита, но как в данных условиях упростить работу врачей? По моему мнению, здесь необходима правильная организация работы поликлиники в части записи и приема пациентов. Сравнивая государственную и частую поликлинику, на ум приходят следующие различия: отсутствие очередей, как в регистратуру, так и к самим врачам, современный ремонт, чистота, вежливые и внимательные доктора. Так какие же меры необходимо предпринять, чтобы нивелировать разницу между государственными и частными поликлиниками?

По моему мнению, чтобы уменьшить очередь в регистратуру, было бы очень удобным создать сайт, либо мобильное приложение, с помощью которого пациент смог бы сам записаться к нужному врачу, без утомительного и долгого стояния в холе поликлиники. С помощью данной услуги человек сам сможет выбрать нужную дату, увидеть свободное для приема того или иного врача время, и осуществить электронную запись. Так же, посредством этой опции было бы возможно осуществить вызов участкового врача на дом, узнать, готовы ли результаты анализов. Это значительно помогло бы сэкономить время для работающего населения, а так же разгрузило бы работников регистратуры, ведь им параллельно приходится отвечать на телефонные звонки и вопросы людей, стоящих в очереди.

Повсеместное введение системы электронных карт пациентов, сделало бы работу врачей несколько проще. Но для такой инновации следует разработать единое электронное хранилище данных, чтобы пациент смог менять медицинское учреждение без каких-либо проблем, касательно доступности данных о его медицинской карте. Так же это станет удобным и для населения, так как людям больше не нужно будет беспокоиться о том, что медицинскую карту могут потерять в регистратуре и все данные о ней будут безвозвратно утеряны; дома не нужно будет хранить стопку выписанных рецептов, справок и снимков, чтобы потом снова нести их в поликлинику, ведь все уже будет занесено в единую базу данных. В идеальном варианте, в течение приема врач должен заниматься лишь пациентом, в то время как медицинская сестра будет заполнять поля электронной карты. Таким образом, доктор сможет больше внимания уделять непосредственно пациенту и постановке диагноза, не отвлекаясь на организационные вопросы.

Таким образом, становится очевидным тот факт, что для улучшения качества оказываемых государственными поликлиниками медицинских услуг, необходимо обратиться к техническим разработкам, модернизировать способ организации трудовой деятельности, посредством создания электронных баз и приложений. На сегодняшний день ведутся разработки по внедрению подобных систем в рабочий процесс наших поликлиник, но делаться это должно исключительно осторожно, учитывая все важные нюансы организации труда в этой сфере. Не стоит забывать и о том, что в системе здравоохранения работают, в основном, люди старшего возраста (45+), и как сложно человеку, далекому от компьютера, сделать его частью своей повседневности. Здесь нужно внимательно отнестись к переподготовке таких специалистов, оказать соответствующую помощь в течение адаптации к новым условиям.

Безусловно, улучшение условий труда современных врачей – важная задача на пути повышения престижа и популярности этой профессии среди молодых специалистов, но это лишь часть комплексного подхода. Мне бы еще раз хотелось подчеркнуть важность материального аспекта: заработная плата – основной стимул, побуждающий человека к труду. Общеизвестный факт: лишь тот, кто не беспокоится о своем завтрашнем дне, сможет хорошо работать сегодня. Поэтому, к решению вопроса о повышении качества работы поликлиник и больниц нужно подходить комплексно, учитывать все необходимые факторы.

Возможно, уже через несколько лет, в наших поликлиниках будет работать гораздо большее количество молодых специалистов, которые смогут гордиться своей профессией, а пациенты перестанут ассоциировать поход в поликлинику с бесконечными очередями, спорами и руганью. Надеюсь, таким станут наши поликлиники уже в недалеком будущем.

В.В. Захаренков, М.И. Ликстанов, И.В. Вибляя
**ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА МАНЁВРА
ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНОЙ СТРУКТУРЫ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ
МНОГОПРОФИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

*НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных
заболеваний, Новокузнецк*

*МБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5» МЗ РФ,
Кемерово*

Аннотация. Для оценки количества и качества труда, вложенного сотрудниками медицинского учреждения, разработаны механизмы адекватной

его оценки, опирающиеся на систему оценочных показателей, характеризующих результативность и интенсивность трудовой деятельности. В соответствии с принципом справедливого распределения материальных благ, экспертно сформированы критерии оценки индивидуальной нагрузки сотрудников, предоставляющие возможность управлению медицинским учреждением выполнять адекватные манёвры персоналом через ротацию. Система управления базами данных даёт возможность формирования управляющих воздействий путём оперативного предоставления необходимой справочной информации о количественных и качественных показателях деятельности работников медицинского учреждения.

V.V. Zakharenkov, M.I. Likstanov, I.V. Viblaya
**INFORMATION SUPPORT OF MANEUVER
OF ORGANIZATION AND STAFF
STRUCTURE OFFUNCTIONAL UNITS OF
MULTIDISCIPLINARY MEDICAL ORGANIZATION**

*Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational
Diseases, Novokuznetsk*

Municipal Budgetary Health Institution

*“Children’s City Clinical Hospital N 5” of Health Ministry of the
Russian Federation, Kemerovo*

Abstract. To assess the quantity and quality of the labour contributed by the personnel of medical institution mechanisms for its adequate evaluation based on the system of evaluation indices characterizing the efficiency and intensity of labor activity are developed. In accordance with the principle of equitable distribution of material benefits, criteria for the assessment of individual personnel load, enabling the management of the medical institution to perform adequate maneuvers by the staff through the rotation are expertly elaborated. The database management allows formation of control actions by operative providing of necessary reference information on the quantitative and qualitative indices of personnel activities of medical institution.

Научно обосновано влияние социально-экономических факторов и финансирования здравоохранения на формирование здоровья населения [23]. В условиях ограниченного финансирования системы здравоохранения остаётся актуальной потребность в выработке механизмов повышения эффективности функционирования медицинских организаций [3, 4, 10, 13, 15, 17, 18, 19, 21, 24, 26], особенно на территориях с выраженными медико-демографическими проблемами [8, 9, 11, 12, 14, 25] и проблемами, связанными со здоровьем подрастающего поколения и населения трудоспособного возраста [1, 2, 5, 6, 7, 16, 20, 22, 27].

Для оценки количества и качества труда, вложенного сотрудниками медицинского учреждения, необходимы механизмы адекватной его оценки,

опирающиеся на систему оценочных показателей, характеризующих результативность и интенсивность трудовой деятельности. Использование таких показателей обеспечивает материальное стимулирование деятельности различных категорий трудового коллектива, что, в свою очередь, ведет к повышению качества и интенсивности работы, более эффективному использованию материальных, кадровых и финансовых ресурсов.

Несмотря на то, что в последнее время наметились четкие тенденции по совершенствованию системы оплаты труда медицинских работников, финансовые документы в медицине еще не позволяют осуществить переход к дифференцированной оплате труда работников лечебных учреждений, особенно с многопрофильной структурой.

Поэтому, осуществляя научно-методическое руководство в процессе разработки автоматизированной системы, способной выполнять расчеты различных видов количественных показателей и осуществлять их интеграцию, мы вынуждены использовать принцип стремления к справедливому распределению материальных благ в соответствии с количеством и качеством выполненной работы.

Экспертно сформированные критерии оценки индивидуальной нагрузки врачебного и среднего медицинского состава предоставляют возможность управлению медицинским учреждением выполнять адекватные манёвры персоналом через ротацию. Манёвр силами лечебного учреждения требует не только корректировки графика работы структурных подразделений, но и решения некоторых учебных задач (например, ординатор неврологического профиля осваивает методики ведения больных с профессиональными заболеваниями или изучает основы организации здравоохранения и общественного здоровья).

При наличии адекватного автоматизированного рабочего места, руководитель медицинской организации, разрабатывая календарный план работы учреждения на тот или иной временной интервал, назначает исполнителей различных мероприятий, обращаясь к помощи определенных разделов, представляющих качественные и количественные характеристики деятельности сотрудников учреждения. Мы используем два принципа в распределении обязанностей по данному разделу работы:

1) поручение мероприятий общепольничного уровня лицам, у которых показатели индивидуальной загрузки были ниже, чем у основной группы медицинских работников;

2) поручение выполнения определенных тематических заданий (докладов, выступлений, проведения занятий) лицам, допустившим аналогичные дефекты при ведении больных.

Для этого в системе управления базами данных формируется специальный раздел, с одной стороны, облегчающий создание формализованного документа (графика дежурства, плана работы), с другой – дающий возможность формировать управляющие воздействия путём оперативного (по команде пользователя) предоставления необходимой справочной информа-

ции о количественных показателях деятельности работников медицинского учреждения.

Сезонные колебания уровня потребности в плановой госпитализации (особенно в летний период) обязывают управление медицинским учреждением проводить сокращение развернутого коечного фонда вплоть до полного сворачивания некоторых профилей – так достигается значительное улучшение универсального показателя нагрузки на койку, и, соответственно, формируется экономический эффект учреждения.

Создавать условия для выполнения манёвра коечным фондом в период летних отпусков целесообразно, проводя постепенное регулирование штатно-должностного расписания отделений, в которых традиционно фиксируется значительный перепад в объемах врачебно-сестринских нагрузок от максимума в зимний (зимне-осенний или зимне-весенний) период, до минимума – в летний. С учетом этого необходимо привести их структуру либо к штату, делящемуся пополам (два сестринских поста и четное количество врачебного, среднего и младшего медицинского состава), либо к созданию парных по профилю (два неврологических, два терапевтических и т.д.) отделений. В случае значительного снижения в летний период статистического показателя нагрузки на развернутую койку очень удобно отправлять в отпуск поочередно или одно из парных подразделений, либо первую, а затем вторую половину подразделения. Данный манёвр значительно повышает показатели оборота коечного фонда, а, следовательно, снижает стоимость лечения больных.

При корректировке штатного расписания структурно-функциональных подразделений медицинской организации ориентиром могут служить интегральные диаграммы, в которых показатели оборота коечного фонда и его загрузки показаны на фоне среднего числа дней ожидания очереди лиц, нуждающихся в плановой госпитализации.

В заключение хотелось бы отметить, что для производственного регулирования мы используем следующие варианты решений: дисциплинарные (поощрения, взыскания); финансовые (премирование специалиста, коллектива, лишение премиальных надбавок – депремирование), закупка аппаратуры и т.д.; публично-состязательные (объявление победителей или лучших коллективов по итогам труда и худших); методические (учеба отдельных специалистов, участие в научно-практических конференциях различных уровней и т.д.).

Принятые решения оформляются или непосредственно через юридические документы (приказы, приказания) или через различные виды и методы планирования.

Литература.

1. Актуальные вопросы сохранения трудового потенциала / В.В. Захаренков, Л.В. Цай, И.В. Вибляя, Н.И. Панев, А.В. Бурдейн // Лечение, медико-социальная экспертиза и реабилитация в ортопедии, нейрохирургии и ан-

гиологии : материалы Всероссийской научно-практической конференции. – 2008. – С. 49-50.

2. Виблая И.В., Захаренков В.В. Население трудоспособного возраста. Тенденции демографических процессов СФО // Профессия и здоровье : материалы XI Всероссийского Конгресса. Главный редактор Н.Ф. Измеров. – 2012. – С. 114-116.

3. Виблая И.В., Захаренков В.В., Цай Л.В. К исследованию качества оказания медицинской помощи на основе интегрированных оценок // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2007. – № 2. – С. 44-46.

4. Виблая И.В. Определение потребности в стационарной медицинской помощи на муниципальном и региональном уровнях и пути максимального ее удовлетворения : дис. ... докт. мед. наук. – Кемерово, 2004. – 327 с.

5. Захаренков В.В., Виблая И.В. Актуальные проблемы формирования трудового потенциала населения России, прогностические оценки // Материалы III Всероссийского съезда врачей-профпатологов. – 2008. – С. 168-169.

6. Захаренков В.В., Виблая И.В. Безвозвратные потери трудового и жизненного потенциала (на примере смертности от множественных травм среди населения г. Новокузнецка) // Фундаментальные исследования. – 2007. – № 10. – С. 81.

7. Захаренков В.В., Виблая И.В., Бурдейн А.В. Профессиональная заболеваемость, как проблема сохранения трудового потенциала Кемеровской области: пути решения // Лечение, медико-социальная экспертиза и реабилитация в ортопедии, нейрохирургии и ангиологии : материалы Всероссийской научно-практической конференции. – 2008. – С. 50-51.

8. Захаренков В.В., Виблая И.В. Демографическое развитие Сибирского федерального округа // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – Вып. 2. – М., 2012. – С. 52-53.

9. Захаренков В.В., Виблая И.В., Забродина Е.А. Инфекции, передающиеся половым путём, как проблема демографического развития Сибирского федерального округа // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2013. – № 3-1 (91). – С. 16-18.

10. Захаренков В.В., Виблая И.В., Колядо В.Б. Оптимизация управления региональной системой охраны здоровья трудовых ресурсов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 5. – С. 36-38.

11. Захаренков В.В., Виблая И.В., Ляпин В.А. Демографические проблемы Сибирского федерального округа // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2007. – № 3. – С. 60-62.

12. Захаренков В.В., Виблая И.В. Основные демографические проблемы и пути их решения на муниципальном уровне // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2008. – № 3. – С. 60-62.

13. Захаренков В.В., Виблая И.В., Святова С.В. О потребности в паллиативной помощи муниципального уровня в условиях областного подчинения онкологической службы (на примере г. Новокузнецка Кемеровской области) // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2013. – № 3-2 (91). – С. 162-166.

14. Захаренков В.В., Виблая И.В., Святова С.В. Проблемы воспроизводства населения в России и Сибирском федеральном округе // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2014. – № 1. – С. 112-114.

15. Захаренков В.В., Виблая И.В., Сизов Е.Е. Информационные технологии в здравоохранении как инструмент демографической политики // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С. 177-179.

16. Захаренков В.В., Виблая И.В., Цай Л.В. Варианты перспективных оценок трудового потенциала России с учетом рождаемости и смертности населения // Медицина труда: реализация глобального плана действий по здоровью работающих на 2008-2017 гг. : материалы Всероссийской конференции с международным участием, посвященной 85-летию ГУ НИИ медицины труда РАМН. Под редакцией Н. Ф. Измерова. – 2008. – С. 110-111.

17. Захаренков В.В., Виблая И.В., Цай Л.В. К определению потребности в лечебно-восстановительной помощи больным с профессиональными заболеваниями // Сибирский Консилиум. – 2007. – № 4. – С. 16-17.

18. Захаренков В.В., Ликстанов М.И., Виблая И.В. Информационные технологии в менеджменте современной медицинской организации // Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право : материалы Международного форума. Под общей редакцией И.О. Маринкина, М.А. Садового. – 2012. – С. 245-250.

19. Захаренков В.В., Ликстанов М.И., Виблая И.В. Организационная культура медицинской организации как элемент программных мероприятий по улучшению демографической политики СФО // Вестник Российской академии естественных наук. Западно-Сибирское отделение. – 2014. – № 16. – С. 142-148.

20. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения. Под ред. О.П. Щепина, В.А. Медика. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.

21. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбратен, Г.И. Галанова, – М.: Медицина, 2002. – 174 с.

22. Миопия школьников как проблема адекватного выбора профессии. Пути решения / В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, А.Ю. Россошанский, А.Л. Репин, А.В. Бурдейн // Сибирский педагогический журнал. – 2010. – № 6. – С. 130-140.

23. Научное обоснование влияния социально-экономических факторов и финансирования здравоохранения на формирование здоровья населения : монография / В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, С.А. Коровин, В.А. Хаптанова, А.Д. Гольменко. – Новокузнецк, 2013. – 187 с.

24. Стародубов В.И., Сидоров П.И., Коноплева А.И. Управление персоналом организации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1104 с.

25. Тенденции демографических процессов в промышленных городах Юга Кузбасса / И.В. Вибляя, В.В. Захаренков, Д.Ю. Шамаев, С.С. Анохина // Гигиена, организация здравоохранения и профпатология : материалы XLII научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией В.В. Захаренкова. – 2007. – С. 37-41.

26. Целевая установка на определение потребности населения в медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (на примере онкологической службы) / И.В. Вибляя, В.В. Захаренков, С.В. Святова, Е.А. Забродина // Вестник Кузбасского научного центра. – 2014. – № 19. – С. 10-12.

27. Целевая установка программных мероприятий по сохранению здоровья и трудового потенциала населения Сибирского федерального округа // В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, А.М. Олещенко, А.В. Бурдейн // Инновационные технологии в медицине труда : материалы Всероссийской научно-практической конференции. – 2011. – С. 93-95.

В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, И.В. Колесова
**К ЗДОРОВЬЕ СБЕРЕГАЮЩИМ ТЕХНОЛОГИЯМ В УСЛОВИЯХ
ОГРАНИЧЕННОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний,
Новокузнецк*

Аннотация. Ограничение финансирования системы здравоохранения становится проблемой как для потребителей, так и для производителей медицинских услуг. При научной проработке направлений оптимизации деятельности системы здравоохранения необходимо знать основные факторы, приводящие к увеличению потребности в медицинской помощи, и приоритеты её обеспечения. При этом внедрение элементов маркетинга в деятельность учреждений здравоохранения является современной здоровьесбере-

гающей технологией, ведущей к повышению качества медицинского обслуживания и его эффективности за счет большей гибкости и повышения доступности медицинской помощи в интересах пациента.

V.V. Zakharenkov, I.V. Viblaya, I.V. Kolesova
**TO HEALTH-CARING TECHNOLOGIES IN THE CONDITIONS
OF LIMITED HEALTH FINANCING**

Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk

Abstract. Limitation of health financing becomes a problem both for consumers and for producers of medical services. When the scientific studying of the directions of health optimization it is necessary to know the basic factors that lead to the increase in the needs for medical care and the priorities of its provision. Herewith the introduction of the marketing elements into health institutions is a modern health-caring technology, leading to the increase in quality of medical care and its efficiency through greater flexibility and improving availability of medical care in the patient's best interests.

Быстрорастущая стоимость медицинских услуг становится серьезной проблемой в сфере здравоохранения как для их потребителей, так и для производителей. Для потребителя медицинских услуг, в качестве которого выступает население, увеличиваются затраты, в то время как у производителя медицинских услуг (учреждения системы здравоохранения) ограничиваются возможности для адекватного удовлетворения потребности населения в медицинской помощи. При этом такие факторы, как старение населения [3, 7, 11, 16, 17, 26], снижение уровня здоровья подрастающего поколения [2, 9, 12, 23, 25], рост хронической и профессиональной заболеваемости, инвалидизация [8, 20, 24], приводят к увеличению потребности населения в медицинской помощи [5, 15, 18, 28] и требуют постоянного совершенствования подходов к оптимизации её оказания [4, 6, 10, 13, 14, 19, 21, 29, 30].

При отсутствии дополнительных вложений в систему здравоохранения со стороны государства происходит сужение возможностей программы государственных гарантий на оказание бесплатной медицинской помощи населению, а именно: либо ограничивается перечень услуг бесплатной медицинской помощи (в результате чего страдает прежде всего потребитель), либо снижается стоимость оплаты конкретной медицинской услуги (от чего напрямую страдает лечебно-профилактическое учреждение и косвенно потребитель). Так, ограниченное финансирование на фоне роста потребности населения в медицинской помощи, связанное со снижением уровня общественного здоровья, формирует неудовлетворенную потребность в медицинской помощи и вынуждает потребителя, при заинтересованности в сохранении здоровья, самостоятельно оплачивать медицинские услуги, либо,

при невнимании человека к своему здоровью (или неплатежеспособности), приводит к утяжелению заболеваний, формированию хронической патологии, что, как замкнутый круг, является сверхнагрузкой для системы здравоохранения. Одновременно с этим дополнительных затрат от населения требует появление новых видов лечения и технологий [22, 27]. Так формируются условия для увеличения доли оплаты медицинских услуг за счет их потребителя (пациента).

Становится крайне необходимой научная проработка следующих направлений оптимизации деятельности системы здравоохранения:

- определение потребности населения в медицинской помощи;
- формирование моделей оказания медицинской помощи населению с определенными заболеваниями в различных условиях функционирования системы здравоохранения;
- выработка механизмов расстановки приоритетов оптимального распределения медицинской помощи в условиях ограниченного финансирования в рамках программы государственных гарантий на оказание бесплатной медицинской помощи.

Положительным шагом в этом направлении является решение о внедрении элементов маркетинга в деятельность учреждений здравоохранения.

Следуя афоризму Пола Маузера «Маркетинг – это продажа клиенту стандарта жизни» [1], то в нашем случае – стандарта медицинского обеспечения.

В системе здравоохранения постоянно разрабатываются элементы стандартизации оказания медицинской помощи. Однако во внедряемых стандартах в основном предусматриваются объемы крайне необходимой медицинской помощи в случаях определенных заболеваний.

На наш взгляд, действенным «стандартом медицинской помощи» должен являться такой алгоритм действий врача, который не ограничивает путь к выздоровлению пациента условиями финансирования системы здравоохранения. Но при этом должны быть как можно более четко обозначены варианты результатов лечения в соответствии с мероприятиями в рамках бесплатной и платной медицинской помощи. Бесплатно пациенту может быть предоставлен «определенный объем медицинской помощи», а «стандарт медицинской помощи» ему придется приобретать самостоятельно. То есть представители системы здравоохранения должны предложить пациенту варианты по степеням выздоровления, а пациент должен выбрать желаемый результат с учетом своего финансового вклада.

Так, внедрение элементов маркетинга в деятельность учреждений здравоохранения на этапах планирования и распределения ресурсов в условиях ограниченного финансирования системы здравоохранения является современной здоровьесберегающей технологией, которая, в конечном счете, приведет к повышению качества медицинского обслуживания и его эффективности за счет большей гибкости и повышения доступности медицинской помощи в интересах пациента.

Литература.

1. Афоризмер. URL : <http://aforizmer.ru/aforizmi/pol-mazur> (дата обращения 10.02.2015).
2. Вибляя И.В., Захаренков В.В., Бердикова Е.А. Оценка показателей заболеваемости детей в начальных классах общеобразовательных школ г. Новокузнецка // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2010. – № 4. – С. 161-163.
3. Вибляя И.В., Захаренков В.В. Население трудоспособного возраста. Тенденции демографических процессов СФО // Материалы XI Всероссийского Конгресса «Профессия и здоровье» Главный редактор Н.Ф. Измеров. – 2012. – С. 114-116.
4. Вибляя В.И., Захаренков В.В., Пестерева Д.В. Оптимизация потребности в лечебно-восстановительной помощи больным с профессиональными заболеваниями как путь к сохранению трудового потенциала // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2012. – № 5-2 (87). – С. 78-81.
5. Вибляя И.В. Определение потребности в стационарной медицинской помощи на муниципальном и региональном уровнях и пути максимального ее удовлетворения : дис... докт. мед. наук. – Кемерово, 2004. – 327 с.
6. Динамическая оценка состояния здоровья педагогов в период повсеместной реализации мониторинга здоровья школьников в г. Новокузнецке / В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, Д.В. Пестерева, Е.А. Забродина // Инновации в технологиях и образовании : сборник статей участников VII Международной научно-практической конференции : в 4 частях. – Белово, 2014. – С. 257-260.
7. Захаренков В.В., Вибляя И.В. Актуальные проблемы формирования трудового потенциала населения России, прогностические оценки // Материалы III Всероссийского съезда врачей-профпатологов. – 2008. – С. 168-169.
8. Захаренков В.В., Вибляя И.В. Безвозвратные потери трудового и жизненного потенциала (на примере смертности от множественных травм среди населения г. Новокузнецка) // Фундаментальные исследования. – 2007. – № 10. – С. 81.
9. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Забродина Е.А. Инфекции, передающиеся половым путём, как проблема демографического развития Сибирского федерального округа // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2013. – № 3-1 (91). – С. 16-18.
10. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Колядо В.Б. Оптимизация управления региональной системой охраны здоровья трудовых ресурсов / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 5. – С. 36-38.
11. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Ляпин В.А. Демографические проблемы Сибирского федерального округа // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2007. – № 3. – С. 60-62

12. Захаренков В.В., Виблая И.В. Общие положения и индивидуальные особенности информационного обеспечения программы «Здоровье и образование» // Вестник Российской академии естественных наук. Западно-Сибирское отделение. – 2007. – № 9. – С. 81-85.

13. Захаренков В.В., Виблая И.В. Основные демографические проблемы и пути их решения на муниципальном уровне // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2008. – № 3. – С. 60-62.

14. Захаренков В.В., Виблая И.В., Пестерева Д.В. К проблеме состояния здоровья педагогов г. Новокузнецка через индексную оценку их заболеваемости // Гигиена, организация здравоохранения и профпатология : материалы XLVII научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией В.В. Захаренкова. – 2012. – С. 76-78.

15. Захаренков В.В., Виблая И.В., Святова С.В. О потребности в паллиативной помощи муниципального уровня в условиях областного подчинения онкологической службы (на примере г. Новокузнецка Кемеровской области) // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2013. – № 3-2 (91). – С. 162-166.

16. Захаренков В.В., Виблая И.В., Святова С.В. Проблемы воспроизводства населения в России и Сибирском федеральном округе // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2014. – № 1. – С. 112-114.

17. Захаренков В.В., Виблая И.В., Цай Л.В. Варианты перспективных оценок трудового потенциала России с учетом рождаемости и смертности населения // Медицина труда: реализация глобального плана действий по здоровью работающих на 2008-2017 гг. : материалы Всероссийской конференции с международным участием, посвященной 85-летию ГУ НИИ медицины труда РАМН. Под редакцией Н. Ф. Измерова. – 2008. – С. 110-111.

18. Захаренков В.В., Виблая И.В., Цай Л.В. К определению потребности в лечебно-восстановительной помощи больным с профессиональными заболеваниями // Сибирский Консилиум. – 2007. – № 4. – С. 16-17.

19. Захаренков В.В., Ликстанов М.И., Виблая И.В. Организационная культура медицинской организации как элемент программных мероприятий по улучшению демографической политики СФО // Вестник Российской академии естественных наук. Западно-Сибирское отделение. – 2014. – № 16. – С. 142-148.

20. Захаренков В.В., Морозова О.А., Виблая И.В. Особенности развития силикогуберкулеза у рабочих предприятий черной металлургии // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2012. – № 5-2 (87). – С. 82-85.

21. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения. Под ред. О.П. Щепина, В.А. Медика. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.

22. Княжев В.А., Можаров Е.А., Романов А.Н. Менеджмент и маркетинг медицинских услуг. – М.: Златограф, 2000. – 176 с.

23. Миопия школьников как проблема адекватного выбора профессии. Пути решения / В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, А.Ю. Россошанский, А.Л. Репин, А.В. Бурдейн // Сибирский педагогический журнал. – 2010. – № 6. – С. 130-140.

24. Мониторинг «Образование и здоровье» в системе управления качеством образования : монография / В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, А.М. Олещенко, И.Л. Левина. – Новокузнецк, 2010. – 144 с.

25. Научное обоснование влияния социально-экономических факторов и финансирования здравоохранения на формирование здоровья населения : монография / В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, С.А. Коровин, В.А. Хаптанова, А.Д. Гольменко. – Новокузнецк, 2013. – 187 с.

26. Тенденции демографических процессов в промышленных городах Юга Кузбасса / И.В. Вибляя, В.В. Захаренков, Д.Ю. Шамаев, С.С. Анохина // Гигиена, организация здравоохранения и профпатология : материалы XLII научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией В.В. Захаренкова. – 2007. – С. 37-41.

27. Тогунов И.А. Модель маркетинговой системы медицинских услуг (маркетинговая формализованная сущность либеральной системы здравоохранения) // Эксклюзивный маркетинг. –1999. – № 5. – С. 47-83.

28. Целевая установка на определение потребности населения в медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (на примере онкологической службы) / И.В. Вибляя, В.В. Захаренков, С.В. Святова, Е.А. Забродина // Вестник Кузбасского научного центра. – 2014. – № 19. – С. 10-12.

29. Чернышев В.М. О некоторых итогах реформирования здравоохранения Российской Федерации и мерах по повышению его эффективности // Медицина экстремальных ситуаций. – 2014. – № 2 (48). – С. 6-12.

30. Щепин О.П., Дятлов В.Ю. Здравоохранение как социально-экономическая система. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 3. – С. 3-5.

В.В. Захаренков, И.В. Вибляя
**НИИ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОБЛЕМ ГИГИЕНЫ И
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ – К ПОЛИТИКЕ ПО
СОХРАНЕНИЮ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА НАСЕЛЕНИЯ**

*НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных
заболеваний, Новокузнецк*

Аннотация. Представлены результаты динамического анализа численности населения России за 113 лет – по данным переписи с 1987 по 2010 год. В период с 1989 по 2002 год анализ изменений численности населения

проведен по трём возрастным категориям. Указано на проблему снижения численности населения трудоспособного возраста, показаны прогностические оценки сотрудников Научно-исследовательского института комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний. Обозначены целевые программы, направленные на сохранение трудового потенциала и демографическое развитие различного уровня территориальных единиц Российской Федерации.

V.V. Zakharenkov, I.V. Viblaya
**RESEARCH INSTITUTE FOR COMPLEX PROBLEMS OF
HYGIENE AND OCCUPATIONAL DISEASES – TO POLICY
OF MAINTENANCE OF THE LABOUR POPULATION
POTENTIAL**

Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases, Novokuznetsk

Abstract. The results of the dynamic analysis of the population size in Russia for 113 years according to the census from 1887 to 2010 are presented. Between 1889 and 2002, the analysis of the changes in the population size was carried out in three age categories. The problem of reducing the size of employable population is specified, prognostic estimates of the scientists of Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational Diseases are shown. Target programs aimed at the maintaining labour potential and demographic development of different levels of territorial units of the Russian Federation are designated.

Key words: census, the employable population, mortality at employable age, the target programs.

Динамический анализ результатов переписи населения показал, что в период с 1897 г. по 1989 г. (за 92 года) численность населения России выросла в 2,2 раза с 67,5 до 147,0 миллионов; среднегодовой темп прироста составил 1,28%. Максимальный среднегодовой прирост населения – около $1,29 \pm 0,01\%$ – регистрировался в течение первых 42 лет (1897-1939 годы); за этот период численность населения выросла на 60%. Среднегодовой темп прироста населения стал менее выражен в период с 1939 по 1959 г. (0,4%) и снова повысился в период с 1959 по 1970 г. до 0,98%; до 1989 г. численность населения продолжала расти, хоть и более медленными темпами ($0,67 \pm 0,03\%$ в год).

Впервые об официальном снижении численности населения Российской Федерации (РФ) заявлено в 2004 г., когда были обнародованы результаты переписи 2002 г. [5]. Так, с 1989 по 2002 г. численность населения снизилась на 1,26% (за 13 лет); среднегодовой темп снижения составил 0,1%. За следующие 8 лет (до 2010 г.) среднегодовой темп снижения вырос в 2 раза – до 0,2%. Снижение численности населения в основном принято было объяснять длительным периодом низкой рождаемости населения, не перекрывающей показатель общей смертности населения.

В то время когда всеобщее внимание было привлечено к повышению уровня рождаемости населения РФ, сотрудники Научно-исследовательского института комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний (НИИ КППГЗ) делали акцент на высоких значениях показателей смертности населения трудоспособного возраста, в период с 1989 до 2002 г. выросших на 64% с 4,7 случая на 1000 соответствующего населения до 7,7‰.

Официальные данные показывали, что с 1989 по 2002 год численность населения:

- старше трудоспособного возраста (мужчины с 60 лет и старше и женщины с 55 лет и старше) выросла на 9,5% с 27195,6 тыс. чел до 29778,0 тыс. чел.;

- трудоспособного возраста (мужчины 16-59 лет и женщины 16-54 года) выросла на 6,2% с 83746,4 тыс. чел. до 88941,6 тыс. чел.;

- моложе трудоспособного возраста выражено снизилась на 26,9% с 35995,1 тыс. чел. до 26327,3 тыс. чел.

Однако нами были получены прогностические оценки, указывающие на грядущее снижение численности населения трудоспособного возраста, которые с различных позиций озвучивались на конференциях, съездах и совещаниях различного уровня [15, 18, 21, 28]. Было установлено, что при сохранении условий формирования населения РФ на прежнем уровне, к 2013 году численность населения трудоспособного возраста (относительно данных переписи населения 2002 г.) может сократиться на 4,2% и составит 84041,2 тыс. чел. При этом приводились различные варианты прогноза. Первый вариант абсолютно исключал смертность населения в трудоспособном возрасте, учитывал только возрастное движение населения. Второй вариант учитывал средний уровень смертности населения трудоспособного возраста в течение последних лет. Третий вариант учитывал в перспективе смертность на уровне не выше 1989 года, – года предыдущей переписи населения, когда регистрировался прирост населения. При любом раскладе событий получалось так, что численность населения трудоспособного возраста имеет тенденцию к снижению.

В связи с этим учеными НИИ КППГЗ предпринимались всевозможные попытки к формированию политики, направленной на сохранение трудового потенциала населения, которые первоначально сводились к разработке муниципальных целевых программ, таких как: «Здоровье и образование» на 2004-2006 годы; «Образование и здоровье» на 2007-2011 годы [1, 6, 7, 14, 16, 23, 25, 26, 27, 30]; «Улучшение демографической ситуации в городе Новокузнецке» на период до 2015 года [4, 9, 14, 17]. Одновременно с этим формировались областные целевые программы: «Здоровье и сохранение трудового потенциала населения Кемеровской области» на 2009-2012 годы; «Предупреждение профессиональной заболеваемости работников угольной отрасли Кузбасса» (2009-2012 гг.) [2, 3, 8, 10, 19, 20, 22]. Потребность в научном опыте, накопленном сотрудниками НИИ КППГЗ была отражена в Плане ме-

роприятий Российской академии медицинских наук на 2011 год по выполнению Послания Президента РФ Федеральному Собранию РФ от 30 ноября 2010 года, в соответствии с которым сотрудниками проводилась разработка 2-х комплексных целевых программ: «Улучшение демографической ситуации в Сибирском федеральном округе» на период до 2025 года и «Здоровье и сохранение трудового потенциала населения Сибирского федерального округа» [11, 12, 24].

Фактическое значение численности населения трудоспособного возраста по РФ за 2013 год (86137,5 тыс. чел.) показало, что, как и ожидалось, она сократилась относительно данных за 2002 г.; однако её снижение менее выражено, чем могло сложиться в прежних условиях и составило 3,2%. Как достижение – в официальных данных зарегистрирована [29] благоприятная тенденция к снижению смертности населения трудоспособного возраста в 2006-2012 годах (7,5; 6,9; 6,9; 6,4; 6,3; 6,0; 5,8‰ соответственно). Несмотря на то, что ориентир благоприятного состояния (1989 г. – 4,7‰) пока не достигнут, снижение значения показателя относительно критического уровня, регистрировавшегося в 2003-2005 годах (8,0; 8,0; 8,2‰ соответственно), указывает на положительные результаты формирования политики, направленной на сохранение трудового потенциала населения.

Литература.

1. Вибляя И.В., Захаренков В.В., Бердикова Е.А. Оценка показателей заболеваемости детей в начальных классах общеобразовательных школ г. Новокузнецка // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2010. – № 4. – С. 161-163.

2. Вибляя И.В., Захаренков В.В., Пестерева Д.В. Оптимизация потребности в лечебно-восстановительной помощи больным с профессиональными заболеваниями как путь к сохранению трудового потенциала // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2012. – № 5-2 (87). – С. 78-81.

3. Вибляя И.В., Захаренков В.В., Цай Л.В. К исследованию качества оказания медицинской помощи на основе интегрированных оценок // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2007. – № 2. – С. 44-46.

4. Вибляя И.В. Проблемы определения потребности в госпитализации и ее удовлетворение в рамках муниципального заказа на стационарные виды медицинской помощи // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2003. – № 9. – С. 98-101.

5. Всероссийская перепись населения 2002 года. URL : <http://www.perepis2002.ru/index.html?id=11>(дата обращения 12.03.2014).

6. Выявляемость нарушений зрения у школьников Алтайского края / А.Л. Репин, И.В. Виблая, А.С. Макогон, В.И. Лебедев // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2010. – № 12 (118). – С. 203-205.

7. Динамическая оценка состояния здоровья педагогов в период повсеместной реализации мониторинга здоровья школьников в г. Новокузнецке / В.В. Захаренков, И.В. Виблая, Д.В. Пестерева, Е.А. Забродина // Инновации в технологиях и образовании : сборник статей участников VII Международной научно-практической конференции : в 4 частях. – Белово, 2014. – С. 257-260.

8. Захаренков В.В., Виблая И.В. Актуальные проблемы формирования трудового потенциала населения России, прогностические оценки // Материалы Всероссийского съезда врачей-профпатологов. – Новосибирск, 2008. – С. 168-169.

9. Захаренков В.В., Виблая И.В. Безвозвратные потери трудового и жизненного потенциала (на примере смертности от множественных травм среди населения г. Новокузнецка) // Фундаментальные исследования. – 2007. – № 10. – С. 81.

10. Захаренков В.В., Виблая И.В., Бурдейн А.В. Профессиональная заболеваемость, как проблема сохранения трудового потенциала Кемеровской области: пути решения // Проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации пострадавших от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний : материалы Всероссийского методологического семинара. Лечение, медико-социальная экспертиза и реабилитация в ортопедии, нейрохирургии, ангиологии : материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Кемерово : ИД «Медицина и Просвещение», 2008. – С. 50-51.

11. Захаренков В.В., Виблая И.В., Забродина Е.А. Инфекции, передающиеся половым путём, как проблема демографического развития Сибирского федерального округа // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2013. – № 3-1 (91). – С. 16-18.

12. Захаренков В.В., Виблая И.В., Ляпин В.А. Демографические проблемы Сибирского федерального округа // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2007. – № 3. – С. 60-62.

13. Захаренков В.В., Виблая И.В. Негативные связи показателей здоровья населения с уровнем безработицы в г. Новокузнецке // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2010. – № 4. – С. 169-172.

14. Захаренков В.В., Виблая И.В. Общие положения и индивидуальные особенности информационного обеспечения программы «Здоровье и образование» // Вестник Российской академии естественных наук. Западно-Сибирское отделение. – 2007. – № 9. – С. 81.

15. Захаренков В.В., Виблая И.В. Основные демографические проблемы и пути их решения на муниципальном уровне // Российская академия ме-

дицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2008. – № 3. – С. 60-62.

16. Захаренков В.В., Виблая И.В., Пестерева Д.В. К проблеме состояния здоровья педагогов г. Новокузнецка через индексную оценку их заболеваемости // Гигиена, организация здравоохранения и профпатология : материалы XLVII научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией В.В. Захаренкова. – Кемерово, 2012. – С. 76-78.

17. Захаренков В.В., Виблая И.В., Сизов Е.Е. Информационные технологии в здравоохранении как инструмент демографической политики // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С. 177-179.

18. Захаренков В.В., Виблая И.В., Цай Л.В. Варианты перспективных оценок трудового потенциала России с учетом рождаемости и смертности населения // Медицина труда: Реализация Глобального плана действий по здоровью работающих на 2008-2017 гг. : материалы Всероссийской конференции, посвященной 85-летию ГУ НИИ МТ РАМН. Под ред. Н.Ф. Измерова. – М.: МГИУ, 2008. – С. 110-111.

19. Захаренков В.В., Виблая И.В., Цай Л.В. К определению потребности в лечебно-восстановительной помощи больным с профессиональными заболеваниями // Сибирский Консилиум. – 2007. – № 4. – С. 16.

20. Захаренков В.В., Морозова О.А., Виблая И.В. Особенности развития силикотуберкулеза у рабочих предприятий черной металлургии // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2012. – № 5-2 (87). – С. 82-85.

21. Медико-демографические проблемы в формировании здоровья населения Кемеровской области / А.В. Бурдейн, В.В. Захаренков, В.Б. Колядо, И.В. Виблая // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2009. – № 2. – С. 25-26.

22. Миопия школьников как проблема адекватного выбора профессии. Пути решения / В.В. Захаренков, И.В. Виблая, А.Ю. Россошанский и др. // Сибирский педагогический журнал. – 2010. – № 6. – С. 130-140.

23. Мониторинг «Образование и здоровье» в системе управления качеством образования: Монография / В.В. Захаренков, И.В. Виблая, А.М. Олещенко, И.Л. Левина. – Новокузнецк: ООО «Полиграфист», 2010. – 144 с.

24. Научное обоснование влияния социально-экономических факторов и финансирования здравоохранения на формирование здоровья населения : монография / В.В. Захаренков, И.В. Виблая, С.А. Коровин, В.А. Хаптанова, А.Д. Гольменко. – Новокузнецк, 2013. – 187 с.

25. Профилактика миопии в школьные годы как мероприятие по сохранению трудового потенциала населения (на примере г. Новокузнецка) / В.В. Захаренков, И.В. Виблая, А.В. Бурдейн и др. // Российская академия меди-

цинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2010. – № 3. – С. 68-70.

26. Результаты внедрения мероприятий, направленных на профилактику миопии при интенсивной зрительной нагрузке / И.В. Вибляя, В.В. Захаренков, А.Ю. Россошанский и др. // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2010. – № 3. – С. 31-3327. Состояние заболеваемости миопией среди детей в условиях организации внедрения цветотерапии : монография / А.Ю. Россошанский, В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, В.И. Савиных. – Новокузнецк: ООО «Полиграфист», 2010. – 144 с.

28. Тенденции демографических процессов в промышленных городах юга Кузбасса / И.В. Вибляя, В.В. Захаренков, Д.Ю. Шамаев, С.С. Анохина // Здоровье населения и экология: состояние, проблемы, пути решения: Материалы XLII научно-практической конференции с международным участием «Гигиена, организация здравоохранения и профпатология». Под ред. В.В. Захаренкова. – Новокузнецк, 2007. – С. 37-41.

29. Официальный сайт Росстат. Демографические ежегодники России. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312 (дата обращения: 12.03.2014).

30. Пестерева Д.В., Вибляя И.В. Динамическая оценка показателей заболеваемости педагогов г. Новокузнецка // Вестник Кузбасского научного центра. – 2012. – № 15. – С. 124-126.

В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, М.И. Ликстанов
К АЛГОРИТМИЗАЦИИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В
МНОГОПРОФИЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний, Новокузнецк

МБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5» МЗ РФ,
Кемерово

Аннотация. Указано на то, что в современной России на фоне неблагоприятной медико-демографической ситуации и снижения уровня общественного здоровья происходит ограничение финансирования системы здравоохранения, что обуславливает потребность в совершенствовании подходов к управлению её учреждениями. Даны тактические установки алгоритмов управленческих решений в деятельности многопрофильного медицинского учреждения. Приведены некоторые результаты функционирования разработанного в системе здравоохранения Кемеровской области программно-

целевого комплекса информационного обеспечения управленческой деятельности менеджера медицинской организации.

V.V. Zakharenkov, I.V. Viblaya, M.I. Likstanov
**TO ALGORITHMIZATION OF MANAGEMENT DECISIONS
IN MULTIDISCIPLINARY MEDICAL INSTITUTION**

*Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational
Diseases, Novokuznetsk,*

Municipal Budgetary Health Institution

“Children’s City Clinical Hospital N 5”, Kemerovo

Abstract. It is indicated that in modern Russia on the background of the unfavourable medical and demographic situation and reduce in the level of public health the restriction of health financing is taken place; hence the need for improvement of the approaches to the management of its institutions emerges. The tactical setting of management decision algorithms in the multidisciplinary medical institution is given. The paper presents some results of program-target complex information supply of management activities of the manager of the medical organization. It has been developed in Health in the Kemerovo Region.

Изменения, происходящие в обществе на фоне неблагоприятной медико-демографической ситуации [4, 8, 12, 13, 15, 17, 28] и снижения уровня здоровья населения [2, 3, 9, 10, 21, 24, 25], в современной России сопровождаются ограничением финансирования систем жизнеобеспечения, в том числе системы здравоохранения, что приводит к необходимости поиска, разработки и приоритетного внедрения новых подходов к управлению медицинскими учреждениями и изменению принципов управления, предполагающих оптимальное соотношение административных и экономических методов [11, 16, 18, 19, 20, 22, 26, 29].

Искусство современного руководителя, которым в медицинской среде является главный врач больницы, заключается в том, чтобы на основе постоянного анализа ситуации вовремя вскрыть назревающую проблему, разработать несколько альтернативных вариантов управленческих решений, выбрать из них наиболее оптимальный на данном этапе и претворить его в практику при постоянном контроле результатов [1, 5, 6, 7, 14, 23, 27, 30].

Мы считаем, что выработка алгоритмов управленческих решений, их медико-экономическая стандартизация и практическая реализация в стратегическом плане должны улучшать результаты деятельности многопрофильного медицинского учреждения, повышать качество лечебно-диагностического процесса и оказываемых пациентам различных видов медицинской помощи, а в тактическом плане иметь способность:

- обеспечить рентабельность производственной деятельности учреждения;

- повысить профессионализм врачебного и сестринского персонала;
- создать мотивацию к улучшению количественных и качественных показателей медицинской деятельности каждого сотрудника больницы;
- совершенствовать диагностические и лечебные протоколы (стандарты) по оказанию медицинской помощи;
- улучшить качество всех видов материального и информационного обеспечения многосторонней деятельности всех специалистов лечебного учреждения;
- повысить гармонию производственных взаимоотношений всех специалистов и подразделений медицинской организации;
- добиться конкурентного преимущества оказываемых услуг на рынке;
- создать информационные условия для реакции системы управления учреждением на общие критерии удовлетворенности больных вниманием к ним персонала больницы и результатами стационарного лечения.

Разработанный в системе здравоохранения Кемеровской области программно-целевой комплекс при достаточном и правильном информационном обеспечении управленческой деятельности дает менеджеру медицинской организации возможность влиять на стратегию закупок оборудования, аппаратуры, лекарственных препаратов.

В рамках принятых стандартных наименований диагнозов, введенных в таблицу плана госпитализации, программный комплекс способен предоставлять пользователю и отделению медицинского снабжения списочный состав спланированных больных по нозологическим формам за 10 дней до поступления в стационар и списки той же структуры в день поступления для составления формуляров предварительной закупки необходимых групп медикаментов. Это позволяет начинать лечебный процесс с первого дня поступления больного в профильное отделение.

Проведенный хронометраж убедительно 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 вычислений, производимых специалистами, и, следовательно, время расчета, что, в свою очередь, позволяет повысить в 1,5-2 раза интенсивность работы медицинского персонала.

Литература.

1. Введение в прикладную дисциплину «поддержка принятия решений». URL : http://www.devbusiness.ru/development/dms/dms_intro.htm (дата обращения 19.02.2015).

2. Виблая И.В., Захаренков В.В., Бердикова Е.А. Оценка показателей заболеваемости детей в начальных классах общеобразовательных школ г. Новокузнецка // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2010. – № 4. – С. 161-163.

3. Виблая И.В., Захаренков В.В., Ликстанов В.И. Состояние и тенденции показателей детской смертности в Сибирском федеральном округе

ге // Актуальные проблемы медицины : материалы межрегиональной научно-практической конференции. – 2007. – С. 331-335.

4. Вибляя И.В., Захаренков В.В. Население трудоспособного возраста. Тенденции демографических процессов СФО // Профессия и здоровье : материалы XI Всероссийского Конгресса. Главный редактор Н.Ф. Измеров. – 2012. – С. 114-116.

5. Вибляя В.И., Захаренков В.В., Пестерева Д.В. Оптимизация потребности в лечебно-восстановительной помощи больным с профессиональными заболеваниями как путь к сохранению трудового потенциала // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2012. – № 5-2 (87). – С. 78-81.

6. Вибляя И.В. Определение потребности в стационарной медицинской помощи на муниципальном и региональном уровнях и пути максимального ее удовлетворения : дис... докт. мед. наук. – Кемерово, 2004. – 327 с.

7. Виноградов К.А. Совершенствование управления здравоохранением на региональном уровне с использованием информационных технологий : дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2005. – 253 с.

8. Захаренков В.В., Вибляя И.В. Актуальные проблемы формирования трудового потенциала населения России, прогностические оценки // Материалы III Всероссийского съезда врачей-профпатологов. – 2008. – С. 168-169.

9. Захаренков В.В., Вибляя И.В. Безвозвратные потери трудового и жизненного потенциала (на примере смертности от множественных травм среди населения г. Новокузнецка) // Фундаментальные исследования. – 2007. – № 10. – С. 81.

10. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Забродина Е.А. Инфекции, передающиеся половым путём, как проблема демографического развития Сибирского федерального округа // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2013. – № 3-1 (91). – С. 16-18.

11. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Колядо В.Б. Оптимизация управления региональной системой охраны здоровья трудовых ресурсов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 5. – С. 36-38.

12. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Ляпин В.А. Демографические проблемы Сибирского федерального округа // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2007. – № 3. – С. 60-62.

13. Захаренков В.В., Вибляя И.В. Основные демографические проблемы и пути их решения на муниципальном уровне // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2008. – № 3. – С. 60-62.

14. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Святова С.В. О потребности в паллиативной помощи муниципального уровня в условиях областного под-

чинения онкологической службы (на примере г. Новокузнецка Кемеровской области) // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2013. – № 3-2 (91). – С. 162-166.

15. Захаренков В.В., Виблая И.В., Святова С.В. Проблемы воспроизводства населения в России и Сибирском федеральном округе // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2014. – № 1. – С. 112-114.

16. Захаренков В.В., Виблая И.В., Сизов Е.Е. Информационные технологии в здравоохранении как инструмент демографической политики // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С. 177-179.

17. Захаренков В.В., Виблая И.В., Цай Л.В. Варианты перспективных оценок трудового потенциала России с учетом рождаемости и смертности населения // Медицина труда: реализация глобального плана действий по здоровью работающих на 2008-2017 гг. : материалы Всероссийской конференции с международным участием, посвященной 85-летию ГУ НИИ медицины труда РАМН. Под редакцией Н. Ф. Измерова. – 2008. – С. 110-111.

18. Захаренков В.В., Виблая И.В., Цай Л.В. К определению потребности в лечебно-восстановительной помощи больным с профессиональными заболеваниями // Сибирский Консилиум. – 2007. – № 4. – С. 16-17.

19. Захаренков В.В., Ликстанов М.И., Виблая И.В. Информационные технологии в менеджменте современной медицинской организации // Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право : материалы Международного форума. Под общей редакцией И.О. Маринкина, М.А. Садового. – 2012. – С. 245-250.

20. Захаренков В.В., Ликстанов М.И., Виблая И.В. Организационная культура медицинской организации как элемент программных мероприятий по улучшению демографической политики СФО // Вестник Российской академии естественных наук. Западно-Сибирское отделение. – 2014. – № 16. – С. 142-148.

21. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения. Под ред. О.П. Щепина, В.А. Медика. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 384 с.

22. Концепция развития системы здравоохранения в РФ до 2020 г. URL : <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2012/1-9.pdf> (дата обращения 19.02.2015).

23. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбратен, Г.И. Галанова. – М.: Медицина, 2002. – 174 с.

24. Миопия школьников как проблема адекватного выбора профессии. Пути решения / В.В. Захаренков, И.В. Виблая, А.Ю. Россошанский, А.Л. Ре-

пин, А.В. Бурдейн // Сибирский педагогический журнал. – 2010. – № 6. – С. 130-140.

25. Научное обоснование влияния социально-экономических факторов и финансирования здравоохранения на формирование здоровья населения : монография / В.В. Захаренков, И.В. Виблая, С.А. Коровин, В.А. Хаптанова, А.Д. Гольменко. – Новокузнецк, 2013. – 187 с.

26. О разумном сочетании административных и экономических методов управления здравоохранением / В.И. Стародубов, В.Л. Гончаренко, Ф.Н. Кадыров, Д.Р. Шиляев // Здравоохранение. – 2004. – № 2. – С. 9-21.

27. Стародубов В.И., Сидоров П.И., Коноплева А.И. Управление персоналом организации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1104 с.

28. Тенденции демографических процессов в промышленных городах Юга Кузбасса / И.В. Виблая, В.В. Захаренков, Д.Ю. Шамаев, С.С. Анохина // Гигиена, организация здравоохранения и профпатология : материалы XLII научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией В.В. Захаренкова. – 2007. – С. 37-41.

29. Целевая установка на определение потребности населения в медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (на примере онкологической службы) / И.В. Виблая, В.В. Захаренков, С.В. Святова, Е.А. Забродина // Вестник Кузбасского научного центра. – 2014. – № 19. – С. 10-12.

30. Щепин О.П., Дятлов В.Ю. Здравоохранение как социально-экономическая система. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 3. – С. 3-5.

А. Г. Захарьян
**ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И
ИНВАЛИДНОСТЬ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по
Новосибирской области» Минтруда России*

Аннотация. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Новосибирской области на протяжении многих лет остается одной из самых высоких в Сибирском федеральном округе и значительно превышает средние данные по Российской Федерации, имеет явную тенденцию роста. Это привело к тому, что с 2013 года этот класс заболеваний, как причина первичной инвалидизации населения вышел на первое место, опередив болезни системы кровообращения, и продолжает увеличивать свой удельный вес. Инвалидность вследствие злокачественных новообразований характеризуется высокой тяжестью (удельный вес инвалидов I-II группы составляет 83,9%),

значительным удельным весом лиц трудоспособного возраста (37,9%). Несмотря на высокие показатели летальности при злокачественных новообразованиях, в случае проведения радикального лечения в начальных стадиях заболевания показатели реабилитации этих лиц остаются одними из самых высоких, что диктует необходимость совершенствования системы реабилитации онкологических больных, включая их рациональное трудоустройство.

A. G. Zakharyan
**ONCOLOGICAL INCIDENCE AND DISABILITY IN THE
NOVOSIBIRSK REGION**

*FKU «The Main Bureau of Medico-social Examination across the
Novosibirsk Region» Ministry of Labor of Russia*

Abstract. Incidence of malignant new growths in the Novosibirsk region for many years remains to one of the highest in Siberian Federal District and considerably exceeds average data on the Russian Federation, has an obvious tendency of growth. It led to that since 2013 this class of diseases as the reason of primary invalidization of the population came out on top, having outstripped diseases of system of blood circulation, and continues to increase the specific weight. Disability owing to malignant new growths is characterized by high weight (specific weight of disabled people of the I-II group makes 83,9%), considerable specific weight of persons of working-age (37,9%). Despite high rates of a lethality at malignant new growths, in case of carrying out radical treatment in initial stages of a disease indicators of rehabilitation of these persons remain one of the highest that dictates need of improvement of system of rehabilitation of oncological patients, including their rational employment.

Одним из основных факторов, влияющим на уровень инвалидности, является заболеваемость. Показатели онкологической заболеваемости (число впервые выявленных на 100 000 населения, данные за 2013 год) в Сибирском федеральном округе (383,2 чел.) превышают данные по Российской Федерации (373,8 чел.), а заболеваемость в Новосибирской области (428,0 чел.) остается одной из самой высокой в округе с явной тенденцией роста (405,5 чел. в 2009 году). Более высокие показатели онкологической заболеваемости в Сибирском федеральном округе отмечаются только в Алтайском крае (458,7 чел.) и Омской области (428,7 чел.). Самые низкие показатели зарегистрированы в Республике Тыва (179,4 чел.). За период с 2009 года по 2013 год заболеваемость злокачественными новообразованиями в Российской Федерации выросла на 5,1%, в Сибирском федеральном округе – на 16,6%, в Новосибирской области – на 5.5%. Таким образом, мы видим превышение в Сибирском федеральном округе не только абсолютных показателей онкологической заболеваемости, но и превышение среднероссийских темпов роста.

Почти половина больных (43,6%) впервые взяты на учет с запущенной стадией (III-IV) заболевания, в том числе 21,4% - это лица с IV стадией заболевания. При этом активно выявляется только 16,2% от всех с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования. В течение первого года от момента установления диагноза умирает 25,3% больных.

Данное обстоятельство оказывает существенное влияние на структуру первичной инвалидности в Новосибирской области. С 2013 года инвалидность вследствие злокачественных новообразований впервые вышла на первое ранговое место (27,4%), опередив болезни системы кровообращения (24,5%). По Сибирскому федеральному округу злокачественные новообразования составили 26,7%, Российской Федерации в целом – 24,6%. Удельный вес болезней системы кровообращения в структуре первичной инвалидности соответственно составил 28,5% и 35,1%, что соответствует первому ранговому месту. Третье место занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Удельный вес этих заболеваний в Новосибирской области (11,2%) мало отличается от показателей в Сибирском федеральном округе (10,3%) и Российской Федерации (10,0%). В 2014 году в структуре первичной инвалидности в Новосибирской области произошел дальнейший рост удельного веса злокачественных новообразований (30,9%), болезни системы кровообращения составили 24,5%, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 10,0%. Всего же на долю этих трех классов заболеваний приходится 65,4% всех впервые признанных инвалидами.

Показатель первичной инвалидности (число впервые признанных инвалидами на 10 000 населения) в 2013 году в Российской Федерации составил 16,0 чел., в Сибирском федеральном округе 16,9 чел., в Новосибирской области 17,7 чел. Более высокие показатели в округе зарегистрированы только в Алтайском крае (20,3 чел.), Республике Хакасия (19,1 чел.), и Кемеровской области (17,9 чел.). Самое низкое значение этого показателя отмечаются в Томской области (11,3 чел.) и Республике Тыва (11,3 чел.). В 2014 году показатель первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Новосибирской области составил 20,8 чел, что существенно выше этого показателя за 2013 год, рост составил 16,2%.

Среди впервые признанных инвалидами вследствие злокачественных новообразований лица в возрасте до 44 лет составили 10,1%, пенсионного возраста – 62,1%. Это соответствует данным по Сибирскому федеральному округу (11,3% и 58,9%) и Российской Федерации (11,1% и 58,7% соответственно).

Если рассматривать структуру первичной инвалидности в зависимости от ее тяжести, то инвалиды I группы составили 34,6%, II группы – 49,3%, III группы - 16,1%. По Сибирскому федеральному округу эти показатели соответственно составили 36,0%; 49,4%; и 14,6%. В целом в Российской Федерации – 28,5%; 55,4% и 16,1%. Для сравнения, в структуре первичной ин-

валидности по всем нозологическим формам инвалиды I группы составили всего 18,8%, II группы – 37,6% и III группы – 43,6%.

В структуре онкологической заболеваемости у мужчин на первом месте стоит рак легкого (18,7%). Рак предстательной железы составляет 12,1%, рак желудка – 8,8%, рак ободочной кишки 5,9%, прямой кишки – 5,4%, мочевого пузыря – 4,6%, рак почки – 4,5%.

У женщин наиболее часто диагностируется рак молочной железы (20,7%). Рак тела матки составляет 7,5%, рак ободочной кишки – 7,1%, рак желудка – 5,7%, рак шейки матки – 5,3%, рак прямой кишки – 4,7%, рак яичников – 4,5%, рак легкого – 3,6%.

Данное распределение соответствует и структуре первичной инвалидности вследствие злокачественных новообразований. Первое место в структуре первичной инвалидности онкологических больных занимает рак молочной железы (15,5%). На втором месте находятся больные с раком легкого (13,1%), на третьем месте – женских половых органов (11,8%). В динамике за последние 3 года эти показатели достаточно стабильны.

У мужчин основным инвалидизирующим заболеванием является рак легкого (27,8%), на втором месте – рак желудка (11,3%), на третьем – рак толстой кишки (11,0%), на четвертом – рак гортани (7,3%). У женщин ведущим инвалидизирующим заболеванием является рак молочной железы (39,5%) и женских половых органов (26,3%). Рак толстой кишки занимает в структуре первичной инвалидности женщин 9,2%.

В структуре повторной инвалидности взрослого населения Новосибирской области злокачественные новообразования занимают второе место (17,4%), уступая болезням системы кровообращения (24,9%). На третьем месте, как и в структуре первичной инвалидности, стоят болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (14,9%). В динамике отмечается, как и в структуре первичной инвалидности, рост удельного веса злокачественных новообразований и снижение удельного веса болезней кровообращения.

Снижение удельного веса злокачественных новообразований в структуре повторной инвалидности может быть объяснено высокими показателями летальности, особенно в течение первого года после установления диагноза. В тоже время, после радикального лечения злокачественных новообразований в начальных стадиях показатель полной реабилитации (число не признанных инвалидами при очередном переосвидетельствовании на каждые 100 переосвидетельствованных) достигает 16,9%, в то время как среди больных с общесоматическими заболеваниями – 4,1%, с психическими заболеваниями – 0,4%. В 2014 году показатель полной реабилитации среди всех взрослых инвалидов Новосибирской области составил 6,1%, что несколько выше данных 2013 года (5,4%).

В России в 2013 году 51,7% всех больных со злокачественными новообразованиями, находившихся под наблюдением онкологических учрежде-

ний, состояли на учете 5 лет и более. В Сибирском федеральном округе этот показатель составил 50,5%, в Новосибирской области – 48,6%. В тоже время необходимо отметить, что показатель пятилетней выживаемости является, в первую очередь, инструментом статистического наблюдения и в меньшей степени характеризует качество жизни больного.

Социально-медицинская реабилитация онкологического больного является достаточно сложной и многоплановой. Сложность этой проблемы объясняется, с одной стороны, трудностями прогнозирования течения заболевания в каждом конкретном случае, вероятностью возникновения рецидива и метастазов опухоли, тяжелыми анатомо-морфологическими изменениями, связанными с проводимым противоопухолевым лечением, носящим, как правило, комбинированный характер. С другой стороны, злокачественные новообразования являются мощным стрессовым фактором, вызывающим психологическую дезадаптацию больного, переоценку личностных ценностей, “уход в болезнь” и психологическую депрессию.

Наибольшие усилия всех государственных и не государственных служб, осуществляющих реабилитацию онкологического больного, должны быть приложены в течение первых трех лет, поскольку именно в эти сроки все реабилитационные мероприятия являются наиболее эффективными.

Литература.

1. Основные показатели первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2013 году. Статистический сборник. – М.: «ФБ МСЭ», 2014. – 218 с.

2. Основные показатели повторной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в 2013 году. Статистический сборник. – М.: «ФБ МСЭ», 2014. – 218 с.

3. Основные показатели здоровья населения и здравоохранения Сибирского федерального округа в 2013 году. Сборник статистических и аналитических материалов. Выпуск 13. – Новосибирск: АНФПО «Новосибирский академический центр человека», 2014. – 298 с.

А.В.Иконникова¹, В.В. Иконников²
**ПОТЕНЦИАЛ ПРЕДПРИЯТИЯ И ИННОВАЦИОННАЯ
СТРАТЕГИЯ**

¹Новосибирский государственный медицинский университет

²Новосибирский государственный архитектурно-строительный университет

Аннотация. На сегодняшний день инновация превратилась одну из основных идей теории общих решений тех проблем, которые повсеместно

возникают в какой бы то ни было сфере человеческой деятельности. Однако, маркетологи настроены чрезвычайно скептически относительно каждого такого общего понимания проблемы: прежде всего, следует обратить внимание на чрезмерное использование слова «инновация», как бессодержательного термина. Для того, чтобы вернуть слову его первоначальный статус, необходимо узнать каково положение и на какие позиции ставится инновация в представлении потребителей.

A. V. Ikonnikova¹, V.V. Ikonnikov²
**THE POTENTIAL OF ENTERPRISE AND INNOVATION
STRATEGY**

¹Novosibirsky state medical University

²Novosibirsk state University of architecture and construction

Abstract. Today the innovation turned one of the main ideas of the theory of the common decisions of those problems which everywhere arise in any sphere of human activity. However, marketing specialists are adjusted extremely skeptically concerning each such general understanding of a problem: first of all, it is necessary to pay attention to excessive use of the word “innovation”, as empty term. To return to the word its initial status, it is necessary to learn what situation and on what positions the innovation in representation of consumers is put.

На сегодняшний день употребление слова «инновация» в масс-медиа значительно увеличилось. Очень часто компании, производящие косметику (Nivea, Vichy, Rimmel, Schauma, Avon), или товары повседневного спроса (SureWoman, Blend-a-med, Persil, Dylon, Oxi), или продукты на основе передовых технологий, как, например, автомобили (Nissan, Mercedes-Benz Cclass, BMW, Citroen, Hyundai, Mitsubishi, Audi), или продукты информационных технологий и смежных им (IBM, Mac, HTC, Fujitsu, Asus, 3M), даже города (Бостон, Дьёр), и, более того, государственные учреждения (Колумбийская муниципальная больница, Государственный Университет Сан-Диего) используют данное слово в своей рекламе.

Первым, кто сопоставил инновацию, как средство изменения стоимости, и маркетинг, как науку, был Дракер (1993)[1]. Начиная с этого времени, данный термин использовался в научной литературе применительно к разработке нового продукта, или лучше сказать, используя определение Сейболда (2006) [2], «Инновация – это изобретение выпущенное на рынок» -, в контексте выпуска нового продукта в розничную торговлю.

Общая типология инноваций, составленная Бузом, Алленом и Гамильтоном (1982) [3], предлагает классификацию используя критерий «новизна». Позднее исследователи из других областей наук составили свои собственные классификации (Хендерсон&Кларк, 1990 [4]; Авлонитис, Папастатопулу и &Гоунарис, 2001 [1] и пр.). Заметим, что ни одна классификация не даёт

четкого представления о ценности, которая содержится в самом понятии инновация. В этом случае будет уместно указать важное замечание Чиксентмихайи(2010) [4]: недостаточно создать что-то новое и назвать это инновацией, просто потому, что продукт будет каким-либо образом отличается от продуктов конкурентов, их различия станут всё более очевидными, когда прибавочная стоимость выведет действительно инновационный продукт на более высокий уровень.

Потребители должны быть своевременно подготовлены к использованию новой продукции. Для этого, в первую очередь, они должны располагать достаточно полной и точной информацией о ее свойствах и возможностях, условиях применения. Говоря о потребителях, мы имеем в виду как индивидуальных потребителей конечной продукции (например, сложной бытовой техники), так и производственные предприятия, для которых эта продукция выступает в качестве сырья или комплектующих изделий, а также технологического оборудования. Очевидно, что характер информации о продукции для этих двух групп потребителей существенно различается, причем производственным потребителям требуется достаточно подробная техническая документация. Во многих случаях потребителям технически сложной или потенциально новой продукции, в особенности технологического оборудования, должна быть оказана техническая помощь в ее применении. Эту роль, как правило, выполняет предприятие-изготовитель, реже - специализированные пусконаладочные организации.

Попытаемся сформулировать концепцию создания механизма обновления управления экономикой, который может мотивировать и придавать целенаправленные организационные формы нововведениям в области управления, а через нее - в производственных и социальных сферах. Его движущей силой является мотивация, обеспечивающая достижения личностного, коллективного и общественного интереса, а сутью - устойчивая система научно-технических, информационных, экономических и других факторов, способствующих повышению качества и эффективности управления путем целенаправленных нововведений и совершенствования управленческих отношений. При этом предполагается ориентация всех звеньев хозяйствования на конечный результат и качество: продукции, услуг, функционирования социальной сферы, НИОКР, организации и стимулирования труда.

В функциональном плане такой механизм выступает как специализированное звено в организационной структуре управления, конечная цель которого - повышение эффективности работы управляемого объекта. Основными направлениями деятельности такой структуры являются развитие стимулирования, предприимчивости, новаторства, инициативности, расчетливости, опирающихся на коллективный интеллект, информатизацию, научно-технический прогресс. Решающее значение имеют соединение в таком механизме профессионально подготовленных кадров, современных электрон-

ных средств обработки информации и связи, а также возможность использования необходимых финансовых ресурсов.

К функциям механизма относятся мотивация, организация, внедрение нововведений и оценка их эффективности, создание нормативов обновления, рекомендации по замене физически и морально устаревших элементов системы управления. Управленческое звено, его действенность оценивается по его конечным и промежуточным результатам -экономической и социальной эффективности функционирования, сравнительной стоимости затрат, гибкости и адаптации, способности к автоматизации или компьютеризации, зависимости от производственно-финансовых и социально-экономических показателей.

Приступая к разработке и осуществлению этой идеи, разумеется, должны начать с авансирования денежного капитала. Существеннейшая специфика такого рода состоит в том, что она связана с резко повышенной угрозой их потери: инновации носят рисковый характер. Вероятность успеха воплощения новой идеи в новом продукте достигает только 8,7%, из каждых 12-ти оригинальных идей только одна доходит до последней стадии массового производства и массовых продаж.

Какие же побудительные силы заставляют предпринимателей идти на столь значительный риск? Силы эти для любой экономической системы (малая инновационная фирма; крупная корпорация; группа промышленных компаний; «объединения» промышленных фирм, университетов, правительственных лабораторий в разных комбинациях и т.д.) могут быть подразделены на внутренние и внешние либо на имеющие объективную и субъективную природу. Так, к числу внутренних побудительных мотивов инновационной активности можно отнести необходимость замены устаревшего оборудования (объективная причина) или стремление группы талантливых инженеров реализовать свой творческий потенциал (субъективная причина). Набор внутренних побудительных мотивов инновационной активности индивидуален для каждой отдельной компании и в некоторых случаях играет решающую роль в том, чтобы предпринять решение об инновационном процессе. Так, для только что созданной малой фирмы рождение и освоение новшества может быть единственной возможностью завоевать место на рынке. Однако, зачастую, внутренние причины оказываются недостаточно весомыми. Чем шире распространяются рыночные отношения, тем очевиднее: конкурентные преимущества товаропроизводителя находятся в теснейшей зависимости от избранной им стратегии и успешности проведения ее в жизнь. Естественно, поэтому все большее внимание уделяется тому, какова стратегия предприятия. При общей ее целостности она, как справедливо отмечается в литературе, может рассматриваться в разрезе нескольких элементов. В их числе - предпринимательский, производственный, научно-технический, маркетинговый, инновационный. Суть последнего та-

кова, что он в определенном смысле «поглощает» все остальные элементы стратегии: любой из них имеет шансы на значительный и долговременного характера успех лишь постольку, поскольку опирается на использование уже «одобренных» рынком новшеств, т.е. инноваций. С этой точки зрения инновационную стратегию правомерно рассматривать как опорную для всего круга проблем, решаемых товаропроизводителем. Отсюда и растущее к ней внимание как теоретиков, так и практиков рыночного хозяйствования.

Важнейший вопрос в данной связи - оценка качеств эффективности инновационных процессов. С этой целью традиционно применяются технико-экономические показатели, отражающие инновационные процессы в разрезе ассортиментных групп выпускаемой продукции. Но есть и другая, в стратегическом плане даже более значительная сторона дела: выявление масштабов рыночного распространения нововведений, возможностей диверсификации, а также способности системы управления быстро адаптироваться к изменяющимся условиям внешней среды.

Процесс выбора эффективной инновационной стратегии развития предприятия предполагает оценку всех форм инновационной деятельности, проявляющихся в нововведениях различного типа. Однако на практике реализация этого положения сталкивается с существенными затруднениями. Главное из них в том, что инновационный процесс, рассматриваемый как объект менеджмента, охватывает все стороны хозяйственной деятельности и должен быть составной частью любой функциональной или производственной подсистемы. Например, в число основных целей производственного предприятия входят: выпуск высококачественных изделий заданного типа и объема в установленные сроки; повышение эффективности использования научно-производственного потенциала; ведение активных внешне-экономических операций; обеспечение экологической безопасности производства и устранение негативных для общества последствий хозяйственной деятельности и т.д.

В практике управления инновационными процессами используются различные приемы и методы выбора стратегии развития предприятия (фирмы), из которых выделяется, как наиболее себя оправдавший, системный подход. Его применение в целях разработки инновационной стратегии позволяет выделить в качестве основополагающих элементов последней следующее: совершенствование уже выпускающих продуктов и применяемых технологий; создание и освоение новых продуктов и процессов; повышение качественного уровня, во-первых, технико-технологической, во-вторых, научно-исследовательской и опытно-конструкторской базы; рост эффективности использования кадрового и информационного потенциала; совершенствование организации самой инновационной деятельности и управления ею; рационализация ресурсной базы; обеспечение экологической безопасности инноваций; достижение на внутреннем и внешнем рынках конкурент-

ных преимуществ инновационного продукта в сравнении с продуктами аналогичного назначения.

Названные процессы отражают базовые направления развития производства в целом, а также характер проблем, которые могут возникнуть у товаропроизводителя в ходе последующей реализации стратегии.

Итак, инновационная стратегия представляет собой целенаправленную деятельность по определению важнейших направлений, выбору приоритетов перспективного развития предприятия и выработке требуемого для их достижения комплекса мероприятий.

Литература.

1. Drucker, P (1993) Innovációés vállalkozásaz elméletben és gyakorlatban Pa rk Kiadó, Budapest

2. Skare, V.–Dosen, D. O.(2012) How innovative are electronic services? An empirically-based typology In Marketing Theory Challenges in Emerging Society ed. Maricic B – Ognjanov G Cugura Print Belgrade pp 203-210

3. Booz, Allen & Hamilton (1982) New products management for the 1980s. Booz, Allen and Hamilton Inc. New York

4. Fletcher, D. – Melin, L.– Gimeno, A. (2012) Culture and values in family business – A review and suggestions for future research Journal of Family Business Strategy 3/3 pp 127-131

Ж.С. Калел

РОЛЬ КОРПОРАТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ В РАЗВИТИИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*АО «Медицинский Университет Астаны», Республика Казахстан,
г. Астана*

Аннотация. Статья посвящена роли корпоративной культуры и ее развитию. Рассмотрено общее понятие «корпоративной культуры, корпоративные ценности, отношение высшего руководства в реализации комплекса корпоративной культуры».

Zh. S. Kalel

THE ROLE OF THE CORPORATE CULTURE IN THE DEVELOPMENT OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS

JSC «Astana Medical University», the Republic of Kazakhstan, Astana

Abstract. Article focuses on the role of corporate culture and its development. We consider the general concept of “corporate culture, corporate values, the ratio of senior management in the implementation of complex corporate culture”.

Медицинская организация представляет собой обособленное объединение людей для взаимодействия в достижении определенных целей и задач. Это открытая система, состоящая из множества взаимосвязанных частей, объединенных в единое целое. Кроме того, организацию характеризуют определенная организационная культура и возможность, в необходимых пределах, осуществлять саморегулирование своей деятельности, внутренние переменные организации и ее отношения с внешним окружением. Исследование признаков организации, ее внутренних переменных и взаимосвязи с внешним окружением показывает, что учреждения после их возникновения живут по определенным законам и закономерностям, обладают присущими только им отличительными признаками.

Существует достаточно много определений термина корпоративная (внутренняя, организационная) культура – от простых и понятных до излишне «научообразных» и сложных для понимания.

На наш взгляд, корпоративная (внутренняя или организационная) культура – система, состоящая из комплекса правил поведения, символов, ритуалов, традиций и ценностей, принятых в организации, обязательная для всех ее работников, разделяемая и исполняемая ими. Эта система должна функционировать достаточно длительное время, стать привычной для сотрудников, способствовать успешному взаимодействию и согласованным действиям работников и всех уровней управления организации для достижения ее целей и таким образом, подтвердив свою состоятельность, передаваться новым работникам как образец исполнения.

Корпоративная культура напрямую зависит от целей медицинской организации, пронизывает всю ее систему и является тем нематериальным активом, который обеспечивает успех или неуспех организации в будущем. Ключевую роль в реализации всего комплекса корпоративной культуры играет высшее руководство организации и руководители ее подразделений. Корпоративная культура начинает приносить положительные результаты тогда, когда ее реально, а не на словах, разделяет и поддерживает большинство работников предприятия.

По результатам статистических исследований известно, что создание системы корпоративной культуры происходит более активно на крупных и отчасти на средних предприятиях. Сильное влияние на это оказало появление Кодекса корпоративного поведения, рекомендованного Федеральной комиссией по рынку ценных бумаг (распоряжение от 04.04.2002 № 421/р).

Самостоятельное внедрение менеджментом организаций системы корпоративной культуры в более чем в 90% случаев основано на иностранных источниках информации и фактически является бездумным копированием чужого опыта, наносящим скорее вред, чем приносящим пользу. О том, что есть работы российских специалистов о корпоративной культуре, которые более понятны и близки к реальности, менеджмент этих медицинских организаций либо не знает, либо откровенно их игнорирует

Более чем в 70% случаев система корпоративной культуры фактически является «мертвой» и не работает на достижение успеха, поскольку работа над ней завершилась размещением информации на сайте организации о миссии, ценностях и социальной ответственности учреждения и проведением нескольких громких акций по отношению к медицинскому персоналу, преследующих только цель создания благоприятного образа в глазах общества.

Всю ответственность за функционирование системы корпоративной культуры несут только кадровые подразделения и их руководители. Все остальные руководители разных уровней, вплоть до высшего руководства, фактически устранились от ее внедрения и поддержания. Только в 3% случаев к разработке и внедрению корпоративной культуры были приглашены представители профсоюзов.

Значительное число руководителей страдает увлеченностью внешним содержанием корпоративной культуры. А именно, утвердив декларируемые ценности, девиз, определив корпоративный стиль, требования к внешнему виду работников, создав систему транслирования корпоративной культуры в виде корпоративных газет (журналов), запланировав бюджет на корпоративные вечера в день создания организации, празднование Нового года, выезды сотрудников здравоохранения на природу, а также возложив ответственность за корпоративную культуру на кадровые службы, руководство успокаивается, считая, что корпоративная культура уже есть и она соответствует самым лучшим образцам. Но созданная система – только внешняя сторона, лишь первые шаги в формировании корпоративной культуры.

Исключительно редко для формирования корпоративной культуры и получения обратной информации о результативности проводимых мероприятий высшее руководство практикует прием работников по личным вопросам, встречи с кадровым резервом, совместные совещания с представителями профсоюза.

Создать новую корпоративную культуру, значит изменить привычные отношения людей к указанным выше корпоративным ценностям на новые:

1. Работа может и должна стать хобби почти для всех сотрудников организации.

2. Люди – это инвесторы и истинные собственники компании. Они отдают свой мыслительный потенциал в обмен на социальные блага и право работать.

3. Авторитет «строится» как дом по своим законам. Это явление вполне контролируемое и регламентируемое. Ему обучаются и поддерживают его через поведение, а не внешние признаки.

4. Карьерный рост не обязательно может быть вертикальным. В горизонтальном направлении ограничений для роста и развития сотрудников не существует.

5. Новые функции контроля – это ориентировка в пути, слежение за отклонениями и переход на самоконтроль через внедрение показателей и нормативов труда на каждом рабочем месте.

6. Информация как деньги, которые любят счет, ясность, отчетность и баланс.

7. Дисциплина как синхронное плавание. Строгая дисциплина и партнерские отношения хорошо сочетаются в новом симбиозе под названием «Культура дисциплины».

8. Появляется новая потребность учиться системному мышлению и технологиям, повышающим личные ресурсы сотрудников. Обучение как маяк в открытом море.

9. Конфликт рассматривается как неизбежное условие для саморазвития. Конфликт – это танец с пациентом, проблемой, обстоятельствами и творческое его разрешение.

10. Доверие – это вполне сознательные, контролируемые и управляемые действия, осуществляемые компанией. Недоверие как дополнительный налог.

11. Кризисы, провалы и ошибки это обязательное условие для роста и развития организации. Это точки, где появляются новые возможности. Это экзамен на мужество и зрелость

12. На самом деле перемены – это необходимость постоянного изменения и совершенствования (стратегия кайзен).

Таким образом, цель любой организации – достижение успеха. Все человеческие созидания держатся на воодушевлении. Это движущая сила, которая наделяет людей бесконечной энергией. Главная задача управления – это создание условий для воодушевления людей, работающих в нашей организации. Дух организации, ее душа – это атмосфера воодушевления на всех рабочих местах. У организации, как и у такой системы, как человек, есть свой скелет (орг.структура), свои мышцы (производственные процессы), своя нервная система (финансовая система организации). Но без души или духа любой человек - просто гора мышц или дегенерат. В организации точно также без души и духа все механистические системы мертвы.

Корпоративная культура – это деятельность по формированию души организации, ее позитивного духа и созидательной энергии. Отсюда вытекают два направления в построении корпоративной культуры организации. Первое, устранение всего того, что снижает воодушевление людей, т.е. всего того, что можно отнести к стрессовым факторам труда. И второе направление – это активизация всего того, что усиливает воодушевление людей, увеличивает их самосознание, чувство ответственности за свою жизнь и работу, чувство уверенности, оптимизма и терпимости к неизбежным сложностям жизни.

Успешное решение этих задач построения корпоративной культуры являются целью работы медицинской организации в данном направлении

А.В.Калиниченко, И.И. Николаева В.В. Лetyагина,
Я.В. Хмельницкая, Е.Г. Гуринович, Е.С. Баннова
**КАФЕДРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
80 ЛЕТ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. Данная статья посвящена 80-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения НГМУ, созданной в 1935 году. В статье рассматриваются основные периоды развития кафедры, связанные с изменениями, происходящими в обществе, анализируются направления научной и практической работы ее сотрудников, а также освещена деятельность кафедры в настоящее время. Особое внимание уделено вопросам взаимодействия с органами практического здравоохранения. Материалами исследования послужили архивные документы НГМУ, труды по истории вуза, материалы научных конференций, публикации периодической печати, воспоминания сотрудников кафедры и вуза.

A. V. Kalinichenko, I.I. Nikolaeva of V. V. Letyagin,
Ya.V. Hmelnitskaya, E.G. Gurinovich, E.S. Bannova
**TO CHAIR OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE THE
NOVOSIBIRSK STATE MEDICAL UNIVERSITY OF 80 YEARS**
Novosibirsk state medical university, Russia

Abstract. This article is devoted to the 80 anniversary of chair of public health and health care of NGMU created in 1935. In article the main periods of development of chair connected with the changes happening in society are considered the directions of scientific and practical work of her employees are analyzed, and also activity of chair is lit now. The special attention is paid to questions of interaction with bodies of practical health care. As materials of research archival documents NGMU, works on stories of higher education institution, materials of scientific conferences served, to the publication of periodicals, reminiscence of staff of chair and higher education institution.

В 2015 г. Новосибирскому государственному медицинскому университету исполняется 80 лет. Его история тесно связана с Государственным институтом для усовершенствования врачей, переведенного в 1931 г. из Томска, на базе которого и был организован Новосибирский медицинский институт. Вплоть до 1951 г. сотрудники двух институтов работали как единый коллектив, но в двух различных направлениях, осуществляя подготовку будущих врачей, с одной стороны, и проводя специализацию и усовершенствование практических врачей, с другой.

В числе первых кафедр НГМИ, начавших работать в сентябре 1935 г., была кафедра социальной гигиены, ныне общественного здоровья и здраво-

охранения, которая вместе с университетом отмечает знаменательную дату своей истории. Первым заведующим кафедрой был профессор Максим Густавович Тракман, известный в те годы организатор здравоохранения и возглавлявший некоторое время Западно-Сибирский крайздравотдел.

В 1937 г. пострадали многие видные деятели здравоохранения, в том числе профессор М.Г. Тракман и первый директор НГМИ И.Х. Лифшиц, которые были репрессированы, а затем посмертно реабилитированы в 1959 году. Обе кафедры социальной гигиены в это время возглавил один из ведущих специалистов в области организации здравоохранения доцент Григорий Терентьевич Шиков, который в течение десяти лет одновременно руководил и институтом. Незадолго до войны в 1940 г. на территории 1-ой городской клинической больницы был построен морфологический корпус, в который вместе с другими кафедрами переехала и кафедра социальной гигиены. Ведущим направлением научной работы кафедры в предвоенные годы было изучение заболеваемости населения и детской смертности в Западно-Сибирском регионе.

Великая Отечественная война внесла коррективы в работу всех кафедр медицинского института, несмотря на трудности, ни на один день не прекращались занятия в вузе. Деятельность кафедры в военные годы была весьма многогранной: это ускоренная подготовка организаторов здравоохранения, разработка рекомендаций по организации системы эффективного лечения раненых, организации эвакуационных госпиталей, сбор средств в фонд обороны и многое другое, что соответствовало лозунгу того времени «Всё для фронта! Всё для Победы!».

В 1951 г. ГИДУВ был переведён в г. Сталинск (ныне г. Новокузнецк). Спустя некоторое время заведующим кафедрой социальной гигиены, которая к тому времени стала называться кафедрой организации здравоохранения, был назначен доцент Константин Александрович Цилев, выпускник Ленинградской военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, участник Великой Отечественной войны, имевший опыт работы на кафедрах организации здравоохранения Ижевского и Ставропольского медицинских институтов. Научная деятельность кафедры в те годы в соответствии с новым названием стала в большей степени концентрироваться на вопросах организации здравоохранения. Начиная с конца 40-х годов, сотрудники кафедры приглашались на должности главных специалистов городского и областного отделов здравоохранения, а к преподавательской деятельности вновь стали активно привлекаться ведущие специалисты практического здравоохранения.

В 1961 г. по состоянию здоровья К.А. Цилев был освобожден от должности заведующего, а кафедру возглавил доцент Борис Николаевич Палкин, ещё в годы войны досрочно окончивший военно-медицинскую академию в Ленинграде, а после 2-й Московский медицинский институт. Долгое время он работал в органах здравоохранения Казахстана, на кафедрах организации здравоохранения Казахского и Благовещенского медицинских институтов.

тутов. Научные интересы Б.Н. Палкина лежали в области истории медицины России, на его монографию «Русские госпитальные школы XVIII века» до сих пор ссылаются все энциклопедические издания. Помимо руководства кафедрой, с 1964 по 1970 годы он выполнял обязанности проректора по учебной работе. Под руководством доцента Б.Н. Палкина проводилась большая работа по помощи органам здравоохранения города и области, он являлся председателем секции социальной гигиены Новосибирского отделения Всесоюзного научного общества гигиенистов и санитарных врачей.

В 1966 г. кафедра вновь изменила свое название, и, соединив два прежних направления своей деятельности, стала называться кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения. После отъезда Б.Н. Палкина в г. Хабаровск, в 1973 г. на должность заведующего кафедрой был назначен доцент Николай Георгиевич Кривобоков, выпускник Ставропольского медицинского института. Основным направлением его научной деятельности были вопросы организации санитарно-гигиенической службы. В этот период перед кафедрой и вузом особо ставилась задача усиления подготовки специалистов в области организации здравоохранения, поскольку уже в начале 70-х годов более 300 выпускников медицинского института занимали различные руководящие должности в практическом здравоохранении города и области.

В 1977 г. Н.Г. Кривобоков был назначен директором Пятигорского НИИ курортологии и физиотерапии, а кафедру впервые возглавил выпускник НГМИ, доцент Анатолий Григорьевич Кононов, руководивший экономико-математической лабораторией АСУ ЦНИЛ. Его научные интересы были связаны с внедрением разработок АСУ в органы здравоохранения и были направлены на оптимизацию всей системы управления здравоохранением. Именно в этот период в учебном процессе и научной деятельности кафедры и вуза стали активно использоваться возможности ЭВМ. Это явилось отправной точкой процесса, который сегодня вылился в масштабную компьютеризацию высшей школы и системы здравоохранения. В 70-х годах кафедра продолжала расширять свою деятельность, при ней был открыт факультет повышения квалификации для руководителей медицинских училищ, создан музей истории НГМИ.

С 1984 по 1997 гг. кафедру возглавлял выпускник НГМИ, отличник здравоохранения СССР, профессор Александр Федорович Финченко, имевший большой опыт работы в практическом здравоохранении, в частности, в должности главного терапевта НСО. Одновременно с руководством кафедрой А.Ф. Финченко выполнял обязанности проректора по лечебной работе НГМИ. Научные интересы кафедры в этот период были связаны с изучением вопросов системогенеза болезней человека, внутреннего и окружающего мира, воспроизводства и охраны здоровья населения, профилактики болезней.

В связи с происходящими изменениями и новыми ориентирами в конце 90-х годов кафедра была переименована в кафедру социальной медици-

ны, организации и экономики здравоохранения. В 1997 г. после назначения А.Ф. Финченко начальником управления здравоохранением НСО, кафедру возглавил выпускник НГМИ, член-корреспондент РАЕН, профессор Александр Викторович Калиниченко, который успешно руководит кафедрой и в настоящее время. Долгое время А.В. Калиниченко занимал должность проректора по социально-экономическим и правовым вопросам НГМУ, а в 2010 г. был назначен главным врачом МБУЗ КДП № 27, обеспечив максимально тесное взаимодействие кафедры с практическим здравоохранением. Научные интересы профессора А.В. Калиниченко связаны с разработкой современных информационных технологий, оптимизацией управления и кадровой политики здравоохранения.

В 2000 г., в связи с переходом на новые образовательные стандарты, кафедра по наименованию профильной дисциплины стала называться кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, произошли существенные и в её структуре. Преподавание истории медицины было переведено на кафедру социально-исторических наук, а на кафедре общественного здоровья и здравоохранения был организован курс экономики и управления в здравоохранении, положивший начало новому направлению образовательной деятельности НГМУ. Затем этот курс выделился в самостоятельную кафедру, на базе которой был открыт соответствующий факультет, существующий ныне как факультет менеджмента. В 2001 г. для проведения квалификационных экзаменов в рамках постдипломного образования на базе кафедры был организован сертификационный центр с собственным компьютерным классом. С 2004 г. на кафедре стали вновь преподаваться правовые дисциплины, более того, для их преподавания привлекаются стали привлекаться выпускники НГМУ, имеющие второе, юридическое, образование и опыт практической работы в разных областях медицины и права. В целом практика привлечения к преподавательской деятельности специалистов и руководителей практического здравоохранения продолжает оставаться важной составляющей учебного процесса.

В настоящее время основу преподавательского коллектива кафедры составляют доценты, кандидаты медицинских наук, В.В. Летягина, Д.В. Чебыкин, Я.В. Хмельницкая, И.В. Васильев, Е.Г. Гуринович, старшие преподаватели Е.С. Баннова, В.Г. Семёнова, А.С. Фунтиков, О.Н. Дрижанова, преподаватель О.Н. Жоголь. Профессора, доктора медицинских наук, А.В. Калиниченко и В.А. Борцов совмещают преподавательскую работу с деятельностью в практическом здравоохранении. Многие сотрудники кафедры, помимо основной работы, выполняют различные, в том числе, общественные обязанности, как в пределах университета, так и в масштабах города и области.

Основная дисциплина, изучаемая на кафедре, «общественное здоровье и здравоохранение», занимает одно из первых мест по объёму и времени в учебных планах студентов факультетов медицинского профиля. Занятия проходят не только в оснащённых современным оборудованием учебных

аудиториях кафедры, но и на базе МБУЗ КДП № 27 и в других медицинских учреждениях города, что позволяет студентам отрабатывать на практике теоретические аспекты дисциплины. В целом, преподаватели кафедры работают на всех семи факультетах университета, преподают более 15 дисциплин по всем формам обучения, особый блок составляют правовые дисциплины. Традиционно на кафедре проходят обучение аспиранты и клинические ординаторы, некоторые из которых остаются работать на кафедре. За последние годы на кафедре проделана большая работа по переходу на федеральные образовательные стандарты третьего и созданию соответствующего учебно-методического обеспечения, в том числе и в электронном варианте. Вся учебно-методическая работа сотрудников кафедры представлена сегодня на постоянно обновляющемся сайте университета.

Научная деятельность кафедры в настоящее время связана с разработкой тем по социально-гигиенической оценке состояния здоровья населения Сибири и разработкой современных технологий оптимизации экономики, управления, кадровой политики и информатизации здравоохранения. Эта научная работа выполняется в рамках общевузовской темы «Медико-социальные и экологические аспекты здоровья населения Сибири».

Научные исследования сотрудников кафедры проводятся в таких направлениях, как организация специализированной помощи различным категориям больных, медико-социальные аспекты демографии и заболеваемости населения, проблемы медицинского права. Всего за время существования кафедры ее сотрудниками и практическими врачами было защищено 9 докторских, 17 кандидатских диссертаций, опубликовано более 1200 научных работ.

По традиции к очередному юбилею НГМУ приурочено проведения II Международного Форума «Менеджмент здравоохранения в XXI веке: организация, право, экономика, образование», в подготовке которого самое активное участие принимает кафедра общественного здоровья и здравоохранения, коллектив которой полон сил и планов для последующий эффективной и результативной деятельности.

Н.А. Капитоненко, Ю.В. Кирик
**ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО
И ЧАСТНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНАХ**

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск*

Аннотация. В настоящей статье освещены вопросы формирования государственного и частного здравоохранения в стране. В течение третье-

го десятка лет в России формируется бюджетно-страховая модель системы здравоохранения, основываясь в большей части на опыте зарубежных стран со смешанной государственно-страховой моделью финансирования. Необходимо признать, что современная российская система здравоохранения принципиально отличается от систем здравоохранения развитых не только по уровню финансирования медицинских организаций, но и организационной модели оказания медицинской помощи, обеспечивающей получение пациентами оптимального объема медицинской помощи.

N.A. Kapitonenko, Yu.V. Kirik
**DEVELOPMENT ISSUES OF THE STATE AND PRIVATE
HEALTH CARE IN THE REGIONS**

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk, Russia

Abstract. In this paper deal with the issues of the development of the state and private health care in the country. For the third decades the budget-insurance model of health care has been developing in Russia. It is based on the experience of foreign countries with mixed public-insurance model of financing. The current Russian health care system is fundamentally differs substantially from the developed health systems, not only in financing health care organizations, but also in the organizational model of care that ensures the optimum volume of care to patients.

На протяжении всего исторического развития нашей страны сохранение здоровья населения и создание эффективной системы здравоохранения всегда являлись актуальными проблемами [1]. Несомненно, современные социально-экономические преобразования в России, нашли отражение в складывающейся модели организации российского здравоохранения.

В начале 90-х годов, главным направлением деятельности здравоохранения стало формирование рынка медицинских услуг. Наряду с введением системы обязательного медицинского страхования, была попытка создать эффективную систему добровольного медицинского страхования. Согласно принятым федеральным нормативно-правовым актам, предполагалось, что государственные медицинские организации будут оказывать медицинскую помощь за счет средств обязательного и добровольного медицинского страхования, а частные клиники за счет личных средств граждан и средств добровольного медицинского страхования. Новая система финансовых взаимоотношений при условии недостаточного количества бюджетных денежных средств и средств обязательного медицинского страхования исключала возможность сформировать задуманную конкурентоспособную государственную модель организации медицинской помощи.

Непоследовательность в осуществлении реформ здравоохранения, отсутствие желаемых результатов развития обязательного и добровольно-

го медицинского страхования, инерционное дальнейшее развитие отрасли, неопределенность положения государственных и частных медицинских учреждений, привели к формированию компенсаторных механизмов финансирования государственных медицинских организаций, предоставление медицинских услуг за счет личных средств граждан.

Как отмечает в своей публикации Д.М. Кучерявенко, на первоначальном этапе создания рыночных отношений в государственном секторе здравоохранения из-за социально-экономических проблем в стране и ограниченного вмешательства государства в сферу оказания медицинской помощи были созданы условия для развития неуправляемого рынка медицинских услуг, увеличение коммерциализации в их предоставлении и интенсивное формирование теневого рынка медицинских услуг. С конца 90-х годов в стране изменяются подходы к регулированию рынка медицинских услуг. Для устранения финансовых трудностей в системе здравоохранения и обеспечения рациональной сбалансированности и экономической стабильности медицинских организаций, государством устанавливаются правила формальной оплаты медицинских услуг [2]. В государственных медицинских учреждениях создаются кассы для оплаты медицинских услуг потребителями. Однако формирование дополнительного источника финансирования в государственном секторе здравоохранения за счет личных средств граждан, не способствовало достижению высоко уровня развития медицинских организаций и предоставлению ими конкурентоспособных медицинских услуг. Факторов затрудняющих деятельность государственных учреждений большое количество. К ним относятся и общегосударственные, и региональные, и локальные факторы. Перечислим несколько, ограничение бюджетных, страховых и личных средств граждан; отсутствие или несовершенство законодательных актов, регулирующих медицинскую деятельность; использование изношенного медицинского оборудования; низкий уровень обеспеченности медицинскими кадрами; нерациональное использование ресурсов в учреждениях и другие. До настоящего времени государственный сектор здравоохранения занимает большую часть медицинского рынка, предоставляемые услуги не удовлетворяют потребностей населения.

Отправной точкой, с которой началось формирование коммерческого сектора здравоохранения, открытие первых медицинских организаций является начало 90-х годов. В силу несовершенства рыночного механизма в России гармоничного развития частная медицина не получила. Следует отметить, что с конца 90-х годов и в государственном секторе и в частном секторе здравоохранения увеличился объем предоставляемых платных медицинских услуг.

Частная система здравоохранения в настоящее время представляет собой организационно и функционально не развитую, разобщенную совокупность клиник и частнопрактикующих врачей. Основная часть рынка нахо-

дится в крупных городах страны. Понятно, что количество населения, плотность населения и их доходы являются главными факторами развития любого рынка.

Основное развитие в частной медицине получила амбулаторно-поликлиническая помощь. Медицинские услуги предоставляются в специально организованных кабинетах, клиниках, клиничко-диагностических и медицинских центрах, в состав которых могут входить дневные стационары. Наибольшую распространенность в частном секторе здравоохранения получили специализированные однопрофильные медицинские организации. При осуществлении медицинской деятельности учредителями в большинстве случаев эксплуатируются здания или помещения старой инфраструктуры, реконструированные под медицинские нужды. Современных, построенных объектов, специально предназначенных для медицинской деятельности в России немногочисленное количество.

Услуги скорой медицинской помощи в частном секторе здравоохранения также как и в государственном секторе предоставляются редко. Коммерческие выездные бригады экстренной и неотложной медицинской помощи входят в состав крупных сетевых частных медицинских компаний, которых в стране насчитывается меньше двадцати.

Что касается, частных стационаров, то эта часть коммерческого сектора только начинает развиваться. Среди всех стационаров большая часть их являются однопрофильными организациями. Немногочисленные многопрофильные больницы, также как и частные выездные бригады скорой медицинской помощи входят в состав корпоративных сетевых клиник.

В России частная медицина стала альтернативой государственному сектору здравоохранения, но не дополнение государственных услуг частными, что отмечают в своей публикации С.В. Шишкин, Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева оценивая состояние и развитие частного сектора здравоохранения в России [3]. Коммерческий сектор здравоохранения получил законодательное право оказывать медицинские услуги по программе государственных гарантий. В системе оказания медицинской помощи широкое распространение получило использование механизмов частно-государственного партнерства. В отдельных сегментах медицинского обслуживания государственные организации уступают качеству предоставляемых услуг в частных клиниках.

Что касается специализации в частном секторе, то наиболее широко представлены однопрофильные специализированные стоматологические и гинекологические клиники. Активно развиваются направления лабораторной и ультразвуковой диагностики, дерматовенерологии, косметологии, офтальмологии, пластической хирургии, психиатрии и наркологии, неврологии, реабилитации, репродукции, создаются центры профилактических осмотров. В многопрофильных частных клиниках и кабинетах наблюдается сложившийся спрос на услуги терапевтов, педиатров, хирургов, акушеров-

гинекологов, офтальмологов, врачей ультразвуковой и клинической лабораторной диагностики, неврологов, дерматовенерологов, урологов.

Освоение коммерческого сектора здравоохранения в Российской Федерации происходит неравномерно. В числе лидеров – относительно высоко развитые территории страны, большинство из которых находятся в Европейской части государства, с высоким уровнем доходов населения и развитой инфраструктурой.

В целом Дальневосточный Федеральный округ с огромной и слабозаселенной территорией, концентрацией населения в более освоенных районах, межрегиональным неравенством внутри округа, плохой инфраструктурой, невысоким благосостоянием населения по отношению к остальным регионам наиболее отстает от лидеров страны в развитии государственного и частного здравоохранения.

Литература.

1. Кирик Ю.В., Капитоненко Н.А. Эволюционные процессы здравоохранения в современной России // Вестник общественного здоровья здравоохранения Дальнего Востока России. 2014. № 2. [Электронный ресурс] // URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20142/2014207.aspx>.

2. Кучерявенко Д.М. Принципы государственного регулирования рынка медицинских услуг // Наука и современность. 2010. № 4-2. С 273-278.

3. Шишкин С.В., Потапчик Е.Г, Селезнева Е.В. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития // Вопросы экономики. 2013. № 4. С. 94-112.

И. В. Куликовская
**ОРГАНИЗАЦИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ
С ЦЕЛЮ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. Одним из наиболее перспективных направлений в профилактике и лечении хронических неинфекционных заболеваний для достижения контроля над основными проявлениями заболеваний и предупреждения осложнений является обучение пациентов в форме Школ здоровья медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне. На сегодняшний день Школы здоровья для пациентов могут представлять собой новые информационно-мотивационные технологии, которые должны обеспечить мотивацию и повышение ответственности пациентов за свое здоровье. Пациентам с хроническими неинфекционными за-

болеваниями и факторами риска их развития необходимо своевременно и в доступной форме получать информационные материалы по вопросам профилактических мероприятий.

I.V. Kulikovskaya

ORGANIZATION OF ELECTRONIC SCHOOLS OF HEALTH TO IMPROVE ACCESS TO PREVENTIVE CARE

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. One of the most promising directions in the prevention and treatment of chronic non-communicable diseases in order to achieve control over the main manifestations of the disease and prevent complications is to educate patients in the form of medical schools of health organizations providing medical care on an outpatient basis. To date, the School of Health for patients may be new information and motivational techniques, which should provide motivation and increase the responsibility of patients for their own health. Patients with chronic non-communicable diseases and their risk factors must be timely and accessible form to receive information materials on prevention.

В настоящее время основной целью здравоохранения является повышение качества медицинской помощи. Качество медицинской помощи начинается с системы качества медицинской организации. Одной из приоритетных задач первичной медико-санитарной помощи является профилактика заболеваний и включает в себя профилактику хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений, привития навыков здорового образа жизни и взаимовыгодное сотрудничество пациента с лечащим врачом.

Цель таких Школ заключается в повышение качества жизни путем достижения максимальной эффективности лечения и реабилитации пациентов, а также повышение их мотивации и приверженности к выполнению врачебных рекомендации. Совершенствование организации профилактической работы в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне, при достижении максимально эффективной работы с пациентами может существенно снизить заболеваемость, нетрудоспособность и смертность населения.

В связи с этим особую значимость и актуальность приобретает совершенствование организации Школ здоровья для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и имеющих факторы риска их развития. Эффективная организация Школ здоровья для пациентов в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне, позволит повысить роль профилактических мероприятий и уровень общественного здоровья.

Количество посещений Школ здоровья направленными пациентами снижается. Пациенты трудоспособного возраста все реже посещают Школы здоровья, хотя проявляют высокую заинтересованность в активном участии

в профилактических мероприятиях. В настоящее время сохраняется высокая потребность в обучении пациентов с артериальной гипертонией, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, ожирением, и пациентов, желающих отказаться от курения. Существует необходимость в совершенствовании организации Школ здоровья для пациентов на основе применения информационных технологий.

Организация Школы здоровья для пациентов в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне с учетом новых информационно-мотивационных технологий, обеспечивают мотивацию и повышают ответственность пациентов за свое здоровье. Пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития необходимо своевременно и в доступной форме получать информационные материалы по вопросам профилактических мероприятий.

Электронные Школы здоровья для пациента это не только медицинская профилактическая услуга, которая включает в себя групповое консультирование, предоставляющие информацию, но и новые информационно-мотивационные технологии, благоприятствующие повышению интереса пациента к своему заболеванию и воспитанию навыков здорового образа жизни. Внедрение Школ здоровья для пациентов в практическую деятельность медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь на амбулаторном уровне, приведет к повышению роли профилактических мероприятий, охватывающие сферу интересов пациента и врача.

Информатизация здравоохранения позволила компьютеризировать каждое рабочее место врача-терапевта участкового, появляется возможность формирования баз хранения данных о пациентах, нуждающихся в дальнейшем профилактическом консультировании, с обязательным использованием кодирования диагнозов, данных электронной почты пациента, для передачи информации по профилактике и лечению хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, графика вакцинаций и любой другой информации, касающейся здоровья пациента.

Программа дистанционного консультирования в электронной Школе здоровья разрабатывается на основе образца типовой программы обучения пациентов в Школе здоровья (гиподинамия, ожирение, медикаментозной терапии, методы самоконтроля и измерения артериального давления, ведения дневника, управление стрессом, фитотерапия, оздоровительная гимнастика и др.). Пациенты при организации электронной Школы здоровья лучше воспринимают информационный материал в электронном виде, который более понятный, заинтересовывающий и доносит необходимую информацию до пациента в полном объеме.

Выводы

Основной целью предлагаемой новой информационной технологии обучения является влияние на процесс изменения поведения пациента в отно-

шении своего здоровья, позволяющую более эффективно проводить работу по профилактическому консультированию пациентов. Электронные Школы здоровья позволяют повысить охват, доступность и качество медицинской помощи пациентам на амбулаторном уровне, нуждающимся в индивидуальном консультировании по вопросам профилактики заболеваний, их рецидивов и осложнений. Информационные материалы в электронном виде являются более доступными и демонстративными, пациент в любое время при необходимости повторного изучения полученной медицинской информации имеет к ней доступ.

В.В. Летягина¹, Э.В. Герасимова², И.Ф. Мингазов²
**ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ
НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ НАСЕЛЕНИЯ
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

¹Новосибирский государственный медицинский университет

²Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области

Аннотация. В данной статье авторы дают обобщенную характеристику ситуации по острым отравлениям наркотическими веществами населения Новосибирской области. Уровень острых отравлений наркотическими веществами в Новосибирской области имеет тенденцию к росту. В структуре зарегистрированных острых отравлений наркотическими веществами лидируют отравления «курительными смесями» и опиятами. В Новосибирской области вырос уровень летальных случаев острых отравлений наркотическими веществами.

В Новосибирской области остается актуальной проблема профилактики острых отравлений наркотическими веществами населения.

V.V. Letyagin¹, E.V. Gerasimova², I. F. Mingazov²
**THE MAIN TRENDS OF ACUTE POISONING BY DRUGS THE
POPULATION OF THE NOVOSIBIRSK REGION**

¹Novosibirsk state medical university

²Center of hygiene and epidemiology in the Novosibirsk region

Abstract. In this article, the authors give a generalized overview of the situation on acute poisoning substance of the population of the Novosibirsk region. The level of acute poisoning by drugs in the Novosibirsk region tends to increase. In the structure of registered acute poisoning by drugs lead poisoning

“Smoking blends” and opiate. In the Novosibirsk region has increased the rate of fatal cases of acute poisoning by drugs. In the Novosibirsk region is a problem of prevention of acute poisoning substance of the population.

По данным ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области» в области за 2014 год зарегистрировано 1303 отравления наркотическими веществами, с относительным показателем 47,7 на 100 тыс. населения (в 2013 г. - 745 случаев, с показателем 27,5 на 100 тыс. населения; в 2012 г. – 598 сл. с показателем - 22,1 на 100 тыс. населения) (рис. 1) [1-11].

В структуре отравлений наркотическими веществами в 2014 г по полу преобладают мужчины – 91 % (1186 сл.), женщин – 9 % (117 случаев).

В структуре отравлений наркотическими веществами в 2014 г. лидируют отравления курительными смесями – 64 %, с показателем 30,5 на 100 тысяч населения; на второе место вышли отравления опиумом – 11,1 %, показатель 5,3 на 100 тысяч населения; на третьем – отравления «солями» - 10 %, показатель 4,8 на 100 тысяч населения; на четвертом – отравления другими не уточненными веществами – 6,5 %, показатель 3,1 на 100 тысяч населения; на пятом - отравления кодеином, морфином – 4,7 %, показатель 2,3 на 100 тысяч населения; далее - отравления героином - 3,5 %, с показателем 1,6 и отравления каннабисом – 0,2 %, показатель 0,1 на 100 тысяч населения [10,11].

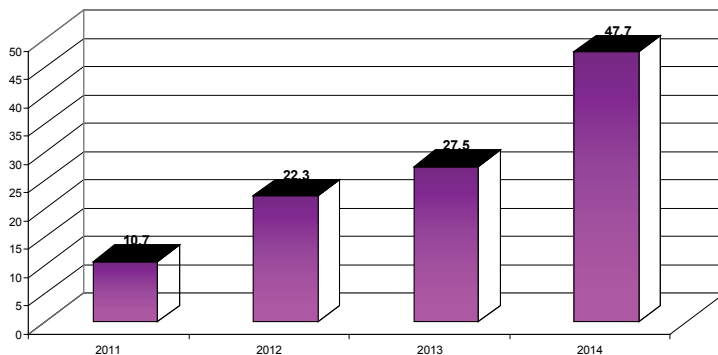


Рис. 1. Динамика острых отравлений наркотическими веществами по Новосибирской области (показатель на 100 тыс. населения)

Из отравившихся наркотическими веществами в 2014 г - 82 % (1069 случаев) приходится на лиц трудоспособного возраста; 12,7 % - на подростков (165 случаев) и 5,3 % - на детей (69 случаев).

Среди отравившихся детей и подростков в 2014 г значительное большинство (95 %) употребляли «курительные смеси» и по 2,5 % - «соли» и не уточненные психоактивные вещества.

Показатель острых отравлений наркотическими веществами с летальным исходом за 2014 г. составил 7,4 на 100 тыс. населения (202 случая) при

среднероссийском показателе 4,0 на 100 тыс. населения (т.е. превышение в 1,85 раза) [4].

В структуре летальных отравлений преобладают случаи отравления опиумом – 53,5 % (108 сл.), показатель 3,9 на 100 тыс. населения; на втором месте - отравления кодеином, морфином – 28,7 % (58 сл.), показатель 2,1 на 100 тыс. населения; на третьем - отравления другими не уточненными веществами – 10,4 % (21 сл.), показатель 0,8 на 100 тыс. населения; далее - отравления «солями» - 2,9 % (6 сл.), показатель 0,2 на 100 тыс. населения; отравления героином – 2,5 % (5 сл.), показатель 0,2 на 100 тыс. населения; отравления курительными смесями – 1,5 %, с показателем 0,1 и отравление каннабисом – 0,5 % (1 сл.), показатель 0,04 на 100 тысяч населения [10,11].

В структуре летальных отравлений по полу большинство составляют мужчины – 88 % (178 сл.), женщин – 12 % (24 случая).

По данным Управления ФСКН России по Новосибирской области «Правоохранительными органами Новосибирской области в 2014 г. зарегистрировано 5580 преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных и сильнодействующих веществ. Доля преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, от общего количества зарегистрированных в 2014 г. преступлений в Новосибирской области составила 12%. В результате проведенных правоохранительными органами Новосибирской области мероприятий из незаконного оборота изъято 890,5 кг наркотических средств, в том числе: героина – 158,5 кг; марихуаны – 318,3 кг; синтетических наркотических средств – 404,7 кг. На основании изложенного, необходимо отметить, что несмотря на достигнутые результаты, обстановка в сфере незаконного оборота наркотических средств, психотропных и сильнодействующих веществ остаётся напряженной и требует пристального внимания со стороны всех правоохранительных органов области и города, а также других заинтересованных ведомств» [5].

Суммируя вышеизложенное необходимо отметить, что [1-11]:

- В Новосибирской области наблюдается тенденция роста острых отравлений наркотическими веществами (в 2014 году уровень отравлений в Новосибирской области превышал среднероссийский показатель в 2,26 раза);

- В динамике за 3 года отмечается значительное увеличение доли отравлений курительными смесями с 31,4 % в 2012 г. до 64 % в 2014 г.;

- Из отравившихся наркотическими веществами в 2014 году 82 % (1069 случаев) приходятся на лица трудоспособного возраста; 12,7 % - на подростков (165 случаев) и 5,3 % - на детей (69 случаев);

- Среди отравившихся детей и подростков значительное большинство (95 %) употребляли «курительные смеси» и по 2,5 % - «соли» и не уточненные психоактивные вещества ;

- В структуре отравлений по полу преобладают мужчины;

- Показатель острых отравлений наркотическими веществами с летальным исходом за отчетный период составил 7,4 на 100 тыс. населения (202 случая);

- В структуре летальных отравлений по полу большинство составляют мужчины – 88% (178 сл.), женщин – 12 % (24 случая);

- В Новосибирской области остается актуальной проблема профилактики острых отравлений наркотическими веществами населения;

- Особое внимание в Новосибирской области необходимо уделить проблеме связанной с борьбой с курительными смесями.

Литература.

1. И.Ф. Мингазов, Э.В. Герасимова, В.Г. Семенова О некоторых результатах мониторинга за острыми бытовыми отравлениями в Новосибирской области Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Основные проблемы охраны окружающей среды и обеспечения благополучия населения в Сибирском Федеральном округе, перспективы их решения» 18-19 сентября 2013, г.Горно-Алтайск, стр. 159-162.

2. Круглова Э.В., Мингазов И.Ф., Круглова Н.А. Об основных тенденциях мониторинга за острыми отравлениями в Новосибирской области. Вестник Роспотребнадзора по Новосибирской области №1 2011 г.

3. Круглова Э.В., Мингазов И.Ф., Круглова Н.А. Профилактика острых отравлений. Вестник Роспотребнадзора по Новосибирской области №3 2010 г.

4. Новоселов В.П., Шешукова Ю.Е. Материалы Новосибирского областного клинического бюро судебно-медицинской экспертизы, Новосибирск, 2015 г.

5. К.А. Филатов, В.С. Евсиков, М.С. Ковлягин «Аналитические Материалы Управления ФСКН России по Новосибирской области». Новосибирск, 2015 г.

6. И. Ф. Мингазов, Л.К. Иванова, Э.В. Круглова «Актуальные аспекты профилактики острых отравлений химической этиологии на территории Новосибирской области». Проблемы медико-демографического развития и воспроизводства населения в России и регионах Сибири. Сборник материалов конференции.- Иркутск, 18-19 июня 2007 г. 2007г.-400с.

7. И.Ф. Мингазов, Э.В. Герасимова Актуальные аспекты профилактики острых отравлений в Новосибирской области. Вопросы санитарно-эпидемиологического благополучия населения Сибирского Федерального Округа: материалы научно-практической конференции (27-28 августа 2014, г. Красноярск).- Красноярск, 2014. – 284 с. (стр.160-163).

8. И.Ф. Мингазов «Зеленый змий» отступает, но медленно Вестник Роспотребнадзора по Новосибирской области №4 (27) 2013 г. стр.16 – 19.

9. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке и соблюдении законодательства в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на территории Новосибирской области в 2012 г.» Новосибирск, 2013 г.

10. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке и соблюдении законодательства в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на территории Новосибирской области в 2013 г.» Новосибирск, 2014 г.

11. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке и соблюдении законодательства в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на территории Новосибирской области в 2014 г.» Новосибирск, 2015 г.

М.И. Ликстанов, В.В. Захаренков, И.В. Вибляя
**РЕАЛИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТНОЙ СИСТЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ
УПРАВЛЯЮЩИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ В СОВРЕМЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

*НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных
заболеваний, Новокузнецк*

*МБУЗ «Детская городская клиническая больница № 5» МЗ РФ,
Кемерово*

Аннотация. Обозначены основные моменты технологии реализации экспертной системы, обеспечивающей формирование управляющих воздействий, эффективно реализованной в рамках автоматизированной информационной системы, функционирующей на базе современной многопрофильной медицинской организации, обслуживающей население Кемеровской области. Разработка системы проводилась в рамках реализации мероприятий Концепции развития системы здравоохранения в РФ до 2020 г. и мероприятий 2-х комплексных целевых программ: «Улучшение демографической ситуации в СФО» на период до 2025 года и «Здоровье и сохранение трудового потенциала населения СФО».

М.И. Likstanov, V.V. Zakharenkov, I.V. Viblaya
**IMPLEMENTATION OF THE EXPERT SYSTEM
FOR THE FORMATION OF THE CONTROL ACTIONS IN
MODERN MEDICAL ORGANIZATION**

*Research Institute for Complex Problems of Hygiene and Occupational
Diseases, Novokuznetsk*

Municipal Budgetary Health Institution

“Children’s City Clinical Hospital N 5”, Kemerovo

Abstract. The paper presents the main points of implementation technology of the expert system for the formation of the control actions effectively realized

in the framework of the automated information system functioning on the basis of the modern multidisciplinary medical organization caring the population of the Kemerovo Region. The elaboration of the system was carried out in the framework of the implementation of Concept of Health Development in the Russian Federation until 2020 and the measures of 2 complex target programs: “Improving the Demographic Situation in the Siberian Federal District” for the period up to 2025 and “Health and Maintenance of the Labour Potential of the Population in the Siberian Federal District”.

Авторским коллективом обеспечено научное сопровождение разработки экспертной системы, позволяющей оперативно реагировать на динамику всевозможных критериев деятельности многопрофильного медицинского учреждения и своевременно в автоматизированном режиме и в реальном масштабе времени предлагать пользователю необходимый управленческий алгоритм [3, 8, 13, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 27].

Реализация экспертной системы осуществлена на базе ныне государственного автономного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Кемеровская областная клиническая больница», обслуживающей потоки населения из 34 территориальных единиц многонаселенной Кемеровской области, в которой проживает 14,3% населения Сибирского федерального округа с ярко выраженными медико-демографическими проблемами [1, 2, 4, 5, 9, 12, 14, 18, 25].

Разработка системы проводилась в рамках реализации мероприятий Концепции развития системы здравоохранения в РФ до 2020 г. [19] и мероприятий 2-х комплексных целевых программ: «Улучшение демографической ситуации в СФО» на период до 2025 года и «Здоровье и сохранение трудового потенциала населения СФО» [6, 7, 10, 11, 15, 21, 26], основными разработчиками которых являлись сотрудники Научно-исследовательского института комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний.

Для обеспечения адекватной поддержки принятия управленческих решений в процессе функционирования системы осуществляется динамическое слежение за множеством статистических показателей работы отделений, кабинетов, врачей и медицинских сестринских постов.

В процессе моделирования алгоритмов функционирования экспертной системы мы пришли к выводу, что определенному управленческому воздействию должны подвергаться результаты статистических расчетов эталонного движения (итогов лечения) больных, которые в режиме реального времени отслеживают главный врач и его заместители.

Базируясь на динамических оценках заданных критериев, научно обоснованная нами экспертная система корректно предлагает пользователю (главному врачу, его заместителям) ту или иную программу управленческих действий, не привлекая первичного внимания к множеству интегрирован-

ных цифровых данных.

Система управления базами данных обеспечивает сравнение расчетных показателей с показателями реальными, формируя человекочитаемые заключения. Например, значительное повышение показателей числа и тяжести дефектов госпитального периода предполагает представление компьютерного задания главным специалистам для анализа причин их возникновения, в результате чего организуется учеба специалистов, допустивших дефект, либо инициируется процесс снижения у виновных квалификационных категорий, либо эти же лица лишаются премиальных надбавок по системе обязательного медицинского страхования и т.п. Выполнение компьютерных заданий исполнителями находится на программном контроле у заместителя главного врача по медицинской части.

Важное значение имеет не только количественное изменение какого-либо критерия, но и характер некоторых взаимно изменяющихся показателей, объединенных в логические связки (пары, тройки и т.п.). Например: интегральный показатель нагрузки на койку может увеличиваться на фоне либо такого же увеличения количества пролеченных больных, либо при его уменьшении. Во втором случае данный характер взаимного влияния двух вышеназванных пар критериев может изменяться либо на фоне поступления больных в стационар в более тяжелом состоянии, либо – нет. Во всех трех приведенных примерах необходимо принимать разные алгоритмы управленческого воздействия. Так, первый и третий случаи развития статистических признаков характеризуют наличие достаточной гармонии в динамике развития факторных признаков, во втором – возможно нарушение принятых в больнице стандартов.

Кроме компьютерного предоставления заданий главным специалистам медицинского учреждения, в ходе выполнения того или иного управленческого алгоритма для руководящего состава предусмотрено выполнение определенного маневра, который возможен при управленческом воздействии в следующих направлениях:

- входящий поток;
- объем и характер врачебно-сестринской работы;
- организационно-штатные структуры функциональных подразделений учреждения;
- система финансового вознаграждения за объем и качество выполненной работы.

По нашему мнению целесообразно, используя макросы для формирования очередей плановой госпитализации в отделениях, работающих с повышенной нагрузкой, программировать их «растягивание» и, наоборот, в недозагруженных – «сжатие».

Этот же этап регуляции предполагает с опорой на показатели потребности в плановой госпитализации директивно, через оформление распоряжений, выполнять маневр развернутым коечным фондом, как внутри того или иного отделения (перепрофилизация мужских палат в женские или на-

оборот), так и путем временной передачи некоторых палат из одного отделения в другое.

Кроме того, особенности сезонных колебаний уровней потребности в плановой госпитализации (в летние месяцы большинство отделений стационара недогружены) обязывают управление медицинским учреждением проводить сокращение развернутого коечного фонда в период, когда показатели использованной фактической коечной мощности некоторых подразделений снижаются до 55%.

Это лишь единичные примеры управляющих воздействий в процессе реализации экспертной системы на базе современной медицинской организации, которые позволяют достигать значительного улучшения универсального показателя нагрузки на койку, и, соответственно, формировать экономический эффект.

Литература

1. Виблая И.В., Захаренков В.В., Ликстанов В.И. Состояние и тенденции показателей детской смертности в Сибирском федеральном округе // Актуальные проблемы медицины : материалы межрегиональной научно-практической конференции. – 2007. – С. 331-335.

2. Виблая И.В., Захаренков В.В. Население трудоспособного возраста. Тенденции демографических процессов СФО // Профессия и здоровье : материалы XI Всероссийского Конгресса. Главный редактор Н.Ф. Измеров. – 2012. – С. 114-116.

3. Виблая И.В. Определение потребности в стационарной медицинской помощи на муниципальном и региональном уровнях и пути максимального ее удовлетворения : дис... докт. мед. наук. – Кемерово, 2004. – 327 с.

4. Захаренков В.В., Виблая И.В. Актуальные проблемы формирования трудового потенциала населения России, прогностические оценки : материалы III Всероссийского съезда врачей-профпатологов. – 2008. – С. 168-169.

5. Захаренков В.В., Виблая И.В. Безвозвратные потери трудового и жизненного потенциала (на примере смертности от множественных травм среди населения г. Новокузнецка) // Фундаментальные исследования. – 2007. – № 10. – С. 816. Захаренков В.В., Виблая И.В. Демографическое развитие Сибирского федерального округа // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – Вып. 2. – М., 2012. – С. 52-53.

7. Захаренков В.В., Виблая И.В., Забродина Е.А. Инфекции, передающиеся половым путём, как проблема демографического развития Сибирского федерального округа // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2013. – № 3-1 (91). – С. 16-18.

8. Захаренков В.В., Виблая И.В., Колядо В.Б. Оптимизация управления региональной системой охраны здоровья трудовых ресурсов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 5. – С. 36-38.

9. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Ляпин В.А. Демографические проблемы Сибирского федерального округа // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2007. – № 3. – С. 60-62.

10. Захаренков В.В., Вибляя И.В. Основные демографические проблемы и пути их решения на муниципальном уровне // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2008. – № 3. – С. 60-62.

11. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Святова С.В. О потребности в паллиативной помощи муниципального уровня в условиях областного подчинения онкологической службы (на примере г. Новокузнецка Кемеровской области) // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2013. – № 3-2 (91). – С. 162-166.

12. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Святова С.В. Проблемы воспроизводства населения в России и Сибирском федеральном округе // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2014. – № 1. – С. 112-114.

13. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Сизов Е.Е. Информационные технологии в здравоохранении как инструмент демографической политики // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С. 177-179.

14. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Цай Л.В. Варианты перспективных оценок трудового потенциала России с учетом рождаемости и смертности населения // Медицина труда: реализация глобального плана действий по здоровью работающих на 2008-2017 гг. : материалы Всероссийской конференции с международным участием, посвященной 85-летию ГУ НИИ медицины труда РАМН. Под редакцией Н. Ф. Измерова. – 2008. – С. 110-111.

15. Захаренков В.В., Вибляя И.В., Цай Л.В. К определению потребности в лечебно-восстановительной помощи больным с профессиональными заболеваниями // Сибирский Консилиум. – 2007. – № 4. – С. 16-17.

16. Захаренков В.В., Ликстанов М.И., Вибляя И.В. Информационные технологии в менеджменте современной медицинской организации // В сборнике: Инновации в общественном здоровье и здравоохранении: экономика, менеджмент, право. Материалы Международного форума. Под общей редакцией И.О. Маринкина, М.А. Садового. – 2012. – С. 245-250.

17. Захаренков В.В., Ликстанов М.И., Вибляя И.В. Организационная культура медицинской организации как элемент программных мероприятий по улучшению демографической политики СФО // Вестник Российской академии естественных наук. Западно-Сибирское отделение. – 2014. – № 16. – С. 142-148.

18. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения. Под ред. О.П. Щепина, В.А. Медика. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.

19. Концепция развития системы здравоохранения в РФ до 2020 г. URL : <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2012/1-9.pdf> (дата обращения 19.02.2015).

20. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбратен, Г.И. Галанова. – М.: Медицина, 2002. – 174 с.

21. Миопия школьников как проблема адекватного выбора профессии. Пути решения / В.В. Захаренков, И.В. Виблая, А.Ю. Россошанский, А.Л. Репин, А.В. Бурдейн // Сибирский педагогический журнал. – 2010. – № 6. – С. 130-140.

22. Научное обоснование влияния социально-экономических факторов и финансирования здравоохранения на формирование здоровья населения : монография / В.В. Захаренков, И.В. Виблая, С.А. Коровин, В.А. Хаптанова, А.Д. Гольменко. – Новокузнецк, 2013. – 187 с.

23. О разумном сочетании административных и экономических методов управления здравоохранением / В.И. Стародубов, В.Л. Гончаренко, Ф.Н. Кадыров, Д.Р. Шилаев // Здравоохранение. – 2004. – № 2. – С. 9-21.

24. Стародубов В.И., Сидоров П.И., Коноплева А.И. Управление персоналом организации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1104 с.

25. Тенденции демографических процессов в промышленных городах Юга Кузбасса / И.В. Виблая, В.В. Захаренков, Д.Ю. Шамаев, С.С. Анохина // Гигиена, организация здравоохранения и профпатология : материалы XLII научно-практической конференции с международным участием. Под редакцией В.В. Захаренкова. – 2007. – С. 37-41.

26. Целевая установка на определение потребности населения в медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (на примере онкологической службы) / И.В. Виблая, В.В. Захаренков, С.В. Святова, Е.А. Забродина // Вестник Кузбасского научного центра. – 2014. – № 19. – С. 10-12.

27. Щепин О.П., Дятлов В.Ю. Здравоохранение как социально-экономическая система. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 3. – С. 3-5.

А.В.Лифанов, С.А. Лифанова
**ФОРМИРОВАНИЕ КОРПОРАТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ КАК
ИНСТРУМЕНТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

*НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна,
Новосибирский государственный медицинский университет*

Аннотация. Цель статьи - исследовать подходы к формированию современной корпоративной культуры медицинской организации. Авторами

предлагаются принципы формирования корпоративной культуры медицинского учреждения. Предлагаемые принципы строятся на логике причинно-следственных связей от основной цели организации здравоохранения. Отмечается, корпоративная культура играет роль одного из основных управленческих инструментов.

A. V. Lifanov, S. A. Lifanova

THE FORMATION OF CORPORATE CULTURE AS A TOOL IMPROVEMENT OF MEDICAL SERVICES ACTIVITY

*Novosibirsk research Institute of traumatology and orthopedics named.
J. L. Ziviani", Novosibirsk state medical university*

Abstract. The purpose of this article is to explore approaches to the formation of the modern corporate culture of the medical institution. The authors offered the principles of formation of corporate culture of the medical institution. The proposed principles are built on the logic of causal links from the main objective health organization. It is noted that corporate culture plays a role of one of the main management tool of tools.

Вопрос кадровой политики такой, как корпоративная культура в российских медицинских организациях, в настоящее время, является одним из важнейших, затрагивающий как бюджетные, так и частные (хозрасчетные, коммерческие) организации здравоохранения. Организация не может быть успешной без сильной корпоративной культуры, соответствующей ее целям.

Корпоративная культура является мощным стратегическим инструментом, способствующим развитию организации, позволяющим ориентировать все подразделения организации и отдельных лиц на достижение общих целей, мобилизовать инициативу сотрудников, обеспечивать их лояльность. По мнению экспертов, формирование корпоративной культуры в организациях здравоохранения позволит повысить качество оказываемых услуг, производительность и условия труда персонала. Будет способствовать сокращению текучести кадров, снижению уровня конфликтности, стимулированию новаторства, а также снижению издержек в пределах 30-70%. Формирование и развитие корпоративной культуры медицинской организации является ценностно-ориентированным управлением, имеющим своим преимуществом в сравнении с регулярным менеджментом, создающим эффект «социального обеспечения».

В современных медицинских организациях корпоративная культура складывается спонтанно и не выполняет в полной мере возлагаемых на нее функций. Между тем, формирование корпоративной культуры должно вестись целенаправленно и последовательно - это обусловлено тем, что современный рынок медицинских услуг предполагает грамотное использование

абсолютно всех имеющихся ресурсов, и персонал не исключение, поэтому необходимо иметь представление как правильно формировать корпоративную культуру.

Корпоративная культура – это совокупность господствующих в организации ценностных представлений, норм и образцов поведения, определяющих смысл и модель деятельности сотрудников независимо от их должностного положения и функциональных обязанностей. Единая система ценностей позволяет задать общий вектор развития медицинской организации и дело тут не только во внутренней организации работы коллектива. Корпоративная культура повышает общее настроение сотрудников, вырабатывает уважение к организации и личной причастности к общему делу. Ссылаясь на многочисленные исследования, только 15-20% общего числа организаций на постсоветском пространстве занимаются закреплением общей системы ценностей в своем коллективе.

При формировании корпоративной культуры для совершенствования деятельности медицинской организации необходимо придерживаться следующих принципов :

1. Вести кадровую политику выполняя подбор таких сотрудников, которые будут разделять или легко перенимать корпоративные ценности и принципы, на ключевые позиции подбирать людей, являющихся носителями недостающих в организации ценностей и способных передавать их другим сотрудникам;

2. Создавать комфортные условия труда сотрудников. В организациях планомерно внедрять комплексную систему 5S. В концепции Бережливого производства базисом является японская система «5S» - система наведения порядка на рабочем месте. Известно, что многие руководители мечтают о том, чтобы в подразделениях, отделениях и в организации в целом был идеальный порядок. А это значит: высокодисциплинированные сотрудники качественно выполняют все свои обязанности, везде царят чистота и порядок, любой предмет (документ, инструмент или материал) можно быстро найти, оборудование не преподносит неожиданных сюрпризов в виде аварийных остановок, а «его величество» потребитель медицинских услуг всегда удовлетворен как оказываемой услугой, так и организацией работы учреждения. Для внедрения бережливой производительности (деятельности) требуется трансформация менталитета руководителей и сотрудников медицинской организации, которые обязаны научиться выявлять потери, понимать, какие действия являются потерями, и непрерывно работать над их устранением. Начать внедрение бережливой деятельности можно с системы организации рабочего пространства 5S. Система 5S включает в себя пять этапов, которые приведены в таблице 1.

Этапы системы 5S и ожидаемые эффекты в организации

Наименование этапа	Характеристика	Эффекты
1. Удаление ненужного	Все предметы для оказания услуг разделяются на три категории: нужные всегда, нужные периодически, ненужные. Нужные всегда сохраняются на рабочем месте. Ненужные удаляются по определенным правилам. Нужные периодически располагаются на определенном удалении от рабочего места или хранятся централизованно. Распределяются и закрепляются зоны ответственности каждого сотрудника.	Улучшение сохранности сырья, материалов, сокращение ненужных запасов, сокращение занимаемых площадей, сокращение травматизма за счет освобождения производственной среды от ненужного.
2. Упорядочение размещения предметов	По отношению к нужным предметам и периодически нужным, вырабатываются и реализуются решения, которые обеспечивают: быстроту, легкость и безопасность доступа к ним; визуальный способ хранения и контроля наличия, отсутствия или местонахождения нужного предмета; свободу перемещения и эстетичность производственной среды.	Снижение некачественного оказания услуг из-за случайного использования несоответствующих компонентов, эффективное использование рабочих мест, улучшение организации труда, сокращение потерь времени на поиски, хождения и т.д., сокращение травматизма из-за безопасного способа хранения предметов - создание безопасной ситуации.
3. Содержание в чистоте рабочего места	Определяются основные источники загрязнения рабочего пространства,	Сокращение брака и потерь, связанных с загрязнением; улучшение санитарно-гигиенических условий; сокращение несчастных случаев.
4. Стандартизация правил уборки	Разрабатывается инструкция, определяется круг лиц, которые обязаны и имеют право ей пользоваться.	Сокращение брака и потерь, связанных с загрязнением; стандартизация методов контроля, сокращение потерь за счет контроля и управления,
5. Формирование привычки соблюдать чистоту и порядок	Разработанные инструкции утверждаются приказом руководителя, с сотрудниками, занимающими должности, которые имеют доступ к документам, проводится инструктаж по работе, по окончании инструктажа подписывается документ, подтверждающий, что сотрудник с инструктажем ознакомлен, при необходимости вводится система штрафов.	Сокращение брака из-за невнимательности или недисциплинированности персонала, рост выработки за счет мотивированности персонала, соблюдение правил охраны труда, безопасное производственное поведение.

Внедрение системы 5S является первым шагом к развёртыванию бережливого выполнения работ и воспитанию в сотрудниках способности осуществлять постоянное совершенствование производственной среды и поддерживать достигнутый уровень. Для повышения эффективности внедрения 5S следует вводить конкурсы «Лучшее отделение», «Самый чистый пост» и т.д. Одновременно следует присваивать звание «Худшее отделение» и «Самый грязный пост» для повышения дисциплины.

3. Формировать общие корпоративные цели, ценности и нормы поведения.

Работа сотрудника медицинской организации - это особый вид профессиональной деятельности, характеризующийся состоянием постоянной психологической готовности, эмоциональной вовлеченности в проблемы пациентов, связанные с состоянием их здоровья, практически в любых ситуациях, предполагающих активное межличностное внутриорганизационное взаимодействие. Поэтому при формировании корпоративной культуры необходимо применять такие методы, как : создание системы информирования сотрудников на всех уровнях - проводить общие собрания руководителей высшего звена с привлечением сотрудников организации, создавать корпоративный внешний и внутренний сайт, выполнять компьютерные рассылки, выпускать корпоративную газету . Наличие корпоративного стиля включает в себя символику учреждения (логотип, слоган), наличие единообразных легко узнаваемых элементов в оформлении зданий и в интерьере внутренних помещений. Хорошим признаком будет введение обязательного поздравления сотрудников медицинской организации с днем рождения, дарить подарки с символикой организации, проводить корпоративные праздники и выезды сотрудников на отдых, проводить соревнования между отделениями, командами, поощрять участие в конкурсах профессионального мастерства.

4. Создавать систему адаптации и обучения сотрудников организации.

Проводить тренинги, семинары, создавать и реализовывать программы адаптации и обучения на рабочем месте, через которые внедряют новые ценности и стандарты поведения. Разрабатывать этические кодексы (справочники сотрудника), в которых руководство организации желает донести до сотрудников свои ожидания к их поведению на работе. Успешно проводить для новичков компании welcome-тренинги, в которых отражать информацию о структуре организации, ее ключевых лицах, услугах, конкурентных преимуществах, истории развития организации, достижениях и наградах, миссии, ценностях, корпоративной культуре, традициях и правилах, праздниках, каналах информирования и т.д.

Для поднятия духа и сплочения коллектива проводят веревочные курсы — активные тренинги, направленные на улучшение навыков взаимодействия, командообразования. В процессе выполнения курса создавать

атмосферу творческого поиска, прорабатывать возможности принятия нестандартных решений, повышать взаимопомощь и поддержку в коллективе. На примере довольно сложных упражнений сотрудники организации будут учиться решать общую задачу, вырабатывать тактику и стратегию её решения. Участвуя в веревочном курсе, люди начинают преодолевать барьеры в общении, узнавать друг друга ближе, благодаря этому происходит естественное и быстрое сплочение коллектива.

5. Формировать систему оценки и вознаграждения сотрудников.

Сотрудники должны знать, за что они получают деньги, должны видеть взаимосвязь качества своей работы и поведения с конечным вознаграждением. Сотрудники должны стремиться работать лучше и зарабатывать больше. Вознаграждение, основанное на личных достижениях и результатах работы, переход от фиксированных окладов к премиальной системе. В этой системе каждый должен стремиться к увеличению показателей работы, а следовательно к улучшению имиджа организации, конкурентоспособности, и общей эффективности организации. Внедрять системы оценки работы на основе ключевых показателей эффективности (KPI), которые помогут организации в достижении стратегических и тактических (операционных) целей. KPI позволяют производить контроль деловой активности сотрудников, подразделений и организации в целом.

Формирование корпоративной культуры в медицинской организации и постоянное её совершенствование будет способствовать повышению эффективности работы, оптимизации всех процессов деятельности, непрерывному развитию самой организации и её персонала, формированию комфортных условий и дружелюбной атмосферы в коллективе, повышению эффективности, общественной значимости и статуса организации.

И.Ф. Мингазов НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В 2014 Г.

Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области

Аннотация. Статья посвящена актуальной на сегодняшний день проблеме профилактики высокого уровня инфекционной заболеваемости в Сибирском Федеральном округе. Автор дает обобщенную характеристику окружающего населения СФО пейзажа по уровню и тенденциям инфекционной заболеваемости населения. В Сибирском Федеральном округе напряженная эпидемиологическая ситуация наблюдается по многим инфекционным и па-

разитарным заболеваниям. В 2014 году показатель смертности от инфекционной заболеваемости в СФО возрос на 3,4% и превысил среднероссийский уровень в 1,9 раза (в 2013 г. в 1,7 раза).

I. F. Mingazov

SOME ASPECTS OF INFECTIOUS DISEASE IN 2014

Center of hygiene and epidemiology in the Novosibirsk region

Abstract. The article is devoted to actual problem prevention high level of infectious diseases in the Siberian Federal district. The author gives the generalized characteristic of the surrounding population SFD landscape on the levels and trends of infectious diseases. In the Siberian Federal district intense epidemiological situation is observed in many infectious and parasitic diseases. In 2014, the death rate from infectious diseases in the SFD has increased by 3.4% and exceeded the average level of 1.9 times (2013 - 1.7 times).

Снижение уровня инфекционной заболеваемости является одной из актуальных задач по улучшению качества жизни населения Российской Федерации [1-2]. По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в 2014 году в Российской Федерации зарегистрировано снижение: брюшным тифом – в 5,8 раза, сальмонеллезными инфекциями – на 13,6 %, бактериальной дизентерией – на 9,8%, острым гепатитом В – на 4,5%, активными формами туберкулеза – на 6,6%, сифилисом, впервые выявленным - на 12,3%, гонококковой инфекцией – на 20,9%, внебольничными пневмониями – на 9,2%, клещевым вирусным энцефалитом – на 12,2%, энтеровирусными инфекциями – на 42,9%, из них энтеровирусным менингитом – в 2,2 раза, краснухой – в 3,2 раза, гриппом – в 7,9 раза, эпидемическим паротитом – на 10,4%, менингококковой инфекцией – на 22,9% (в т.ч. генерализованные формы – на 23,5%), туляремией – в 11,1 раза, лихорадкой Западного Нила – в 7,8 раза, лихорадкой Ку – в 5 раза [9].

В 2014 году в Российской Федерации зарегистрирован рост заболеваемости: вирусным гепатитом А – на 25,9%, ветряной оспой – на 15,6%, педикулезом – на 6,8%, клещевым боррелиозом – на 11,4%, корью – в 2 раза, бруцеллезом, впервые выявленным – на 7,7%, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом – в 2,6 раза, Крымской геморрагической лихорадкой – на 13,6%, сибирским клещевым тифом – на 5,3%, псевдотуберкулезом – на 18,1%, трихинеллезом – в 2,9 раза, болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) – на 13%, коклюшем (3,27 на 100 тыс. населения против 3,16), заболевания энтеровирусной инфекцией (6,43 на 100 тыс. населения), трихинеллезом (0,07 на 100 тыс. населения, в 2013 г. – 0,02).

2014 г. в Российской Федерации зарегистрировано 7 случаев сибирской язвы, 94 случая впервые выявленной малярии (2013 г. – 95), 3 случая бешенства и 2 случая дифтерии [9].

Сегодня, благодаря значительному объему работы по вакцинопрофилактике проводимого среди населения Роспотребнадзором совместно с учреждениями МЗ, удастся удерживать уровень ряда инфекционных заболеваний на минимальных показателях [3,4,8].

Одним из критериев эффективности профилактической работы является показатель уровня смертности от инфекционной и паразитарной заболеваемости. По данным Росстата за 2014 год уровень смертности от инфекционной и паразитарной заболеваемости в Сибирском федеральном округе (36,8 на 100000 населения) в 1,7 раза превышает среднероссийские показатели (21,3 на 100000 населения). Наиболее высокие уровни смертности от инфекционной заболеваемости регистрируются в Иркутской области (57,7 на 100000 населения - превышает среднероссийский показатель в 2,7 раза), Республике Тыва (52,5 превышает среднероссийский показатель в 2,5 раза), Кемеровской области (51,5 превышает среднероссийский показатель в 2,4 раза), Новосибирской области (44,1 превышает среднероссийский показатель в 2,1 раза) и Алтайском крае (42,8 превышает среднероссийский показатель в 2 раза). В Республике Бурятия, Забайкальском крае, Томской области и Республике Хакасия (14,0) показатель уровня смертности от инфекционной и паразитарной заболеваемости ниже среднероссийского показателя (рис.1).

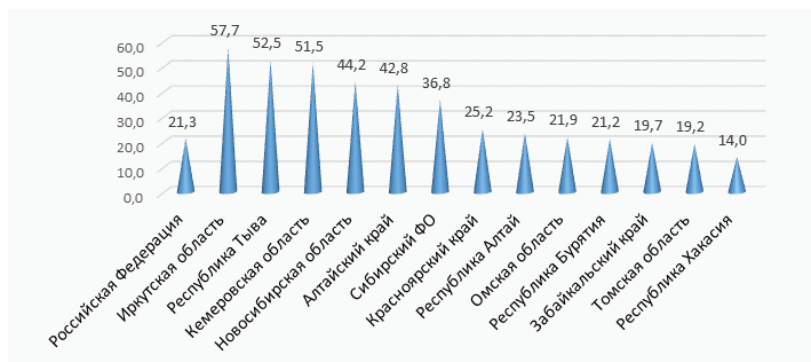


Рис.1. Показатели смертности в регионах СФО от инфекционных заболеваний в 2014 году на 100000 населения (по данным Росстата)

В 2014 году показатель смертности от инфекционной заболеваемости в СФО возрос на 3,4% и превысил среднероссийский уровень в 1,9 раза (в 2013 г. в 1,7 раза).

Одной из самых значительных причин высокого уровня смертности населения от инфекционной и паразитарной заболеваемости в Сибирском федеральном округе остается смертность населения от туберкулеза превышающий среднероссийский уровень в 1,9 раза [3,4,8,9,10].

Наиболее высокие уровни смертности населения от туберкулеза (рис.2) остаются в Республике Тыва (47,1 на 100000 населения - превышает среднероссийский показатель в 4,8 раза), Иркутской области (26,6 на 100000 населения - превышает среднероссийский показатель в 2,7 раза), Кемеровской области (27,4 на 100000 населения - превышает среднероссийский показатель в 2,5 раза), Алтайском крае (23,0 - превышает среднероссийский показатель в 2,3 раза) и Новосибирской области (20,4 - превышает среднероссийский показатель в 2,1 раза).

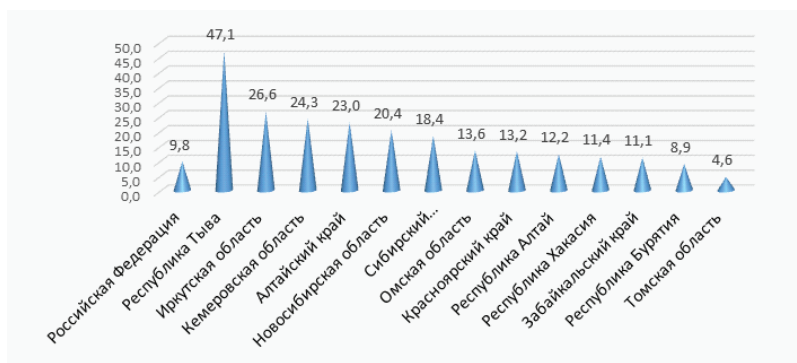


Рис.2. Показатели смертности в регионах СФО от туберкулеза в 2014 году на 100000 населения (по данным Росстата)

Для Сибирского Федерального округа напряженная эпидемиологическая ситуация наблюдается по следующим основным инфекционным и паразитарным заболеваниям: Туберкулез; Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); Сифилис; Хронические вирусные гепатиты; Менингококковая инфекция; Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной или неуточненной локализации; Острые кишечные инфекции, вызванные неустановленными инфекционными возбудителями, пищевые токсикоинфекции неустановленной этиологии; Другие сальмонеллезные инфекции; Сибирский клещевой тиф; Клещевой боррелиоз; Клещевой вирусный энцефалит; Псевдотуберкулез; Острые вирусные гепатиты; Лямблиоз [1-10].

Основными задачами по улучшению эпидемиологической ситуации в СФО остаются: эффективная организация мероприятий по обеспечению биологической безопасности; оптимизация противоэпидемической работы; совершенствование деятельности лабораторно-диагностической служ-

бы; совершенствование эпидемиологического надзора за инфекционными болезнями и организация мероприятий по обеспечению санитарной охраны территории.

Литература

1. И.Ф. Мингазов, Э.В. Герасимова О некоторых тенденциях инфекционной заболеваемости в Российской Федерации. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Основные проблемы охраны окружающей среды и обеспечения благополучия населения в Сибирском Федеральном округе, перспективы их решения» 18-19 сентября 2013, г.Горно-Алтайск, стр. 222-227.

2. И.Ф. Мингазов, Л.И. Козловский, Л.Ю. Чернышева, Л.Г. Берзина, Л.П. Журавлева, Л.М. Банникова О состоянии инфекционной заболеваемости в Новосибирской области. Материалы IX российско-немецкой научно-практической конференции Форума им. Р.Коха и И.И. Мечникова. Новосибирск, 2010-380 с. стр.301-305.

3. В.М. Чернышев, И.Ф. Мингазов, Э.В.Круглова Туберкулез – как мировая проблема. Новые горизонты: инновации и сотрудничество в медицине и здравоохранении. Материалы IX российско-немецкой научно-практической конференции Форума им. Р.Коха и И.И. Мечникова. Новосибирск, 2010-380 с. стр.254-257.

4. И.Ф. Мингазов, Э.В.Круглова Заболеваемость туберкулезом в Сибирском федеральном округе. Новые горизонты: инновации и сотрудничество в медицине и здравоохранении. Материалы IX российско-немецкой научно-практической конференции Форума им. Р.Коха и И.И. Мечникова. Новосибирск, 2010-380 с. стр.232-234.

5. Л.И. Козловский, И. Ф. Мингазов, Э.В.Круглова Состояние и тенденции заболеваемости туберкулезом в Новосибирской области. Новые горизонты: инновации и сотрудничество в медицине и здравоохранении. Материалы IX российско-немецкой научно-практической конференции Форума им. Р.Коха и И.И. Мечникова. Новосибирск, 2010-380 с. стр.224-226.

6. И. Ф. Мингазов, Э.В.Герасимова, В.Г Семенова, О.В. Стрельченко О некоторых социально-экономических аспектах, связанных с инфекционными заболеваниями. Материалы международной научно-практической конференции «Экономика здравоохранения» 24 мая 2012, г.Новосибирск, стр. 73-77.

7. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2013 году : Государственный доклад.—М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека,2014.—191 с.

8. Ситуация по туберкулезу и работе противотуберкулезной службы Российской Федерации в 2013 году. О.Б. Нечаева 2014 г. Центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

9. Материалы Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Москва, 2015 г.

10. Материалы Росстата, Москва, 2015 г.

О.Г. Никитина
**ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ МЕДИЦИНСКОГО
ПЕРСОНАЛА ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ САНКТ-
ПЕТЕРБУРГА**

*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова*

Аннотация. В статье представлены особенности социально-демографического состава медицинского персонала, оказывающего амбулаторную офтальмологическую помощь жителям Санкт-Петербурга. Приведена их квалификационная характеристика.

O.G. Nikitina
**PROFESSIONAL PORTRAIT MEDICINSKOGO PERSNAL
OPHTHALMOLOGY SERVICE OF ST. PETERSBURG**

St. Petersburg state medical University. Acad. I. P. Pavlova

Abstract. This article addresses the social-demographic study of the medical personnel involved in providing of ophthalmologic services to the citizens of Saint Petersburg. Professional qualification characteristics are described.

Кадровое обеспечение является наиболее существенным из всех ресурсов системы здравоохранения. Особое значение имеет кадровое обеспечение для офтальмологической службы, востребованность в которой в последние годы в России повсеместно возрастает. Сведения, получаемые в результате анализа наличия, распределения и профессиональной подготовки работников здравоохранения, занятых на медицинских должностях офтальмологических кабинетов, позволяют сформировать первоочередные задачи для дальнейшего успешного реформирования офтальмологической службы, для повышения доступности офтальмологических медицинских услуг для пациентов.

В целях анализа кадрового обеспечения медицинских организаций, предоставляющих первичную специализированную офтальмологическую помощь, были изучены сведения о медицинских работниках 107 медицинских организаций Санкт-Петербурга, осуществляющих свою трудовую деятельность в 2013 году.

Анализ особенностей социально-демографического состава врачей-офтальмологов, работающих в медицинских организациях Санкт-Петербурга, показывает, что среди врачей-офтальмологов преобладают женщины – 93,0%, лишь 7,0% врачей-офтальмологов – мужчины.

Возрастная структура врачей-офтальмологов амбулаторной сети характеризуется преобладанием лиц в возрасте 50-59 лет, почти каждый третий (32,1%) врач был в данной возрастной группе. Второе место занимает возрастная группа 60 лет и старше – 27,2%, третья – возрастная категория 40-49 лет – 22,4%. Наименьшая доля приходится на возрастные группы 30-39 лет и моложе 30 лет (12,7% и 5,6% соответственно).

Средний возраст врачей-офтальмологов, оказывающих амбулаторную офтальмологическую помощь населению Санкт-Петербурга, составил 45,5 года. Важно отметить, что средний возраст врачей-офтальмологов в детских и взрослых поликлиниках достоверно не отличался. В городских поликлиниках для взрослых средний возраст врачей составил 45,1 года, в детских городских поликлиниках – 48,8 года. При этом средний возраст врачей-офтальмологов, работающих в консультативно-диагностических центрах (отделениях), существенно ниже – составил 39,3 года.

Большинство (30,7%) врачей-офтальмологов имеют общий врачебный стаж работы по специальности менее 10 лет, у 26,8% стаж работы составляет 20-29 лет, у 24,7% – 10-19 лет, 17,8% врачей-офтальмологов работают в медицинских организациях 30 лет и более.

Среди врачей-офтальмологов, работающих в амбулаторно-поликлинической сети Санкт-Петербурга, 42,0% получили специализацию по специальности «офтальмология» по итогам обучения в интернатуре, 41,0% – учились в ординатуре, 17,0%, в основном врачи-офтальмологи старших возрастных групп – получили специальность путем прохождения первичной специализации (4-х месячные курсы).

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 07.07.2009 №415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» врачи в течение всей трудовой деятельности должны проходить дополнительное повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет.

Необходимо отметить, что 15,7% врачей-офтальмологов на момент проведения исследования не имели документов, подтверждающих прохождение ими повышения квалификации за последние 5 лет.

Наличие квалификационной категории в соответствии с современным законодательством, регулирующим подготовку медицинских кадров, не является обязательным требованием для осуществления трудовой деятельности по врачебной специальности. Вместе с тем, наличие квалификационной категории свидетельствует о высоком профессиональном уровне конкрет-

ного специалиста. Результаты исследования показали, что 42,2% врачей-офтальмологов, работающих в амбулаторных медицинских организациях города Санкт-Петербурга, не имеют квалификационной категории. У 6,8% врачей – вторая квалификационная категория, 40,4% имеют первую квалификационную категорию. Только 10,6% врачей имеют высшую квалификационную категорию, при этом только 2,9% врачей-офтальмологов имеют ученую степень (кандидат медицинских наук).

Сведения, полученные о характеристиках средних медицинских работников офтальмологических кабинетов, изучались отдельно. Оказалось, что практически все медицинские сестры офтальмологических кабинетов являются лицами женского пола (99,0%). Средний возраст среднего медицинского персонала составил 47,6 года. При этом возрастная структура среднего медицинского персонала была следующей. Почти каждый третий работник (37,3%) находился в возрастной группе 50-59 лет, почти каждый пятый (26,1%) – в возрастной группе 40-49 лет, 14,9% – в возрастной группе 60 лет и старше, 14,2% – в возрастной группе 30-39 лет. Возрастная группа моложе 30 лет самая малочисленная и составила только 7,5%.

Почти половина (47,1%) медицинских сестер имеют общий стаж работы более 30 лет, каждая третья (32,9%) – 20-29 лет, почти каждая шестая (15,3%) – 10-19 лет, у 4,7% стаж работы составлял менее 10 лет.

Значительно меньшая часть средних медицинских работников, по сравнению с врачами-офтальмологами, не имеют квалификационной категории. Квалификационная категория отсутствует почти у каждого четвертого (25,4%) среднего медицинского работника. Вместе с тем, более половины работников (51,6%) – имеют высшую квалификационную категорию, 22,2% – первую квалификационную категорию, 0,8% – вторую квалификационную категорию.

Особенности работы на современном медицинском оборудовании, которым в настоящее время оснащены практически все офтальмологические кабинеты медицинских организаций, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь, требует от медицинского персонала не только наличия медицинского образования и специальной подготовки в области офтальмологии, но и зачастую специальных знаний в области оптометрии. Наличие должности «медицинский оптик-оптометрист» регламентировано приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения». Согласно приказу у специалиста должно быть среднее профессиональное образование по специальности «Медицинская оптика» и сертификат специалиста по специальности «Медицинская оптика».

Полученные в результате анализа данные свидетельствуют, что почти каждый четвертый (22,9%) врач-офтальмолог и почти каждый пятый

(19,3%) средний медицинский работник имеет специальную подготовку в области оптометрии. Наибольшая доля специалистов офтальмологических кабинетов, имеющих подготовку в области оптометрии (30,0%), зафиксирована в возрастной группе от 40 до 49 лет, при стаже работы в области офтальмологии от 20 до 29 лет (44,4%). При этом необходимо отметить, что среди специалистов в возрастной группе моложе 30 лет, лиц, имеющих подготовку в области оптометрии, не оказалось.

Таким образом, проведенный анализ квалификационных и социально-демографических характеристик медицинских работников офтальмологических кабинетов медицинских организаций Санкт-Петербурга показал, что в целом в амбулаторном звене города работают специалисты, не имеющие мотивации к профессиональному росту, что более ярко проявляется среди врачей-офтальмологов (по сравнению со средними медицинскими работниками офтальмологических кабинетов). Почти половина врачей-офтальмологов и четверть медицинских сестер не имеют квалификационной категории. Среди врачей только 2,9% имеют ученую степень кандидата медицинских наук. При этом нельзя сказать, что отсутствие высоких квалификационных характеристик медицинского персонала обусловлено отсутствием профессионального опыта. Средний возраст врачей-офтальмологов составил 45,5 лет, еще более старший возраст зафиксирован у среднего медицинского персонала – 47,6 года. Такой портрет медицинского персонала амбулаторной офтальмологической службы выглядит особенно удручающе на фоне недавних значительных финансовых вложений в развитие этого направления амбулаторного звена в рамках Программы модернизации здравоохранения Санкт-Петербурга и требует незамедлительных решений в целях повышения качества предоставляемых населению услуг и создания условий для эффективного использования дорогостоящего медицинского оборудования офтальмологических кабинетов города.

А.М. Никонов, В.А. Лещенко, Е.А. Корзникова,
О.В. Чекрий, В.А. Никонова
**ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОМОСОМНОЙ
ПАТОЛОГИИ ПЛОДА**

*Диагностический центр Алтайского края, медико-генетическая
консультация*

Аннотация. Проведена оценка эффективности пренатальной диагностики нарушений развития ребенка. В расчет брались прямые расходы на

проведение инвазивной пренатальной диагностики и цитогенетических методов исследования при выявлении 200 случаев хромосомной патологии, а также учитывались возможные экономические потери государства в случае рождения детей с данной патологией. На каждый рубль, вложенный в программу пренатальной цитогенетической диагностики, экономический эффект в виде предотвращенных экономических потерь составил 76,44 рублей

A.M. Nikonov, V.A. Leshenko, E.A. Korznikova,
O.V. Chekrij, V.A. Nikonova

ESTIMATION OF ECONOMIC EFFICIENCY OF PRENATAL DIAGNOSIS OF CHROMOSOMAL ABNORMALITIES OF THE FETUS

Diagnostic Center of the Altai region, genetic consultation

Abstract. Assessed the effectiveness of prenatal diagnosis of a child's development. Were taken into account the direct costs of conducting invasive prenatal diagnosis and cytogenetic research methods in identifying 200 cases of chromosomal aberrations, as well as take into account the possible economic losses of the state in the case of children born with this disorder. For each ruble invested in the program of prenatal cytogenetic diagnosis, economic impact in the form of avoided economic losses amounted to 76.44 rubles

По данным ВОЗ [1] 4 новорожденных из 1000 имеют хромосомную патологию. Большинство хромосомных нарушений или летальны или приводят к тяжелой инвалидности с рождения, что ложится тяжелым грузом на семью и общество.

На сегодняшний день наиболее эффективным методом профилактики и предупреждения наследственной патологии является пренатальная диагностика, позволяющая предотвратить рождение детей с тяжелыми некорригируемыми пороками развития и социально значимыми генными и хромосомными болезнями и, тем самым, уменьшить генетический груз популяции [2]. Это также дает возможность существенно снизить экономические потери общества.

За период реализации программы пренатальной диагностики в Алтайском крае с 2012 по 2014 годы в медико-генетической консультации внутриутробно с 10 до 20 неделю беременности было выявлено 200 плодов с хромосомной патологией.

Нами проведена оценка экономической эффективности дородовой диагностики хромосомной патологии плода на сегодняшнем этапе реализации федеральной программы пренатальной диагностики.

Модель расчета взята из диссертационной работы Мурзабаевой С.Ш. [3]. Экономическая эффективность оценивалась как отношение результата (выгоды) к расходам. Стоимость затрат на проведение данных услуг оцени-

валась в соответствии с «Инструкцией по расчету стоимости медицинских услуг», утвержденной Министерством здравоохранения РФ (10.11.1999 г. №01-23/4-10) и Российской академией медицинских наук (10.11.1999 г. №01-02/41). Расчетные нормы времени на проведение клинических лабораторных исследований взяты из Приказа МЗ РФ №380 от 25.12.1997 года «О состоянии и мерах по совершенствованию лабораторного обеспечения диагностики и лечения пациентов в учреждениях здравоохранения Российской Федерации».

В качестве затрат на проведение пренатальной диагностики учитывались расходы на биохимический и цитогенетический скрининги, инвазивные процедуры, заработная плата сотрудников и прочие расходы необходимые для проведения этого мероприятия.

В качестве предотвращенных экономических потерь в расчет принимались:

а) затраты на социальные выплаты детям-инвалидам в течение 16 лет и их родителям по уходу;

б) затраты на социальные выплаты инвалидам в течение 10 лет социально значимой жизни;

в) стоимость произведенного валового внутреннего продукта (ВВП) из-за неспособности инвалидов к производительному труду.

Результаты расчета представлены в таблице

Таблица.

Расчет экономической эффективности пренатальной диагностики хромосомных болезней

п/п	Показатели	Расчет
1.	Затраты на проведение пренатальной диагностики: биохимический и патогенетический скрининг беременных (зарплата, расход и др.)	$[(\text{Стоимость биохимического скрининга}) \times \text{Кол-во обследованных беременных за 2012-2014гг}] + [(\text{Стоимость анализа хромосом} + \text{Стоимость инвазивной процедуры}) \times \text{Кол-во беременных прошедших инвазивную процедуру за 2012-2014гг}] = 42\,782\,635,5 \text{ руб.}$
2.	Количество предотвращенных случаев хромосомной патологии, выявленных при пренатальной диагностике за период 2012-2014гг.	200
3.	Предотвращенные затраты на социальные выплаты детям-инвалидам в течение 16 лет	$(\text{Социальная пенсия детям инвалидам} + \text{пособие родителям}) \times 200 \times 12 \text{ мес.} \times 16 \text{ лет.} = 609\,671\,424,005 \text{ руб.}$
4.	Предотвращенные затраты на социальные выплаты инвалидам в течение 10 лет социально значимой жизни	$\text{Социальная пенсия инвалидам с детства} \times 200 \times 12 \text{ мес.} \times 10 \text{ лет} = 249\,044\,640,00$

5.	Стоимость непроизведенного ВВП из-за неспособности инвалидов к производительному труду	ВВП на душу населения (2013г.) X 200 X 10 лет = 2 411 400 000,005 руб.
6.	Предотвращенные общие потери, связанные с больными инвалидами	Пункт 3 + Пункт 4 + Пункт 5 = 3 270 116 064,005 руб.
7.	Экономическая эффективность на 1 вложенный в пренатальную диагностику хромосомных болезней рубль	Пункт 6/ Пункт 1 = 76,44 руб.

По нашим расчетам на каждый рубль, вложенный в программу пренатальной цитогенетической диагностики, экономический эффект в виде предотвращенных экономических потерь составил 76,44рублей (таблица).

Однако наибольшим значением пренатальной диагностики следует считать снижение семейного груза в результате предупреждение рождения тяжело больного ребенка.

Таким образом, использование современных принципов и методов пренатальной диагностики позволяет совершенствовать медико-генетическую помощь населению и профилактику врожденных и наследственных заболеваний. Кроме того, предотвращение рождения детей с инвалидизирующими наследственными заболеваниями характеризуется значительной экономической эффективностью, так как снижает затраты общества на содержание инвалидов.

Литература.

1. WHO (2000) Primary health care approaches for prevention and control of congenital and genetic disorders. World Health Organization, Geneva

2. Минайчева Л.И. Генетико-эпидемиологические исследования врожденных пороков развития в сибирских популяциях: мониторинг, медико-генетическое консультирование, диспансеризация. Диссертация на соискание ученой степени д-ра мед. наук, Томск – 2014, 271 с.

3. Мурзабаева С.Ш. Оптимизация медико-генетической службы Республики Башкортостан: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2010. - 43 с.

М.Ю. Романенко, С.В. Тогобицкая
**ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЫПОЛНЕНИЯ НАЗНАЧЕННОГО
ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ УЧАСТКОВЫМ ЛЕЧЕНИЯ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В статье приведены результаты социологического опроса 200 пациентов, обратившихся в амбулаторную медицинскую организацию с целью определения степени выполнения пациентами назначенного лечения и выявления основных причин невыполнения.

M. Yu. Romanenko, S.V. Togobitskaya
**ASSESSMENT OF THE PROGRESS OF THE ASSIGNED
THERAPIST PRECINCT TREATMENT**

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. The article presents the results of a survey of 200 patients attending outpatient medical organization to determine the extent of the patients assigned to treatment and identify the main causes of failure.

На сегодняшний день процесс амбулаторного лечения пациентов заключается в нескольких контактах с врачом-терапевтом участковым: первичный прием, на котором проводится диагностика, назначение лечения, экспертиза трудоспособности. Затем следуют 2-3 повторных приема, где оценивается эффективность назначенного лечения и, при необходимости, его корректировка. А также завершающий прием, где оценивается эффективность лечения, проводится экспертиза трудоспособности и подбираются рекомендации. Промежуток времени между приемами, обычно, составляет 2-3 дня. В этот период врач-терапевт участковый не имеет возможности наблюдать выполнение пациентом назначенного лечения (режим, диета, прием лекарственных средств).

С целью определения степени выполнения пациентами назначенного лечения и выявления основных причин невыполнения, был проведен социологический опрос 200 пациентов, обратившихся в амбулаторную медицинскую организацию (ГБУЗ НСО «Консультативно-диагностическая поликлиника № 27»). Среди опрошенных было 34,5% мужчин, 65,5% женщин. Количество респондентов в возрасте до 30 лет – 24,0%; от 31 до 50 лет – 53,5%, от 51 и старше – 22,5%. По социальному положению респонденты распределились следующим образом: Учащиеся среднего образовательного учреждения – 2,5%; студенты высшего профессионального образовательного учреждения – 4,5%; служащие – 20,0%; рабочие – 34,5%; пенсионеры – 32,5%; безработные – 6,0%. Опрашиваемым предлагалось ответить на 23 вопроса анкеты.

Причинами обращения пациентов в амбулаторную медицинскую организацию (на 100 опрошенных) в 89,0% явилось лечение, в 16,5% - про-

филактический медицинский осмотр, 8,5% - для получения консультации, 3% - для получения медицинских документов. На момент социологического опроса состояние своего здоровья 8,0% пациентов оценили как очень хорошее, 23,0% - как хорошее, 57,0% опрошенных считают состояние своего здоровья удовлетворительным, 10,0% считают состояние своего здоровья плохим и лишь 2,0% оценивают состояние своего здоровья как очень плохое.

Основная доля пациентов (58,0%) обратилась в поликлинику на второй день заболевания; 22,5% - на третий день; 8,0% - на четвертый день; 6,0% - на пятый и более день; 5,5% - в первый день. Почти у половины опрошенных (49,0%) часто возникают вопросы к своему врачу-терапевту участкового между посещениями поликлиники в процессе лечения; у 22% опрошенных – иногда; у 11,5 – всегда; у 9,0% - очень редко и не возникают вопросы лишь у 8,5% опрошенных.

Пациенты, при возникновении вопросов в процессе лечения, решают их следующим образом: ищут информацию в Интернете, литературе и СМИ – 81,5% (на 100 опрошенных), советуются с родственниками, знакомыми, соседями и т.д. – 61,5%; вызывают скорую медицинскую помощь – 26,5%; вызывают врача-терапевта участкового на дом – 24,5%; ничего не делают, ждут следующего приема – 21,0%; идут на консультацию в аптеку – 9,0% опрошенных. При этом 78,5% опрошенных желают иметь возможность консультации у своего врача-терапевта участкового на протяжении всего периода лечения.

Среди анкетированных пациентов 76,0% (на 100 опрошенных) нарушают режим в процессе лечения, 71,5% - нарушают диету, 32,5% - нарушают прием лекарственных средств, и только 16,0% опрошенных не нарушают назначенного лечения.

Рекомендации родственников, знакомых, соседей являются причиной нарушения режима у 68,0% пациентов (на 100 опрошенных), нежелание изменить привычный режим – у 55,5%, утрата информации о назначенном лечении – у 1% опрошенных. Рекомендации родственников, знакомых, соседей являются причиной нарушения назначенной диеты у 45,5% пациентов (на 100 опрошенных), нежелание или отсутствие возможности изменить привычное питание – у 48,0% опрошенных.

Причины нарушения пациентами приема лекарственных средств назначенного врачом-терапевтом участковым на период лечения следующие: информация из теле- и радиопередач – 23,0% (на 100 опрошенных); рекомендации родственников, знакомых, соседей – 20,5%; рекомендации фармацевтов аптек – 13,0%; чтение медицинской литературы – 9,5%; информация из периодической печати – 8,5%; чтение литературы по народной медицине – 8,0%; утрата информации о назначенном лечении – 0,5%.

Большинство опрошенных (46,5%) не связывают возникшие осложне-

ния с нарушением назначенного лечения, 35,5% пациентов отмечают, что при нарушении назначенного лечения возникали осложнения, и лишь у 18,0% опрошенных осложнений при нарушении назначенного лечения не возникало.

Менее одной трети (29,0%) опрошенных соблюдение режима, диеты и приема лекарственных средств считают необходимым условием лечения, 44,5% считают, что достаточно только соблюдения приема лекарственных средств, 13,5% опрошенных – соблюдение только режима и приема лекарственных средств, 13% - соблюдение только диеты и приема лекарственных средств.

В той или иной степени у 91,5% пациентов возникают вопросы к своему врачу-терапевту участковому между посещениями поликлиники в процессе лечения. При этом 78,5% опрошенных желают иметь возможность консультации у своего врача-терапевта участкового на протяжении всего периода лечения.

Только 16,0% опрошенных не нарушают назначенного врачом-терапевтом участковым лечения. Рекомендации родственников, знакомых, соседей являются причиной нарушения режима у 68,0% пациентов (на 100 опрошенных), диеты у 45,5% пациентов. Нежелание изменять привычный режим отмечается у 55,5% (на 100 опрошенных), а нежелание или отсутствие возможности изменить привычное питание – у 48,0% опрошенных. Только у 18,0% опрошенных не возникало осложнений при нарушении назначенного лечения.

Доля пациентов, считающих, соблюдение режима, диеты и приема лекарственных средств является необходимым условием процесса лечения – 29,0%, что является достаточно низким показателем и требует разработки организационных мероприятий по повышению уровня выполнения назначенного врачом-терапевтом участковым лечения.

Т.В. Рыльская

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Новосибирский государственный медицинский университет.

Аннотация. Целью исследования являлось выявление особенностей заболеваемости и смертности сельского населения Новосибирской области от болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований.

Первичная заболеваемость и смертность от болезней системы кровообращения в сельских районах достоверно выше, чем в городах. Первичная и общая заболеваемость растет как среди сельского, так и среди городского населения, однако темпы ее роста в сельских районах существенно выше. В отличие от городского населения смертность сельского населения от болезней системы кровообращения имеет тенденцию к росту. Первичная и общая заболеваемость сельского населения злокачественными новообразованиями достоверно ниже соответствующих показателей городского населения при равном уровне смертности.

T.V. Rylskaya

COMPARATIVE ANALYSIS OF MORBIDITY AND MORTALITY IN URBAN AND RURAL POPULATION FROM CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES IN THE NOVOSIBIRSK REGION

Novosibirsk State Medical University

Abstract. The aim of this work was to determine characteristics of morbidity and mortality in urban populations of the Novosibirsk region from diseases of the circulatory system and malignant neo-plasms.

Incidence and mortality from diseases of the circulatory system in rural areas is significantly higher than in urban areas. Incidence and prevalence are increasing among both rural and urban populations, but its growth rate in rural areas is much higher. In contrast, the urban population of the rural population mortality from diseases of the circulatory system tends to increase. Incidence and prevalence of malignant neoplasms of the rural population were significantly lower than the corresponding figures of the urban population with an equal level of mortality.

Глобальные тенденции в распространенности поведенческих факторов предвещают существенный рост заболеваемости хроническими неинфекционными болезнями во всем мире, в том числе и в нашей стране [1,7,16].

В структуре причин смерти в России первые два места занимают такие хронические неинфекционные заболевания как болезни системы кровообращения и злокачественные новообразования соответственно. В последние годы наблюдается снижение уровня смертности по данным классам на фоне роста уровня заболеваемости [5].

На государственном уровне придается большое значение разработке мероприятий по борьбе с хроническими неинфекционными заболеваниями [8, 9, 11].

Проблема совершенствования медицинской помощи сельскому населению России заслуживает особого внимания, поскольку в сельской местности проживает 26% населения страны [13]. При разработке мероприятий по борьбе с болезнями системы кровообращения и злокачественными новообразованиями в сельских районах следует учитывать особенности заболеваемости и смертности населения, проживающего на данной территории.

Целью исследования стало выявление особенностей заболеваемости и смертности сельского населения от болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований.

Методология исследования: анализ статистических данных о заболеваемости и смертности сельского и городского населения Новосибирской области за 2002-2011 годы. Методы исследования – ситуационный анализ, статистические методы.

На начало 2011 г. население Новосибирской области составило 2666,5 тыс. человек, из них сельское население – 605 тыс. человек, что составило 22,7% от общей численности населения области. Анализ половозрастной структуры показал, что доля лиц обоих полов в возрасте моложе и старше трудоспособного выше в сельских районах по сравнению с городами. Напротив, доля лиц обоих полов трудоспособного возраста в городах выше, чем в сельских районах.

Сравнительный анализ показал, что среднегодовой уровень общей заболеваемости болезнями системы кровообращения в сельских районах за 2002-2011 гг. существенно ниже, чем в городах и составляет $13527,4 \pm 108,2$ и $20452,1 \pm 127,6$ на 100000 населения соответственно ($p < 0,05$). В динамике уровень общей заболеваемости существенно вырос как в городах, с 15807,6 до 22150 на 100000 населения, так и в сельских районах – с 8011,4 до 18700,0 ($p < 0,05$). Темп прироста общей заболеваемости сельского населения в 2,6 раза превысил показатель городского населения и составил 9,88% и 3,82% соответственно.

Уровень первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения в сельских районах в среднем составил $2976,1 \pm 53,7$ на 100000 населения, что существенно выше показателя в городах ($2080,1 \pm 45,1$) ($p < 0,05$). В динамике уровень первичной заболеваемости существенно вырос как в городах, с 1704,2 до 1950,0 на 100000 населения, так и в сельских районах – с 1881,0 до 3260,0. Темп прироста первичной заболеваемости сельского населения составил 6,30%, превысив показатель городского населения (1,51%) в 4,2 раза.

Анализ показателей смертности населения позволил установить, что на протяжении 10 лет уровень смертности от заболеваний системы кровообращения в сельских районах стабильно выше, чем в городах. За 2002-2011 гг. уровень смертности сельского населения в среднем составил $887,7 \pm 29,7$ на 100000 населения, что существенно выше, чем показатель городского населения ($758,7 \pm 27,4$) ($p < 0,05$). Следует отметить, что динамика показателей имеет разнонаправленную тенденцию, не наблюдается снижение уровня смертности сельского населения. В динамике за 10 лет уровень смертности от заболеваний системы кровообращения в сельских районах вырос незначительно с 821,3 до 884,7 на 100000 населения, а в городах показатель существенно снизился с 789,6 до 695,1 на 100000 населения.

Среднегодовой уровень общей заболеваемости злокачественными новообразованиями в сельских районах за 2002-2011 гг. существенно ниже, чем показатель в городах и составляет $1410,6 \pm 37,3$ и $2156,6 \pm 45,9$ на 100000 населения соответственно ($p < 0,05$). В динамике отмечается рост показателя как городского, так и сельского населения. За 10 лет уровень общей заболеваемости злокачественными новообразованиями существенно вырос в городах с 1801,1 до 2528,7 на 100000 населения, в сельских районах – с 1108,4 до 1766,6. Среднегодовой темп прироста общей заболеваемости сельского населения превысил показатель городского населения и составил 5,32% и 3,84% соответственно.

Среднегодовой уровень первичной заболеваемости сельского населения злокачественными новообразованиями за 2002-2011 гг. составил $335,0 \pm 18,3$ на 100000 населения, что существенно ниже показателя городского населения ($415,2 \pm 20,3$) ($p < 0,05$). В динамике уровень первичной заболеваемости городского населения злокачественными новообразованиями вырос незначительно с 392,7 до 426,0 на 100000 населения, в то же время показатель сельского населения увеличился существенно с 301,4 до 389,4. Среднегодовой темп прироста уровня первичной заболеваемости в сельских районах в 3,2 превысил показатель в городах и составил 2,89% и 0,91% соответственно.

При анализе уровня смертности от злокачественных новообразований за 10 лет существенных различий среднегодовых показателей для сельского ($219,6 \pm 14,8$ на 100000 населения) и городского населения ($218,6 \pm 14,8$) не выявлено ($p > 0,05$). В динамике уровень смертности от злокачественных новообразований в сельских районах незначительно снизился с 227,1 до 221,1 на 100000 населения, в городах показатель незначительно вырос с 209,7 до 222,4.

Закключение.

Проведенное исследование позволило выявить ряд статистически значимых различий в уровнях показателей заболеваемости и смертности городского и сельского населения Новосибирской области. Так, за 2002 – 2011 гг. уровень общей заболеваемости болезнями системы кровообращения городского населения на 51,2% превышает показатель сельского населения. При этом уровень первичной заболеваемости сельского населения за указанный период на 43,1% превышает показатель городского населения.

Данные результаты показывают, что деятельность учреждений здравоохранения в сельских районах не охватывает всей группы пациентов, страдающих болезнями системы кровообращения, и, как следствие, некоторая часть общей заболеваемости попросту не регистрируется, а соответственно, и не ведется работа по вторичной профилактике.

Среднегодовой уровень смертности сельского населения от болезней органов кровообращения на 17% выше, чем соответствующий показатель городского населения.

Данные различия не могут быть обусловлены только более высокой долей лиц старше трудоспособного возраста, проживающих в сельских районах. По нашему мнению, и в определенной мере совпадающими с данными других авторов, они связаны с недостаточным охватом медицинской помощью всей группы пациентов, страдающих болезнями системы кровообращения, а также низкой медицинской активностью сельского населения [2,12].

Для сельского населения характерны более высокие среднегодовые темпы роста общей и первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения (соответственно в 2,6 и 4, 2 раза). Неблагоприятной является динамика смертности сельского населения от болезней системы кровообращения. В течение периода наблюдения сохраняется высокий уровень смертности сельского населения, в то время как показатель городского населения имеет тенденцию к снижению.

В течение 2002 – 2011 гг. уровень общей и первичной заболеваемости городского населения злокачественными новообразованиями на 52,9% и 23,9% соответственно превышает аналогичные показатели сельского населения. Обращает на себя внимание то, что при этом статистически значимых различий среднегодовых уровней смертности от злокачественных новообразований сельского и городского населения за данный период не выявлено.

Более низкие показатели первичной и общей заболеваемости злокачественными новообразованиями в сельских районах по сравнению с показателями в городах при равном уровне смертности свидетельствуют, в первую очередь, о неудовлетворительной работе медицинских организаций в сельских районах по первичной и вторичной профилактике злокачественных новообразований, что по данным ряда авторов обусловлено необоснованным сокращением стандарта обязательных классических приемов исследования при проведении профилактических осмотров, недостаточной материально-технической базой и дефицитом медицинских кадров, а также поздней обращаемостью населения [3; 6; 14].

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости повышения эффективности мер по борьбе с болезнями системы кровообращения и злокачественными новообразованиями прежде всего в сельской местности. Учитывая имеющиеся ресурсы сельского здравоохранения, в сложившихся условиях амбулаторно-поликлинические учреждения следует рассматривать в качестве ведущего звена реализации системы первичной и вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний, раннего выявления данной патологии, санитарно-гигиенического воспитания сельского населения [4, 10, 12, 15].

Литература.

1. Бойцов С.А. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний. Рекомендации / С.А. Бойцов, А.Г. Чучалин, Г.П. Арутюнов. - М., 2013. - 136 с.

2. Дарьин А.В. Совершенствование планирования и организации медицинской помощи в сельском муниципальном образовании: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Дарьин. - М., 2010. - 31 с.

3. Диденко И.С. Особенности российской смертности от злокачественных новообразований и резервы сокращения предотвратимых потерь: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.С. Диденко - М., 2006. - 26 с.

4. Евдаков В.А. Медико-социальная и экономическая эффективность вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний: автореф. дис. ... док. мед. наук / В.А. Евдаков. - М., 1995. - 51 с.

5. Здравоохранение в России. Росстат. 2013. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b13_34/Main.htm (дата обращения 24.02.2015).

6. Макаров С.В. Оценка влияния ресурсного обеспечения лечебно-профилактических учреждений на эффективность раннего выявления злокачественных новообразований: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.В. Макаров. - М., 2008. - 24 с.

7. Масленикова Г.Я. Медицинский и социально-экономический ущерб, обусловленный курением табака в Российской Федерации: болезни системы кровообращения / Г.Я. Масленикова, Р.Г. Оганов // Профилактическая медицина. - 2011. - Т. 14. - № 3. - С. 19-27.

8. О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2012 годы)»: Постановление Правительства РФ № 280 от 10 мая 2007 года (ред. от 28.12.2012). URL: (дата обращения 10.06.2014).

9. Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих: Постановление Правительства РФ № 715 от 1 декабря 2004 года (ред. от 13.07.2012). URL: Олиферчук М.К. Организационные аспекты разработки и внедрения инновационных технологий профилактики социально значимых заболеваний: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.К. Олиферчук. - Кемерово, 2006. - 24 с.

10. Об утверждении государственной программы РФ «Развитие здравоохранения»: Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 года № 294. URL: (дата обращения 10.06.2014).

11. Розенфельд Л.Г. Медицинская активность населения, проживающего в сельской местности / Л.Г. Розенфельд, М.Г. Москвичева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2009. - №2. - С. 8-10.

12. Российский статистический ежегодник. Росстат. 2013. URL: (дата обращения 09.06.2014).

13. Шарапова М.В. Организация диагностики злокачественных новообразований в Самарской области и формы ее оптимизации: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.В. Шарапова. - Оренбург, 1999. - 24 с.

14. DeVita V. Two Hundred Years of Cancer Research / V. DeVita, S. Rosenberg // The New England Journal of Medicine. - 2012. - V. 366. - N. 23. - P. 2207-2214.

15. Ezzati M. Behavioral and dietary risks factors for noncommunicable diseases. / M. Ezzati [et al.] // The New England Journal of Medicine. - 2013. - V. 369. - N. 10. - P. 954-964.

М.А.Садовой^{1,2}, И.А.Кирилова¹, А.Ф.Гусев^{1,2}
**О ПРОБЛЕМАХ И ПЕРСПЕКТИВАХ РАЗВИТИЯ НАУЧНЫХ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ
ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, В СВЕТЕ СТРАТЕГИИ
РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ ДО 2030 ГОДА**

¹*Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии им.*

Я.Л.Цивьяна

²*Новосибирский государственный медицинский университет*

Аннотация. В статье приводится анализ наукометрических показателей государственных организаций России, занимающихся научными исследованиями в области травматологии, ортопедии и вертебрологии. Представлен библиометрический анализ некоторых профильных научных изданий. На основании положений Государственной программы Российской Федерации «Развитие науки и технологий» на 2013-2020 годы, Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации и «Стратегии развития медицинской науки на период до 2025 г.» предложены меры по оптимизации научно-исследовательской деятельности в области травматологии, ортопедии и вертебрологии.

М. А. Sadovoy^{1,2}, I. A. Kirilova¹, A. F. Gusev^{1,2}
**ABOUT THE PROBLEMS AND PROSPECTS OF
DEVELOPMENT OF SCIENTIFIC AND MEDICAL
ORGANIZATIONS ENGAGED IN APPLIED RESEARCH, IN
THE LIGHT OF THE STRATEGY OF DEVELOPMENT OF
HEALTH OF RUSSIA UNTIL 2030**

¹*Novosibirsk research Institute of traumatology and orthopedics named.
J. L. Ziviani*

²*Novosibirsk state medical University*

Abstract. The article provides an analysis of scientometric indicators of public organizations of Russia, engaged in scientific research in the field of traumatology, orthopedics and vertebrology. Presents bibliometric analysis of

some relevant scientific publications. Under the provisions of the State program of the Russian Federation “Development of science and technology” for 2013-2020, the State program of development of health of the Russian Federation and the “Strategy of development of medical science for the period up to 2025” proposed measures to streamline research activities in the field of traumatology, orthopedics and vertebrology.

Одобренный Общественным советом при Минздраве РФ проект «Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015-2030 гг.» ставит своей целью формирование Национальной системы здравоохранения, включающей все медицинские службы и организации, независимо от формы их собственности и ведомственной принадлежности, работающей в рамках единого нормативного и правового поля, а также единого государственного, экспертного и общественного контроля.

В проекте Стратегии определены приоритеты и основные направления развития здравоохранения, а также задачи, направленные на сохранение и укрепление здоровья граждан, повышение доступности и качества медицинской помощи, увеличение продолжительности жизни, снижение уровня смертности и рост рождаемости.

В числе приоритетов – развитие служб неотложной и скорой медицинской помощи, специализированной помощи, обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, создание единой государственной электронной информационной системы, ускорение инновационного развития отечественного здравоохранения.

Стратегия также предусматривает развитие государственно-частного партнерства и медицинских профессиональных некоммерческих организаций, расширение открытого диалога с гражданским обществом, развитие международных отношений в сфере охраны здоровья, в том числе повышение роли России в глобальном здравоохранении.

С учетом вышеуказанного, а также с учетом продолжающихся реформ в области здравоохранения и медицинской науки, а, следовательно, возрастающей конкуренции (что для многих организаций означает «борьбу за выживание»), перед медицинскими организациями разных звеньев стоят серьезные задачи на соответствие предъявляемым к ним высоким требованиям, которые все больше и больше ориентируются на лучшие зарубежные аналоги (клиники).

В этой связи особое значение приобретают перспективы развития научных медицинских организаций, подведомственных Минздраву РФ, осуществляющих прикладные исследования, одновременно являющихся научно-практическими, методическими и образовательными центрами на федеральном, региональном и местном уровнях здравоохранения.

При этом вполне очевидно, что перспективы указанных медицинских научных организаций будут зависеть от того, насколько они смогут соот-

ветствовать выработанной тактике и стратегии, определенной высшим звеном управления. И теперь все будет зависеть еще и от того, насколько подготовленными к таким «перспективам...» подошли коллективы указанных учреждений: включая все активы, которые могут потребоваться для решения амбициозных стратегических задач.

Не смотря на то, что это сильно напоминает известный принцип советского периода – догнать и перегнать любой ценой, – оказывается, что другого развития сценария и не предвидится. В то же время следует признать, что в настоящее время появились и новые дополнительные возможности, которых в прошлом не было.

Преодолевая пережитки прошлого (а они, к сожалению, все еще существуют и основательно засели в умах основной массы работников, представляющих собой по сути наставников для нынешнего поколения научных сотрудников), перед современными трудовыми коллективами сохранившихся НИИ по прежнему стоят задачи проведения НИР и НИОКР, к тому же в результате которых в сжатые сроки должны быть решены еще и сверхзадачи – достижение уровня проведения научных исследований высокоразвитых стран, «ускорение инновационного развития отечественного здравоохранения», обеспечение максимально возможного импортзамещения и т.д.

Насколько готовы медицинские научные организации к реализации поставленных задач? Ответ на этот вопрос неоднозначен для каждой отдельно взятой организации.

Однако опыт Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л.Цивьяна в этом случае может быть полезным.

Предлагаемые в ННИИТО им. Я.Л.Цивьяна решения поставленных задач основаны на системном подходе комплексного развития медицинской научной организации.

Новосибирский НИИТО им. Я.Л.Цивьяна в настоящее время находится на лидирующих позициях в России по оказанию специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи в области травматологии и ортопедии (более 12500 операций в год) и в частности – вертебрологии (). В институте оказывается практически весь спектр медицинской помощи при патологии позвоночника.

Для эффективного выполнения государственного задания на проведения научных исследований в научной организации любого профиля должна быть не только вся необходимая инфраструктура, но и должно быть сформировано соответствующее отношение персонала к науке не как факультативной (необязательной), а как облигаторной обязанности каждого (обязательной). С этой целью вполне оправдана необходимость внедрения эффективного контракта, как новой формы трудовых отношений, который должен быть сформирован с точки зрения решения поставленных перед каждым сотрудником клинических, научно-инновационных и организационно-

образовательных задач. Также как руководитель научной организации вступает в трудовые отношения с министром с позиций эффективного контракта, в котором 60 % – это показатели по научной деятельности. Точно также руководители подразделений научной организации переходят на заключение эффективного контракта с руководителем организации, а сотрудники подразделения – с их руководителем.

И.П. Салдан¹, В.Б. Колядо¹, С.И. Трибунский,¹
Е.В. Колядо¹, В.А. Лещенко,² В.Н. Карташев.¹

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИОННО- ЭКОНОМИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКОЙ

¹*Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул*

²*Диагностический центр Алтайского края, Барнаул*

Аннотация. Для повышения качества и эффективности медицинской помощи существенное значение имеет оснащение медицинских организаций (МО) медицинской техникой (МТ). В настоящее время по результатам реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ в МО проведено существенное обновление парка МТ. Наиболее эффективное применение МТ достигается при наличии системного подхода к решению задач по оптимизации процесса оказания медицинской помощи и взаимосвязанных с ним сопутствующих процессов.

I.P. Saldan¹, V.B. Kolyado¹, S.I. Tribunskiy,¹ E.V. Kolyado,¹
V.A. Leshenko,² V.N. Kartashov¹.

THEORETICAL BASIS OF ORGANIZATIONAL AND ECONOMIC SUPPORT OF MEDICAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL EQUIPMENT

¹*Altaysky State Medical University, Barnaul*

²*Diagnostic Center of the Altai Territory, Barnaul*

Abstract. To improve the quality and efficiency of health care is essential equipment of medical organizations (MO), medical technology (MT). Currently, according to the results of the priority national project «Health» and regional programs for modernizing healthcare in the Russian Federation Ministry of Defense held a significant renewal of the MT. The most effective use of MT achieved in the presence of a systematic approach to solving the optimization process of care and related processes associated with it.

Цель исследования. Проанализировать практические проблемы обеспечения медицинских организаций медицинской техникой и расходными материалами.

Результаты исследования. Проведенный нами анализ подтвердил - среднегодовой темп прироста российского рынка МТ за 2004 - 2011 годы составил 12,0%. В 2011 году на государственные закупки МТ израсходовано более 150 млрд. рублей. Одновременно с этим отечественное производство составило порядка 33 млрд. рублей (22,0%). Данный разрыв был покрыт за счет импорта зарубежного оборудования (78,0%). Российский рынок МТ в значительной степени зависит от импорта высокотехнологичного оборудования, поскольку коммерциализация отечественной продукции остается на низком уровне. Среднегодовой темп прироста импорта МТ за период 2006-2011 годы составил 23,6%. Следует отметить, что в странах с высоким уровнем здравоохранения доля поставок изделий медицинского назначения национальных производителей составляет не менее 60,0%. Наиболее значимыми и востребованными сегментами являются МТ с высокой степенью визуализации для кардиоваскулярной хирургии, а также оборудование для лабораторной диагностики. В Государственной программе РФ «Развитие здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. N 2511-р, основными направлениями реформирования здравоохранения определены: развитие новых технологий работы, включая выездные методы, развитие замещающих стационар технологий и организация системы неотложной медицинской помощи населению, модернизация скорой медицинской помощи, развитие системы оказания помощи при экстренных заболеваниях и состояниях, оказание высокотехнологичной специализированной медицинской помощи, что требует изменения системы обеспечения МО медицинской техникой. Для рационального и эффективного использования новых технологий целесообразна оптимальная организация лечебно-диагностического процесса и взаимодействие всех звеньев процесса, которые позволят эффективно использовать современную высокотехнологичную МТ. При существующей системе экономических отношений, характеризующихся конкуренцией на рынке оказания медицинских услуг, МО заинтересованы во внедрении нового оборудования, т.к. при этом повышается качество лечебно-диагностического процесса и расширяется спектр предоставляемых услуг. Современные медицинские технологии – это, как правило, сложные, трудоемкие процессы, требующие больших затрат на их освоение. Поэтому МО по степени оснащённости и сложности применяемого оборудования может быть поставлена в один ряд с производствами «высоких технологий», а по ответственности за результаты «технологического процесса» медицине нет равных, т.к. объектом «медицинских технологий» является человек, его здоровье и жизнь. При этом необходимо использовать только работоспособную, т.е. отвечающую всем основным техниче-

ским требованиям, МТ. Для наиболее сложной диагностической и терапевтической МТ характерны «скрытые отказы» – отклонения выходных параметров, которые могут быть выявлены только при инструментальном контроле. В настоящее время 80,0 — 90,0 % изделий и инструментов для новых медицинских технологий в РФ выпускается предприятиями малого и среднего бизнеса, которые в буквальном смысле слова «выживают», испытывая и налоговый прессинг, и все возрастающие отчисления на проведение сертификационных испытаний и согласований при создании новых изделий. Именно в этих предприятиях сосредоточилась значительная часть кадрового потенциала, в том числе кандидатов и докторов технических наук, способных создавать изделия МТ приближающихся по качеству к зарубежным аналогам, а зачастую и превосходящие их по техническим характеристикам. Около 800 предприятий малого бизнеса представляют огромный потенциал для обеспечения отечественной МТ новых медицинских технологий. Кроме того, большинством зарубежных фирм установлена монополия на ремонт поставляемой медицинской техники, что противоречит основным принципам рыночных отношений. Прежде чем приобретать МТ, МО нужно определить степень первоочередности и необходимости закупок. При этом целесообразно придерживаться следующих общих принципов: 1) отсутствие медицинского оборудования угрожает жизни пациента; 2) наличие оборудования повышает качество диагностики и лечения.

Также стоит принять во внимание, что потребности учреждения могут быть распределены на следующие группы (в порядке убывания их важности): 1) мелкое, недорогое оборудование, необходимое для ухода за пациентами; 2) замена вышедшего из строя крупного медицинского оборудования; 3) закупка ранее отсутствующего крупного оборудования для медицинского учреждения.

Поскольку при бюджетном финансировании или работе в системе ОМС МО не платят за централизованно поставляемое оборудование, то при прочих равных условиях для финансирующих органов наиболее эффективным будет наиболее дешевая МТ. В итоге вышестоящие органы, осуществляющие бюджетное финансирование, заинтересованы в покупке наиболее дешевой МТ, которое возможно требует очень больших затрат на поддержание его в работоспособном состоянии. Медицинские же организации, напротив, хотят сэкономить на текущем содержании и стремятся получить наиболее надёжную МТ, даже если она более дорогая. Искусство руководить МО состоит в умении найти баланс между этими группами, что позволит эффективно распределить ресурсы. Конечно, чем сложнее финансовое положение учреждения, тем труднее руководителю принимать управленческие решения. На этапе подготовки к закупке МТ целесообразно визировать все сопровождающие документы у специалиста по ремонту и обслуживанию МТ, руководителей соответствующих профильных структурных подразделений,

ответственных за формирование потребности учреждения в новом оборудовании. При размещении заказа на строительные-монтажные работы, частью которых является монтаж новой МТ, следует согласовывать все технические документы с инженером по медицинской технике. Если в процессе размещения госзаказа потребуются экспертные заключения, для его составления необходимо привлечь профильных специалистов. Желательно, чтобы в штате МО имелся юрист, в обязанности которого входило бы правовое сопровождение закупок. На приобретение МТ в больницах тратят от 5,0% до 20,0% консолидированного бюджета. В абсолютных цифрах в большинстве больниц на МТ расходуется от 0,1 до 15,0 млн. руб., но для закупки современного оборудования и обновления устаревшей техники этого недостаточно. При этом существующая модель финансирования закупок МТ, ведет к отсутствию у производителей продукции понимания в потребности системы здравоохранения страны даже на краткосрочную перспективу. Формирование в РФ нормативной правовой базы в сфере обращения отечественной и зарубежной МТ, гармонизированной с нормативной правовой базой экономически развитых стран мира, является актуальной проблемой современности и обуславливает необходимость решения следующих стратегических задач управления качеством МТ: 1) обеспечение прав, здоровья и необходимой защиты пациентов и медицинского персонала в процессе применения и технической эксплуатации медицинской техники; 2) создание условий для предотвращения поступления на внутренний рынок МТ, не соответствующей установленным требованиям безопасности, качества, эффективности; 3) обеспечение конкурентоспособности и признания отечественной продукции на внутреннем и внешнем рынках; 4) обеспечение медицинских учреждений современной медицинской техникой.

В числе приоритетных задач оснащения МО МТ, сохраняется необходимость развития системы непрерывного медицинского образования с участием профессиональных медицинских сообществ. Во-первых, согласно требованиям Европейского сообщества, компания – изготовитель МТ совместно с поставщиком несет солидарную ответственность за достоверную информацию о месте установки этого оборудования (лечебное учреждение → стационар (поликлиника) → лаборатория, операционный блок, отделение и т.п.). Тем самым создается система учета поставленной МТ и исключается «бесхозность» на объекте. Во-вторых, пуско-наладка МТ, ввод его в эксплуатацию и обучение персонала на месте установки проводятся специализированным и аттестованным техническим персоналом сервисной службы производителя или поставщика. В случаях возникновения технических проблем при эксплуатации МТ, МО должна иметь возможность незамедлительно обратиться не только к непосредственному поставщику данной МТ, но и его изготовителю. В-третьих, процесс обучения правильному выбору МТ, его комплектованию аксессуарами и расходными материалами охва-

тывает как персонал в больницах, поликлиниках, лабораториях, так и специалистов дилеров, предлагающих МТ для закупки на аукционах. Важным аспектом в подготовке специалистов и повышении их квалификации является разработка методических материалов для персонала МО, отвечающих за обеспечение оборота МТ в ЛПУ. При этом обучение кадров осуществляется по стандартам, имеющим чрезвычайно низкий уровень актуализации. Современные программы обучения не сформированы. Система профессионального образования в настоящий момент не предлагает рынку достаточное количество специалистов, знакомых с современной МТ и методами его применения.

Выводы. 1. В современных экономических и правовых условиях актуальной частью системы управления материально-техническими ресурсами МО стала деятельность по ресурсному обеспечению его технологических процессов, в том числе закупка МТ. 2. Основным инструментом ресурсного обеспечения является размещение государственных заказов для нужд МО и исполнение заключенных по итогам размещения государственного заказа контрактов. 3. Изучение проблемы подготовки специалистов по ресурсному обеспечению МО показало необходимость такой подготовки по двум основным направлениям. Первое — обучение правилам, реализации процедур закона о размещении заказов. Второе направление - подготовка специалистов по вопросам планирования потребности в материально-технических ресурсах.

И.П. Салдан¹, В.Б. Колядо¹, С.И. Трибунский,¹ Е.В. Колядо¹,
В.А. Лещенко², В.Н. Карташев¹

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ

¹Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

²КГБУЗ «Диагностический центр Алтайского края», Барнаул

Аннотация. Статья посвящена стратегии совершенствования системы оплаты труда работников государственных медицинских организаций, в основу, которой положен «эффективный» контракт, ориентированный на достижение конкретных показателей качества и количества. По мнению авторов, основой стратегии являются законодательные и нормативные правовые акты РФ. Особое внимание уделяется сохранению кадрового потенциала медицинских организаций, оценки качества и эффективности труда медицинских работников. Предложен алгоритм внедрения эффективного контракта в государственной медицинской организации.

I.P. Saldan¹, V.B. Kolyado¹, S.I. Tribunskiy,¹ E.V. Kolyado,¹

V.A. Leshenko,² V.N. Kartashov¹
**IMPROVEMENT OF REMUNERATION OF LABOUR I
N HEALTH CARE: EFFECTIVE CONTRACT**

¹*Altaysky State Medical University, Barnaul*
²*KGBUZ "Diagnostic Center of the Altai Territory", Barnaul*

Abstract. The article is devoted to the strategy of improving the system of remuneration of employees of the state medical organizations, the Foundation, which put the "effective" contract, focused on achieving specific indicators of quality and quantity. According to the authors, the basis of the strategy are legislative and normative legal acts of the Russian Federation. Special attention is paid to keep the personnel of medical institutions, assessing the quality and effectiveness of health care workers. An algorithm implementing an effective contract in the public health organization.

Переход бюджетных учреждений здравоохранения на так называемую *новую систему оплаты труда* был начат в 2008 году. Идея реформы состояла в отказе от изжившей себя единой тарифной сетки и введении более гибкой системы оплаты, которая давала бы возможность в значительной степени привязать заработок к результатам труда конкретного работника, дифференцируя, таким образом, зарплату внутри отдельных квалификационных групп. Она предполагала, что ограничения по зарабатыванию денежных средств будут сняты, и роль стимулирующих факторов будут играть компенсационные и стимулирующие выплаты. По факту же получилось, что алгоритмы начисления компенсационных и стимулирующих выплат оказались неконкретными, так как механизм их реализации определялся внутренним положением об оплате труда медицинской организации. Притом что основную роль в определении стимулирующих факторов играет администрация медицинской организации, суммы начислений компенсационных и стимулирующих выплат были непрозрачны и непонятны сотрудникам. Поэтому с целью повышения конкурентоспособности государства как работодателя на региональных рынках труда и сопоставимости стоимости труда в государственном, муниципальном и частном секторах экономики Правительством РФ принято распоряжение от 26.11.2012 N 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 годы».

Основными целями Программы являются:

- сохранение кадрового потенциала;
- повышение престижности и привлекательности работы в медицинской организации;
- обеспечение соответствия оплаты труда работников качеству оказания ими государственных услуг.

Что же нужно для выполнения этих целей?

- совершенствовать систему оплаты труда работников, ориентированную на достижение конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг;

- создать прозрачный механизм оплаты труда руководителей медицинских организаций;

- развивать потенциал сотрудников медицинских организаций;

- создавать организационные и правовые условия для достижения целевых показателей уровня средней заработной платы отдельных категорий работников, определенных Указом Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597.

11 июля 2012 г. на совещании по вопросу выполнения задач в сфере социальной политики, поставленных в указах, Президент РФ заявил: «Эффективный контракт» должен быть положен в основу программы поэтапного совершенствования оплаты труда в бюджетной сфере. Ее следует принять до 1 декабря текущего года». Эффективный контракт может быть реализован только в «эффективно управляемом учреждении» иначе эффективно работающий врач может стать заложником неэффективного менеджмента. Поэтому внедрение эффективного контракта в медицинской организации (МО) необходимо осуществлять на фоне проведения базовых мероприятий по повышению эффективности работы организации или после того, как данные мероприятия успешно проведены. В противном случае эффективный контракт не принесет практической пользы для решения задач организации, поставит под угрозу достижение целевых индикаторов Указов Президента РФ в части роста средней заработной платы всех категорий работников отрасли по отношению к средней заработной плате в субъекте РФ. Согласно приказу Министерства труда и социальной защиты РФ от 26 апреля 2013 года № 167н «Об утверждении рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта», *эффективный контракт* - это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки. Одним из первых направлений повышения оплаты труда рассматривается комплекс мер по повышению заработной платы за счет изменения подходов к индикаторам качества и результативности труда медицинских работников. В МО следует более активно участвовать в формировании данных подходов с разработкой конкретных оценочных показателей и предложением их для учета в формировании «стимулирующей» части заработной платы.

Трудовым законодательством (статья 144 Трудового кодекса РФ) определено, что системы оплаты труда определяются коллективными догово-

рами, соглашениями и локальными нормативными актами. Вместе с тем основной проблемой существующих систем оплаты труда в МО является отсутствие прозрачных целевых показателей и понятной для медицинских работников системы оценки качества их труда. В целях решения этой проблемы скоординировано построение системы оценки деятельности медицинских работников. В частности, органам исполнительной власти субъектов РФ поручено принять участие в реализации независимой системы оценки качества работы МО. Основанием для создания независимой системы оценки качества работы МО являются: 1). Указ Президента РФ от 07 мая 2012 года 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (подпункт «к» пункта 1): «... Правительству РФ совместно с общественными организациями до 01 апреля 2013 года обеспечить формирование независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, включая определение критериев эффективности работы таких организаций и введение публичных рейтингов их деятельности». 2). Послание Президента РФ Федеральному Собранию РФ от 12 декабря 2012 года «... Правительству Российской Федерации совместно с Администрацией Президента РФ подготовить с учетом передового мирового опыта предложения по созданию системы публичного мониторинга качества медицинского обслуживания, образовательных услуг, а также результатов научной деятельности. Срок – 01 апреля 2013 года» (перечень поручений по реализации Послания Президента Российской Федерации от 22 декабря 2012 года Пр-3410). Основные задачи независимой системы оценки качества работы МО: а) реализация пациентом права выбора МО и повышение удовлетворенности их работой; б) повышение качества и доступности медицинской помощи для населения; в) улучшение информированности потребителей о качестве работы МО; г) стимулирование повышения качества работы МО; д) оценка качества работы государственных МО и формирование рейтингов их деятельности. При оценке качества работы организаций, оказывающих медицинские услуги вводятся публичные рейтинги их деятельности. Минтруда России рекомендует руководствоваться для оценки качества работы организаций здравоохранения рядом критериев.

Проблемы эффективного контракта:

1. Дифференциация оплаты труда работников и связанное с этим недопользование.
2. Работники прекратят трудовые договоры по совместительству.
3. Сокращение работников, чтобы повысить уровень оплаты труда до заданного.
4. Отказ в приеме на работу молодых специалистов.
5. Недофинансирование других статей расходов, кроме оплаты труда.

Алгоритм внедрения эффективного контракта применительно к государственной медицинской организации.

1. Необходимые условия:
 - наличие договора с руководителем медицинской организации;
 - наличие в МО государственного (муниципального) задания и целевых показателей эффективности работы, утвержденных учредителем.
2. Руководитель медицинской организации:
 - издаёт приказ о внедрении в организации эффективного контракта;
 - создаёт комиссию или рабочую группу по организации работы, связанной с введением эффективного контракта. В состав комиссии (рабочей группы) должны входить представители работников в лице первичной профсоюзной организации.
3. В соответствии с организационно-правовыми действиями необходимо:
 - внести изменения в коллективный договор, по процедурам ст. 44 ТК РФ;
 - внести изменения в положение об оплате труда (ст. 135 ТК РФ), с учетом мнения профсоюзов или иного представительного органа работников (ст.372 ТК РФ), система оплаты труда, утвержденная работодателем в установленном порядке, должна учитывать различия в сложности выполняемой работы, а также количество и качество затраченного труда;
 - ознакомить работников МО под роспись, не позднее, чем за два месяца (ст.74 ТК РФ) с изменениями, внесенными в локальные нормативные акты по оплате труда;
 - внести изменения в должностные инструкции работников в части, касающейся новых трудовых функций, а также довести их до сведения работников под расписку;
 - подготовить дополнительные соглашения к трудовому договору;
 - с учетом отраслевой специфики, в трудовых договорах конкретизировать должностные обязанности работников (показатели и критерии оценки труда, условия оплаты труда).

И.П. Салдан¹, В.Б. Колядо¹, С.И. Трибунский¹,
И.М. Логиновская²

ОРГАНИЗАЦИОННО - ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ОСНОВНЫМИ ФОНДАМИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

¹*Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул*

²*Перинатальный центр (клинический) Алтайского края, Барнаул*

Аннотация. Качество оказания медицинской помощи, её доступность и безопасность напрямую связаны с важнейшим сегментом производствен-

ных систем, который участвует в процессе производства медицинских услуг, сохраняя при этом свою натуральную форму – основными производственными фондами (ОПФ) медицинской организации (МО). ОПФ являются важнейшим элементом ресурсов МО, формирующим технический уровень экономической деятельности и вооруженности медицинских работников средствами труда. К ОПФ, принадлежащим МО, относятся здания и сооружения, машины, оборудование и инвентарь. Ключевую роль в ОПФ имеет медицинское оборудование, нормы оснащения которым носят в основном рекомендательный характер и определяются чаще всего приказами МЗ РФ.

I.P.Saldan¹, V.B. Kolyado¹, S.I. Tribunskiy¹, I.M. Loginovskaya²
**ORGANIZATIONAL - ECONOMIC ASPECTS OF THE ASSET
MANAGEMENT IN MEDICAL INSTITUTIONS**

¹*Altaysky State Medical University, Barnaul*

²*Perinatal Center (CBC) Altai Territory, Barnaul*

Abstract. Quality of care, its availability and security are directly related to the most important segment of the production system, which is involved in the production of medical services, while maintaining its natural form - the basic production assets (CPA) of medical organizations (IOs). BPA is an essential element of Defense resources, forming the technical level of economic activity and armed healthcare workers with labor. By BPA belonging MO include buildings and structures, machinery, equipment and inventory. Key role in the BPA has medical equipment, equipment standards which are mainly advisory in nature and are determined mostly by orders of the MoH.

Цель исследования. Оценить состояние, динамику и эффективность использования основных фондов в медицинских организациях на фоне общештатных и региональных тенденций.

Результаты исследования. Базой для исследования использования ОПФ выбрано КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края» (КГБУЗ ПЦ(к)АК). В процессе выполнения работы осуществлен динамический анализ основных фондов за период с 2008 г. по 2012 г. Износ ОПФ КГБУЗ ПЦ(к)АК за этот период увеличился с 30,5% до 52,3%, а без их восстановления нельзя оказывать качественную медицинскую помощь и обеспечить равную доступность женщинам и детям Алтайского края. Основными факторами, способствующими укреплению и развитию материально-технической базы КГБУЗ ПЦ(к)АК за исследуемый период определены приоритетный национальный проект «Здоровье» и региональная программа модернизации здравоохранения, в рамках которых для учреждения закуплено новое медицинское оборудование на сумму – 64778,9 тыс. руб., проведён капитальный ремонт зданий и сооружений на сумму – 91000,00 тыс. руб., приобретён санитарный транспорт на сумму – 5000,00 тыс. руб. Проведенный

анализ за период с 2008 г. по 2012 г. показал, что среднегодовой темп прироста остаточной стоимости ОПФ в КГБУЗ ПЦ(к)АК составил 10,7%, в том числе машин и оборудования – 19,3%, транспортных средств – 123,2%, производственного инвентаря – 99,7%. При этом остаточная стоимость нежилых помещений ежегодно уменьшалась на 2,3%, это обусловлено тем, что последняя переоценка их стоимости проводилась в 2007 году.

Многочисленные исследования проблемы ОПФ учреждений здравоохранения показали, что в значительной степени уровень их состояния зависит от инфляционных процессов в стране. С целью установления направления и силы связи между стоимостью ОПФ КГБУЗ ПЦ(к)АК и инфляцией применялся метод ранговой корреляции Спирмена (rs). Между рассматриваемыми показателями установлена сильная (-0,7), обратная связь, что подтверждает прирост вложений финансовых средств при снижении уровня инфляции.

В процессе работы определено соотношение между активной и пассивной частями ОПФ, позволившее оценить степень прогрессивной направленности формирования медико-технологической структуры основных средств в КГБУЗ ПЦ(к)АК. За исследуемый период это соотношение увеличилось с 0,7 до 1,7, т. е. в 2008 году КГБУЗ ПЦ(к)АК имел достаточно низкий уровень технического оснащения, но в последующие годы отмечен рост уровня показателей, характеризующих состояние обеспеченности учреждения здравоохранения необходимой медицинской техникой и оборудованием. В структуре ОПФ удельный вес активной части (61,0%) превышает удельный вес пассивной части (35,0%), удельный вес прочих основных фондов равен 4,0%. При этом в соответствии с нормативными критериями удельных капитальных вложений расчетный показатель стоимости машин и оборудования для больничных учреждений составляет в среднем 32,4%, зданий – (64,0 – 65,0%), транспорта – 3,3% от общей стоимости ОПФ. Полученные показатели стоимости медицинского оборудования в КГБУЗ ПЦ(к)АК не соответствуют рекомендуемым структурным требованиям к удельным капитальным вложениям, но при этом они свидетельствуют о его достаточно высокой технической оснащенности. Относительно низкий уровень фондооснащенности в КГБУЗ ПЦ(к)АК связан с низкой стоимостью зданий и выраженным их износом, при этом за исследуемый период стоимость ОПФ на 1 кв. м. производственной площади увеличилась в 1,5 раза. Расчет стоимости ОПФ, приходящейся на 1 физическое лицо, работающее в КГБУЗ ПЦ(к)АК, в течение года, косвенно свидетельствует о возможности реализации качественных медицинских услуг и эффективности лечебно-диагностического процесса в целом. Выявлено, что фондовооруженность труда на 1 физическое лицо за исследуемый период увеличилась с 9052,1 руб. до 13608,0 руб., т. е. в 1,5 раза. Тенденция восполнения износа технического оснащения учреждений здравоохранения определяется также уровнем коэффициента обновле-

ния (отношение поступивших ОФ к их общей сумме на конец года) по сравнению с коэффициентом выбытия (отношение стоимости выбывшего медицинского оборудования к стоимости медицинского оборудования на начало периода), т. е. введение ОФ направлено на превышение их выбытия. Ориентирующий показатель ежегодного обновления активной части ОФ в среднем составляет 12–15% от их общей стоимости. Сопоставление двух коэффициентов – коэффициента обновления медицинского оборудования (КОМО) и коэффициента выбытия медицинского оборудования (КВМО) показывает, в какой мере в КГБУЗ ПЦ (к) АК происходит обновление основных средств, прежде всего медицинского оборудования, и насколько применяется современное медицинское оборудование. При расчете КОМО установлено, что он увеличился с 8,6% в 2008 году до 32,0% в 2012 году. Это свидетельствует о позитивной динамике обновления медицинского оборудования. В то же время коэффициент выбытия КВМО уменьшился с 7,2% в 2008 году до 6,4% в 2012 году, что свидетельствует о тенденции к накоплению старого медицинского оборудования в рамках данного лечебного учреждения и отсутствию достаточного развития технологического процесса.

На протяжении исследуемого периода основные объёмы медицинского оборудования поставлены за счёт централизованного закупа. Из представленных материалов видно, что расходы на приобретение медицинского оборудования в КГБУЗ ПЦ(к)АК выросли всего в 4,2 раза (при среднегодовом темпе прироста 43,2%), на приобретение расходных материалов и химвеществ – в 2,1 раза (при среднегодовом темпе прироста 20,8%). С учетом динамики потребительских цен и инфляции в РФ, безусловно, выделяемый объем средств на приобретение медицинского оборудования явно недостаточен т.к. парк медицинского оборудования характеризуется высокой степенью изношенности. По некоторым классам количество подлежащей списанию медицинской техники из-за высокой степени физической и моральной изношенности превышает 30,0%. За исследуемый период средств бюджета учреждения хватало только на то, чтобы решать текущие проблемы, т. е. закупать оборудование, которое либо вышло из строя и не подлежит замене, либо морально устарело до такой степени, что не отвечает современным требованиям. Выполненное сравнение расходов КГБУЗ ПЦ(к)АК на приобретение медикаментов и расходных материалов, с расходами на медицинское оборудование показало – на 1 руб., вложенный в медицинское оборудование, приходится 1 руб. на медикаменты и расходные материалы. Состояние и степень износа ОПФ и их составляющих (пассивной и активной части) свидетельствуют о наличии износа особенно активной части и подтверждает необходимость в планировании расходов для их обновления. Структура закупок от производителей медицинского оборудования, приобретённого КГБУЗ ПЦ(к)АК в 2012 г., была следующей: на долю импортного оборудования приходилось 73,8%, на долю отечественного – 26,2%. В течение из-

учаемого периода в структуре приобретаемого медицинского оборудования лидирующее место занимает диагностическое, лечебно-профилактическое оборудование и изделия медицинской техники для оснащения отделений реанимации и ультразвуковой диагностики. Относительно распределения денежных средств между структурными подразделениями учреждения, отмечена следующая тенденция – существенное увеличение финансовых расходов на отделение реанимации новорожденных (если в 2008 году удельный вес расходов на медицинское оборудование для данного структурного подразделения составил 6,6%, то к 2012 году этот показатель увеличился до 54,2%). Очень важным аспектом в системе эксплуатации медицинского оборудования является обеспечение его расходными медицинскими материалами. Поставка нового оборудования и выполнение необходимого объема работ по оказанию медицинской помощи посредством поставляемого оборудования требует больших дополнительных затрат на расходные материалы. И эти затраты могут быть не просто большими - в суммарном выражении они могут значительно превышать стоимость приобретаемого оборудования.

Как показали исследования затраты на расходные материалы по многим видам лабораторных исследований в расчете на 1 исследование в несколько раз выше стоимости амортизации. Следовательно, общая сумма затрат на расходные материалы в расчете на нормативный срок службы оборудования окажется в несколько раз больше, чем стоимость самого оборудования. Это обусловлено приобретением дорогостоящего диагностического оборудования, которое соответственно требует больших затрат на расходные материалы. Поэтому если медицинское учреждение закупает оборудование на свои средства, оно должно четко представлять - сможет ли оно обеспечить приобретение необходимого объема расходных материалов.

Выводы. 1. За период с 2004 г. по 2012 г. в КГБУЗ «ПЦ(к)АК» установлен достаточно высокий темп годового прироста и коэффициента обновления основных фондов в том числе его активной части. 2. Как показал проведенный анализ, КГБУЗ ПЦ(к)АК располагает широкой номенклатурой медицинского оборудования, позволяющей всесторонне обеспечивать выполнение лечебно-диагностических мероприятий высокого качества. 3. Повышению эффективности технического оснащения может способствовать прогнозирование потребности в медицинском оборудовании и расходных материалах. 4. Поэтому для обеспечения процесса медико-технического оснащения КГБУЗ ПЦ(к)АК целесообразно использовать методические подходы системного планирования.

С.В. Семёнова, Д.А. Кузнецов
**ИССЛЕДОВАНИЕ ТРАНЗАКЦИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ**

Рязанский государственный медицинский университет

Аннотация. Одним из комплексных показателей эффективности работы аптеки является величина среднего чека, он формирует основные экономические показатели фармацевтической организации: товарооборота, прибыли, рентабельности. Высокая его величина характеризует оптимальный ассортимент, привлекательную для потребителей ценовую политику, эффективность маркетинговых мероприятий. В настоящей статье представлен анализ динамики транзакций и величины среднего чека фармацевтической организации.

S.V.Semenova, D.A. Kuznetsov.
**STUDY OF THE TRANSACTIONS OF THE PHARMACEUTICAL
ORGANIZATION**

Ryazan state medical university

Abstract. A comprehensive performance indicators pharmacy is the value of the average check, it forms the main economic indicators of the pharmaceutical company: turnover, profit and profitability. Its high value characterizes the optimum range, an attractive consumer price policy, the effectiveness of marketing activities. This paper presents an analysis of the dynamics of the transaction and the value of the average check pharmaceutical organization.

Целью нашего исследования являлось изучение транзакций, а именно одного из его показателей – среднего чека.

Одним из комплексных индексов эффективности работы аптеки является величина среднего чека, он формирует основные экономические показатели фармацевтической организации: товарооборота, прибыли, рентабельности. Высокая его величина характеризует оптимальный ассортимент, привлекательную для потребителей ценовую политику, эффективность маркетинговых мероприятий.

На величину среднего чека влияют следующие факторы:

1. расположение аптечной организации: близость аптек-конкурентов, величина автомобильного и транспортного потока, наличие неконкурирующих организаций (продовольственных магазинов, крупных торговых центров, лечебно-профилактических учреждений, промышленных предприятий (фабрик, заводов);
2. ценовая политика (применение различных программ лояльности);
3. уровень дохода покупателей;
4. оформление торгового зала, выкладка товара, ассортимент сопутствующих товаров;

5. качество обслуживания покупателей.

Изучение динамики среднего чека необходимо для:

- оценки влияния внешних факторов (открытие новых аптек по соседству, магазинов);
- оценки конкурентоспособности фармацевтической организации;
- организации программ лояльности (накопительные скидки, бонусы, скидки по дням недели, подарочные сертификаты);
- определение условий выдачи дисконтных карт.

Изучение структуры среднего чека позволяет грамотно управлять ассортиментом, планировать товарные запасы.

На основе данных, предоставленной аптекой за 2011 и 2012 годы нами был проведен анализ динамики среднего чека по месяцам и дням недели.

Исследуемая аптечная организация расположена в центре города рядом с крупным транспортным узлом на остановке и небольшими магазинами.

Результаты анализа величины среднего чека по месяцам представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Средний чек и среднее количество транзакций

Месяц	2011 год		2012	
	Средний чек	Среднее количество транзакций	Средний чек	Среднее количество транзакций
январь	152,75	491	183,56	469
февраль	160,07	503	184,04	485
март	159,86	497	197,73	503
апрель	155,64	502	189,54	483
май	152,03	480	191,71	450
июнь	157,99	455	197,3	416
июль	155,71	423	194,94	402
август	153,84	457	196,41	400
сентябрь	159,96	507	196,46	449
октябрь	165,86	523	202,32	441
ноябрь	163,10	544	205,32	461
декабрь	183,31	490	225,00	398

Из данных таблицы видно, что сумма среднего чека повышается в ноябре-декабре, это связано с пиком заболеваемости населения гриппом и ОРВИ. Понижение среднего чека в январе и в период с мая по август связано с периодом выходных и отпусков.

При анализе динамики среднего чека по дням недели были выявлены различия в зависимости от времени года (таблицы 2 и 3). Так в зимние месяцы средний чек был наиболее высоким в субботу, в весной и летом – в будние дни: пятницу и понедельник, осенью – в среду и субботу.

Таблица 2.

Величина среднего чека по дням недели: В 2011 году

Месяц	поне- дельник	втор- ник	среда	четверг	пятни- ца	суббо- та	воскре- сенье
январь	148,63	148,51	157,1	162,65	155,41	149,47	149,35
февраль	174,06	166,14	153,21	156,48	156,35	173,14	141,12
март	164,13	148,66	159,31	167,84	164,99	160,82	154,21
апрель	162,2	156,96	159,3	159,33	157,64	155,36	138,27
май	136,36	152,46	161,27	171,56	157,17	153,12	139,27
июнь	159,3	169,55	161,39	160,77	159,34	148,98	145,07
июль	149,06	169,54	160,73	162,75	159,34	155,95	136,45
август	145,88	159,39	162,71	151,5	154,19	144,21	157,41
сентябрь	159,19	161,3	156,73	160,43	161,55	161,71	158,29
октябрь	165,91	177,75	169,98	161,02	161,6	173,16	152,98
ноябрь	165,77	153,87	178,45	165,29	158,27	165,89	152,6
декабрь	179,78	185,81	186,8	183,47	190,78	186,35	167,55

Таблица 3.

Величина среднего чека по дням недели в 2012

Месяц	поне- дельник	втор- ник	среда	четверг	пятница	суббота	воскре- сенье
январь	190,1	178,01	199,94	172,89	195,81	186,67	165,73
февраль	172,65	193,56	187,42	180,42	185,13	188,12	180,12
март	192,54	194,26	195,87	207,72	196,35	199,09	195,75
апрель	186	193,69	198,68	197,48	191,11	186,69	177,1
май	177,84	183,97	192,17	191,86	204,82	200,25	192,83
июнь	196,48	185,96	200,43	187,09	225,54	186,84	194,34
июль	187,46	199,41	207,69	205,65	203,33	181,57	183,16
август	195,09	193,14	190,14	194,56	202,27	204,95	195,28
сентябрь	186,14	201,58	193,29	196,98	217,72	201,49	180,73
октябрь	194,55	199,5	214,82	195,89	201,89	212,98	196,14
ноябрь	195,93	196,97	207,97	196,42	214,47	222,74	200,48
декабрь	217,19	218,84	215,57	228,37	234,53	239,8	220,13

На следующем этапе был проведен анализ среднего количества транзакций в 2011 и 2012 годах (таблица 1).

Из приведенных данных видно, что количество транзакций в 2012 году уменьшилось по сравнению с прошлым годом, что может быть связано с открытием новых аптек. Для увеличения количества чеков необходимо раз-

работать программы лояльности: скидки по дням недели, в зависимости от времени года в периоды наименьшей активности покупателей.

Выводы: для перераспределения потоков покупателей, оценки стимулирования покупок, привлечения новых покупателей, дополнительного увеличения товарооборота необходимо проводить ежемесячный анализ динамики транзакций и величины среднего чека.

Литература.

1. Лысак Ю., Кунда Е. Анализ структуры чеков в аптеке Электрон.дан. – Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/7187>

2. Семенова С. В. Изучение мнения потребителей об аптечных организациях г. Тамбова с использованием элементов аудита маркетинга/ С. В. Семенова, Д.А. Кузнецов//Сб. науч. тр. Пятигорской ГФА «Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции». – Пятигорск, 2014. – Вып.69. – с. 465-468.

М.П. Сташкевич

ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. Главная задача на ближайшее время в сфере здравоохранения – повысить качество государственных и муниципальных услуг в здравоохранении. Важным шагом для реализации этой задачи является переход от сметного финансирования учреждений и введение новой системы оплаты труда - «эффективный контракт», который должен четко определять условия оплаты труда и «социальный пакет» работника. Применение эффективного контракта призвано повысить конкурентоспособность государства как работодателя на региональных рынках труда и увеличить приток кадров в отрасль.

M. P. Stashkevich

EFFECTIVE CONTRACT AS A TOOL TO IMPROVE THE QUALITY OF PUBLIC SERVICES IN HEALTH CARE

Novosibirsk state medical University

Abstract. The main task for the near future in health care is to improve the quality of public and municipal services in health care is an important step for the implementation of this task is to move from an estimate of funding agencies and the introduction of a new pay system-“effective contract”, which should clearly define the conditions of remuneration and benefits package “employee.

Application of effective contract is intended to enhance the competitiveness of the State as employer to the regional labour markets and increase the flow of human resources in the industry.

В менеджменте современных медицинских организаций требуется научно-практическое обоснование связи проводимых преобразований с инновациями в кадровой политике. Особое место в системе кадровых преобразований занимают вопросы оплаты труда, перевод работников на эффективный контракт, совершенствование стимулирующих критериев оплаты труда в ЛПУ.

На региональном уровне первоочередными мерами укрепления кадров в здравоохранения являются значительное повышение заработной платы медработников (для врачей – до 200%, для средних медработников – до 100% от средней заработной платы по субъекту РФ) и меры по их социальной поддержке. Именно такие мероприятия можно рассматривать как действенные «инвестиции» в охрану здоровья населения региона.

Для реализации данной задачи, в целях сохранения кадрового потенциала, повышения престижности и привлекательности профессий в бюджетном секторе экономики Распоряжением Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р была утверждена Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 годы (далее Программа), в соответствии с которой осуществляется переход от сметного финансирования учреждений и введение новой системы оплаты – «эффективный контракт», который должен четко определять условия оплаты труда и «социальный пакет» работника в зависимости от качества и количества выполняемой им работы.

Эффективный контракт - это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки.

Условия осуществления выплат стимулирующего и компенсационного характера, а также предоставления социальной поддержки необходимо изложить в форме, понятной работнику учреждения и работодателю и исключающей неоднозначное толкование данных условий. При этом не рекомендуется ограничиваться только ссылками на локальные нормативные акты, содержащие нормы, регулирующие вопросы осуществления выплат стимулирующего и компенсационного характера.

Разработка показателей и критериев эффективности работы должна осуществляться с учетом следующих принципов:

а) объективность – размер вознаграждения работника должен определяться на основе объективной оценки результатов его труда, а также за достижение коллективных результатов труда;

б) предсказуемость – работник должен знать, какое вознаграждение он получит в зависимости от результатов своего труда, а также за достижение коллективных результатов труда;

в) адекватность – вознаграждение должно быть адекватно трудовому вкладу каждого работника в результат коллективного труда;

г) своевременность – вознаграждение должно следовать за достижением результатов;

д) прозрачность – правила определения вознаграждения должны быть понятны каждому работнику.

Критерии оценки деятельности работников должны:

- учитывать наличие различных профессионально-квалификационных групп и занимаемую должность;

- отражать специфику вида и профиля деятельности медицинского персонала; быть информативными;

- быть информативными;

- быть конкретными, не допускающими противоречивых интерпретаций.

Условия осуществления стимулирующих и компенсационных выплат необходимо конкретизировать применительно к данному работнику учреждения

Но при разработке показателей и критериев эффективности работы возникают некоторые проблемы. Неясно, что считать результатом труда, как измерять результат, по каким параметрам.

С введением эффективного контракта возможны и иные сложности - есть вероятность, что многие будут работать на то, чтобы «нарисовать» хороший показатель, а не выполнять работу качественно. Сложно будет и измерить результаты, достигнутые конкретным работником, потому что в учреждениях здравоохранения результат, как правило, является коллективным – в лечении пациента участвуют специалисты нескольких специальностей.

О.В. Стрельченко¹, В.М. Чернышев¹, И.Ф. Мингазов²,
Э.В. Герасимова², В.В. Летягина³, В.Г. Семёнова³
**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И
СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
НОВООБРАЗОВАНИЙ**

*¹Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России,
Новосибирск*

²Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области

³Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В данной статье авторы дают обобщенную характеристику ситуации по онкологической заболеваемости и смертности населения, как в Российской Федерации, так и в Новосибирской области. Уровень злокачественных новообразований в Новосибирской области стабильно превышает среднероссийские показатели, а уровень смертности населения остается ниже среднероссийских значений. Главными проблемами онкологии остаются: дефицит кадров в службе, позднее выявление болезни, отсутствие необходимых лекарств и недостаточной внедрение современной техники и технологий. Необходима комплексная система, направленная на профилактику злокачественных новообразований.

O. V. Strelchenko¹, V. M. Chernyshev¹, I. F. Mingazov²,
E. V. Gerasimova², V.V. Letyagina³, V.G. Semenova³
SOMEASPECTSOFMORBIDITYANDMORTALITYFROMMALIGNANTNEOPLASMS

¹*FBUS "Siberian regional medical center FMBA of Russia"¹,
Novosibirsk*

²*Center of hygiene and epidemiology in the Novosibirsk region*
³*Novosibirsk state medical University*

Abstract. In this article, the authors give a generalized overview of the situation on cancer incidence and mortality, both in the Russian Federation and in the Novosibirsk region. The level of malignant neoplasms in the Novosibirsk region consistently exceeds the national average, and the mortality rate remains below the national average values. The main Oncology problems remain: the lack of personnel in service, late detection of the disease, the lack of essential drugs and the lack of implementation of modern techniques and technologies. A comprehensive system aimed at the prevention of cancer.

По данным Всемирной организации здравоохранения число новых случаев злокачественных новообразований в мире увеличилось с 12,7 млн новых случаев в 2008 году до 14,1 млн в 2012 году, а в ближайшие 20 лет может увеличиться еще на 70% и достигнуть отметки в 25 млн случаев в год. Всего в мире в 2012 году от злокачественных новообразований умерли 8,2 млн человек. В Российской Федерации в 2013 г. выявлено 535837 больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, а показатель первичной онкозаболеваемости составил 373,8 на 100000 населения (по Новосибирской области -421,2). На конец 2013 г. в онкологических учреждениях России состояли на учете 3098855 больных (2012 г. - 2995566). Ведущими злокачественными новообразованиями в РФ остаются опухоли кожи 14,0 % (в Новосибирской области 14,0%), молочной железы 11,4% (в Новосибирской области 11,5%), трахеи, бронхов, легкого 10,5% (в Новосибирской области 11,8%) и желудка (7,0%). В 2013 году в РФ у 25,6% злокачественных новообразований были диагностированы в I стадии заболевания

ния (2012 г. – 25,1%), 25,2% – во II стадии (2012 г. – 25,3%), 21,2% – в III стадии (2012 г. – 21,5%), 21,1% – в IV стадии (2012 г. – 21,2%). Доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза составила 25,3% (2012 год – 26,1%).

Смертность населения Российской Федерации от Новообразований (293636 человек) в 2014 году снизилась и составила 201,1 на 100000 населения (рис.1).

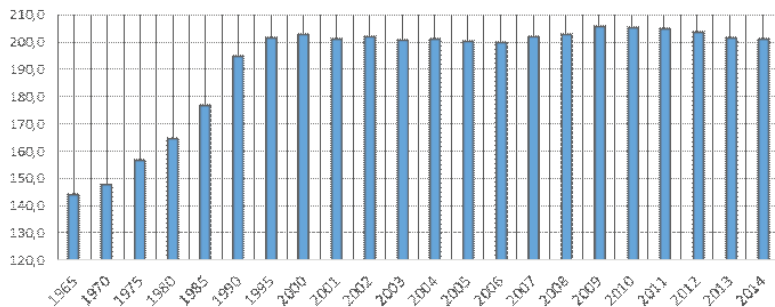


Рис. 1. Динамика смертности населения Российской Федерации от Новообразований (показатель на 100000 населения, по данным Росстата)

Смертность населения Российской Федерации от Новообразований в трудоспособном возрасте продолжает снижаться и составила 81,9 на 100000 лиц трудоспособного возраста (рис.2).

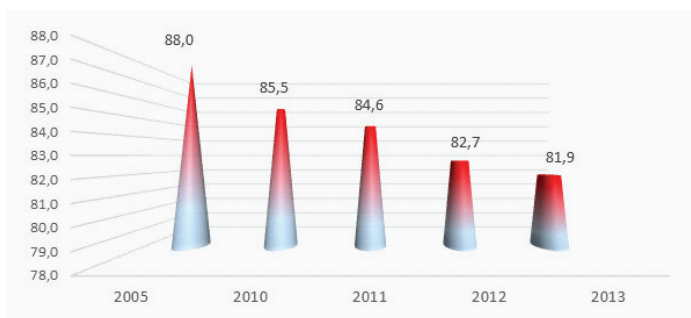


Рис. 2. Динамика смертность населения РФ в трудоспособном возрасте от Новообразований на 100000 лиц трудоспособного возраста

В Новосибирской области (по данным Новосибирскстата) смертность населения от Новообразований (5433 человек) в 2014 году возросла (2013 г. – 5212) и составила 198,8 на 100000 населения (2013 г. – 192,3) (рис.3).

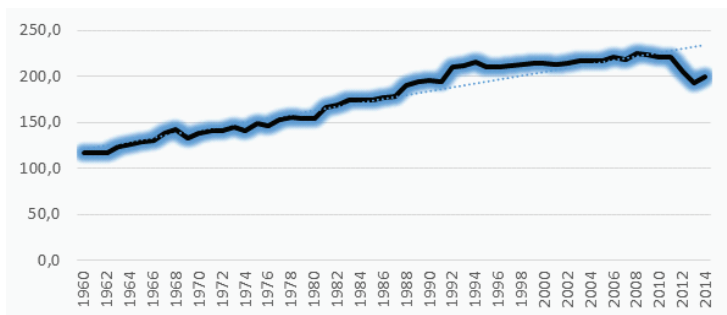


Рис. 3. Смертность от Новообразований в Новосибирской области (на 100000 населения)

Для населения Новосибирской области (по данным Новосибирскстата) в 2014 году новообразования стали причиной смерти 14,9 % от общего числа умерших (с максимальным значением в 1967 г. – 19,2% и минимальным значением в 1994 г. – 13,7%) (рис.4).

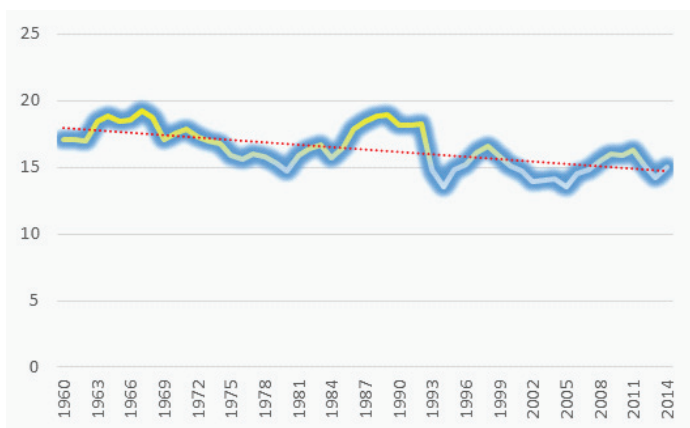


Рис. 4. Динамика доли онкологической смертности населения Новосибирской области от общей смертности

По данным Новосибирскстата почти 99% умерших от новообразований составляет смертность населения от злокачественных новообразований. Среди умерших от злокачественных новообразований в Новосибирской области мужчины составляют чуть более 50% (по РФ в 2013 г. – 53,1%). Средний возраст умерших от злокачественных новообразований в Новосибирской области составил 66,8 лет в 2013 году (в РФ – 68,5 года). В 2013 году наибольшее количество выявленных злокачественных новообразований пришлось на возрастную группу 60-64 года (рис.5).

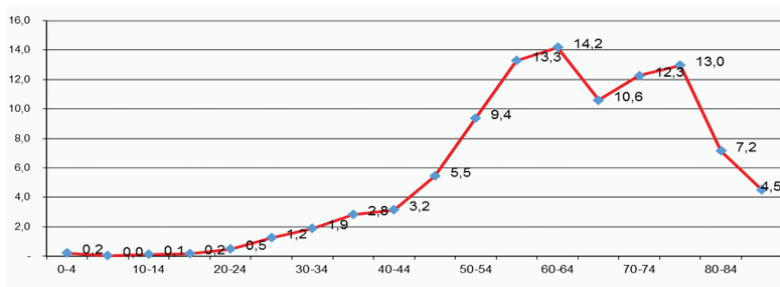


Рис.5. Структура (%) злокачественных новообразований по возрастным группам в Новосибирской области в 2013 году (форма 7 МЗ НСО за 2013год)

Главными проблемами онкологии остаются: дефицит кадров в службе, позднее выявление болезни, отсутствие необходимых лекарств и недостаточной внедрение современной техники и технологий.

Необходима комплексная система, направленная на профилактику злокачественных новообразований (улучшение экологии, снижение потребления табака, снижение употребления алкоголя, увеличение физической активности и снижения потребления пищи, подвергнутой интенсивной переработке) и необходимо уделять еще больше внимания более раннему обнаружению злокачественных новообразований.

О.В. Стрельченко¹, В.М. Чернышев¹, И.Ф. Мингазов², Э.В. Герасимова², В.В. Летягина³, В.Г. Семенова³

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИКИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

¹Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России»,
Новосибирск

²Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области

³Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. Одним из главных профилактических мер для решения медико-демографических проблем и улучшения качества жизни населения во многих развитых странах явилось значительное увеличение среднедушевых затрат на здравоохранение, экологию, медицинские исследования, инновации в средства диагностики, лечения и профилактики заболе-

ваний. Большое внимание в этих профилактических программах уделялось здоровому образу жизни, моде на хорошее здоровье, политика социально-экономической заинтересованности в укреплении здоровья, в результате чего многим развитым странам удалось снизить уровень смертности, а ожидаемая продолжительность жизни стала значительно выше.

O. V. Strelchenko¹, V. M. Chernyshev¹, I. F. Mingazov²,
E. V. Gerasimova², V.V. Letyagina³, V.G.Semenova³

SOME ASPECTS OF THE DYNAMICS OF LIFE EXPECTANCY OF THE POPULATION OF THE SIBERIAN FEDERAL DISTRICT

*¹FGBUZ “Siberian regional medical center FMBA of Russia”,
Novosibirsk*

*²FBUZ “Center of hygiene and epidemiology in the Novosibirsk region”
³Novosibirsk state medical University*

Abstract. One of the main preventive measures for solving demographic problems and improve the quality of life of the population in many developed countries was a significant increase in the per capita cost of health care, the environment, medical research, innovations in diagnostics, treatment and prevention of diseases. The average life expectancy in the SFD in 2013 amounted to 68,63 year, which is lower than the Russian average of 2 years and 14.4 years less than in Japan. The territories with the highest level of life expectancy in the SFD are: Tomsk region 70,33 year, Novosibirsk region - 70,19 years; Altai - 69,77 year, Omsk region - 69,74 year and Krasnoyarsk Krai - 69,06 year.

По статистическим данным на 2012 год в двух странах Мира (Япония и Гонконг) средняя ожидаемая продолжительность жизни уже больше 83 лет, в 4-х более 82 лет и в 21 стране более 80 лет. В соответствии с данными в Российской Федерации средняя ожидаемая продолжительность жизни находится на 124 месте среди 194 стран. В Российской Федерации средняя ожидаемая продолжительность жизни на 14,5 лет меньше чем в Японии и на 11 лет больше, чем в Сьерра-Леоне.

Сегодня через показатель ожидаемой продолжительности жизни идет интегральная оценка качества и уровня жизни населения регионов.

Динамика уровня средней ожидаемой продолжительности жизни в Российской Федерации за 1990 – 2013 г.г. (всего, лет) показывает постепенное снижение показателя к 1994 году и рост показателя начиная с 2006 года (рис.1).

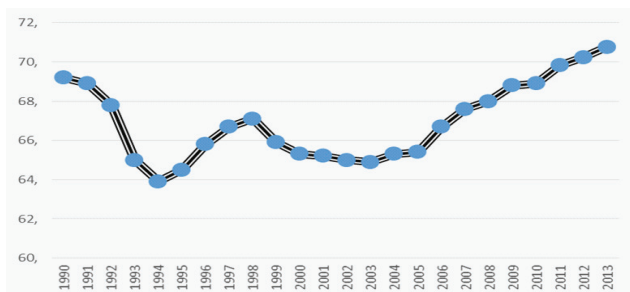


Рис. 1. Динамика показателя ожидаемой продолжительности жизни по Российской Федерации за 1990 – 2013 г.г. (всего лет, по данным Росстата)

Таблица 1.

Средняя ожидаемая продолжительность жизни

Территория	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Российская Федерация	66,1	66,7	67,2	67,7	68,2	68,5	68,8	69,1	70,7
Сибирский Федеральный округ	62,7	64,6	65,7	66,1	66,9	67,1	67,72	67,99	68,63
Новосибирская область	65,1	66,4	67,5	68,1	69	69,3	69,68	69,72	70,19

Динамика уровня средней ожидаемой продолжительности жизни в СФО повторяет среднероссийские тенденции но на более низком уровне. Показатель средней ожидаемой продолжительности жизни в СФО в 2013 году составил 68,63 года, что ниже среднероссийского показателя на 2,07 года (рис.2) и на 14,4 года меньше чем в Японии.

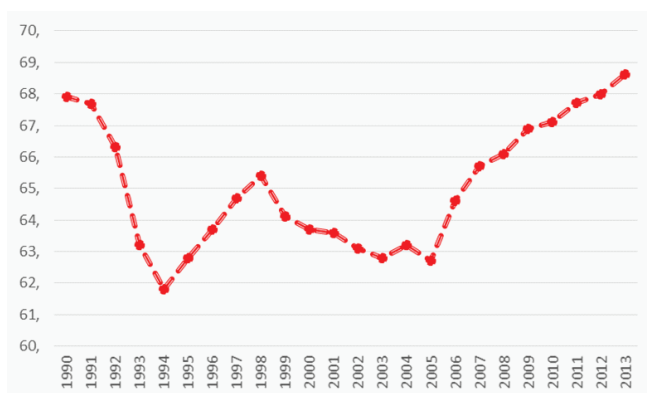


Рис. 2 Динамика показателя ожидаемой продолжительности жизни

По Сибирскому Федеральному округу за 1990 – 2013 г.г. (всего, лет)

К территориям с наибольшим уровнем показателя ожидаемой продолжительностью жизни в СФО относятся: Томская область 70,33 года, Новосибирская область - 70,19 лет (рис.3); Алтайский край – 69,77 года, Омская область – 69,74 года и Красноярский край – 69,06 года.

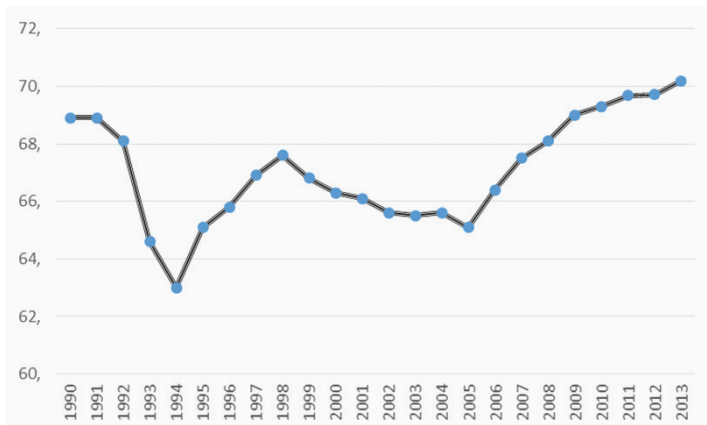


Рис. 3. Динамика показателя ожидаемой продолжительности жизни в Новосибирской области (всего, лет).

Среди регионов СФО с наименьшим показателем ожидаемой продолжительностью жизни в 2013 года остается Республика Тыва – 61,79 лет, что меньше чем в среднем по СФО на 6,84 года и меньше чем в среднем по Российской Федерации на 8,91 года, и на 21,21 года меньше, чем в Японии.

Выводы

1. В Сибирском федеральном округе уровень ожидаемой продолжительности жизни населения в СФО уступает среднероссийским показателям в среднем на 2 года.

2. Медико-демографическая ситуация по Сибирскому федеральному округу в последние годы имеет тенденцию к улучшению: произошло увеличение рождаемости населения; зарегистрирован естественный прирост населения и как следствие повысился показатель ожидаемой продолжительностью жизни.

3. Уровень ожидаемой продолжительности жизни в СФО вырос выше уровня 1990 г.г.

4. Для повышения качества жизни населения Сибири необходимы значительные инвестиции в опережающее социально-экономическое развитие Сибирского федерального округа.

5. Для улучшения качества жизни населения регионов СФО необходимо продолжать политику, направленную на повышение социально-

экономического уровня жизни населения, на улучшение санитарно-гигиенического состояния среды проживания, развивать курс, направленный на стимулирование здорового образа жизни населения и повышение качества здравоохранения.

Литература

1. Лещенко Я.А. Проблемы социально-демографического развития России // Проблемы прогнозирования. 2010. №6. С. 94-102

2. И. Ф. Мингазов, О.В., Стрельченко, В.М. Чернышев, Э.В. Герасимова, В.Г. Семенова О тенденциях продолжительности жизни населения Сибирского федерального округа. Казначеевские чтения» №3, 2013. Сборник научных трудов участников Всероссийской научно-практической конференции «Пути становления здоровья народов Сибири» - М: «Перспектива», 2014 г. стр.83-107.

3. Стрельченко О.В., Чернышев В.М., Мингазов И.Ф., Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в Сибирском федеральном округе, как важнейший критерий оценки качества жизни населения. Научные труды ФГБУЗ «Сибирского окружного медицинского центра Федерального медико-биологического агентства»/ Том 2/ Под общей редакцией О.В. Стрельченко – Новосибирск: ЗАО ИПП «Офсет», 2013. с.47 – 53

4. О.В.Стрельченко, В.М.Чернышев, И.Ф.Мингазов, Э.В.Герасимова, В.Г. Семенова Оценка качества жизни населения Сибирского Федерального округа через показатель ожидаемой продолжительности жизни. Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Основные проблемы охраны окружающей среды и обеспечения благополучия населения в Сибирском Федеральном округе, перспективы их решения» 18-19 сентября 2013, г.Горно-Алтайск, стр. 110-113.

5. Мингазов И. Ф., Круглова Э.В., Иванова Л.К., Юсупова К.Г., Семенова В.Г. «Региональные аспекты показателя ожидаемой продолжительности предстоящей жизни в Сибирском федеральном округе» Материалы пленарного заседания VII Форума «Здоровье нации – основа процветания России. Государственная демографическая политика» 14-17 сентября 2011, г.Москва, стр. 77-79.

6. Развитие человеческого потенциала Сибири: проблемы социального воспроизводства регионального сообщества: монография / Я. А. Лещенко [и др.]; отв. ред. Я. А. Лещенко, науч.ред. О. А. Кармадонов. Иркутск: Изд-во ИГУ, 2013.

7. Лещенко Я.А. Кризис в общественном здоровье и социально-демографическом развитии: главные проявления, причины, условия преодоления. 2-е изд., переработ. и доп. Иркутск: РИО ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, 2006. 276 с.

Н.Л. Труфанова, Е.Л. Потеряева
**РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ,
ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ
ОСМОТРОВ ВРАЧЕЙ**

Новосибирский НИИ Гигиены Роспотребнадзора

Аннотация. Приведены данные экспертной оценки здоровья врачей как профессиональной группы, являющиеся результатом комплексного социально – гигиенического исследования здоровья врачей Новосибирской областной клинической больницы. Исследование проведено на базе Новосибирского областного центра профпатологии в 2014 году. Дана оценка уровню здоровья врачей как профессиональной группы и высказаны предложения по совершенствованию медицинского обслуживания врачей, профилактических и организационных мероприятиях.

N.L. Trufanova, E.L. Poteryaeva
**THE RESULTS OF EXPERT ESTIMATION OF HEALTH,
ORGANIZATION MEDICAL CARE AND THE EFFECTIVENESS
OF THE MEDICAL INSPECTION OF THE DOCTERS**

Novosibirsk Institute of Hygiene Rospotrebnadzor

Abstract. The data includes expert estimation of health of the doctors as a professional group, which is the result of complex socio - hygienic research of Novosibirsk regional clinical hospital doctors's health. The research was conducted in 2014 on the basis of the Novosibirsk regional center of professional pathology. It assesses the level of health condition of doctors as a professional group and gives suggestions for improvement of medical service for physicians and other preventive and organizational measures.

Изучение состояния здоровья медицинских работников в нашей стране осуществляется с 1922 года, когда по Постановлению правительства при профсоюзе «Медсантруд» было организовано научно-консультативное бюро по изучению профессиональных вредностей медицинского труда. Уже тогда было установлено, что показатели здоровья и заболеваемости медицинских работников зависят от характера и выраженности профессиональных вредностей.

В последние десятилетия показатели состояния здоровья и продолжительности жизни медицинских работников отодвинулись от среднестатистических в неблагоприятную сторону. Вышеперечисленные факторы в совокупности определяют значительно меньшую продолжительность жизни врачей, по сравнению с пациентами, сокращая ее на 10—20 лет. Все это ставит на повестку дня проблему разработки разносторонних мер по улучшению условий труда и быта данной категории специалистов.

С целью изучения и обоснования мер по улучшению условий труда и организации медицинской помощи врачам было изучено экспертное мнe-

ние специалистов. В качестве экспертов выступили врачи-профпатологи Областного центра профпатологии г. Новосибирска (24человека), которые ежегодно участвуют в проведении ПМО, а также проводят экспертизу связи заболевания с профессией. Среди них были следующие специалисты: терапевт, хирург, невролог, оториноларинголог, офтальмолог.

Стаж работы врачей по данной специальности: от 5 до 10 лет у $4,2\% \pm 4,08\%$, 11 – 15 лет – у $20,8\% \pm 8,29\%$, 16 – 20 – у $4,2\% \pm 4,08\%$ и стаж работы более 20 лет у $70,8\% \pm 9,27\%$ из числа опрошенных врачей. Среди опрошенных экспертов доктора медицинских наук $8,3\%$, кандидаты медицинских наук $37,5\%$. Врачи-профпатологи, выступившие в качестве экспертов, имеют высшую квалификационную категорию $83,3\%$ от общего числа анкетированных, $16,7\%$ имеют первую квалификационную категорию. Среди анкетированных врачей $41,6\% \pm 10,0\%$ работает в поликлинике, $58,4\% \pm 10,0\%$ в стационаре.

Врачи-эксперты, на основании заключений по периодическим медицинским осмотрам, состояние здоровья врачей в целом как профессиональной группы оценили следующим образом: «хорошее» $8,3\% \pm 5,6\%$; «удовлетворительное» $75\% \pm 8,8\%$; «плохое» $16,7\% \pm 7,6\%$. Оценок «отличное» и «очень плохое» не было.

При ответе на вопрос о степени влияния различных факторов на здоровье врача врачи-эксперты дали оценки в баллах от 5 до 1, где 5 является сильным влиянием признака, а 1 – незначительно выраженным влиянием. Врачи-эксперты считают, что на здоровье врача негативно влияют следующие производственные факторы: высокая напряженность труда; сверхнормативная производственная нагрузка; большая психоэмоциональная нагрузка; физическое перенапряжение; контакт с биологическими, физическими и химическими факторами. Дополнительными негативно влияющими факторами названы: большая нагрузка на орган зрения; неудовлетворенность выполняемой работой, низкий социальный статус, недооценка врачебного труда в обществе.

Степень влияния на здоровье врача других факторов (возраст, пол, специальность, социальная незащищенность, курение, злоупотребление алкоголем, нерегулярное и несбалансированное питание, отсутствие режима труда и отдыха, ночные смены, сменный график работы, неполноценный отдых) врачи-эксперты также оценили в баллах от 5 до 1, где 5 является сильным влиянием признака, а 1 – незначительно выраженным.

По мнению экспертов, врачи, в случае возникновения у них заболевания, чаще всего обращаются: к коллегам по работе – $41,5\% \pm 7,69\%$ ответов; занимаются самолечением – $31,7\% \pm 7,2\%$ ответов; при наличии врача для оказания медицинской помощи специально медицинским работникам – $22\% \pm 6,4\%$ ответов; к участковому терапевту – $4,9\% \pm 3,3\%$ ответов. Причем, комментарием является: врач, работающий с медицинским персоналом, кроме высокого профессионального уровня, подготовки по профпатологии, должен обладать особыми личностными качествами.

Врачи-эксперты полагают, что ПМО врачей необходимо проводить: 1 раз в год – так считают 87,5 % анкетированных, 1 раз в два года – считает 12,5 %. Считают, что эффективность проводимых периодических медицинских осмотров врачей на сегодняшний день: эффективность умеренная, т.е. дает относительную характеристику здоровья пациента – 58,3 % ± 10,06 % анкетированных; эффективность низкая – это формальное мероприятие – 29,2 % ± 9,27 %, эффективность высокая 12,5 % ± 6,75 %.

87,5 % опрошенных врачей-экспертов считают, что необходимо увеличить количество узких специалистов для проведения углубленных медицинских осмотров, 12,5 % полагают, что в этом нет необходимости.

На вопрос, кто должен нести ответственность за организацию и эффективное проведение ПМО, 8,3 % ± 5,64 % врачей-экспертов ответили, что участковый терапевт, 41,7 % ± 10,06 % полагают, что ответственность должен нести специально подготовленный врач-профпатолог и 50 % ± 10,2 % врачей-экспертов считают, что ответственность должен нести руководитель МО.

Считают целесообразным организацию амбулаторного приема для врачей по месту работы в медицинской организации 87,5 % врачей-экспертов, 12,5 % не видят в этом необходимости. Причем, считают целесообразным создание кабинета (отделения) для комплексного медицинского обслуживания врачей в крупных медицинских организациях.

Недостатки существующего медицинского обслуживания работников здравоохранения врачи-эксперты видят: в отсутствии единой системы обеспечения медицинской помощью работников здравоохранения: 5 баллов – 84,6 % ± 7,07 %, по 3 и 2 балла – 7,7 % ± 5,22 %; в недостаточно подготовленной правовой базе: 5 баллов – 25,0 % ± 8,83 %, 4 балла – 29,2 % ± 9,27 %, 3 балла – 16,7 % ± 7,6 %, 2 балла – 12,5 % ± 6,75 %, 1 балл – 16,7 % ± 7,06 %; в невысоком уровне подготовки по вопросам профпатологии специалистов, обеспечивающих медицинское обслуживание и проводящих ПМО врачей: 5 баллов – 16,7 % ± 7,6 %, 4 балла – 20,8 % ± 8,28 %, 3 балла – 37,5 % ± 9,88 %, 2 балла – 20,8 % ± 8,28 %, 1 балл – 4,2 % ± 4,07 %; в недостаточной оснащенности современным диагностическим оборудованием: 5 баллов – 37,5 % ± 9,88 %, 4 балла – 33,3 % ± 9,62 %, 3 балла – 16,7 % ± 7,6 %, 2 балла – 12,5 % ± 6,75 %; в отсутствии динамического наблюдения в «группах риска» по развитию профпатологии: 5 баллов – 37,5 % ± 9,88 %, 4 балла – 29,2 % ± 9,27 %, 3 балла – 20,8 % ± 8,28 %, 2 балла – 12,5 % ± 6,75 %; в отсутствии профилактических и реабилитационных мероприятий, направленные на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности врачей, между ПМО: 5 баллов – 37,5 % ± 9,88 %, 4 балла – 33,3 % ± 9,62 %, 3 балла – 29,2 % ± 9,27 %; в отсутствии преемственности; слабом финансировании здравоохранения.

Для повышения доступности и улучшения качества медицинской помощи врачам эксперты считают целесообразным вести диспансерное наблюдение и оздоровительные мероприятия в медицинских организациях по месту работы 87,5 % опрошенных, 12,5 % так не считают.

Для улучшения качества и доступности медицинского обслуживания эксперты предлагают и оценивают пути совершенствования системы медицинского обслуживания работников здравоохранения: организация диспансерного наблюдения специалистами по месту работы: 5 баллов – 83,3% ± 7,6, 3 балла – 8,3 % ± 5,64 %, 2 балла – 8,3 % ± 5,64 %; организация амбулаторного приема в медицинской организации по месту работы: 5 баллов – 83,3 % ± 7,6 %, по 3 и 2 балла – 8,3 % ± 5,64 %; проведение ПМО врачей в медицинской организации по месту работы: 5 баллов – 58,3 % ± 10,06 %, 4 балла – 25 % ± 8,83 %, 3 балла – 16,7 % ± 7,6 %; проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, направленные на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности в медицинской организации по месту работы: 5 баллов – 66,7 % ± 9,6 %, 4 балла – 16,7 % ± 7,6 %, 3 балла – 12,5 % ± 6,75 %, 2 балла – 4,2 % ± 4,07 %; обеспечение доступности современных диагностических процедур для своевременного обследования врача: 5 баллов – 91,7 %, 4 балла – 8,3 %. Предложение – обеспечить преемственность между звеньями медицинского обслуживания врачей.

Полученные результаты показывают необходимость разработки системы управления профессиональными рисками для здоровья врачей, которая послужит основой целенаправленной расстановки приоритетов и своевременного проведения профилактических мероприятий.

В заключение отметим то, что профилактика заболеваний у медицинских работников включает систему мер медицинского и немедицинского характера, направленную на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных исходов.

В.А. Ульянова¹, Н.Н. Богдан²
**К ПРОБЛЕМЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО
ПОДХОДА В АТТЕСТАЦИИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

*¹Сибирский институт управления – филиал РАНХиГС,
Новосибирск*

²Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. Статья посвящена проблемам применения компетентностного подхода в аттестации руководителей медицинских организаций Новосибирской области. Основное внимание в работе автор акцентирует на существующем опыте организации аттестации, а также перспективах компетентностной оценки руководителей.

V.A. Ulyanova¹, N. N. Bogdan²
**PRACTICE OF COMPETENCE APPROACH IN
CERTIFICATION OF HEALTH SERVICE MANAGERS**

*¹Siberian Branch of the Russian Presidential Academy of National
Economy and Public Administration*

²Novosibirsk State Medical University

Abstract. The conclusions are about the problems in application of competence approach in certification of health service managers of Novosibirsk region. The authors focus on the present experience of providing certification, as well as the prospects for competence appraisal of managers.

Эффективная реализация ведомственной целевой программы «Развитие кадрового потенциала системы здравоохранения Новосибирской области на 2013-2017 годы» требует повышения результативности деятельности руководителей медицинских организаций. Решение данной задачи возможно в результате внедрения в процедуры оценки и обучения руководителей новых подходов. В настоящее время таким подходом является компетентностный подход, ключевым понятием которого выступают компетенции руководителя как основа эффективности управленческой деятельности.

Однако научные основы подбора и расстановки управленческих кадров в сфере здравоохранения путем оценки и формирования управленческих компетенций практически не разработаны.

Целью нашего исследования является изучение процедуры аттестации руководителей сферы здравоохранения и рассмотрение возможности организации аттестации на основе компетентностного подхода.

Анализ научных публикаций (О.Ф. Алехина, И.Катунина, А.Я. Кибанов, В.С. Кольцов, Е.Л. Патронов, О.Ф. Удалов) показывает, что под управленческой компетентностью понимают интегральное качество субъекта управления, сочетающее в себе значимые для эффективного осуществления управленческой деятельности мотивационно-ценностные, когнитивные, мировоззренческие, коммуникативные составляющие (установки, способности, знания, умения и др.), выраженные в терминах наблюдаемого поведения – управленческих компетенциях.

В сфере здравоохранения руководителями учреждений, как правило, становятся опытные врачи, профессионалы со сформировавшейся профессиональной позицией. Но изменение должностного статуса влечет за собой не только появление дополнительных функций и обязанностей. Новая деятельность требует развития комплекса личностных качеств и способностей, обуславливающих успешность управления. По мнению Б.А. Ясько, Б.В. Казарина и Л.В. Камушкиной диагностика этих свойств с позиций компетентностного подхода, основанная на научно обоснованных критериях, может позволить целенаправленно формировать управленческие команды в учреждениях здравоохранения различного профиля и статуса.

Традиционной формой оценки руководителей и специалистов сферы здравоохранения является аттестация, которая проводится в целях определения соответствия должности, а также для решения вопроса о присвоении квалификационной категории (второй, первой, высшей).

В настоящее время в Новосибирской области функционирует 137 государственных учреждений здравоохранения различного профиля. К категории «руководители» относится в общей сложности около 500 чел. Они занимают должности директоров учреждений здравоохранения, главных врачей, заместителей главных врачей и др. Все руководители один раз в 5 лет после прохождения соответствующего обучения подлежат аттестации в профессиональной сфере (например, «Педиатрия». «Стоматология»), а директора, главные врачи и их заместители дополнительно проходят аттестацию по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

В ходе интервью с председателем экспертной группы аттестационной комиссии по «Организации здравоохранения и общественного здоровья» обозначена роль аттестации как обязательной процедуры повышения или подтверждения категории. Задачами аттестации являются: динамический контроль соответствия руководителя занимаемой должности, мотивация повышения квалификации руководителя, участия в научной деятельности, регулирование премиальной части дохода руководителей, подтверждение имиджа руководителя.

Деятельность по проведению аттестации работников здравоохранения в Новосибирской области регламентируется приказом Минздрава России от 23 апр. 2013 г. № 240н «О порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории» и приказами Минздрава Новосибирской области от 28 авг. 2013 г. № 2939 «О проведении аттестации медицинских и фармацевтических работников для получения квалификационной категории на территории Новосибирской области» и от 14 февр. 2014 г. № 430 «Об утверждении административного регламента Министерства здравоохранения Новосибирской области предоставления государственной услуги по проведению аттестации медицинских и фармацевтических работников на присвоение квалификационных категорий».

Изучение нормативных актов показывает, что процедура аттестации проводится по этапам, включает подготовку отчета аттестуемым, тестирование, собеседование и др.

Однако в документах не отражены цели аттестации и критерии оценки. На наш взгляд, в приказ Минздрава Новосибирской области «О проведении аттестации медицинских и фармацевтических работников для получения квалификационной категории на территории Новосибирской области» должен быть включен пункт «Компетенции, оцениваемые при аттестации», содержащий перечень управленческих компетенций и их поведенческие ин-

дикаторы. Указание целей аттестации, критериев оценки позволить увеличить прозрачность процедуры аттестации и объективность оценки.

Анализ квалификационного уровня показывает, что более 450 руководителей медицинских организаций Новосибирской области аттестованы по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», при этом высшую квалификационную категорию по врачебной специальности имеют – 46,5%, первую – 2,8% и вторую – 3,6%.

В результате изучения практики аттестации руководителей медицинских организаций Новосибирской области выявлены проблемы нормативного и организационного характера, в том числе несвоевременное информирование руководителей о прохождении обучения для последующей аттестации, отсутствие единой электронной базы, отражающей процессы оценки и развития руководителей. В методическом обеспечении одной из проблем является нечеткость критериев оценки.

С целью модернизации процедуры аттестации на наш взгляд, необходимо:

- разработать методические рекомендации по применению компетентного подхода в процессе аттестации;

- разработать модель управленческих компетенций руководителя медицинской организации, учитывающую специфику развития региональной сферы здравоохранения. В основу подобной модели может быть положен перечень компетенций, состоящий из блоков: организаторские, коммуникативные, лидерские, интеллектуальные;

- создать информационно-аналитическую систему «Управленческие кадры здравоохранения Новосибирской области», которая должна включать данные о работе над развитием и оценкой руководителей. Такая система позволит оперативно получать информацию, контролировать соответствие руководителей должности, помогать работникам кадровых служб в информировании руководителей о необходимости прохождения обучения или подачи документов для прохождения аттестации;

- создать специальный Центр оценки и развития управленческих компетенций на базе профильного вуза занимающегося подготовкой специалистов в сфере управления (либо межвузовский). Основными функциями Центра оценки и развития должны стать подготовка и проведение оценки руководителей, разработка индивидуальных планов развития руководителей, в том числе подбор, разработка и организация обучения, организация работы по формированию и развитию кадрового резерва и др.

Таким образом, перспективным направлением совершенствования практики аттестации руководителей медицинских организаций является организация системы оценки управленческих компетенций, что будет способствовать повышению эффективности управления кадрами.

А.С. Фунтиков
**РОЛЬ ЭЛЕКТРОННОГО КАБИНЕТА ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА
В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. В статье представлены актуальность и роль совершенствования организации деятельности кабинета здорового ребенка с помощью интернет-технологий. Для этого проанализированы анкеты родителей детей раннего возраста, анкеты врачей-педиатров участковых, а также анкеты руководителей медицинских организаций, оказывающих педиатрическую помощь населению.

A.S. Funtikov
**THE ROLE OF E-HEALTHY CHILD HEALTH EARLY
CHILDHOOD**

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. The article presents the relevance and role of improving the organization of a healthy child with the help of Internet technologies. For this purpose analyzed questionnaires of parents of young children, questionnaires pediatricians precinct, as well as profiles of heads of medical organizations providing pediatric care to the population.

Ранний детский возраст является определяющим как в общем развитии ребенка, так и в формировании его здоровья. Поэтому от эффективности проводимых в данном возрастном периоде профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий во многом зависит здоровье детей в дальнейшем. Актуальность совершенствования организации деятельности кабинета здорового ребенка заключается в необходимости разработки современных технологий предоставления информации населению, участвующему в процессе формирования здорового образа жизни детей в возрасте до 3-х лет, с возможностью обратной связи на основе применения современных информационных технологий с учетом использования населением интернет-ресурсов.

Медицинское обеспечение детей на амбулаторном уровне осуществляют территориальные педиатрические поликлиники (поликлинические отделения). При этом медицинское наблюдение за формированием здоровья детей на протяжении всего периода роста и развития до 17 лет включительно осуществляет один врач. Традиционно в составе педиатрического отделения организуется работа кабинета здорового ребёнка. В кабинете работает средний медицинский персонал, имеющий подготовку по профилактической работе с детьми. В системе мероприятий, обеспечивающих непрерывное ме-

дицинское наблюдение за детьми до достижения совершеннолетия, кабинет здорового ребёнка должен являться одной из организационных структур, обеспечивающей решение отдельных вопросов в комплексе профилактических мероприятий детской поликлиники.

Основными задачами кабинета являются обучение родителей основным правилам воспитания здорового ребёнка, проведение работы по пропаганде гигиенических знаний, в том числе по пропаганде здорового образа жизни среди детей, подготовка детей к поступлению в образовательные учреждения.

Однако социологический опрос, проведенный на базе ГБУЗ НСО «Консультативно-диагностическая поликлиника № 27», позволил выявить, что постоянно посещают кабинет здорового ребенка только 22,0% родителей, однако рекомендации врачей-педиатров участковых по профилактики здоровья ребенка, течению заболевания и методам лечения представляют ценность для 91,0% респондентов.

Среди врачей-педиатров многие (82,5%) отметили, что у них недостаточно времени на приеме для проведения бесед с родителями детей раннего возраста по проблемам ухода, питания и воспитания. Идею предоставления родителям детей раннего возраста информации по уходу, питанию и воспитанию через специальный электронный портал считают целесообразной 72,5% опрошенных.

Таким образом, кабинет здорового ребенка в поликлинике обеспечивает около 20,0% родителей детей раннего возраста. Учитывая, что 89,5% родителей пользуются персональным компьютером, а пользователями мобильного интернета являются 73,2%, очевидно, что предлагаемый электронный кабинет здорового ребенка позволит в перспективе более чем в 4 раза увеличить число родителей, получающих необходимую информацию по вопросам ухода, питания и воспитания детей раннего возраста.

Установлено, что значительная часть родителей, несмотря на понимание ценности консультативной помощи от специалистов не посещают кабинет здорового ребенка, в то же время, врачам-педиатрам на приеме не хватает времени на проведение данных консультаций. Очевидно, что интеграция кабинет здорового ребенка и врачей педиатров в единый доступный для обеих сторон проект позволит оптимизировать как рабочее время врачей-педиатров участковых, так и личное время родителей детей раннего возраста. Оптимальным способом решения данной проблемы и будет введение электронного кабинета здорового ребенка, где родители смогут получать достоверную информацию по вопросам ухода, питания и воспитания, а при необходимости – удаленно задать конкретно интересующий вопрос и получить индивидуальную консультацию.

Общедоступность доступа в интернет, растущий уровень компьютерной грамотности среди возрастной прослойки населения, в которую входят родители детей раннего возраста позволят без значительных затрат на обучение воспользоваться всеми функциями электронного кабинета здорового ребенка. Распространенность мобильного интернета и разработка специализированного приложения для мобильной электроники позволит родителям получать консультации и актуальную информацию и на работе и дома, что, несомненно, является положительным фактором. Большинство врачей, как показали опросы, относятся к данной инициативе положительно, понимая ее плюсы, а значит, готовы принимать активное участие в проекте. Согласно данным социологического опроса значительная часть руководителей медицинских организаций, оказывающих педиатрическую помощь позитивно оценили перспективы формирования электронного кабинета здорового ребенка. Все это в совокупности должно позволить реализовать данный проект с поддержкой со всех сторон-участников в достаточно быстрые сроки.

Учитывая сложившуюся ситуацию, а также основываясь на данных анкетирования родителей детей раннего возраста, врачей-педиатров участковых и руководителей медицинских организаций, оказывающий педиатрическую помощь, электронный кабинет здорового ребенка представляется перспективным, современным, актуальным и социально значимым проектом, важность которого для амбулаторно-поликлинического звена педиатрии трудно переоценить. Его реализация позволит оптимизировать деятельность педиатрической службы и повысить качество и доступность медицинского обслуживания детей раннего возраста.

Н.Е. Храмченков¹, Н.Н. Богдан²
**ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ РЕЗЕРВА
УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

*¹Сибирский институт управления – филиал РАНХиГС,
Новосибирск*

²Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. Рассматриваются подходы к формированию резерва управленческих кадров системы здравоохранения НСО, анализируются нормативно правовые акты и стратегические документы в области здравоохранения, принятые как на федеральном, так и на региональном уровне, относительно практики формирования резерва управленческих кадров.

N.E. Khramchenkov¹, N.N. Bogdan²
**APPROACHES TO FORMING THE RESERVE OF
MANAGERIAL HUMAN RESOURCES OF PUBLIC HEALTH
SERVICE**

*¹Siberian Institute of Management – Branch of RANEandGS,
Novosibirsk*

²Novosibirsk State Medical University

Abstract. Approaches to forming the reserve of managerial human resources of Public Health Service of Novosibirsk region are considered; statutory and legal acts, policy papers in the field of public health, adopted both at the federal and regional levels and referring to practice of forming the reserve of managerial human resources are analysed.

Формирование кадрового резерва на должности руководителей учреждений здравоохранения и его эффективное использование является необходимым компонентом государственного управления отраслью здравоохранения, а также одним из важнейших и значимых направлений кадровой политики Министерства здравоохранения Новосибирской области.

Изучение Указа Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», а также приказа Министерства здравоохранения Новосибирской области № 3651 от 2013 г. «О формировании кадрового резерва Министерства здравоохранения Новосибирской области» позволяет сделать вывод о том, что работа по формированию резерва руководящих кадров во всех регионах Российской Федерации признается актуальной. Министерство здравоохранения Новосибирской области также ставит перед собой задачу внедрения новых принципов и механизмов формирования резерва управленческих кадров системы здравоохранения Новосибирской области.

В научной литературе представлено множество подходов к определению понятия «резерв управленческих кадров». На наш взгляд, в полной мере сущность и содержание данного понятия раскрывается в следующем определении: «Резерв управленческих кадров – это наиболее подготовленная и перспективная в профессиональном отношении, обладающая высоким интеллектуальным, служебно-трудовым, инновационным, управленческим, морально-психологическим и волевым потенциалом часть граждан Российской Федерации, прошедших в установленном порядке отбор и получивших статус лица, включенного в управленческий резерв, для последующего обучения и замещения должностей согласно установленному порядку, а также перечню должностей в иных организациях, относящихся к приоритетным сферам экономики, науки, образования, здравоохранения, культуры, спорта и т.д.».

Сегодня в практике формирования резерва управленческих кадров применяются два принципиально различных подхода. Сущность первого подхода, который носит название «резерв на конкретные должности», заключается в формировании резерва на конкретные должности, существующие в соответствии с реестром должностей, с установлением квалификационных требований на каждую из этих должностей.

Данный подход подразумевает, что при проведении оценочно-экзаменационных мероприятий в отношении претендентов, используются классические процедуры на выявление соответствия профессиональных знаний претендента для зачисления в кадровый резерв. В свою очередь, процедура отбора реализуется на конкурсной основе в присутствии специально сформированной комиссии.

Второй подход, который носит название «экспертный, на перечень должностей», предполагает формирование резерва методом экспертного отбора с использованием принципа «лучшие выбирают лучших». При данном подходе формирование резерва осуществляется без привязки к конкретным должностям. Это приводит к тому, что вместо установления квалификационных требований к должности, формируется модель «успешного управленца» и вырабатываются общие принципы экспертного отбора, которые позволяют выявить нужные качества кандидатов².

Целью нашего исследования является изучение практики формирования и работы с кадровым резервом на должности руководителей учреждений здравоохранения НСО.

Анализ материалов в отношении вопроса, какой из двух рассмотренных подходов формирования резерва управленческих кадров реализуется в системе здравоохранения Новосибирской области, позволяет сделать вывод о том, что практика формирования резерва управленческих кадров основана и реализуется на принципах первого подхода «резерв на конкретные должности».

Изучение нормативных правовых актов показывает, что целью формирования резерва руководителей системы здравоохранения является создание условий для максимально быстрого и эффективного замещения управленческих должностей лицами, обладающими необходимыми профессионально-деловыми и личностными качествами.

Так, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения № 3651 от 2013 г. «О формировании кадрового резерва Министерства здравоохранения Новосибирской области» формирование кадрового резерва в системе здравоохранения проводится в два этапа. На первом этапе осуществляется изучение кандидатур, а на втором происходит зачисление в резерв и проведение мероприятий по подготовке кандидатов к занятию руководящей должности. Персональный состав резерва руководящих кадров НСО ежегодно корректируется и утверждается руководителем.

На каждого зачисленного в резерв руководителя оформляется «карта учета резерва», на лицевой стороне которой вносятся данные о кандидате до зачисления в резерв, а на обратной стороне – мероприятия, проводимые по его подготовке для замещения соответствующей руководящей должности. На основании индивидуальных планов составляется общий план работы с резервом кадров на предстоящий год. Организационно-методическая и учебная работа с резервом руководящих кадров НСО включает в себя:

- повышение квалификации по специальности, а также по организации здравоохранения и общественному здоровью;
- моделирование или реальное исполнение функций, соответствующих должности, в резерв на которую зачислен тот или иной кандидат;
- выполнение заданий вышестоящих организаций;
- участие в работе проблемных комиссий, приеме и анализе информации о практической деятельности соответствующих учреждений;
- назначение на промежуточные должности;
- участие во встречах с представителями общественных медицинских организаций.

Необходимо отметить, что главным недостатком данного подхода в формировании резерва управленческих кадров системы здравоохранения Новосибирской области является отсутствие экспертной оценки, представляющей собой наиболее эффективный метод формирования кадрового резерва.

Для того чтобы эффективно и своевременно решать задачи по развитию системы здравоохранения НСО и обеспечивать дальнейшее совершенствование деятельности медицинских организаций необходимо, чтобы практика формирования резерва управленческих кадров Новосибирской области включала экспертные процедуры отбора или конкурсный отбор. Данные подходы к формированию резерва управленческих кадров позволят объективно оценивать претендентов в руководящий кадровый резерв.

В настоящее время численность руководящих кадров, зачисленных в 2014 г. в кадровый резерв системы здравоохранения на должности главных врачей и их заместителей, составила 91 человек. Среди них прослеживается тенденция преобладания женщин (78%), что связано со спецификой системы здравоохранения.

Среди руководящего персонала, абсолютное большинство работников (70%) представляют возрастную группу от 45 лет и старше. К возрастной группе от 35 до 45 лет, относятся 22%, и лишь 8% относятся к возрастной группе до 35 лет. Средний возраст лиц, находящихся в управленческом кадровом резерве системы здравоохранения Новосибирской области, составляет 48 лет, что свидетельствует о том, что на сегодняшний день в составе руководителей системы здравоохранения НСО, преобладают управленцы старшей возрастной группы.

Стаж профессиональной деятельности больше чем у половины руководителей (55%) превышает 20 лет, что указывает на длительность пути, предшествовавшего выдвижению на руководящие должности. Принимая во внимание, что каждый третий руководитель, находящийся в кадровом резерве системы здравоохранения Новосибирской области, работает в данной должности менее трех лет, а каждый четвертый – менее пяти лет, можно констатировать достаточно интенсивную сменяемость руководителей учреждений здравоохранения.

Чтобы оптимизировать возрастную структуру руководителей здравоохранения, необходимо обеспечить кандидатам, находящимся в управленческом кадровом резерве системы здравоохранения Новосибирской области, наиболее быстрое карьерное продвижение к должности руководителя. Добиться этого можно путем совершенствования принципов и подходов к организационно-методической и учебной работе с резервом руководящих кадров.

Одним из путей решения этой задачи может стать профессиональная переподготовка кадрового резерва по направлению «Экономика и управление в здравоохранении», поскольку дополнительное управленческое образование присутствует лишь у 15% руководителей учреждений здравоохранения Новосибирской области. Это позволит кандидатам на занятие управленческих должностей получить управленческую подготовку и овладеть менеджерскими навыками, лучше соответствовать требованиям руководящей должности, и как следствие обеспечит им приоритет при выдвижении на руководящие должности и наиболее быстрое продвижение по карьерной лестнице.

Таким образом, преобразования, происходящие в сфере здравоохранения, должны сопровождаться изменениями принципов отбора, а также подготовки кадров руководителей и системы управления кадрами в целом.

Литература

1. Анисимов В.М. Государственная политика в области формирования и эффективного использования резерва управленческих кадров / Право и управление. XXI век. 2010. – N4 Экономика и управление. 2014. – N7. – С.3-12.

2. Барабашев А.Г., Стружак Е.П.. Два подхода к созданию резерва управленческих кадров / Государственное управление. Электронный вестник. 2009. – N20. – С.1-10.

Б.Л. Цивьян
**СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ОРГАНОВ
ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В
ОЦЕНКАХ ЕЁ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ**

Городская больница №40, г. Санкт-Петербург

Аннотация. В статье представлены результаты социологического опроса женщин, страдающих доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы получавших лечение в стационарах Санкт-Петербурга.

B. L. Zivian
**INPATIENT CARE OF FEMALE WITH BENIGN
NEOPLASMS OF GYNECOLOGICAL SPHERE IN ST.
PETERSBURG IN THE ESTIMATES OF ITS RECIPIENTS**

City hospital №40, St. Petersburg

Abstract. The article presents the results of sociological survey of women with benign neoplasm of gynecological sphere in St. Petersburg hospitals.

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н, оказание специализированной медицинской помощи является одним из этапов ее предоставления, в том числе, пациенткам с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы. Согласно статье 34 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Стационарный этап оказания специализированной медицинской помощи женщинам с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы является одним из наиболее ресурсоемких. Это один из ключевых этапов, часто заключительный при лечении ряда заболеваний. Пациентки стационара, пройдя все предыдущие этапы, имея уже достаточно большой опыт общения с системой здравоохранения, могут оценить её достаточно объективно, указав на основные недостатки.

Применение медико-социологических методов изучения мнения пациентов позволяет получить данные, какие не могут быть получены никакими другими методами. Информация, полученная в ходе социологических опросов, помогает судить об эффективности проводимых организационных мероприятий, внедрения новых технологий, способствует совершенствованию системы оказания медицинской помощи. В соответствии со стандарта-

ми менеджмента качества (ИСО 9000) социологические данные являются одним из самых информативных показателей доступности и качества медицинского обслуживания. В программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи выделен самостоятельный раздел «Критерии доступности и качества медицинской помощи», в котором установлено, что одним из важных критериев оценки доступности и качества медицинской помощи является удовлетворенность населения медицинской помощью.

Результаты исследования, проведенного среди пациенток стационаров Санкт-Петербурга, страдающих доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы в 2013 году, показали высокий уровень удовлетворенности пациенток работой стационара в целом: 79,7% респондентов удовлетворены полностью, 16% - частично, отрицательно ответивших об удовлетворенности работой стационара не выявлено. Также большинство пациенток отметили, что результат лечения в стационаре по поводу доброкачественного новообразования соответствовал их ожиданиям: 45% уверено высказались об этом, 35% считают, что ожидания скорее оправдались, чем нет, и лишь 20% затруднились ответить на этот вопрос.

Участницам опроса предложили оценить по пятибалльной шкале различные аспекты медицинской помощи, полученной как в стационаре, так и на предыдущих этапах лечения. Наименьшие оценки (4,2 балла) получили такие аспекты медицинской помощи женщинам при доброкачественных новообразованиях органов женской половой сферы как организация и качество лечения на амбулаторном этапе, организация работы приемного отделения больницы. Организация направления в стационар оценена пациентками несколько выше (4,5 балла), так же, как и организация работы скорой медицинской помощи (4,4 балла). Следует отметить высокую оценку пациентками условий размещения в гинекологических отделениях стационаров, чистоты и порядка в больнице (4,8 балла). Наивысших оценок с точки зрения участниц опроса заслуживают качество лечения в больнице, в том числе и качество хирургического лечения (4,9 балла). Качество диагностики в больнице оценено несколько ниже (4,8 балла). Также высоко оценена работа медицинского персонала и их доброжелательность по отношению к пациентам (4,9 балла).

При заметно более высоких оценках качества медицинской помощи в стационаре, по сравнению с качеством медицинской помощи на предыдущем амбулаторном этапе лечения, большинство участниц опроса считают свое направление на лечение в стационар своевременным: 75,4% респондентов не сомневаются в этом, 16% считают, что госпитализация осуществлена скорее своевременно, чем нет. И только 4% ответили, что госпитализация была не своевременной, а 4,6% затруднились оценить своевременность госпитализации.

Одним из важнейших организационных аспектов, позволяющих обеспечить своевременную медицинскую помощь для пациентов, в том числе с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы, соблюдения преемственности на всех её этапах является срок ожидания медицинской помощи. Данные проведенного социологического опроса показали, что большинство пациенток ожидали госпитализации не более месяца (79,6%), в том числе 65,2 % - не более двух недель, а 14,4% - от двух недель до месяца. Десятая часть участников опроса отметили, что вынуждены были ожидать госпитализации более одного месяца (10,1%) и только 1,4% - более четырех месяцев.

Важным индикатором уровня доступности медицинской помощи следует считать обеспечение при госпитализации пациента в стационар возможности реализации им права выбора медицинской организации, установленного Федеральными законами от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» (статья 16) и от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 19). В рамках проведенного исследования установлено, что среди пациенток, поступивших в стационар по программе обязательного медицинского страхования, только 34,5% смогли при направлении на госпитализацию реализовать свое право на выбор медицинской организации, 18,2% респондентов затруднились ответить на этот вопрос, а практически половине респондентов (47,3%) возможность выбора стационара предоставлена не была. Для сравнения – среди женщин, поступивших в те же стационары по программам добровольного медицинского страхования и на платной основе полностью реализовать свое право на выбор медицинской организации смогли 100,0% и 80,0% соответственно.

Данные мониторинга состояния доступности медицинской помощи в системе ОМС в Санкт-Петербурге в последние годы позволяют выделить среди наиболее значительных проблем несоблюдение гарантий бесплатности медицинской помощи для застрахованных лиц, то есть ограничения «экономической» доступности медицинской помощи. Преодоление проблем, обусловленных ограничением экономической доступности медицинской помощи, имеет в системе ОМС одно из ведущих значений, поскольку такого рода ограничения приводят к нарушению основного установленного законодательством принципа ОМС – обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая. В Санкт-Петербурге ограничение экономической доступности медицинской помощи в течение длительного времени оставалось наиболее значимой проблемой, в том числе пациентов стационаров.

В результате проведенного нами исследования выявлены случаи затрат личных денежных средств граждан при обследовании и лечении в стациона-

ре по программе обязательного медицинского страхования, в том числе случаи оплаты пациентками проведения операции в стационаре (14 из 100), лабораторных и диагностических исследований (4 из 100), изделий медицинского назначения и анестезиологического пособия (1 из 100). Случаев оплаты перевязок, инъекций, других манипуляций, консультаций врачей, услуг по уходу выявлено не было.

Фактическая невысокая частота затрат личных денежных средств граждан при лечении в стационаре по программе обязательного медицинского страхования подтверждается и «настроением» пациентов. С удовлетворением можно отметить, что почти половина респондентов (46,3%) направляясь на госпитализацию, не собирались что либо оплачивать в её период, в том числе 21,7% уверенно высказались об этом. Уверены в необходимости затрат личных денежных средств в период госпитализации в стационар по программе обязательного медицинского страхования были только 8,7% участниц опроса, а почти четверть респондентов (24,6%) скорее предполагали это, чем нет. Более 20% респондентов затруднились высказать свое мнение по данному вопросу.

Доброкачественные новообразования органов женской половой сферы кроме влияния на женское, в том числе репродуктивное здоровье, могут сопровождаться возникновением проблем психологического характера, развитием злокачественных новообразований, инвалидизацией и смертностью. Лечение ряда из этих заболеваний сопровождается оперативными вмешательствами, требующими последующего восстановления утраченных функций организма.

Современные представления об организации стационарной медицинской помощи предполагают необходимость как можно большего сокращения периода госпитализации. Вместе с тем, пациенты после краткосрочного пребывания в стационарных условиях не могут в большинстве случаев сразу вернуться к обычной жизни и требуют проведения реабилитационных мероприятий и долечивания на амбулаторном этапе. Не исключением являются и пациентки с доброкачественными новообразованиями органов женской половой сферы. С частотой 75,3 на 100 опрошенных пациентки отметили, что нуждаются в последующем амбулаторном наблюдении в женской консультации. Наряду с этим участницы опроса с частотой 10,1 на 100 опрошенных указали, что нуждаются в проведении долечивания с применением реабилитационных программ и с частотой 15,9 на 100 опрошенных – что им необходимо санаторно-курортное лечение. В применении методик психологической реабилитации нуждаются, по их мнению, 5 из 100 опрошенных женщин. Женщины-участницы исследования с частотой 4 на 100 опрошенных указали, что могут сразу вернуться к повседневной жизни после выписки из стационара. Затруднились с однозначным ответом на вопрос о дальнейшем лечении только отдельные пациентки (частота ответов – 5,8 на 100 опрошенных).

Проведенный социологический опрос позволил выявить некоторые направления оптимизации предоставления медицинских услуг указанным пациенткам на всех этапах оказания медицинской помощи, что, безусловно, должно быть учтено при поиске путей ее совершенствования.

В.М. Чернышев¹, О.В. Стрельченко¹, И.Ф. Мингазов²,
Э.В. Герасимова²

О СОСТОЯНИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ МЕДИКО- ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В СФО В 2014 ГОДУ

*¹Сибирский окружной медицинский центр ФМБА России,
Новосибирск*

²Центр гигиены и эпидемиологии в Новосибирской области

Аннотация. В статье приводится динамика в течение 15 лет основных показателей, характеризующих состояние демографических процессов в Сибирском федеральном округе, а так же изменения в 2014 по сравнению с 2013 как в СФО, так и в целом в Российской Федерации. Отдельно представлены показатели и отдельно по всем субъектам РФ, входящим в состав Сибирского федерального округа.

V.M. Chernyshev¹, O.V. Strelchenko¹, I. F. Mingazov², E.V.
Gerasimova²

ON THE REGIONAL DEMOGRAPHIC PROCESSES IN THE SIBERIAN FEDERAL DISTRICT IN 2014

¹Siberian regional medical center FMBA of Russia¹, Novosibirsk

²Center of hygiene and epidemiology in the Novosibirsk region

Abstract. In this article, the authors give a description of the demographic processes developed in the Russian Federation and the Siberian Federal District. The birth rate is the average for the district amounted to 14.7 per 1,000 population (RF - 13.3 per 1000 population). The mortality rate of the population of the SFD was 13.3 per 1,000 population, which is higher than the average for the Russian Federation (to 13.1 per 1,000 population). Reduction of mortality in 2014 registered in all regions of the Siberian Federal district with the exception of the Republic of Khakassia, Irkutsk and Tomsk regions. The infant mortality rate of the SFD in 2014 fell to 7.8 per 1000 births (in the Russian Federation amounted to 7.4 per 1000 live births).

По данным Росстата в 2014 году число умерших россиян составило 1913613 человек (возросло на 2990 человек по сравнению с 2013 г.), общий коэффициент смертности составил 13,3 на 1000 населения (2013 г. – 13,3).

По данным федеральной службы государственной статистики в 2014 году в СФО родилось 284211 ребенка, что на 2706 ребенка меньше чем в 2013 г. (в 2013 г. родилось 286917 ребенка; в 2012 г. родилось 288189 ребенка; в 2011 г. родилось 271292 ребенка; в 2010 г. родилось 272465 ребенка). Рождаемость в среднем по округу составила 14,7 на 1000 населения (2013 г.- 14,9; 2012 г. - 14,9; 2011 г. - 14,1; 2010 г. - 14,2 на 1000 населения) (по РФ – 13,3 на 1000 населения).

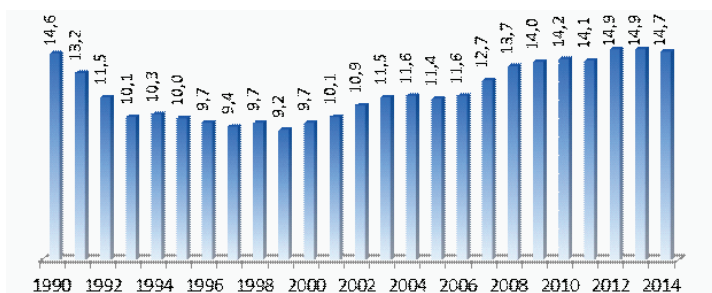


Рис. 1. Динамика показателя рождаемости населения по СФО (на 1000 населения).

Среди регионов СФО, наиболее высокие показатели рождаемости зарегистрированы в Республике Тыва - 25,3 на 1000 населения и Республике Алтай - 20,9 на 1000 населения. Наименьшие показатели рождаемости зарегистрированы в Алтайском крае, Кемеровской и Томской областях с показателями 13,2 - 13,7 на 1000 населения (рис. 2., табл. 1).

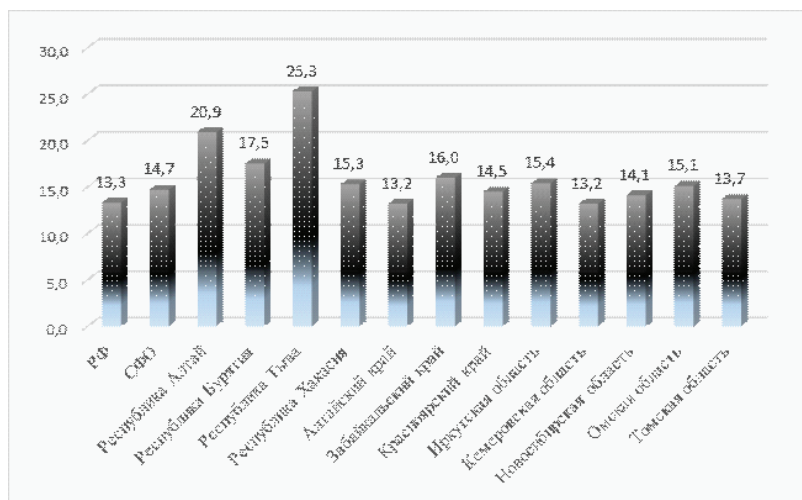


Рис. 2. Распределение субъектов (регионов) СФО по показателю рождаемости населения в 2014 году (на 1000 населения).

Таблица 1.

Рождаемость по регионам Сибирского федерального округа в 2014-2013 г.г. (по данным Росстата)

Родившихся	2014 г.	2013 г.	прирост, снижение	2014 г. в % к 2013 г.
Российская Федерация	1947301	1929699	17602	100,9
Сибирский федеральный округ	284211	286917	-2706	99,1
Республика Алтай	4447	4427	20	100,5
Республика Бурятия	17141	17145	-4	100,0
Республика Тыва	7954	8160	-206	97,5
Республика Хакасия	8160	8376	-216	97,4
Алтайский край	31429	32461	-1032	96,8
Забайкальский край	17460	17472	-12	99,9
Красноярский край	41358	41254	104	100,3
Иркутская область	37182	37876	-694	98,2
Кемеровская область	36121	37339	-1218	96,7
Новосибирская область	38486	38488	-2	100,0
Омская область	29809	29196	613	102,1
Томская область	14664	14723	-59	99,6

Показатель смертности населения по СФО составил 13,3 на 1000 населения (13,3 в 2013 г.), что выше, чем в среднем по Российской Федерации (13,1 на 1000 населения). За 2014 год в СФО умерло 256083 чел, что на 1199 человек меньше, чем в 2013 году (2013 г. - 257282)(рис. 3, табл. 2).

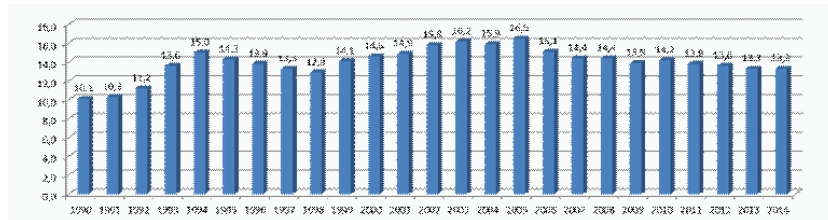


Рис. 3. Динамика показателя смертности населения СФО (на 1000 населения).

Снижение смертности населения в 2014 году зарегистрировано во всех регионах **Сибирского федерального округа за исключением** Республики Хакасия, Иркутской и Томской областей (табл. 2).

Таблица 2.

Смертность по регионам Сибирского федерального округа в 2014 году (по данным Росстата)

Смертность	2014г.	2013 г.	прирост, снижение	2014 г. в % к 2013 г.
Российская Федерация	1913613	1910623	2990	100,2
Сибирский федеральный округ	256083	257282	-1199	99,5
Республика Алтай	2382	2400	-18	99,3
Республика Бурятия	11194	11538	-344	97,0
Республика Тыва	3427	3432	-5	99,9
Республика Хакасия	7044	6998	46	100,7
Алтайский край	33933	33980	-47	99,9
Забайкальский край	13568	13729	-161	98,8
Красноярский край	36230	36366	-136	99,6
Иркутская область	33297	33152	145	100,4
Кемеровская область	39823	39907	-84	99,8
Новосибирская область	36387	36730	-343	99,1
Омская область	26181	26516	-335	98,7
Томская область	12617	12534	83	100,7

По-прежнему, высокий уровень смертности населения сохраняется в Кемеровской области 14,6 и Алтайском крае - 14,2 на 1000 населения, и минимальный уровень смертности населения регистрируется в Республике Тыва 10,9 на 1000 населения (рис.4).

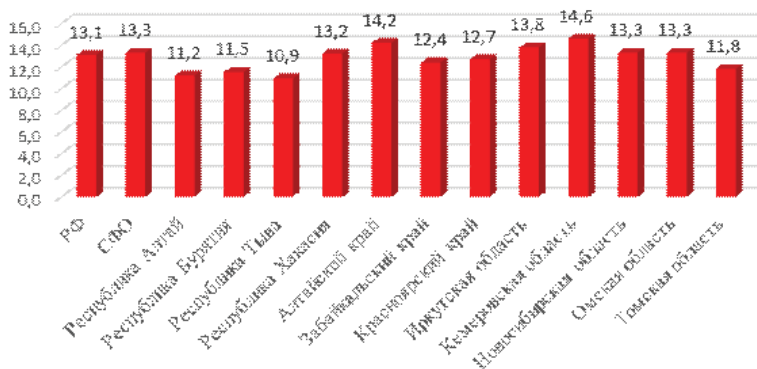


Рис. 4. Распределение регионов СФО по показателю смертности населения в 2014 году (на 1000 населения).

По данным федеральной службы государственной статистики в Российской Федерации в 2014 году показатель младенческой смертности по Российской Федерации снизился до 7,4 на 1000 родившихся живыми (2013 г. – 8,2; 2012 г. – 8,6; 2011 г. – 7,3). Всего по Российской Федерации в 2014 году в возрасте до 1 года умерло 14366 ребенка, что меньше чем в 2013 году на 8,6% (2013 г. - 15719). По данным федеральной службы государственной статистики в СФО в 2014 году в возрасте до 1 года умерло 2212 ребенка, что меньше, чем в 2013 году на 9,8% (2013 г. – 2452 ребенка; 2012 г. - 2669 ребенка; 2011 г. - 2122 ребенка; 2010 г. - 2294 ребенка; 2009 г. - 2486; 2008 г. - 2409, 2007 г. - 2563; 2006 г. – 2581; 2005 г. -2761). Показатель младенческой смертности по СФО в 2014 году снизился до 7,8 на 1000 родившихся живыми (2013 г. – 8,5; 2012 г. - 9,4; 2011 г. - 7,8; 2010 г. - 8,4; 2009 г. - 9,1; 2008 г. – 9,14; 2007 г. – 10,46; 2006 г. - 11,4; 2005 г. -12,2; 2004 г. - 12,8‰), и пока продолжает превышать среднероссийский уровень (в 2014 г. показатель младенческой смертности по РФ составил 7,4 на 1000 родившихся живыми). Наиболее высокий уровень младенческой смертности в 2014 году среди СФО зарегистрирован в Республике Тыва – 14,9 на 1000 родившихся живыми.

По данным Росстата в 2014 г. (рис. 5) произошло увеличение показателя младенческой смертности только в Красноярском крае с 8,2 до 8,4 на 1000 родившихся живыми. По всем остальным территориям СФО зафиксировано снижение показателя младенческой смертности.

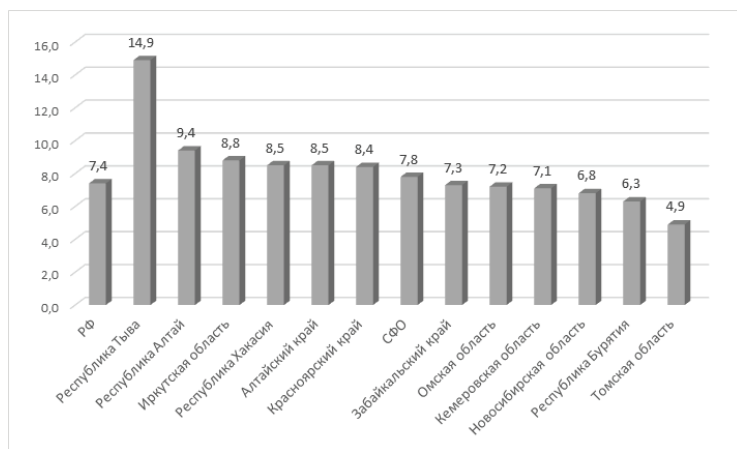


Рис. 5. Распределение регионов СФО по показателю младенческой смертности в 2014 г. (на 1000 родившихся).

Естественный прирост населения в 2014 году в СФО составил 28128 человек или +1,4 на 1000 населения (в 2013 г. +1,6; 2012 г. + 1,3; 2011 г. + 0,3;

2010 г. - 0; 2009 г. - 0,1; 2008 г. - 0,7; 2007 г. - 1,7; 2006 г. - 3,5; 2005 г. - 5,1). В 2014 г. в РФ показатель естественного прироста населения (33608 человек) составил + 0,2 на 1000 населения (в 2013 г. +0,1; 2012 г. 0,0; 2011 г. - 0,9; 2010 г. - 1,7; 2009 г. - 1,8; 2008 г. - 2,5 на 1000 населения (рис. 6).

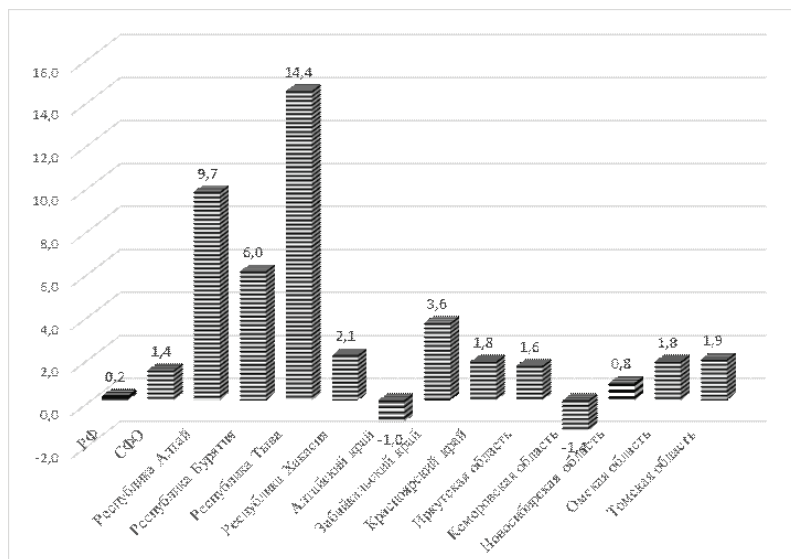


Рис. 6. Распределение регионов СФО по показателю естественного прироста, убыли (-) населения в 2014 г. (на 1000 населения).

В целом по **Сибирскому федеральному округу в 2014 году** по отношению к 2013 году незначительно снизился уровень рождаемости, общей смертности, смертности младенческой, а также естественного прироста населения. Для существенного улучшения медико-демографической ситуации в РФ и регионах необходимы дальнейшие усилия государства направленные на повышения качества жизни населения.

Л.С. Шалыгина
**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ (НА ПРИМЕРЕ
НОВОСИБИРСКОГО НИИТО ИМ. Я. Л. ЦИВЬЯНА)**

¹ *Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии
им. Я.Л. Цивьяна*

² *Новосибирский государственный медицинский университет*

Аннотация. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) является одним из приоритетных направлений здравоохранения Российской Федерации и сохраняет потребность в поиске новых организационных подходов, в том числе по профилю «травматология и ортопедия», на долю которой приходится 19%. На основе результатов анализа нормативных правовых документов по оказанию ВМП и использования инновационных организационных технологий в оказании ВМП в Новосибирской области сформированы и внедрены принципиальные подходы к организации данной помощи и разработан пилотный проект оказания ВМП по профилю «травматология и ортопедия» на базе Новосибирского НИИТО им. Я. Л. Цивьяна. Проведен ретроспективный анализ работы Новосибирского НИИТО им. Я. Л. Цивьяна за последние 5 лет.

L.S. Shalygina
**NEW APPROACHES TO RENDERING HIGH-TECH
MEDICAL CARE AT THE REGIONAL LEVEL (BASED ON
NOVOSIBIRSK RESEARCH INSTITUTE TRAUMATOLOGY
AND ORTHOPAEDICS N.A.L.YA.TZIVYAN)**

¹ *Novosibirsk SRI of mraumatology and orthopaedicsn.a. Ya.L. Tsivyan*
² *Novosibirsk State Medical University*

Abstract. Rendering high-tech medical care (HTMC) is one of the prior trend of the Russian health care demanding new organizational approaches, development and improvement of medical care, introduction of new material for HTMC, especially, in traumatology and ortho-paedics composed 19%. The new approaches to rendering medical care have been developed and introduced based on the analyses of legal documents on rendering HTMC and usage of innovative organizational technologies in the Novosibirsk region. Besides, the pilot project concerning rendering HTMC in traumatology and orthopaedicin the Novosibirsk Research Institute of Traumatology and Orthopaedicsn.a. Ya.L. Tsivyan, was presented. Retrospective analyses of activity of the Novosibirsk Research Institute of Traumatology and Orthopaedicsn.a. Ya.L. Tsivyan was conducted during recent 5 years.

Система организации оказания ВМП в Российской Федерации (РФ) начала формироваться с 1992 года, после подписания Президентом Россий-

ской Федерации Указа, где было обозначено «предусматривать из бюджета Российской Федерации целевое финансирование дорогостоящих видов медицинской помощи по списку заболеваний, утверждаемых ежегодно Министерством здравоохранения Российской Федерации»[1].

Реализуя данный Указ, Министерство здравоохранения Российской Федерации ежегодно формирует государственное задание на оказание ВМП, планирование объемов рассчитывается по изаявкам из субъектов РФ. Это позволяет устанавливать для медицинских организаций (МО) объемы, обеспечивать их равномерную загрузку, а также сокращать сроки ожидания предоставления ВМП больными, соблюдая принцип равномерной доступности данной помощи для жителей всех субъектов РФ.

С целью обеспечения доступности ВМП постоянно совершенствуются нормативно-правовые основы и механизмы ее оказания в РФ [2]. Дальнейшее развитие этой системы как составной части долгосрочной бюджетной стратегии РФ на период до 2023 года предполагает увеличение объемов и результативности медицинской деятельности ведущих федеральных высокотехнологичных медицинских центров, строительство и ввод в эксплуатацию сети новых федеральных центров на территории крупных субъектов РФ [3,4].

Вместе с тем остаются нерешенными задачи, связанные со стандартизацией услуг в сфере оказания ВМП, техническим и кадровым обеспечением ВМП. Необходимы отработка механизмов взаимодействия при оказании ВМП между медицинскими организациями различных организационно-правовых форм и ведомственной подчиненности, а также формирование научно обоснованной целевой программы развития ВМП в РФ [5].

Согласно Закону № 323-ФЗ организация оказания гражданам РФ ВМП федеральными МО отнесена к полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья, а МО субъекта РФ – к полномочиям органов государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья. Финансовое обеспечение ВМП до настоящего времени осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ, при этом с 01.01.2014 года финансирование 459 видов ВМП передано в систему обязательного медицинского страхования (ОМС).

Структура профилей ВМП в 2013 году не подверглась существенным изменениям. Наиболее востребованными оставались такие профили ВМП, как сердечно-сосудистая хирургия (29 % от всех пролеченных), травматология и ортопедия (19 %), онкология (15 %), офтальмология (9 %) и нейрохирургия (6 %). Обеспеченность населения РФ ВМП выросла с 314,8 человек на 100 тыс. населения в 2012 году до 352,3 – в 2013 году [6].

Объемы ВМП в НСО ежегодно повышаются, увеличивается количество МО, ее оказывающих. Оказание данной помощи в 2014 году осуществлялось в 8 федеральных учреждениях, расположенных в НСО, в пяти МО,

подведомственных министерству здравоохранения Новосибирской области, так и в МО за ее пределами.

Ежегодно объем пролеченных по ВМП жителей НСО увеличивается на 9-10%, в 2014 году по отношению к 2013 показатель составил более 20%.

Проведенный анализ динамики развития ВМП в субъекте РФ - Новосибирской области показал, что объемы оказанной ВМП за последние годы значительно выросли - на 55%, с 8817 человек в 2009 до 19 806 человек в 2014 году.

Из 19 195 человек, получивших ВМП в МО НСО в 2014 году, 6 948 человек (36,2%) получили помощь по сердечно-сосудистой хирургии, 3 431 (17,9%) по профилю нейрохирургия, 3 424 (17,8%) по профилю травматология и ортопедия, 1 760 (9,2%) по офтальмологии, 1 417 (7,4%) по онкологии, остальные 12 профилей медицинской помощи составили 11,5% (от 0,1 до 2,8% по каждому профилю). Таким образом, наиболее востребованными профилями ВМП являются: сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия, травматология и ортопедия, офтальмология и онкология.

Программой развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года предусмотрено увеличение объемов оказания ВМП в 2 раза по сравнению с 2013 годом. В соответствии с поручениями Президента России В.В. Путина на совещании по вопросам развития системы здравоохранения от 21.01.2014 г. в рамках исполнения указов Президента в течение ближайших трёх лет (до 2017 года) необходимо, не менее чем в 1,5 раза, увеличить объёмы ВМП. Это предполагает первоочередным разработку и внедрение приоритетных инновационных организационных и медицинских технологий при оказании ВМП, в том числе реализация государственно-частного партнерства в здравоохранении. В связи с этим в 2015 году к оказанию ВМП в НСО были привлечены за счет средств ОМС еще 4 МО, из них 2 негосударственной формы собственности, в том числе АНО «Клиника «НИИТО».

Анализ оказания ВМП жителям Новосибирской области показывает, что ежегодное увеличение количества жителей НСО, которым оказывается ВМП, при достаточном финансировании, ориентировочно возможно увеличить к 2016 году на 25-30%.

В настоящее время идет реализация пилотного проекта Новосибирской области по отработке механизмов взаимодействия федеральных центров, органов управления здравоохранением, фонда обязательного медицинского страхования и негосударственных МО в системе ОМС в рамках государственно-частного партнерства по оказанию ВМП жителям с патологией опорно-двигательного аппарата. Данный пилотный проект реализуется на базе ФГБУ «Новосибирский НИИТО им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России и Медицинского технопарка.

Методологической основой проекта явилось разработка и внедрение с 2010 года в Новосибирском НИИТО системы менеджмента устойчивого

развития (СМУР) на базе функционирующей системы менеджмента качества. В рамках формирования системы устойчивого развития МО для обеспечения качества оказания медицинской помощи были стандартизованы и документированы все процессы оказания медицинской помощи – стандарты, порядки и медицинские технологии, разработаны регламенты и алгоритмы, что позволило сократить сроки пребывания пациентов в стационаре в среднем на 40%, уменьшить количество осложнений и тем самым расширить возможности оказания медицинской помощи большему количеству нуждающихся пациентов. Разработанные в рамках проекта программы по скрининговой диагностике и профилактики пограничных состояний и первичных латентных форм заболеваний позвоночника у детей, лучевой диагностики, оказанию амбулаторно-консультативной помощи детям с патологией опорно-двигательного аппарата, оказанию медицинской помощи пациентам с острой осложненной и неосложненной травмой позвоночника, реабилитации детей после позвоночной травмы, оказанию высокотехнологичной медицинской помощи и дистанционной реабилитологии позволяют использовать систему «замкнутого цикла» и оказывать травматолого-ортопедическую помощь жителям Новосибирской области, в том числе детям, в полном объеме.

Предпосылками стали разработанная в Новосибирской НИИТО система менеджмента качества, позволяющая на принципах многоуровневой логистики и внедрения инновационных организационных технологий в рамках государственно-частного партнерства (взаимодействие с участниками процесса системы учреждений и управления здравоохранения, ФОМС, медицинскими организациями, реабилитационными базами), а также научно-методологическом сопровождении (технологии, стандартизация программ лечения, карты процессов) осуществить данный проект.

В результате работы достигнуто уменьшение с 2009 до 2014 года: средней длительности пребывания больных в стационаре с 13 до 8,8 к/д, средней длительности предоперационного периода - с 4 до 2 к/д и послеоперационного периода – с 9 до 6,5 койко-дней, летальности в стационаре - с 0,53% до 0,1%. При этом отмечается значительный рост количества проведенных операций - в 2,5 раза - 10953 операций в 2014 году), что существенно превосходит сроки пребывания пациентов при оказании им ВМП в стационарах других НИИ данного профиля. Таким образом, внедрение данного проекта позволили обеспечить оказание качественной медицинской помощи и значительно увеличить количество высокотехнологичных операций, уменьшить среднюю длительность пребывания больных в стационаре, а также значительно снизить и стабилизировать летальность.

Использование принципов многоуровневой логистики и внедрения инновационных организационных технологий в рамках государственно-частного партнерства позволяет жителям Новосибирской области восстанавливать здоровье и улучшать качество жизни с использованием новых и

имеющихся медицинских технологий, дает возможность бесплатного получения ранее недоступных и не предоставляемых видов медицинской помощи. При этом государство за счет возможного снижения финансовых затрат по временной и стойкой утрате трудоспособности и возможности увеличения объемов оказания медицинской помощи за счет высвобождения части коечного фонда и обеспечения стабильности потока пациентов позволит рассчитать социально-экономическую эффективность.

Литература.

1. Указ Президента Российской Федерации от 26 сентября 1992 года № 1137 «О мерах по развитию здравоохранения в Российской Федерации»;

2. Белостоцкий А.В. Основные направления обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2011; (2): 25-27.

3. Перхов В.И. Анализ новых тенденций и организационных мероприятий в вопросах обеспечения населения Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощью. Менеджер здравоохранения 2008; (11): 21-26.

4. Перхов В.И. О проблемах в вопросах обеспечения населения Российской Федерации бесплатной высокотехнологичной медицинской помощью. Здравоохранение 2009; (2): 36-45.

5. Солодкий В.А. Дорогостоящие высокотехнологичные виды медицинской помощи: проблемы и пути решений. Здравоохранение Российской Федерации 2006; (3): 28-31.

6. Об итогах работы министерства здравоохранения Российской Федерации в 2013 году и задачах на 2014 год, министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Федеральное медико-биологическое агентство г. Москва, 2014, стр. 47-48.

Л.В. Шукиль¹, Л.В. Мошкова², Э.А. Коржавых²
**ОЦЕНКА КАДРОВОГО РЕСУРСА ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ
ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

¹*Министерство здравоохранения Омской области*

²*Российский университет дружбы народов, Москва*

Аннотация. Представлены результаты социологического опроса специалистов фармацевтических организаций Омской области. Показаны недостатки управления кадровым фармацевтическим ресурсом в регионе. Сформулированы возможные пути решений выявленных проблем.

L.V. Shukil¹, L.V. Moshkova², E.A. Korzhavykh²
**EVALUATION OF HUMAN RESOURCE FOR THE
IMPLEMENTATION OF DRUG POLICY IN THE OMSK REGION**

¹Ministry of Health of Omsk region

²Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

Abstract. The results of sociological interrogation specialists pharmaceutical organizations of Omsk region was presented. Showing poor management personnel pharmaceutical resource in the region. The possible solutions to the problems are identified.

Лекарственная политика наиболее заметно проявляется в сегменте льготного лекарственного обеспечения населения, связанного с государственными гарантиями лекарственной помощи самым уязвимым категориям пациентов, поэтому территориальные органы управления здравоохранением должны систематически отслеживать ситуацию с реализацией государственных гарантий, чтобы своевременно предупреждать, выявлять и решать имеющиеся и потенциальные проблемы.

Одной из предпосылок успешной реализации лекарственной политики на уровне региона служит обеспеченность фармацевтическими кадрами, которая, в свою очередь, зависит от региональных географических и экономических особенностей, количества фармацевтических организаций, а также от наличия в регионе учебных заведений, выпускающих провизоров и фармацевтов.

Омская область располагает собственным высшим учебным заведением, которое начиная с 2002 г. готовит специалистов с высшим профессиональным образованием Омская государственная медицинская академия). Фармацевтический факультет является одним из крупнейших в стране, обучая в настоящее время около 2000 студентов одновременно.

По данным Министерства здравоохранения, на территории Омской области функционируют 1019 аптечных организаций всех форм собственности, осуществляющих розничную реализацию лекарственных препаратов, и около 50 фармацевтических дистрибьюторов. На 100 тысяч человек населения области приходится 51 аптечная организация, осуществляющая розничную реализацию лекарственных препаратов (в среднем по России – 50). Нагрузка на одну аптеку составляет 1950 человек по Омской области, 2440 человек с учетом структурных подразделений ЦРБ и 1700 человек в г. Омске.

Эти данные положительно характеризуют организационные условия для реализации региональной лекарственной политики. Вместе с тем, вопрос кадрового обеспечения фармацевтических организаций региона до настоящего времени изучен недостаточно.

С учетом вышеизложенного цель исследования заключалась в оценке состояния кадрового ресурса, обеспечивающего реализацию лекарственной политики в Омской области.

Основным методом исследования служил социологический опрос (анкетирование; случайная бесповторная выборка; 2014 г.).

В опросе приняли участие 95 фармацевтических организаций, в том числе 27 организаций частной формы собственности. Изучаемые параметры: возрастные и гендерные характеристики специалистов, обеспеченность фармацевтических организаций кадрами, информированность специалистов о лекарственной политике, реализуемой в регионе.

Установлено, что на момент опроса соотношение фармацевтических работников с высшим и средним фармацевтическим образованием составило 1: 1,85. При этом 14,1% провизоров и 10,9% фармацевтов работали в бюджетных организациях.

Анализ возраста провизоров показал, что наибольшую долю (67,97%) составляют специалисты в возрасте от 31 до 55 лет; удельный вес молодых специалистов до 30 лет – 25,37%, свыше 55 лет – 6,67%. Среди фармацевтов наибольшая доля также приходилась на среднюю возрастную группу – 55,66%, однако доля работающих пенсионеров (свыше 55 лет) была в 2 раза выше (13,43%), чем среди провизоров (рис. 1).

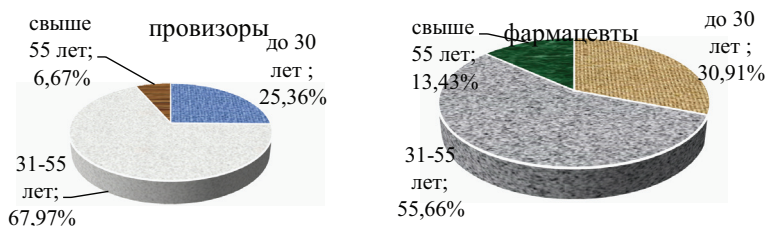


Рис. 1. Распределение фармацевтических специалистов по возрасту

По стажу работы специалисты с высшим фармацевтическим образованием, принявшие участие в мониторинге, распределились следующим образом: наибольшую долю (38,51%) составила группа со стажем работы в фармацевтической организации 1-10 лет, наименьшую (1,82%) – со стажем до 1 года (рисунок 2). Как показано на рисунке 2, распределение фармацевтов по стажу носит весьма сходный характер, хотя в долевом отношении несколько отличается от распределения провизоров. Кроме того, заметно различие между группами фармацевтов и провизоров со стажем работы свыше 30 лет – доля работающих фармацевтов с таким стажем более чем в 2 раза превышает долю работающих провизоров, 18,74% и 8,64% соответственно.

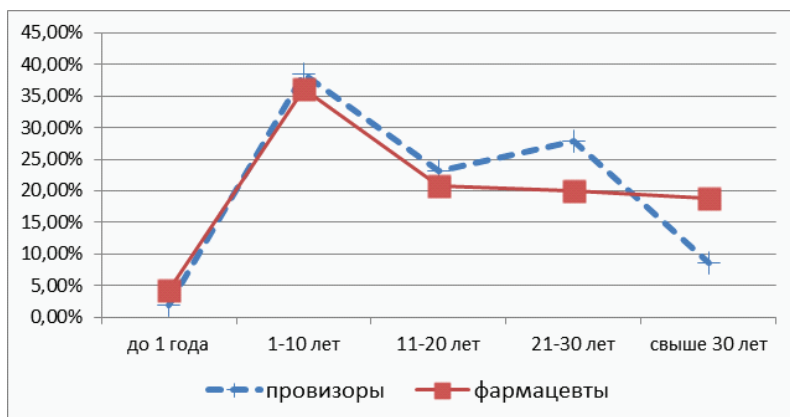


Рис. 2. Распределение фармацевтических специалистов по стажу работы

С учетом того факта, что наименее опытных фармацевтов, имеющих рабочий стаж до 1 года, тоже примерно в 2 раза больше, чем провизоров в соответствующей группе, можно сделать вывод о недостаточно полном и рациональном использовании наиболее квалифицированных фармацевтических кадров.

Вместе с тем опрос выявил нехватку в организациях, принявших участие в мониторинге, 48 провизоров и 94 фармацевтов. Таким образом, проведенный анализ кадрового потенциала ряда фармацевтических организаций Омской области свидетельствует, с одной стороны, о проблеме дефицита специалистов с фармацевтическим образованием, с другой – о нерациональном использовании имеющихся кадров.

В результате изучения информированности специалистов о лекарственной политике определено, что большинство респондентов знакомы с основами лекарственной политики, реализуемой, в частности, через федеральные и региональные целевые программы. Вместе с тем 35,4% респондентов не владеют информацией по Программе «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности на 2013-2020», 27,8% – по региональному проекту «Онкология».

Представителям розничного сектора фармацевтического рынка Омской области хорошо известны только программы по «ОНЛП» и «7 ВЗН», вероятно, в силу того, что по этим программам аптечные работники постоянно обеспечивают определенные группы населения. Однако 6,4% опрошенных фармацевтических работников розничного сектора не были знакомы ни с одной из целевых программ, реализуемых в здравоохранении региона.

Большинство специалистов фармацевтических организаций (86,1%) достаточно высоко оценили эффективность действующих программ – в пределах 80-100%. Всего 13,9% опрошенных отметили, что эффективность

программ составляет примерно 40-50%. В отношении Федеральной программы многими специалистами эффективность оценена на уровне 75%. В качестве причин такой оценки были названы, во-первых, непропорциональное, с точки зрения опрошенных, разделение льготников на федеральных и региональных и, во-вторых, низкое финансовое обеспечение льготников.

При оценке доступности ЛП респонденты назвали факторы, которые, по их мнению, могут повысить доступность:

- увеличение количества аптек, особенно в отдаленных районах (15,0% опрошенных);
- снижение цен на дорогостоящие препараты (44,5%);
- снижение цен в госпитальном (44,3%) и амбулаторном секторе (67,0%), а также снижение цен на медицинские изделия (19,0%).

Обобщение вышеизложенного позволило выделить следующие основные направления деятельности кадровой службы здравоохранения Омской области:

- 1) выработка единых подходов при решении кадровых проблем в системе омского здравоохранения в связи с передачей муниципальных учреждений здравоохранения в собственность Омской области;
- 2) дальнейшая реализация мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения Омской области;
- 3) повышение профессионального уровня специалистов, формирование и подготовка управленческих кадров системы здравоохранения;
- 4) повышение качества и культуры медицинского обслуживания населения.

А.В. Шульмин², А.И. Николаева², К.Г. Добрецов¹
**РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ
СЛУХА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В
КРАСНОЯРСКЕ**

¹ *Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого*

² *Центр оториноларингологии Сибирского клинического центра
ФМБА России*

Аннотация. Скрининговое обследование слуха у учащихся первых классов общеобразовательных школ проводилось в Красноярске. Было обследовано 558 детей. Основным тестом, использованным в обследовании была аудиометрия (воздушная проводимость). Обследования проводились в тихих помещениях в соответствии с процедурой определения порога слы-

шимости. Определялись пороги слышимости в диапазоне частот от 250 до 8000 Гц. Положительным результатом аудиологического скрининга принято значение 25 Дб и более на любой из частот на одно или оба уха. При обследовании учащихся первых классов положительный результат получен в 15,8% случаев (88 детей).

A. V. Shulmin¹, A. I. Nikolaeva¹, K. G. Dobretsov²
**RESULTS OF HEARING SCREENING OF STUDENTS IN
THE FIRST CLASSES OF SECONDARY SCHOOLS IN
KRASNOYARSK**

¹ *Krasnoyarsk State Medical University named
after prof. V.F. Voino-Yasenetsky*

² *Center of Otorhinolaryngology of Siberian Clinical Center FMBA
of Russia*

Abstract. The survey was attended by students of the first grade of four secondary schools in Krasnoyarsk city, Siberia, Russia. 558 children were examined. The main test used in the survey was audiometry (air conduction). Surveys were conducted in a quiet room in accordance with the procedure of determining the threshold of audibility. The thresholds of audibility were determined on frequency range from 250 to 8000 Hz. A positive result of hearing screening was accepted value of 25 dB or more at any of the frequencies at one or both ears. In the survey of first grade students the positive result was obtained in 15.8% of cases (88 children).

Слух играет важную роль в жизни человека как средство коммуникации. Нарушение слуха у человека является наиболее частым из сенсорных дефектов со значимыми социальными и психологическими последствиями. Значимость снижения слуха будет зависеть от таких факторов, как степень тяжести, возраст начала заболевания, возможности для лечения и реабилитации [Newton V.E., 2009]. Наиболее значимо снижение слуха для детей, так как, не получая адекватной акустической информации, ребенок воспроизводит в своей речи недостатки слуха. Даже одностороннее снижение слуха негативно влияет на слуховое и психоречевое развитие, приводит к затруднениям при обучении и общении [Сапожников Я.М., 2013].

Количество людей со снижением слуха в мире постоянно растет. По данным 2002 года в мире насчитывалось 250 млн. человек с нарушениями слуха, что составляло 4,2% населения [Загорянская М.Е., Румянцева М.Г., 2011].

По оценкам Всемирной организации здравоохранения на 2014 год около 360 млн. человек в мире страдают от инвалидирующей потери слуха – это 5% населения мира. Среди этого числа около 32 млн. детей в возрасте до 15 лет. Под инвалидирующей потерей слуха понимается потеря

слуха в лучше слышащем ухе более 40 дБ у взрослых и более 30 дБ у детей [Информационный бюллетень ВОЗ №300 Февраль 2014 г].

В России насчитывается более 13 млн. человек с инвалидизирующей потерей слуха, из них более 1 млн. детей и подростков [Таварткиладзе Г.А. и соавт., 2006; Коваленко С.Л., 2009; Загорянская М.Е., Румянцева М.Г., 2011; Макарова М.В., Алексеева Н.Н., 2014]. В то же время М.Е. Загорянская и соавт. сообщает, что на диспансерном учете в сурдологических кабинетах состоит только 150 тыс. детей с нарушениями слуха. Разница между предполагаемым и учтенным количеством детей с нарушением слуха обусловлена тем, что учёт проводится по данным обращаемости в медицинские учреждения.

Тугоухость выявляется у детей в разные возрастные периоды вплоть до 18 лет. Анализ возрастной характеристики детей на момент постановки диагноза в сурдологических кабинетах регионов России, проведенный Г.А. Таварткиладзе и соавт. (2006), показал, что диагностика тугоухости и глухоты проводится несвоевременно: дети до года составляют лишь 5% от общего числа обследованных; от 1 года до 3 лет – 14%; почти 2/3 детей берется на диспансерный учет в возрасте от 3 до 7 лет (28%) и от 7 до 14 лет (30%); у 23% детей нарушение слуха выявляется в возрасте после 14 лет. Это обусловлено низкой информированностью родителей и педиатров о признаках снижения слуха у детей, недостаточной укомплектованностью врачами оториноларингологами и сурдологами в некоторых регионах России [Коваленко С.Л., 2009; Гринчик О.В., 2013; Кисина А.Г., 2013].

По данным обращаемости распространенность заболеваний уха и носоглотки у детей в возрасте до 14 лет в г. Красноярске составляет 74,1 на 1000 человек. Кондуктивная и нейросенсорная тугоухость составляют 2,41 на 1000 детей в возрасте до 14 лет [Добрецов К.Г. и соавт., 2014].

Программы скринингового обследования детей дошкольного и школьного возраста широко распространены в европейских странах. В Великобритании скрининговое обследование слуха проводится всем детям, поступающим в школу, с 1950 года [Vamford J. et al., 2007].

В США есть собственные программы скрининговых обследований слуха, которые охватывают все возрастные группы: начиная от новорожденных, заканчивая людьми пенсионного возраста. В 34 из 51 штата скрининговое обследование школьников является обязательным, а еще в 7 штатах – рекомендованным для проведения. В большинстве штатов скрининговое обследование слуха школьников проводится методом тональной пороговой аудиометрии [Sekhar D.L., Zalewski T.R., 2013].

В 2010 году в Польше было обследовано 95 411 первоклассников в 4 041 школе в течение 4 месяцев. У каждого седьмого ребенка (13,9% обследованных) были выявлены нарушения слуха, у 15,1% - шум в ушах (Скаржинский П.Г., 2011). В 58,8% случаев родители не обращали внимания на снижение

слуха у детей. 27% детей с нарушениями слуха были обследованы только при рождении (аудиологический скрининг новорождённых в Польше проводится с 1993 года).

По сравнению со здоровыми детьми в группе с выявленными нарушениями слуха в 2 раза больше детей имели плохие оценки и проблемы с поведением.

Программа скрининга органов чувств являлась одним из приоритетов здравоохранения во время польского председательства в Европейском Союзе во второй половине 2011 года. Результаты проведенного обследования способствовали повышению осведомленности о важности проблемы нарушения слуха у детей среди лиц, принимающих решения на государственном уровне.

Европейский опыт показывает, что необходимо проводить повторное скрининговое обследование детей в возрасте 6 – 7 лет (нарушения слуха выявлены у 13,9% детей этой возрастной группы). Заболевания, которые привели к нарушению слуха, были приобретены в ходе роста и развития детей и не могли быть заподозрены и выявлены при проведении аудиологического скрининга новорождённых.

В 2013-2014 и 2014-2015 учебном году в Красноярске проводилось скрининговое обследование слуха у учащихся первых классов общеобразовательных школ. Было обследовано 558 детей. Перед обследованием родители/опекуны вместе с детьми заполняли анкету, которая включала вопросы о потенциальных причинах снижения слуха, шума в ушах, возможных трудностей в учебе.

Основным тестом, использованным в обследовании была аудиометрия (воздушная проводимость). Обследования проводились в тихих помещениях в соответствии с процедурой определения порога слышимости. Определялись пороги слышимости в диапазоне частот от 250 до 8000 Гц. Положительным результатом аудиологического скрининга принято значение 25 Дб и более на любой из частот на одно или оба уха.

Результаты:

При обследовании учащихся первых классов положительный результат получен в 15,8% случаев (88 детей).

В 26,4% случаев (23 ребенка) выявлена двухсторонняя тугоухость. В одной трети случаев (34,9%) отмечалось снижение слуха на высокие частоты. Односторонняя тугоухость справа и слева отмечалась в равной степени (в 32 и 33 случаях соответственно).

Треть детей с выявленными нарушениями слуха никогда ранее не обследовались. Также отмечено, что дети со сниженным слухом в 2 раза чаще по сравнению со здоровыми детьми имели низкую успеваемость в школе – удовлетворительно учатся 10,4% детей с нормальным слухом и 18,4% детей со сниженным слухом.

Внедрение программ аудиологического скрининга детей младшего школьного возраста – оптимальный вариант для совершенствования оказания сурдологической помощи данной возрастной группе.

Д.В. Щербаков, В.И. Расный
**ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОКАЗАНИЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ
КРОВООБРАЩЕНИЯ (БСК)**

Омская государственная медицинская академия

Аннотация. Рассмотрены подходы к реорганизации системы оказания медицинской помощи больным с БСК. Отмечена роль в повышении результативности лечебных вмешательств пациентам с БСК не только подготовки медицинских кадров и технической обеспеченности лечебно-диагностического процесса, но и создание механизмов преемственности в работе специализированных учреждений, территориальной поликлиники и реабилитационной помощи в санаторных учреждениях. Функционирование действующей модели оказания медицинской помощи пациентам с БСК в реальной клинической практике имеет ряд сложностей: разобщены уровни профилактики и реабилитации пациентов с БСК, система не относится к категории саморегулируемых, и не позволяет оперативно реагировать на потребности населения.

D. C. Shcherbakov, V. I. Rainy
**PROBLEMS OF IMPROVEMENT OF ORGANIZATIONAL
TECHNOLOGIES PROVIDE SPECIALIZED MEDICAL CARE
TO PATIENTS WITH DISEASES OF THE CIRCULATORY
SYSTEM (BSC)**

Omsk state medical Academy

Abstract. Approaches to reorganization of system of care for patients with BCSD are considered. The role in enhancing the effectiveness of therapeutic interventions in patients with BCSD not only medical training and technical support diagnostic and treatment process, but also the creation of mechanisms for continuity in the work of the specialized institutions, territorial clinics and rehabilitation help in sanatorium establishments is noted. The functioning of the current model of care for patients with BCSD in clinical practice has a number of difficulties: fragmented levels of prevention and rehabilitation of patients with

BCSD, the system does not treat category self-regulating, and does not allow to react to requirements of the population quickly.

Ресурсосберегающий эффект организационных мероприятий во многих странах достигается перемещением ресурсов в сферу ранней диагностики и управления риском заболевания с реализацией, в первую очередь, широкомасштабных и мало затратных технологий. В системе российского здравоохранения созданы и существуют структуры помощи пациентам с БСК, которые призваны решать задачи не только профилактического направления, но и оказания специализированной помощи. Однако их деятельность, по оценкам некоторых экспертов, подвергается последние годы различного рода совершенствованию, в том числе на основе научно обоснованных технологий. Следует отметить, что комплексной оценки результативности этих технологий зачастую не проводится.

Необходимость совершенствования системы оказания медицинской помощи больным с БСК в городе Омске обусловлена высоким уровнем первичной заболеваемости БСК среди населения, неблагоприятными социальными и экономическими последствиями болезней системы кровообращения, а также имеющимся в ряде регионов (Алтайский, Ставропольский край, Воронежская, Свердловская, Ивановская, Сахалинская области и др.) положительным опытом внедрения современных организационных и лечебно-диагностических технологий, разработанных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В городе Омске заболеваемость инфарктом миокарда (ИМ) в 2007 году составила 160 на 100 тыс. населения, в 2008 году – 202, в 2009 году – 192, а в 2013 г. – 160. По данным зарубежных и отечественных исследователей, после перенесенного инфаркта миокарда каждый десятый больной умирает в течение первого года болезни, около 50 процентов больных остаются нетрудоспособными.

Первичная заболеваемость цереброваскулярными болезнями в 2009 году составила 425 на 100 тыс. населения, в 2013 г. - 820. Смертность в течение острого периода инсульта составляет более 30 процентов больных, после проведенного лечения полностью восстанавливаются не более 8 процентов больных. Эти показатели не превышают аналогичные в регионах, участвующих в реализации мероприятий по совершенствованию системы оказания медицинской помощи больным с БСК, однако различаются исходы острых заболеваний. Так, к примеру, в учреждениях здравоохранения Барнаула, Бийска, Пятигорска, Воронежа и других городов России восстановление способности к самообслуживанию при выписке из стационара наблюдается более чем у 70 процентов больных.

Экономическое бремя БСК довольно велико. По данным ВОЗ в Российской Федерации непрямые расходы, связанные с заболеваемостью инсультом и инфарктом миокарда, следствием которых являются преждевре-

менная смертность, инвалидность и временная нетрудоспособность граждан, составляют 304 млрд. руб. в год. В городе Омске смертность от БСК в 2009 году составила 683,7 на 100 тыс. населения, в 2013 г. - 435. Стоимость лечения 1 больного с инсультом в разных субъектах РФ отличается, но в среднем составляет более 120 тыс. руб. в год, инфарктом миокарда – более 100 тыс. руб. в год. Общая сумма прямых расходов, связанных с заболеваемостью инсультом (из расчета 3 000 новых случаев в год), составляет около 400 млн. руб. в год.

На наш взгляд, целью повышения качества специализированной помощи населению в первичном звене здравоохранения необходимо внедрение стратегии высокого сердечно-сосудистого риска, но включить этот показатель в качестве индикатора эффективности профилактики БСК. Наряду с этим показателем назрела необходимость включать интегрированные показатели социальных потерь – ПППЖ, потери трудоспособной жизни и связанных с ними факторов, в том числе данные о распространенности факторов риска, прежде всего управляемого, поведенческого характера, для чего целесообразно внедрение технологий их мониторинга.

Еще в 2010 г. после детального изучения опыта «пилотных» регионов Российской Федерации (Барнаул, Бийск, Воронеж, Екатеринбург, Пятигорск) в Омской области были разработаны новые подходы к решению задач по оптимизации и совершенствованию системы оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые включают в себя:

- мероприятия по первичной профилактике болезней системы кровообращения;
- реорганизацию существующей базы муниципальных учреждений здравоохранения города Омска (далее – учреждение здравоохранения) для лечения больных с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения;
- создание системы реабилитации больных после оказания им специализированной медицинской помощи;
- информационное обеспечение учреждений здравоохранения.

Необходимо повышать межведомственные мероприятия регионального уровня в целенаправленном решении задач повышения знаний населения об основах ЗОЖ, формирования медицинской грамотности и приверженности выполнению врачебных назначений.

Важным компонентом устойчивого внедрения технологий медицинской профилактики БСК в реальную практику является постоянное повышение уровня профессиональной подготовки медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений по вопросам профилактики БСК.

На сегодняшний день основное направление оптимизации и совершенствования системы оказания медицинской помощи больным с БСК является

реорганизация существующей базы учреждений здравоохранения для лечения больных с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения.

В 2009 и 2010 гг. каждому второму пациенту введение тромболитического препарата было осуществлено на этапе оказания скорой медицинской помощи. На сегодняшний день, при более раннем (в первые 4 – 6 часов от начала болевого синдрома) обращении больных за медицинской помощью частота применения тромболитизиса увеличилась примерно в 2 раза.

Неотложная стационарная медицинская помощь больным с острым инфарктом миокарда оказывается в кардиологических отделениях БУЗОО «Медико-санитарная часть № 7», БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1», БУЗОО «Медико-санитарная часть № 9», БУЗОО «Городская клиническая больница № 4», БУЗОО «Областная клиническая больница».

Реорганизация системы оказания медицинской помощи кардиологическим больным предполагает изменение подхода к оказанию медицинской помощи. Оказание плановой и неотложной медицинской помощи при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля должно осуществляться в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи соответствующей категории пациентов: оказание неотложной медицинской помощи должно начинаться в кратчайшие сроки от начала коронарного синдрома (в течение первых 3 – 6 часов), госпитализация больных должна производиться в блок интенсивной терапии медицинской организации, ранняя реабилитация больных должна проводиться с применением современного оборудования и технологий, а также должна быть создана единая персонализированная база данных больных кардиологического профиля. Отдельного рассмотрения требует вопрос о внедрении рентгенхирургических методов диагностики и лечения БСК.

Неотложная стационарная медицинская помощь больным с острым нарушением мозгового кровообращения оказывается в 5 неврологических отделениях учреждений здравоохранения: в БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1», БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2», БУЗОО «Омская городская клиническая больница № 1 имени Кабанова А.Н.», БУЗОО «Медико-санитарная часть № 4», БУЗОО «Городская клиническая больница № 11».

Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных вследствие острого нарушения мозгового кровообращения функций нервной системы, должен проводиться с первого дня госпитализации больного и после выписки больного из отделения бригадой специалистов отделения учреждения здравоохранения, включающей врачей лечебной физкультуры, врачей восстановительной медицины, врачей по физиотерапии, логопеда, инструктора по лечебной физкультуре, медицинского психолога, социального работника.

Реорганизация системы оказания медицинской помощи неврологическим больным предполагает изменение подхода к оказанию медицинской помощи. Оказание плановой и неотложной медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения должно осуществляться в соответствии с Порядками организации специализированной помощи таким пациентам.

Разработанные мероприятия по оптимизации и совершенствованию оказания медицинской помощи больным с БСК в медицинских организациях предполагают:

- 1) реализацию широкомасштабных мероприятий по первичной профилактике болезней системы кровообращения для повышения информированности населения города Омска и ответственности за собственное здоровье;
- 2) реорганизацию существующей базы учреждений здравоохранения для лечения больных с острым коронарным синдромом или острым нарушением мозгового кровообращения посредством реструктуризации круглосуточных коек, перераспределения ставок внутри системы здравоохранения города Омска в пользу неотложных отделений в соответствии с Порядками;
- 3) организацию новых отделений для долечивания больных после оказания неотложной помощи при БСК;
- 4) дооснащение лечебно-диагностическим оборудованием всех подразделений кардиологической и неврологической служб;
- 5) внедрение современных эффективных технологий оказания медицинской помощи в соответствии с Порядками.

При этом основой эффективного клинического управления системой оказания медицинской помощи является объединение в единую информационную сеть всех структурных подразделений системы муниципального здравоохранения города Омска (скорой медицинской помощи, поликлиник, стационаров, патологоанатомических отделений), что позволит иметь достоверную и оперативную информацию о состоянии здоровья населения города Омска и эффективности управления системой здравоохранения города Омска. Это требует дополнительных финансовых затрат на оборудование учреждений здравоохранения компьютерной техникой, телекоммуникационными, радиоэлектронными системами.

Таким образом, в основу модели должен быть заложен принцип единства конечной цели при взаимодействии структур управления, координации, реализации и оценки медицинских технологий на основе определенных региональных приоритетов совершенствования специализированной медицинской помощи, что позволит реализовать системный подход к управлению, повышению эффективности использования ресурсов, в т.ч. кадрового потенциала.

Д.В. Щербаков, Д.И. Мороз
**ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССОМ
РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ
КРОВООБРАЩЕНИЯ (БСК)**

Омская государственная медицинская академия

Аннотация. Рассмотрены условия необходимые для разработки региональных программ по реабилитации пациентов с БСК, учитывающих социально-экономический потенциал региона и распространенность факторов риска БСК, характерных для данного региона. Определена важность группового и индивидуального (мультидисциплинарного) подхода к пациентам в зависимости от наличия и количества факторов риска БСК и их сочетания у конкретного пациента, с учетом возраста и гендерной принадлежности. Меры реабилитации пациентов с БСК сопряжены с мерами контроля за результативностью деятельности амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения. Сбалансированное распределение финансовых ресурсов высвободит ресурсы для районов с отрицательным значением индикатора результативности.

D. C. Shcherbakov, D. I. Moroz
**PROBLEM MANAGEMENT PROCESS OF REHABILITATION
OF PATIENTS WITH DISEASES OF THE CIRCULATORY
SYSTEM (BSC)**

Omsk state medical Academy

Abstract. Conditions necessary for the development of regional programs for the rehabilitation of patients with BCSD, taking into account the socio-economic potential of the region and the prevalence of risk factors BCSD, typical for this region. Importance of group and individual (multidisciplinary) approach to patient depending on existence and number of risk factors and combinations of BCSD in an individual patient, taking into account age and gender is determined. Measures of rehabilitation of patients with BCSD are associated with the control measures of performance in activities outpatient health care. Balanced distribution of financial resources will release resources for areas with negative value of the indicator of productivity.

Ухудшение состояния здоровья населения России приводит не только к демографическим потерям (снижению численности населения), но и к значительному экономическому ущербу. В связи с этим экономические аспекты общественного здоровья требуют всестороннего исследования для определения экономической эффективности социальной политики и программ развития здравоохранения или, как минимум, для понимания масштаба потерь, которые несет экономика нашей страны в связи с ростом БСК.

Отсутствие информации об уровнях заболеваемости и смертности, а также представления об экономических издержках, связанных с этими процессами мешает детально исследовать и оценить масштабы экономического ущерба, к которому приводят потери общественного здоровья.

Управление качеством медицинской помощи предполагает своевременное установление возможности появления групп заболеваний по ограниченному числу наблюдений и принятие мер по приведению медицинских служб в состояние, при котором локализируются причины и очаги роста данной группы заболеваний. При этом та часть объектов исследования (популяций, административных территорий и др.), которую для наблюдений отбирают из генеральной совокупности или исходных статистических данных (при статистическом анализе генеральной совокупности), должна быть представительной (репрезентативной) и осведомляющей о качестве всей группы исследования или точности представления исходных статистических данных. Учитывая региональные особенности в распространенности факторов риска БСК и наличие связи между ними и уровнем смертности, представляется возможным корректное обоснование комплекса реабилитационных мероприятий.

Все это определяет необходимость адекватного планирования и реализации реабилитационных мероприятий, направленных на снижение уровня общей заболеваемости и смертности от БСК (на региональном уровне).

Характеризуя данные о обращаемости пациентов с БСК за реабилитационной помощью в медицинские организации Омской области можно сделать вывод, что медико-биологические факторы риска среди больных с БСК составляют значительную долю (57,2%) и отметить тот факт, что большую часть представляют пациенты трудоспособного возраста. Низкая доля лиц старше 70 лет в структуре БСК, объясняется снижением в популяции этой возрастной группы. Возраст является не модифицируемым фактором риска БСК, так как распространенность БСК внутри каждой возрастной группы увеличивается с возрастом. Высокая распространенность БСК среди старших возрастных групп делает актуальным проведение первичной и вторичной профилактики среди этой популяционной прослойки.

Факторами риска БСК следует считать, не только общепринятые заболевания, как сахарный диабет и ожирение, но и некоторые пограничные состояния. Так, избыточная масса тела (ИМТ=25-30 кг/м²) чаще наблюдалась в группе с БСК – в 47,2% и только в 23,3% в группе сравнения ($P\chi^2 < 0,001$), а нарушение толерантности к глюкозе регистрировали в 9,1% при БСК и в 5,7% в группе сравнения ($P\chi^2 < 0,001$).

У обследуемых, имеющих немодифицируемые факторы риска БСК: возраст (КА=+0,77) и отягощенную наследственность (КА=+0,21), следует проводить более активную работу по устранению модифицируемых факто-

ров. Распространенность основных видов БСК среди мужчин и женщин, которая оказалась сопоставимой.

По результатам анализа можно сделать вывод, что сочетание нескольких факторов риска делает вероятность развития БСК крайне высокой. При наличии метаболического синдрома частота БСК составила 95,1%, а в группе без метаболического синдрома – 23,2% ($P\chi^2 < 0,001$). Таким образом, не модифицируемыми факторами риска развития БСК являются возраст старше 40 лет ($KA = +0,76$), наследственность ($KA = +0,23$). Модифицируемыми факторами риска развития БСК нами были выделены: высокой силы являются ожирение и избыточная масса тела ($KA = +0,69$), сахарный диабет ($KA = +0,91$); средней силы – метаболические нарушения как гипертриглицеридемия ($KA = +0,39$), гиперхолестеринемия ($KA = +0,43$), гиперуриемия ($KA = +0,52$); слабой силы – избыточное употребление соли ($KA = +0,11$), и низкая физическая активность ($KA = +0,17$). Наличие у обследуемого не одного, а двух и более факторов риска существенно повышает вероятность развития БСК, причем в ряде случаев речь может идти не только о полной суммации факторов риска, но и об их потенцировании.

Изучение медико-организационных факторов риска и поддержание эффективного функционирования системы оказания реабилитационной медицинской помощи больным с БСК, при условии оптимального ресурсного обеспечения, позволит, на наш взгляд, избежать возможного роста заболеваемости и смертности от БСК.

К медико-организационным факторам риска многие авторы относят:

а) недостаточная обеспеченность медицинским врачебными кадрами. В нашем исследовании выявлена отрицательная корреляционная зависимость смертности от БСК с количеством врачей на 10 000 обслуживаемого населения: с количеством терапевтов ($r = -0,46$), кардиологов ($r = -0,41$), общим количеством врачей ($r = -0,45$). Можно сделать вывод о наличии важной роли врачей «первичного звена» в профилактике и борьбе с факторами риска БСК. Достаточное ресурсное обеспечение медицинской службы неизбежно скажется на дальнейшем снижении смертности от БСК.

б) существующий разрыв в обеспеченности специализированной кардиологической помощью сельского и городского населения субъекта РФ.

в) несовершенство системы реабилитации больных с БСК, перенесших острый инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения;

Распространенность факторов риска в популяции зависит не только от индивидуальной профилактики, которая сводится к соблюдению основ и норм ЗОЖ. Реабилитационные мероприятия должны быть направлены на медико-биологические, психологические и социальные компоненты здоровья. На всех уровнях реабилитации целесообразно использовать телекоммуникационные технологии – компьютерные методики дистанционного непрерывного обучения, обеспечивающие ускорение процессов реабилита-

ции. Вместе с тем только комплексный подход и интеграция всех стратегий профилактики приводят к снижению преждевременной смертности населения вследствие БСК и улучшению демографической ситуации в нашей стране.

Трехуровневая модель оказания медицинской помощи и четко регламентированный порядок её функционирования, обеспечил экстренную госпитализацию 94% больных с ОНМК (до введения новой системы организации - 63%) и 96,2% пациентов с ОКС с территории региона в специализированные отделения Регионального сосудистого центра и первичных сосудистых отделений с учетом минимального времени доставки пациента в стационар (не более 40 минут), при этом 93% больных с ОНМК и ОКС были госпитализированы в специализированные отделения.

Новый подход к лечению и реабилитации при БСК с применением высоких технологий и ранним началом нейрореабилитации позволил увеличить число пациентов, способных к самообслуживанию на ранних сроках после перенесенного церебрального инсульта, на 62,6% в 2013 г. по сравнению с 2010 годом. Ранняя комплексная реабилитация позволила снизить осложнения в остром периоде с 50 до 15, доля пациентов выписанных с сохранением самообслуживания увеличилась с 40 до 60%.

Несмотря на углубленный анализ эпидемиологии БСК и комплексно изученных факторов риска, проблема реабилитации и профилактики БСК актуальна и её решение зависит от образовательного компонента указанного процесса. Эпидемию БСК можно контролировать с помощью стратегии, в рамках которой основное внимание уделено первичной и преемственной профилактике факторов риска БСК, в т.ч. исследованию неконвенционных факторов риска. Кроме того, обобщая данные других авторов, можно указать, что на здоровье каждого человека влияют и медико-биологические, и медико-социальные, и медико-организационные факторы риска БСК.

Объективный мониторинг уровня смертности и заболеваемости от БСК, факторов риска по административно-территориальным образованиям позволяет прогнозировать и контролировать ситуацию в ближайшей и отдаленной перспективе. При планировании медико-организационных мероприятий на уровне региона с целью реабилитации пациентов с БСК необходимы структуризация и ранжирование модифицируемых и немодифицируемых факторов риска. Так, после выписки пациентов, перенесших инсульты и инфаркты, из сосудистого центра или диспансера, необходимо провести мероприятия по профилактике повторных нарушений кровообращения: предоставить информацию участковому терапевту и организовать активное наблюдение; ежеквартально обследовать пациента, в случае необходимости госпитализировать или в условиях дневного стационара подобрать соответствующую профилактическую терапию.

Во многом сочетание мер реабилитации пациентов с БСК сопряжены с мерами контроля за результативностью деятельности амбулаторно-

поликлинического звена здравоохранения. Это позволяет сбалансировано распределять финансовые средства и ресурсы между первичной и вторичной профилактикой, а также другими звеньями здравоохранения и первоочередное обеспечение районов с отрицательным значением индикатора результативности.

Неоспорим тот факт, что назрела необходимость в разработке региональных программ по реабилитации пациентов с БСК, учитывающих социально-экономический потенциал региона и распространенность факторов риска БСК, характерных для данного региона. Особого внимания заслуживает групповой и индивидуальный (мультидисциплинарный) подход к пациентам в зависимости от наличия факторов риска БСК и их сочетания у конкретного пациента, с учетом возраста и гендерной принадлежности.

Ц. Энхбаяр
**ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ В МОНГОЛИИ**

“Баяр” больница, г. Уланбаатор, Монголия

Аннотация. В Монголии в 1966 году основана нейрохирургическая служба, ее истории продолжается почти полвека. Монголия – это огромная территория и сравнительно малая численность населения, которое проживает в населенных пунктах, значительно удаленных от столицы и крупных административных центров, при этом 1,3 млн человек проживает в столице - Улан-Баторе. В последние годы в области нейрохирургии активно развивается направление нейровертебрологии и появляется возможность создания частных клиник при поддержке зарубежных специалистов. Пациентам нейрохирургического профиля оказывается медицинскую помощь сразу на третичной ступени. В настоящее время в системе оказания нейрохирургической помощи в Монголии существуют следующие проблемы: недостаточно развита страховая система, дефицит высококвалифицированных кадров, отсутствие возможности проведения высокотехнологичных операций в сельских районах, проблемы транспортировки больных.

C. Enchbayr
**PECULIARITIES OF ORGANIZATION OF NEUROSURGICAL
CARE IN MONGOLIA**

“Bayar” hospital, Ulaanbaatar, Mongolia

ABSTRACT. More than 50 years ago in 1966 neurosurgical service was founded in Mongolia. Mongolia has a large territory and a small population,

inhabiting in large administrative centers and far from the capital. About 1,3 million of people live in Ulan-Bator, the capital of Mongolia. In recent years neurovertebrology has been developing and there is a possibility for creation private hospitals at participation of foreign specialists. The patients of neurosurgical profile are rendered medical care at the third stage. But there are some problems in the system of rendering neurosurgical care : insufficient insurance system, deficient of high skilled stuff, absence of the conditions for conducting high-tech operations in rural regions, transport of patients.

В Монголии в 1966 году основана нейрохирургическая служба. Её истории продолжается почти полвека. Борис Михайлович Рачков был приглашен в качестве одного из первых советников - нейрохирургов из Министерства здравоохранения СССР. В 1971 г. было создано нейрохирургическое отделение на 24 койки, которое развивается до стандартов современной медицины. Необходимо отметить, что для Монголии существует ряд особенностей в области нейрохирургии. Население Монголии составляет более 3 млн. человек (01.01.2015). Монголия – это огромная территория и сравнительно малая численность населения, которое проживает в населенных пунктах, значительно удаленных от столицы и крупных административных центров. В последние годы усиливается урбанизация (1,3 млн человек проживает в столице - Улан-баторе). Слабая инфраструктура серьезно влияет на развитие нейрохирургии Монголии.

Медицинская помощь в области нейрохирургии оказывается в следующих организациях и подразделениях:

- Государственные учреждения: Государственная клиническая больница №3 им. П.Н.Шастина, нейрохирургическое отделение на 45 коек; Национальный центр травматологии и ортопедии, отделение экстренных черепно-мозговых травм – 50 коек, отделение позвоночно-спинномозговых травм – 30 коек; военный госпиталь с травматологическим отделением для нейрохирургических больных; травматологическое отделение для нейрохирургических больных в г.Дархан; травматологическое отделение для нейрохирургических больных в г.Эрдэнэт; с 2012 г. в Государственной клинической больнице №1 оказывают нейрохирургическая помощь (в отделении общей хирургии работает команда узкоспециализированных врачей); в сельской местности в экстренном порядке оказывается первичную помощь нейрохирургическим больным, такая как декомпрессионная операция головного мозга, ламинэктомия позвоночника и др.

- Частные клиники: с 2007 г. клиника “Ачтан” (нейрохирургическое отделение в 35 коек); с 2014 г. Клиника «Гранд мед» начала обслуживание больных с проблемами позвоночника и спинного мозга, в частности, проведение эндоскопических операций; с 2014 г. работает клиника “Мунгунгуур”, которая проводит нейротравматические операции на позвоночнике, спинном и головном мозге.

Во всех нейрохирургических клиниках Монголии используется следующее оборудование для диагностики у пациентов нейрохирургического профиля: МРТ, КТ, ангиографические, рентгеновские и эндоскопические аппараты.

При проведении операций у больных нейрохирургического профиля используются хирургические микроскопы фирм Мюллер Ведел и Карл Цейс.

В последние годы в области нейрохирургии активно развивается направление нейровертебрологии и появляется возможность создания частных клиник при поддержке зарубежных специалистов.

Причинами этого являются относительно небольшие затраты, высокая степень излечения больных и малый риск. Однако, хирургия головного мозга из-за высокой стоимости оборудования для диагностики и лечения, высоких требований к квалификации врачей, высокого медицинского риска и трудовой нагрузки (многочасовых операций) и постоянного стресса не развивается в полной мере. Поэтому из-за дефицита высококвалифицированных кадров, отсутствия возможности проведения высокотехнологических операций в отдалённых сельских районах развитие нейрохирургии продолжает концентрироваться в столице. Вследствие этого, до сих пор по-прежнему сохраняется проблемы при воздушной и наземной транспортировки больных.

Большинство заболеваний нейрохирургического профиля составляют опухоли головного мозга, патология сосудов головного мозга, инсульты, аневризмы сосудов головного мозга, артерио-венозные мальформации, гидроцефалия, грыжи межпозвоночных дисков, опухоли спинного мозга, травмы позвоночника и врожденные аномалии головного и спинного мозга,

В Монголии оказание медицинской помощи осуществляется в трехуровневой системе:

- первичная ступень - семейный, сомонный, междусомонный;
- вторичная ступень – аймачные и местные больницы;
- третичная ступень – клинические больницы, где оказывают своевременную нейрохирургическую помощь населению всех возрастов.

Пациентам нейрохирургического профиля оказывается медицинскую помощь сразу на третичной ступени.

В Монголии система медицинского страхования недостаточно развита, только 30.01.2015 г. был утвержден новый закон о страховании. В связи с принятием этого закона, мы надеемся, что ситуация с медицинским страхованием значительно улучшится.

Заключение. В настоящее время в системе оказания нейрохирургической помощи в Монголии существуют следующие проблемы: недостаточно развита страховая система, дефицит высококвалифицированных кадров, отсутствие возможности проведения высокотехнологичных операций в сельских районах, проблемы транспортировки больных. При этом почти поло-

вина населения Монголии получает нейрохирургическую помощь сразу, в стране работает более 10 специализированных нейрохирургических учреждений и подразделений клиник, в Монголии интенсивно развиваются международные отношения в области подготовки высококвалифицированных специалистов, осуществляется обмен опытом с зарубежными странами, создаются совместные нейрохирургические клиники, в новом законе о страховании заложена оплата высокотехнологичных хирургических вмешательств.

Д.Ю. Юрченко

ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ОБЛАСТИ БИОТЕХНОЛОГИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В данной статье рассмотрены проблемы стандартизации в области биотехнологии в Российской Федерации. Проанализированы характерные особенности России в мировом биотехнологическом производстве, и на основе данного исследования найдены пути решения проблемы стандартизации в данной области.

D. Y. Yurchenko

PROBLEMS OF STANDARDIZATION IN THE FIELD OF BIOTECHNOLOGY IN THE RUSSIAN FEDERATION

Novosibirsk state medical University

Abstract. In this article standardization problems in the field of biotechnology in the Russian Federation are considered. Characteristics of Russia in world biotechnological production are analysed, and on the basis of this research standardization problem solutions in the field are found.

Актуальность данной статьи в том, что повышенный интерес к биотехнологиям связан с тем, что несколько десятилетий назад появились новейшие биотехнологические методы, включая методы генетической инженерии, основанные на работе с рекомбинантными ДНК, что привело к “биологическому буму“, свидетелями которого мы являемся.

Задачи нашего исследования:

1. Перспективны ли существующие направления развития биотехнологий?
2. Какой должна быть нормативная база, чтобы она содействовала широкому распространению биотехнологий в России?
3. Какие работы ведутся в области стандартизации биотехнологий?

Сейчас биотехнологии принято определять как направление научно-технического прогресса, использующего биопроцессы и биообъекты для получения полезных человеку продуктов и улучшения качества его жизни. Биотехнологии обеспечивают управляемое получение полезных продуктов для развития сфер человеческой деятельности.

На биотехнологические исследования в развитых странах (США, ЕС) выделяют десятки миллиардов долларов в год. В России, к сожалению, в настоящее время нет благоприятных условий для широкого применения биотехнологий. Низкая продуктивность сельскохозяйственного производства обуславливается в том числе и недостаточными инвестициями бизнеса в развитие биотехнологических производств. По данным, доля России в мировом биотехнологическом производстве составляет менее 0,2%, а по ряду сегментов (биоразлагаемые материалы, биотопливо) практически равно нулю. Более 80% биотехнологической продукции, которая потребляется в России, является импортом, а объемы потребления остаются несопоставимо низкими по сравнению как с развитыми, так и с развивающимися странами. Импортируется более 50% кормовых и ветеринарных антибиотиков, от 50 до 100% биологических пищевых ингредиентов, до 80% кормовых ферментных препаратов, 100% кормовых аминокислот (таких, например как лизин) для сельского хозяйства, 100% ферментов для бытовой химии и 100% молочной кислоты!

Разработка стандартов в области биотехнологии также является приоритетным направлением стандартизации в других странах. В Международной организации по стандартизации (ИСО) в 2013 г. по инициативе Немецкого института по стандартизации (DIN) был создан ИСО/ТК 276 “Биотехнологии”. В качестве обоснования создания отдельного технического комитета по этому направлению DIN были приведены следующие аргументы:

- Широта и сложность темы, не подпадающей полностью под область деятельности какого-либо из существующих ТК;
- Необходимость наращивания мощностей по этому направлению и систематического взаимодействия со смежными комитетами;
- Быстрое развитие биотехнологий требует гибкой организационной структуры с возможностью быстрого добавления новых подкомитетов.

В настоящее время нет информации о стандартах или проектах стандартов, разработанных или планируемых для разработки ИСО/ТК 276. Предполагается, что он будет тесно сотрудничать с другими национальными ТК для определения общих требований, заполнения пробелов в стандартизации и организации сотрудничества во избежание дублирования и пересечения деятельности по стандартизации.

ТК 326 ставит себе целью координировать деятельность ТК, проводящих работу по стандартизации в области биотехнологий. ТК 326 позволит координировать деятельность Российских ТК по стандартизации в области

биотехнологий и сократить технологических разрыв с передовыми странами.

Литература

1. Комплексная программа развития биотехнологий в Российской Федерации на период до 2020 года, утверждена Председателем Правительства РФ 24.04.2012. № 1853п-П8

2. http://www.iso.org/iso/home/standarts_development/list_of_iso_technical_committees/iso_technical_committee.htm?commid=4514241

3. План мероприятий (<дорожная карта>) <Развитие биотехнологии и геномной инженерии>, утвержден Распоряжением Правительства Российской Федерации № 1247-р от 18 июля 2013 г

4. Приказ Росстандарта № 472 от 14. 04. 2014 и изменение к приказу от 29. 05. 2014 № 691. Изменение касается расширения состава членов ТК.

ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.Г. Горелкин, И.В. Васильев
**КОЛЛИЗИИ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОГО И
АДМИНИСТРАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В СФЕРЕ
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН РФ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В статье рассматриваются коллизии между частно- и публично-правовыми способами регулирования отношений в системе здравоохранения, ведущими к ущемлению прав граждан, определяются основания разграничения предмета на основе Конституционных норм.

A.G. Gorelkin, I.V. Vasilyev
**COLLISIONS OF CIVIL AND ADMINISTRATIVE REGULATION
IN THE SPHERE OF PROTECTION OF PUBLIC HEALTH OF
THE RUSSIAN FEDERATION**

Novosibirsk state medical university

Abstract. In article collisions between private are considered and public the bases of differentiation of a subject on the basis of the Constitutional norms are defined by the ways of regulation of the relations in health system conducting to infringement of the rights of citizens.

Для эффективного правового регулирования тех или иных общественных отношений, устанавливаемые правовые нормы должны адекватно отражать суть этих отношений, их специфику. Сфера охраны здоровья охваты-

вает широкий круг достаточно разнородных правоотношений, требующих и разных подходов к их регулированию.

В сфере охраны здоровья можно выделить две основные группы правоотношений: административно-правовые и гражданско-правовые. Первые происходят из группы социально-обеспечительных прав, вторые, – из естественных прав человека. Действующее законодательство в области охраны здоровья граждан зачастую не различает эти особенности. Исторически сложившиеся подходы управления сферой здравоохранения основываются на патерналистском подходе государства к человеку и гражданину. Государство как заботливый отец пытается управлять здоровьем неразумных своих граждан. Принципы и методы административного управления применяются к правоотношениям, к которым они не могут применяться, что может привести и приводит к нарушениям фундаментальных прав человека и гражданина.

Прежде всего, следует четко понимать сущность правоотношений, возникающих по поводу здоровья человека. Оказание медицинской помощи (медицинской услуги, медицинского вмешательства) непосредственно сопряжено с вторжением в личную сферу человека и затрагивает его нематериальное благо – жизнь и здоровье. Конституционный суд РФ характеризовал здоровье как – «высшее неотчуждаемое благо, без которого утрачивают свое значение многие другие блага и ценности» (Определение Конституционного Суда РФ от 06.06.2002 № 115-О). Гражданский кодекс РФ, реализуя конституционные положения, признает здоровье как нематериальное благо и относит его к объектам гражданских прав, находящихся под его защитой. Личное неимущественное право и нематериальные блага, принадлежащие человеку от рождения неотчуждаемы и непередаваемы (ст. 150 ГК РФ). Располагаться своим личным нематериальным благом может только сам гражданин и по своему усмотрению. Иные правовые нормы, устанавливаемые государством, не могут нарушать эти права человека. Эти права абсолютны, они действуют по умолчанию, являются обязательными для их соблюдения всеми иными лицами, включая и государство. Принципиальным моментом является то, что любое вмешательство, затрагивающее личное нематериальное благо – здоровье, может быть произведено лишь с разрешения гражданина на основании его четко выраженного волеизъявления, например, в виде информированного добровольного согласия.

Другой составляющей отношений сферы охраны здоровья являются отношения при реализации конституционного права гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41 Конституции РФ). Очевидно, что право на здоровье (личное нематериальное благо) и право на охрану здоровья и медицинскую помощь – не одно и то же. Если первое, относится к естественным правам человека, то второе, к группе социально-обеспечительных прав, т.е. в значительной степени порождаемых государством, его обязательствами перед своими гражданами.

Реализация права гражданина на охрану здоровья зачастую вступает в противоречие и нарушает естественное право человека на здоровье, право на самостоятельное распоряжение этим своим нематериальным благом. Например, Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (далее 323-ФЗ) на граждан возлагается обязанность заботиться о сохранении своего здоровья (п. 1 ст. 27 323-ФЗ). Подобные правовые веления создают ситуацию, когда праву человека на нематериальное благо корреспондирует его же обязанность реализовать это право. С точки зрения гражданско-правовых принципов, совпадение кредитора и должника в одном лице прекращает обязательство, при этом можно даже не обсуждать вопрос о том, что данная норма не будет реализована в действительности, так как не установлена санкция за несоблюдение диспозиции этой нормы.

Еще более показателен второй пункт статьи 27 323-ФЗ, который возлагает на граждан, страдающих опасными для окружающих заболеваниями проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний. Здесь в одной норме осуществляется попытка административного регулирования различных отношений, с прямым нарушением принципов гражданского права. Действительно императивной нормой можно обязать гражданина пройти обследование на выявление опасного заболевания. Это логичная норма, вытекающая из конституционной обязанности гражданина не нарушать право других граждан (п. 3 ст. 17 Конституции РФ), в частности, реализующая их право на охрану здоровья. Данная норма может быть дополнена и правом государственного органа изолировать данного пациента от общества в случае подтверждения у него опасного заболевания. В то же время обязать его пройти лечение или заниматься профилактикой нельзя, так как это будет уже нарушением его права самостоятельно решать вопрос о медицинском вмешательстве. Захочет человек лечиться, он примет решение и выразит свою волю в информированном согласии. Не захочет – он вправе отказаться от лечения. Здесь вступает в силу норма гражданско-правового договора. Его отказ от лечения не означает, что административная норма по изоляции перестает действовать. Законодатель, однако, на этом не останавливается. Он не только возлагает на гражданина обязанность согласиться на лечение, но и наделяет медицинскую организацию правом проведения медицинского вмешательства без согласия пациента (п. 9 ст.20 323-ФЗ). Следует указать, что в предыдущем законе «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» эти нормы были сформулированы более корректно. Оказание медицинской помощи без согласия граждан включало лишь «медицинское освидетельствование, госпитализацию, наблюдение и изоляцию» (ст. 34), но, ни как не лечение т.е. непосредственное вмешательство в личное нематериальное благо – здоровье.

В действующем сегодня законе 323-ФЗ фактически не разделяются принципы частного гражданского права в регулировании правоотношений по поводу здоровья и принципы управления системой здравоохранения на основе публичного административного права, что приводит к высокому риску нарушения прав граждан при оказании медицинской помощи.

Разработка стратегических принципов развития здравоохранения в РФ нуждается, прежде всего, в определении правовой сущности отношений, возникающих при организации системы и ее взаимодействии с пациентом, установлении целей правового регулирования и выявлении возможных механизмов правового регулирования. Эклектический подход приводит к неэффективности правового воздействия на медицинскую отрасль.

Г.Я. Ибрагимова, А.Х. Гайсаров, О.И. Уразлина
**ПРАВОВОЙ СТАТУС ПРОВИЗОРОВ-ВЫПУСКНИКОВ
ВУЗОВ, ПОСТУПАЮЩИХ НА РАБОТУ В АПТЕЧНЫЕ
ОРГАНИЗАЦИИ БЕЗ СЕРТИФИКАТА СПЕЦИАЛИСТА**

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Аннотация. В статье проанализирован правовой статус провизоров-выпускников вузов, поступающих на работу в аптечные организации при отсутствии сертификата специалиста.

G.Ya. Ibragymova, A.Kh. Gaysarov, O.I. Urazlina
**THE LEGAL STANDING OF GRADUATES OF
PHARMACEUTICAL SCHOOLS BEGINNING OF WORK IN
PHARMACIES WITHOUT THE SPECIALIST'S CERTIFICATE**

Bashkortostan State Medical University, Ufa

Abstract. The legal standing of graduates of pharmaceutical schools beginning of work in pharmacies without the specialist's certificate has been analyzed in this article.

Согласно федеральному государственному образовательному стандарту высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060301 Фармация, выпускник по результатам освоения основной образовательной программы должен обладать определенным комплексом компетенций [1]. Очевидно, что применить в полном объеме полученные компетенции выпускник сможет только после начала своей трудовой деятельности.

Согласно п. 2 ч. 1 ст. 100 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» до 1 января 2016 года право на занятие фармацев-

тической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее фармацевтическое образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста [2]. Как правило, в настоящее время выпускники, окончившие образовательные организации высшего образования по направлению подготовки (специальности) Фармация (далее – провизоры-выпускники вузов), получают сертификат специалиста только после прохождения обучения в интернатуре по соответствующей специальности и сдачи сертификационного экзамена [3,4,5].

При этом возможность работы на провизорской должности в аптечной организации во время прохождения интернатуры остается спорной. Так, Номенклатура должностей медицинских работников и фармацевтических работников не предусматривает должности «провизор-интерн» [6]. Должность провизора-стажера в свою очередь предусмотрена для назначения на нее провизоров в течение периода прохождения ими в установленном порядке профессиональной переподготовки с целью получения специальных знаний, умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы в должности провизора, и получения сертификата по соответствующей специальности в случае, когда провизор имеет перерыв в работе по специальности более 5 лет либо изменяет профиль специальности, требующей специальной подготовки и квалификации [5]. Таким образом, по нашему мнению, для провизора-выпускника вуза, не имеющего сертификата специалиста, работа на провизорских должностях в аптечных организациях не представляется возможной.

Тем не менее, провизоры-выпускники вузов, не имеющие сертификата специалиста, имеют возможность на законных основаниях поступить на работу в аптечные организации. Так, принятый в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказ Минздрава-соцразвития России № 239н устанавливает Положение о порядке допуска лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала (далее – Положение). Согласно п. 7 Положения лица, освоившие основную образовательную программу высшего фармацевтического образования по специальности «Фармация» в объеме 4 курсов и более или имеющие диплом о высшем профессиональном образовании по специальности «Фармация», могут быть допущены к осуществлению фармацевтической деятельности в должности фармацевта [7].

Необходимым условием для допуска к осуществлению фармацевтической деятельности в должности фармацевта лиц с высшим фармацевти-

ческим образованием (т.е. провизоров-выпускников вузов) является наличие диплома о высшем профессиональном образовании по специальности «Фармация», а также положительного результата сдачи экзамена по допуску к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала, подтвержденного выпиской из протокола сдачи экзамена. В случае положительного результата сдачи экзамена принимается решение о допуске лица к осуществлению фармацевтической деятельности в соответствующей должности (в рассматриваемом случае – в должности фармацевта) на 5 лет.

Таким образом, в настоящее время провизоры-выпускники вузов в течение периода после окончания вуза (получения диплома о высшем фармацевтическом образовании) и до получения сертификата специалиста имеют право работать в аптечных организациях в должности фармацевта только при условии получения вышеуказанного допуска к работе.

Кроме этого, интерес представляет анализ возможности освобождения провизоров-выпускников вузов от испытания при приеме на работу. Согласно статье 70 Трудового кодекса РФ, при заключении трудового договора в нем по соглашению сторон может быть предусмотрено условие об испытании работника в целях проверки его соответствия поручаемой работе. Данная статья устанавливает перечень оснований, при которых лица, поступающие на работу, освобождаются от установления испытания. Так, испытание при приеме на работу не устанавливается для:

1) лиц, избранных по конкурсу на замещение соответствующей должности, проведенному в порядке, установленном трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права,

2) беременных женщин и женщин, имеющих детей в возрасте до полутора лет,

3) лиц, не достигших возраста восемнадцати лет,

4) лиц, получивших среднее профессиональное образование или высшее образование по имеющим государственную аккредитацию образовательным программам и впервые поступающих на работу по полученной специальности в течение одного года со дня получения профессионального образования соответствующего уровня,

5) лиц, избранных на выборную должность на оплачиваемую работу,

6) лиц, приглашенных на работу в порядке перевода от другого работодателя по согласованию между работодателями,

7) лиц, заключающих трудовой договор на срок до двух месяцев,

8) иных лиц в случаях, предусмотренных Трудовым кодексом РФ, иными федеральными законами, коллективным договором [8].

На наш взгляд, в отношении провизоров-выпускников вузов, наибольшие затруднения при применении могут вызывать положения пункта 4 вы-

шеуказанного списка. Согласно этому пункту, для получения права на освобождение от испытания, провизору-выпускнику вуза необходимо поступить на работу по полученной специальности (в рассматриваемом случае – по специальности, полученной в вузе, а именно по специальности «Фармация»). Проведенный анализ наименований специальностей и должностей специалистов со средним и высшим фармацевтическим образованием, а также государственных образовательных стандартов и федеральных государственных образовательных стандартов показал, что лица, осваивающие образовательные программы среднего или высшего фармацевтического образования, получают специальность с одинаковым наименованием – «Фармация» [9]. При этом статья 70 Трудового кодекса РФ устанавливает требования только к полученной специальности лиц, поступающих на работу, а не к их квалификации.

В то же время именно приобретение провизором-выпускником вуза профессиональных знаний, умений и навыков в рамках полученных компетенций по специальности «Фармация» позволяет ему после окончания вуза работать в должности фармацевта. Совершенно очевидно, что провизор-выпускник вуза будет применять полученные знания, умения и навыки в процессе своей работы в должности фармацевта, т.е., по сути, работать по полученной в вузе специальности.

Таким образом, провизоры-выпускники вузов, не имеющие сертификата специалиста, могут работать в аптечных организациях в должности фармацевта только при условии получения допуска к работе. При этом для реализации вышеуказанного права на освобождение от испытания при приеме на работу необходимо соблюдение следующих условий:

- 1) получение высшего образования по имеющей государственную аккредитацию образовательной программе по специальности «Фармация» (т.е. наличие диплома о высшем профессиональном образовании по специальности «Фармация»),

- 2) наличие положительного результата сдачи экзамена по допуску к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала (в рассматриваемом случае – в должности фармацевта), подтвержденного выпиской из протокола сдачи экзамена,

- 3) первое поступление на работу в аптечную организацию по специальности «Фармация» (на должность фармацевта) в течение одного года со дня получения высшего образования.

Литература.

1. Приказ Минобрнауки РФ от 17.01.2011 № 38 (ред. от 31.05.2011) «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060301 Фармация (квалификация (степень) «специалист»)),

2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 31.12.2014) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,
3. Приказ Минздрава России от 29.11.2012 № 982н (ред. от 23.10.2014) «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста»,
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 07.07.2009 № 415н (ред. от 26.12.2011) «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения»,
5. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»,
6. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н (ред. от 01.08.2014) «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников»,
7. Приказ Минздравсоцразвития России от 19.03.2012 № 239н «Об утверждении Положения о порядке допуска лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала»,
8. «Трудовой кодекс Российской Федерации» от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 31.12.2014),
9. Гайсаров, А.Х. Установление испытания при приеме на работу в аптечные организации провизоров – выпускников вузов, не имеющих сертификата специалиста / А.Х. Гайсаров // Новая аптека Эффективное управление. – 2014. – № 2. – С. 39-42.

Р.А. Казаков, О.А. Латуха
**ОБЗОР ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ В
ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В статье отражен актуальный для современного этапа развития отечественного здравоохранения и медицинской науки обзор интеллектуальной собственности.

R. A. Kazakov, O. A. Latouche
OVERVIEW OF INTELLECTUAL PROPERTY IN HEALTH CARE

Novosibirsk state medical University

Abstract. The article reflects the actual for the current stage of development of the national health and medical science review of intellectual property.

Введение:

История развития цивилизации подтверждает, что в основе научно-технического прогресса в отдельно взятой стране и в мире в целом находятся объекты интеллектуальной собственности, создаваемые умственной деятельностью человека.[3]

Научно-исследовательские организации в целом и высшие учебные заведения в частности, как правило, обладают исключительными правами на значительное количество результатов интеллектуальной деятельности, которые не в полной мере востребованы производственным сектором. [4]

Цель исследования:

Провести обзор интеллектуальной собственности в медицине и российской науки в целом.

Материалы и методы:

В основу исследования легли результаты анализа материалов зарубежной и отечественной литературы по вопросам интеллектуальной собственности в здравоохранении.

Результаты исследований:

Мы рассмотрели несколько определений интеллектуальной собственности, но придерживались одного собирательного понятия.

Интеллектуальная собственность - права на конкретные результаты интеллектуальной творческой деятельности человека в любой области (производственной, научной, литературной, художественной и пр.), а также права на средства индивидуализации юридического лица, продукции, выполненные работы или услуги. [1]

Впервые понятие «интеллектуальная собственность» введено Конвенцией об учреждении Всемирной организации интеллектуальной собственности (ВОИС) в 1967 г. К объектам права интеллектуальной собственности относятся[2]:

- 1) литературные, художественные произведения и научные труды;
- 2) исполнительская деятельность артистов, фонограммы и радиопередачи;
- 3) изобретения во всех областях человеческой деятельности;
- 4) научные открытия;
- 5) промышленные образцы;
- 6) товарные знаки, знаки обслуживания и фирменные наименования и коммерческие обозначения;

7) пресечение недобросовестной конкуренции, а также все другие объекты, относящиеся к интеллектуальной деятельности.

В здравоохранении имеют место следующие виды интеллектуальной собственности:

1. Программы для ЭВМ и базы данных.

Примерами программ для ЭВМ в здравоохранении являются: Программный комплекс «Рабочее место отоларинголога» (Свидетельство № 2009613927, авторы: Покидышева Л.И., Игнатов С.В., Шерстнева А.А., Игнатова И.А.).

Пример базы данных в здравоохранении: Автоматизация образовательного процесса в симуляционных учебных центрах хирургического профиля (Свидетельство № 2013620238, авторы: Иванов А.А., Гуцин А.В., Половинчук А.И., Оголь М.И.)

2. Изобретения:

а. Устройство

Например, устройствами в здравоохранении являются: устройство для проведения дистанционных медицинских консультаций и контроля медицинских данных пациента (Авторы Хамбазаров Ш.Б., Исаев О.В.).

б. Способ

Примерами способов в здравоохранении являются: способ обработки синтетических текстильных имплантируемых медицинских изделий, контактирующих с кровью (Авторы: Бокерия Л.А., Новикова С.П., Лосева С.В., Шустрова О.В.).

в. Вещество

Примерами веществ в здравоохранении являются: вещество, обладающее антимикробным действием (Авторы: Гутгенбихлер Й.П., Эберхардт Никко, Мартинц Ханс-Петер, Вильднер Хайко).

г. Штамм микроорганизмов

Примерами штаммов микроорганизмов в здравоохранении являются: штамм *aspergillusochraceus* - продуцент протеиназы - активатора протеина с плазмы крови человека (Авторы: Кураков А. В., Осмоловский А. А., Крейер В.Г., Баранова Н.И., Егоров Н.С.)

3. Ноу-хау

Ноу-хау российских ученых из Сколково: компактный прибор с функциями медицинской лаборатории.

4. Полезные модели

Примерами полезных моделей в здравоохранении являются: диагностический прибор (Авторы: Бондарь М.П., Минаев В.Т., Коптелов А.О.).

5. Промышленные образцы

Компания «Фотоникс» представила промышленный образец хирургического лазера stLase, предназначенной для хирургии мягких тканей.

6. Товарные знаки

Примерами зарегистрированных товарных знаков в медицине являются: Colgate, Blendamed, АстраЗенека и т.д.

7. Фирменные наименования

Примерами зарегистрированных фирменных наименований в медицине являются: Авиценна, Siemens, Philips, Johnson&Johnson и т.д.

8. Наименование места происхождения товара

Примером зарегистрированных наименований места происхождения товара в медицине является: порошок Комарова (ООО НПФ «Исследовательский центр», п. Кольцово).

Выводы:

В здравоохранении встречаются все виды интеллектуальной собственности, но присутствуют некоторые особенности, связанные, прежде всего со спецификой медицины в целом, особенностями кадрового состава учреждений здравоохранения, вопросов финансирования, особенностями регистрации и защиты прав на интеллектуальную собственность.

Литература.

1. Бовин, А.А. Управление инновациями в организации [Текст]: Учеб. пособие / А. А. Бовин, Л. Е. Чередникова, В. А. Якимович. - М. : Издательство «Омега-Л», 2009. - 415 с.

2. Бромберг, Г.В. Основы патентного дела [Текст]: Учеб. пособие / Г. В. Бромберг. - М. : Издательство «Экзамен», 2003. – 200 с.

3. Ключева, О. Неосязаемая собственность [Текст] / О. Ключева // Безопасность. Достоверность. Информация. - 2005. - № 60. - С. 38-43.

4. Яныкина, Н.О. Стратегическое управление интеллектуальной собственностью: специфика научно-образовательного комплекса [Текст] / Н.О. Яныкина // Университетское управление: практика и анализ. - 2011. - № 3. - С. 37-44.

Л.В. Канунникова

ГРАЖДАНСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПО ИСКАМ О КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

*Новосибирский областной госпиталь №2 ветеранов войн
Новосибирский государственный медицинский университет*

Аннотация. В статью рассмотрена нормативная правовая база по искам граждан, возникающим из споров о качестве медицинских услуг. Проведен анализ гражданских дел в части диапазона исковых требований, результатов судебных решений, а также выявленных проблем при назначении судами судебно-медицинских экспертиз, правовых отношений между меди-

цинской организацией, страховой медицинской организацией и пациентами (потребителями) в свете нового федерального законодательства. Обосновано применение экспертизы качества оказания медицинской помощи (услуги) по гражданским делам в разрешениях спора о качестве оказания медицинской помощи (услуги).

L.V. Kanunnikova

CIVIL LIABILITY CLAIMS ABOUT THE QUALITY OF MEDICAL SERVICES

*Novosibirsk Regional Hospital №2 war veterans
Novosibirsk State Medical University*

Abstract. The article considers the legal and regulatory framework for claims of citizens arising from disputes about the quality of medical services. The analysis of civil cases in the range of claims, the results of judicial decisions, as well as the problems identified in the appointment of courts forensic, legal relationship between the medical organization, health insurance organizations, and patients (consumers) in the light of new federal legislation. The application of quality assessment of medical care (services) for civil cases in resolving disputes about the quality of care (services).

В настоящее время в практике судов общей юрисдикции получили широкое распространение иски, возникающие из споров о качестве медицинских услуг, оказанных гражданам. По своей правовой природе эти иски по существу являются обычными исками, возникающими из споров о качестве оказанных услуг ст. 779 ГК РФ. Однако дела этой категории относятся к категории сложных, поскольку в процессе их рассмотрения перед судом неизбежно возникают вопросы, разрешения которых требует наличия специальных знаний в области медицины, при этом обычно ситуация в процессе рассмотрения дела складывается так, что специальными знаниями обладает ответчик по делу – соответствующая МО, в отличие от истца и суда, что неизбежно порождает у суда известные трудности при рассмотрении данной категории дел, в частности суду сложно определить обстоятельства, подлежащие доказыванию по такому делу, распределить между сторонами бремя доказывания таких обстоятельств, а также определить средства доказывания того или иного обстоятельства. В этой статье представлены материальные и процессуальные особенности данной категории дел с учетом изменений, произошедших в Федеральном законодательстве в сфере охраны здоровья граждан РФ за последние три года. Так, анализ 83-х гражданских дел, по ненадлежащему оказанию медицинской помощи (услуги), за период 2011-2013г.г. по Новосибирской области (далее НСО) показал, что диапазон исковых требований составил 114 млн. руб., в т.ч. 41 иск – от 1 до 6 млн. руб. и 11 исков – свыше 6 млн. руб. По результатам судебных решений: 42 иска

– отказано в удовлетворении искового требования, 3 иска – удовлетворены в полном объеме на 11,8 млн. руб., 36 исков – частично удовлетворены на 34,1 млн. руб., 2 иска – мировое соглашение на сумму 733,4 тыс. руб., итого удовлетворен 41 иск (50%) на 46,6 млн. рублей. Анализ сложившейся судебной практики в НСО высветил ряд проблем, в т.ч. в определениях суда по назначению судебно-медицинских экспертиз (далее СМЭ), которая по вышеперечисленным искам выглядела следующим образом: бюро СМЭ Сибирского федерального округа – 11 экспертиз, бюро Центрального федерального округа – 3, бюро СМЭ НСО – 2, бюро СМЭ г. С-Петербург – 25, т.е., суды, назначая СМЭ, нарушают территориальный принцип проведения СМЭ (абз.8, ст.11 ФЗ №73 «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»). На необходимость соблюдения данного принципа указал Верховный суд РФ в абз.59 обзора судебной практики по применению законодательства, регулирующего назначение и проведение экспертизы по гражданским делам, утвержденного Президиумом Верховного суда РФ 14.12.2011г. Также при назначении СМЭ суды чаще всего ставят вопрос: имеется ли причинно-следственная связь между действиями персонала МО и наступившими неблагоприятными последствиями в состоянии пациента и т.д. Данные вопросы носят правовой характер, между тем, согласно п.13 Постановления пленума Верховного суда РФ от 24.06.2008г. №11 «О подготовке гражданских дел к судебному разбирательству», недопустимо постановка перед экспертами вопросов правового характера при назначении СМЭ. Данная позиция подтверждена Верховным судом РФ в абз.54 обзора судебной практики по применению законодательства, регулирующего назначение и проведение экспертизы по гражданским делам, утвержденного Президиумом Верховного суда от 14.12.2011г., в котором прямо указано: «...недопустима постановка перед экспертами вопросов правового характера...» и т.д. Рассматривая характеристику правоотношений сторон судебного спора в зависимости от субъектного состава участников правоотношений, остановимся на исках граждан, которым, по их мнению, медицинские услуги были оказаны с ненадлежащим качеством. Отношения истца и ответчика по искам этой группы опосредуются соответствующим договором ОМС в порядке, установленном ст. 39 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (далее ФЗ №326). Согласно указанной норме закона, сторонами данного договора являются соответствующая медицинская организация (далее МО) и соответствующая страховая медицинская организация (далее СМО). Получателем медицинской помощи (услуги) по этому договору является застрахованное лицо, которое таким образом, является третьим лицом, обладающим соответствующим правом требования к МО. Факт заключения соответствующего договора подтверждается наличием у пациента полиса обязательного медицинского страхования (далее ОМС). Права застрахованного лица определяются ст. 16 ФЗ №326. Договор

ОМС, на основании которого ответчиком (МО) оказывалась медицинская помощь (услуга), является договором между исполнителем услуги – МО с одной стороны, страхователем СМО в пользу застрахованного физического лица, т.е. договором в пользу третьего лица (ст. 430 ГК РФ). При этом, поскольку оплата медицинской помощи (услуги) оказанной пациенту производится медицинской организации СМО, этот договор носит возмездный характер (ст. 423 ГК РФ). Правом требования по данному договору в силу п.п. «б» п. 1 ч. 1 ст. 16 ФЗ №326 обладает застрахованное лицо (пациент). Пациент вступает в правоотношения по ОМС и оказанию ему в рамках данного договора медицинской помощи (услуги), т.е. для удовлетворения личных нужд, следовательно, к данным правоотношениям в силу ст. 15 Закона РФ «О защите прав потребителей» подлежит применению данный закон. На это, в частности, прямо указал Верховный суд РФ в п. 9 Постановления № 17 от 28.06.2012 года «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей», в котором указано: «к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых МО в рамках ДМС и ОМС, применяется законодательство о защите прав потребителей». Таким образом, права по данному договору, принадлежащие застрахованному лицу, неразрывно связаны с его личностью и не наследуются. Резюмируя выше сказанное из положений действующего законодательства следует, что отношения пациента и МО, в случае оказания пациенту медицинской помощи (услуги) в рамках договора ОМС носят договорной характер. Иски являются по существу, исками пациентов (заказчиков), основанные на некачественном оказании ему исполнителем медицинских услуг, т.е. представляет собой спор о ненадлежащем исполнении МО обязательств по договору. По искам граждан, состоящих или состоявших в кровном родстве с пациентами, которым, по мнению истцов, были оказаны медицинские услуги ненадлежащего качества (отцы, матери, братья сестры, сыновья, дочери пациентов), а также лицами, состоящими или состоявшие с пациентом в брачных отношениях (мужьями, женами пациентов). Договор, регулирующий отношения истцов и соответствующей МО, отсутствует, отношения истца и ответчика носят внедоговорной характер, т.е. правоотношения сторон спора возникают из предполагаемого причинения вреда (ст. 1064 ГК РФ), выразившегося в причинении морального вреда (ст. 151, 1099-1101 ГК РФ), т.е. носит деликтный характер. Особенностью данной категории дел является то, что основанием таких исков по существу является нарушение прав не самого истца, а его родственника, супруга и т.д. в связи с чем, наличие у такого истца права на соответствующий иск и права на его удовлетворение судом подлежит специальному изучению и установлению судом. Сложившаяся в настоящее время судебная практика исходит из того, что для выяснения вопроса о том, качественно или нет, была оказана медицинская помощь (услуга) истцу или потерпевшему, необходимо назначение СМЭ. Приказом

Минздравсоцразвития РФ от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 10.08.2010 N 18111) был утвержден порядок организации и производства СМЭ в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ. В задачи СМЭ в настоящее время входит установление фактических обстоятельств по делу, т.е. обстоятельств, имевших или имеющих место в действительности и имеющих объективный, не зависящий от воли сторон характер, что полностью соответствует научному характеру данной экспертизы. При разрешении спора о качестве оказанной медицинской помощи (услуги) выяснению подлежит обстоятельство, имеющее юридический характер, а именно – соответствие оказанной медицинской помощи (услуги) требованиям качества. Разрешение данного вопроса в силу его правовой, а не научной природы не может входить в предмет судебно – медицинской экспертизы. Изменения в новом законодательстве в соответствии с ФЗ № 323 ст. 64, ч. 6 ст. 40 ФЗ № 326 определили цели и задачи нового вида экспертизы - экспертизы качества оказания медицинской помощи (далее ЭКМП), которая проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи (услуги), в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Таким образом, в настоящее время действующим законодательством предусмотрен новый вид экспертизы, специально предназначенный для оценки качества оказания медицинской помощи (услуги), оказанной пациенту. ФЗ № 326 ч.7 ст.40, приказ ФФОМС №230 от 01.12.2010г. «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС», определили ЭКМП и правовой статус врача-специалиста эксперта качества медицинской помощи: экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи, экспертом качества медицинской помощи является врач - специалист, имеющий высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. С учетом особо охраняемого характера правоотношений, связанных с охраной здоровья граждан, законодателем на уровне закона установлены гарантии качества оказания гражданам медицинской помощи (услуги), так в частности согласно ст. 37 ФЗ № 323-ФЗ медицинская помощь (услуга) организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми МО, а также на основе стандартов медицинской помощи.

Объективным доказательством соблюдения ответчиком требований к качеству оказания медицинской помощи (услуги) будет являться доказательство соблюдения им требований стандартов оказания медицинской помощи (услуги) при ее оказании истцу или потерпевшему. В предмет исследования **экспертизы качества медицинской помощи (услуги)** входит разрешение всех вопросов, которые неизбежно будут обсуждаться сторонами при рассмотрении спора.

Таким образом, экспертиза качества оказания медицинской помощи (услуги) имеет специализированный характер и является целевой, ее заключение в соответствии с положениями ст. ст. 55, 56, 58, 60, 79, 80 ГПК РФ будет являться единственным допустимым и относимым доказательством при разрешении спора о качестве оказания медицинской помощи (услуги).

Статья подготовлена при финансовой поддержке гранта РГНФ №14-03-00173

Е.В. Колядо¹, А.А. Перфильев², В.С. Лазарев²
**АДМИНИСТРАТИВНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ,
ВЫЯВЛЕННЫЕ ГЛАВНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ АЛТАЙСКОГО
КРАЯ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАМКАХ ЛИЦЕНЗИОННОГО КОНТРОЛЯ
ЗА 2014 ГОД**

¹НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН, г. Новокузнецк,

²Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, РФ

Аннотация: изучены особенности структуры административных правонарушений, выявленных по результатам лицензионного контроля медицинских организаций за 2014 год и юридические основания для составления лицензирующими органами субъектов РФ протоколов об административных правонарушениях. Проведенный анализ структуры административных правонарушений, выявленных в рамках лицензионного контроля медицинских организаций за 2014 год в Алтайском крае, показал, что наибольший удельный вес нарушений - 85% составляет деятельность с грубыми нарушениями лицензионных требований. Почти во всех проверенных объектах, было выявлено несколько оснований одновременно для привлечения к административной ответственности, в среднем выявляется по 3 серьезных нарушения на каждом объекте.

E.V. Kolyado¹, A.A. Perfilyev², V.S. Lazarev²

ADMINISTRATIVE LAW INFRINGEMENTS DETECTED BY THE ALTAI KRAI CENTRAL DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH CARE AND PHARMACEUTICALS WITHIN THE SCOPE OF LICENSING SUPERVISION FOR THE YEAR 2014

¹*Research Institute of Complex Hygiene Problems and Professional Diseases, Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences, Novokuznetsk;*

²*Altai Krai Central Department of Public Health Care and Pharmaceutical*

Abstract. Objectives of the Research: to study characteristic features of administrative law infringements detected according to the results of the licensing supervision of medical institutions for the year 2014, as well as legal grounds for licensing authorities of the entities of the Russian Federation to draw up reports on administrative law infringements. The performed analysis of the structure of administrative law infringements detected within the scope of the licensing supervision of medical institutions in Altai Krai for the year 2014 proved that functioning involving flagrant infringements of license requirements makes the greatest share of violations which is 85%. Nearly all inspected objects proved to have a number of grounds to be brought to administrative responsibility; at the average 3 flagrant infringements are detected at every object.

В соответствии со статьями 15, 86 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и постановлением Администрации Алтайского края от 16.09.2013 № 492 «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 одного из видов государственного контроля (надзора) – лицензионного контроля. Лицензионный контроль осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 26.12.2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», Федеральным законом от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» и соответствующими подзаконными актами.

В рамках лицензионного контроля в 2014 году уполномоченными должностными лицами Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности было составлено 80 протоколов об административных правонарушениях, из них 49 (61,3%) по разделу медицинской деятельности, 30 (37,5%) по фармацевтической деятельности и 1 (1,2%) по обороту наркотических средств и психотропных веществ.

По разделу медицинской деятельности было выявлено 119 правонарушений, по которым сотрудниками Главного управления составлены протоколы об административных правонарушениях.

Особенностью данного раздела явилось то, что при проведении лицензионного контроля почти во всех проверенных объектах было выявлено несколько оснований одновременно для привлечения к административной ответственности, в результате чего каждый протокол об административном правонарушении составлялся по нескольким основаниям. За 2014 год выявлено в среднем по 3 административных правонарушения на каждом проверенном объекте.

Из общего количества административных правонарушений по разделу медицинской деятельности за 2014 год, 12 (10,1%) содержали признаки административного правонарушения, предусмотренные 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).

81 (68,1%) правонарушений содержали признаки административного правонарушения, предусмотренные 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).

26 (21,8%) правонарушений содержали признаки административного правонарушения, предусмотренные ч.3 ст. 14.1. КоАП РФ (осуществление предпринимательской деятельности, с нарушением условий, предусмотренных лицензией) и ч.2 ст.19.20. КоАП РФ (осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, с нарушением условий, предусмотренных лицензией).

В 2014 году при проведении плановых и внеплановых проверок в рамках лицензионного контроля по разделу медицинской деятельности 10,1% 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.

68,1% административных правонарушений по медицинской деятельности в 2014 году, составляет деятельность с грубым нарушением лицензионных требований, выявленная при проверках. Примечание ст. 19.20 КоАП РФ определяет, что понятие грубого нарушения устанавливается Правительством РФ в отношении конкретного лицензируемого вида деятельно-

сти. Часть 6 постановления Правительства РФ от 16.04.2012г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности» установила исчерпывающий перечень нарушений лицензионных требований, которые квалифицируются как грубые нарушения. Кроме того, нарушения признаются грубыми, если они повлекли за собой последствия, установленные частью 11 ст. 19 Федерального закона от 04.05.2011г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»: возникновение угрозы причинения вреда жизни и здоровью граждан, человеческие жертвы или причинение тяжкого вреда здоровью граждан, нанесение ущерба правам и законным интересам граждан и ряд других последствий.

21,8% от всех выявленных по разделу медицинской деятельности правонарушений составила деятельность с нарушением лицензионных требований (без квалификации – грубые нарушения).

Типичными нарушениями по разделу медицинской деятельности являлись: отсутствие документа, устанавливающего порядок внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; нарушения по работе врачебной комиссии медицинской организации (отсутствие регламентирующего работу ВК медицинской организации приказа, в функции ВК не включен ряд полномочий, требуемых приказом Минздравсоцразвития РФ от 05.05.2012 №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», отсутствие планов-графиков заседаний ВК, нарушения по кратности заседаний ВК, нарушения по оформлению решений ВК, отсутствие принятого решения ВК в медицинской документации пациентов, отсутствие ежеквартальных письменных отчетов о работе ВК); несоответствие табеля оснащения объектов стандам оснащения, утвержденным профильными порядками оказания медицинской помощи; оказание медицинских услуг при отсутствии лицензии на конкретные работы и услуги; отсутствие дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» у руководителя или у заместителей руководителя медицинской организации; отсутствие надлежащих документов на оборудование, удостоверяющих его государственную регистрацию; отсутствие технического обслуживания медицинской техники, в договор на техническое обслуживание включено не все медицинское оборудование, лицо, осуществляющее техническое обслуживание медицинской техники не имеет соответствующего профессионального образования и квалификации; отсутствие должного внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (нарушения приказа Минздрава РФ от 23.08.2010 №706н «Об утверждении Правил хранения лекарственных средств» - нарушения по хранению термолабильных и требующих защиты от света лекарственных средств, наличие в медицинских кабинетах препаратов с истекшим сроком годности вне карантинной зоны, от-

сутствие термометров либо отсутствие их метрологической поверки; нарушения по ведению медицинской документации – отсутствие либо ненадлежащее ведение журналов регистрации показаний приборов параметров воздуха); нарушения требований постановления Правительства от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (отсутствие предусмотренных законодательством реквизитов и информации в договорах, заключаемых с пациентами – перечень платных услуг, их стоимость, сроки и порядок оплаты, реквизиты лицензии, отсутствие добровольного информированного согласия); отсутствие своевременного (1 раз в 5 лет) повышения квалификации сотрудников; прием на работу лиц без подтверждения эквивалентности документа об образовании, выданного на территории иностранного государства; во внутренних документах медицинской организации, регламентирующих основные направления и порядок работы, ссылки на федеральные нормативно-правовые акты утратившие силу.

Таким образом, проведенный анализ структуры административных правонарушений по разделу медицинской деятельности за 2014 год в Алтайском крае показал, что наибольший удельный вес правонарушений – 68,1% составила деятельность с грубым нарушением лицензионных требований

С.М. Морозов, В.В. Добрачева
**ПРАВОВАЯ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ
ПРАВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ В
ДЕЙСТВУЮЩЕМ МЕДИЦИНСКОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ**
*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. Статья освещает вопросы правовой неопределенности действующего медицинского законодательства при реализации прав несовершеннолетних пациентов и возможные пути их преодоления.

S. M. Morozov, V. V. Dobracheva
**LEGAL UNCERTAINTY AT REALIZATION OF THE RIGHTS
OF NESOYERSHENNOLETNY PATIENTS IN THE EXISTING
MEDICAL LEGISLATION**

Novosibirsk state medical university, Russia

Abstract. Article covers issues of legal uncertainty of the health legislation in the realization of the rights of uvenile patients, and possible ways to overcome them.

В свете гуманизации медицинского законодательства огромная роль отводится соблюдению и обеспечению прав пациентов при оказании медицинской помощи. Особое внимание уделяется обеспечению прав граждан не достигших возраста медицинской дееспособности (несовершеннолетних не достигших 15 лет). Вместе с тем, действующее медицинское законодательство обуславливает значительную долю правовой неопределенности в реализации прав несовершеннолетних пациентов. Конфликт законных представителей с медицинскими работниками возникает когда последние, без согласия законных представителей осуществляют медицинское вмешательство в дошкольных, школьных учреждениях и в лечебных учреждениях. Возникает вопрос, законно ли это? Как должен поступить врач при необходимости срочного оказания медицинской помощи 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 др.), при категорическом отказе законных представителей от данного вмешательства (напр. по религиозным основаниям).

Ответы на эти вопросы должен дать Федеральный Закон №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Закон). Так п. 8) ч.5 ст. 19 данного Закона «Право на медицинскую помощь», предусматривает отказ пациента от медицинского вмешательства. Следовательно, законные представители имеют право согласно норме этой статьи отказаться от медицинского вмешательства своему ребенку на законных основаниях. 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. Диспозиция данной статьи запрещает медицинским работникам проведение медицинского вмешательства несовершеннолетним, без согласия законных представителей, что в общем то является правильным, и не противоречит интересам ребенка, при необходимости проведения плановых и диагностических лечебных мероприятий, не связанных с угрозой жизни. Однако, в части статей Закона содержатся достаточно спорные формулировки, которые могут противоречить интересам несовершеннолетнего и не соответствуют требованиям Гражданского законодательства РФ. Ч.2. ст. 54 Закона 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 информи-

рованное 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 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) 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). Можно рассуждать о том, достигло ли развитие психики ребенка в таком возрасте и с учетом его возрастных особенностей, или наличия сопутствующей наркопатологии, того уровня, когда адекватно оценивается состояние здоровья и принимается решение о мед. вмешательстве. Не причинит ли он 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. 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. В диспозиции ст. 22 Закона «Информация о состоянии здоровья», а именно в ч.1 устанавливается, что каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения 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 привлечен к ответственности в установленной законом порядке, а с другой стороны он полностью отдает себе отчет в том,

что информация сообщаемая несовершеннолетнему не может быть им оценена и воспринята полностью 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.

Дееспособность может быть осуществлена законными представителями, вместе с тем существует возможность конфликта интересов законного представителя и несовершеннолетнего. Спорная ситуация возникает при отказе законных представителей от экстренного медицинского вмешательства ребенку (несовершеннолетнему). 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, законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе и уголовная ответственность и право лечебного учреждения обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Представляется, что принятая законом форма упрощения лечебного учреждения не соответствует публично-правовому принципу и оставляет возможность нарушения прав несовершеннолетнего. Считаем, что норму необходимо усилить, обязав лечебное учреждение обращаться в суд в защиту права на здоровье несовершеннолетнего и установив ответственность за ее неисполнение. П.5 ст.21 Закона обязывает законного представителя известить орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа. Эта диспозиция не подкреплена никакой санкцией и носит характер некоей рекомендации, поэтому данная норма обречена на неисполнение. Так же, отсутствуют механизмы обращения в суд за защитой интересов несовершеннолетнего пациента, не определена судебная инстанция и сроки рассмотрения подобных дел. 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.

Считаем, что необходимо подзаконными актами конкретизировать алгоритм взаимодействия лечебного учреждения и федерального суда по вопросам оказания экстренной медицинской помощи несовершеннолетнему при отказе законного представителя. Таким образом, будут обеспечены интересы несовершеннолетнего пациента и врач оказывающий срочное медицинское вмешательство несовершеннолетнему по жизненным показаниям при категорическом отказе законных представителей, опираясь на действу-

ющие 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».

В.С. Соснина
**ИЗМЕНЕНИЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ
НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПО ДОПУСКУ К
РАЗЛИЧНЫМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Новосибирский областной наркологический диспансер

Аннотация. Среди мер профилактики немедицинского потребления психоактивных веществ существенное значение имеют профилактические медицинские осмотры и медицинские освидетельствования, проводимые врачом психиатром-наркологом, которые позволяют выявить начальные признаки наркологического заболевания или уже сформировавшуюся зависимость от психоактивного вещества. В свою очередь, наличие наркологического диагноза влечет для гражданина некоторые социальные и правовые последствия: ограничение управлять транспортным средством и право пользования лицензией на оружие, ограничение на занятие определенными видами профессиональной деятельности и др.

V.S. Sosnina
**CHANGES OF THE LEGAL-BASE OF THE NARCOLOGICAL
SERVICE FOR ADMISSION TO VARIOUS ACTIVITIES**

The Novosibirsk region narcology dispensary

Abstract. Among the measures of prevention of non-medical use of psychoactive substances are essential preventive medical examinations and medical examination conducted by a physician, psychiatrist-narcologist, which allow to detect the initial signs of addiction or already formed a dependency on psychoactive substances. In turn, the presence of a substance abuse diagnosis leads to citizen some social and legal consequences: the limit to drive a vehicle and the right to use the license for the weapon, restriction from engaging in certain professional activities.

В последние годы Российское общество все ближе подходит к пониманию, что достижение положительной динамики в состоянии здоровья насе-

ления зависит не только от деятельности органов и учреждений здравоохранения, но и прежде всего, от активной роли органов власти, проводящих социально ориентированную политику, направленную на повышение качества жизни жителей страны.

Достижению этой важнейшей для нашей страны цели послужил Указ Президента РФ от 09.06.2010г. «О принятии стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации». Генеральной целью Стратегии является существенное сокращение незаконного распространения и немедицинского употребления наркотиков, а одной из основных **задач** Стратегии является - создание государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков с **приоритетом мероприятий первичной профилактики**.

Наркологические заболевания имеют чрезвычайную социальную значимость. Необходимо учитывать, что больные с наркологическими заболеваниями могут быть опасны для окружающих вследствие их высокой криминальной активности. На протяжении последних лет в г.Новосибирске отмечается рост ДТП, совершенных по вине нетрезвых водителей (в 2009г.- 42, в 2013г.- 63 случая).

По данным Национального научного центра наркологии МЗ РФ, число лиц, имеющих проблемы с наркотиками и обращающихся за медицинской помощью, соотносится с истинным числом больных наркоманией как 1:5. Существующая высокая латентность распространенности наркологических заболеваний среди населения объясняется рядом причин, в числе которых отсутствие заинтересованности самих пациентов и их сопротивление в выявлении у них данной патологии в связи с применением к ним со стороны государства запретительных мер, таких как ограничения в трудоустройстве, вождении транспорта и др.; получение помощи на анонимной основе; обращение населения за наркологической помощью в учреждения негосударственной формы собственности.

Выявление наркологической патологии при проведении медицинского освидетельствования связано с объективными трудностями: зачастую диагностика происходит вопреки желанию самого обратившегося лица. Это является основной отличительной особенностью проведения медицинского освидетельствования в наркологии. Понимая последствия выявления наркологического заболевания в виде запретительных мер, граждане сознательно скрывают от врачей своё заболевание, препятствуя этим диагностике.

Таким образом, показатели наркологической заболеваемости зависят не только от реальной распространенности наркологических болезней, но и от правильно функционирующей организации выявления наркопатологии.

Согласно пункту 1 статьи 46 Федерального Закона РФ от 22.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» - «медицинский осмотр» представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направ-

ленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Понятие «медицинского освидетельствования», как совокупности методов медицинского осмотра и исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, наличие которого влечет за собой наступление юридически значимых последствий, было определено впервые статьей 65, вышеназванного закона. При этом в пункте 4 данной статьи указывается, что медицинское освидетельствование проводится в медицинских организациях в порядке, устанавливаемом уполномоченным органом исполнительной власти. Из этого определения следует, что под совокупностью методов медицинских исследований подразумевается необходимость лабораторных исследований.

Порядок проведения медицинских осмотров, как и порядок проведения психиатрического (наркологического) освидетельствования урегулирован самостоятельным комплексом законов и нормативно-правовых актов. Но, в настоящее время нет четких инструктивно-методических рекомендаций минздрава РФ о порядке проведения наркологических освидетельствований и осмотров.

Федеральным законом РФ от 25.11.2013г. № 317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов РФ по вопросам охраны здоровья граждан в РФ», в статью 46, Федерального Закона РФ от 22.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах ...» дополнением был внесен пункт 6: «иные установленные законодательством РФ виды медицинских осмотров». Данная поправка, по-видимому, предполагает называть процедуру наркологического освидетельствования «иным видом медицинского осмотра».

Медицинский осмотр и освидетельствование врачом психиатром-наркологом лиц, осуществляющих отдельные виды деятельности проводится как мероприятие, которое обязательно и регламентируется основными нормативно – законодательными актами: Конституция РФ (статья 17, пункт 3), Трудовой Кодекс РФ от 30.12.2001г. № 197-ФЗ (статья 69, 76, 212, 213, 214, 216), Федеральный Закон РФ от 02.07.1992г. № 3185-1 (с изменениями) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» (статья 6,8,9,10), Федеральный Закон РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (статья 13, 19-25, 46, 65), Постановление Совета Министров – Правительства РФ от 28.04.1993г. № 377 «О реализации Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Дополнительно различные виды деятельности, связанные с источником повышенной опасности регламентируются отдельными нормативно-законодательными актами и имеют различные заключения по допускам при установленном наркологическом диагнозе.

Наркологическое освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортными средствами: Федеральный Закон РФ от 10.12.1995г. № 196-ФЗ «О безопасности дорожного движения» (статья 23,25), Федеральный Закон РФ от 28.12.2013г. № 437-ФЗ «О внесении изменений в ФЗ «О безопасности дорожного движения» и КоАП РФ», Постановление Правительства РФ от 23.09.2002г. № 695 «О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с повышенным источником опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающих в условиях повышенной опасности», Постановление Правительства РФ от 29.12.2014г. № 1604 «О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством».

Наркологическое освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием: Федеральный Закон РФ «Об оружии» от 13.12.1996г. № 150 (статья 13), Постановление Правительства РФ от 21.07.1998г. № 814 «О мерах по регулированию оборона гражданского и служебного оружия и патронов к нему на территории РФ», приказ минздрава РФ от 11.09.2000 № 344 «О медицинском освидетельствовании граждан для выдачи лицензии на право приобретения оружия».

Медицинский осмотр (обследование) врачом психиатром-наркологом работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда: Федеральный Закон РФ от 30.03.1999г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (статья 34), Федеральный Закон РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (статья 24), Постановление Правительства РФ от 18.05.2011г. № 394 «Об утверждении перечня отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, на занятия которыми устанавливаются ограничения для больных наркоманией», приказ минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда»).

Наркологическое освидетельствование на наличие наркологических заболеваний, являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства РФ в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в РФ: Федеральный Закон РФ от 25.07.2002г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в России», Постановление Правительства

РФ от 01.11.2002г. № 794 «Об утверждении Положения о выдаче иностранным гражданам и лицам без гражданства вида на жительство», Постановление Правительства РФ от 01.11.2002г. № 789 «Об утверждении Положения о выдаче иностранным гражданам и лицам без гражданства разрешения на временное проживание», Постановление Правительства РФ от 02.04.2003г. № 188 «О перечне инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в РФ».

Согласно нормативно-законодательным документам допуск к различным видам деятельности, связанной с источником повышенной опасности лиц, с установленным диагнозом наркомании и токсикомании возможен при условии стойкой и длительной, объективно подтвержденной наблюдением у районного нарколога ремиссии не менее 5 лет и при диагнозе алкоголизма – не менее 3-х лет.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

И.А. Баландина, Л.В. Некрасова, Д.А. Токарева,
А.М. Некрасова

ПАРАМЕТРЫ МАТОЧНЫХ ТРУБ С УЧЕТОМ МОРФОМЕТРИИ ВЛАЖНЫХ ПРЕПАРАТОВ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

*Пермский государственный медицинский университет
им. ак. Е.А. Вагнера*

Аннотация. Морфометрические исследования правых и левых маточных труб провели на влажных препаратах кафедры нормальной анатомии и послеоперационных маточных трубах (МТ) с определением длины отделов МТ, длины окружности. Строение стенки маточной трубы изучили на гистологических срезах с окраской гематоксилином и эозином и с окраской по ванГизон.

I. A. Balandin, L. C. Nekrasov, D. A. Tokarev, A. M. Nekrasov THE PARAMETERS OF THE FALLOPIAN TUBES BASED MORPHOMETRY WET PREPARATIONS AND POSTOPERATIVE MATERIAL

Perm State Medical University. AK. E. A. Wagner

Abstract. Morphometric study of right and left fallopian tubes held in wet preparations of the Department of normal anatomy and postoperative fallopian tubes (MT) with the definition of the length of the departments MT, the circumference. The structure of the wall of the fallopian tube studied on histological sections with hematoxylin and eosin and Van Gieson's stain.

Актуальность. В наше время вопрос о репродуктивности населения встаёт на первое место. Частота бесплодного брака в России колеблется от 8 до 19%. Для благополучного зачатия необходимо нормальное функционирование маточных труб. По данным Всемирной организации здравоохранения, причиной бесплодия брака в 30-85% случаев является трубный фактор (К.Д. Квициани, 2009г.). В 2001 году на II съезде акушеров-гинекологов Пермского края профессор Е.А. Сандакова резюмировала значимость маточных труб. В своей статье «Этапное лечение больных с дисрегуляторными нарушениями менструальной функции» указала, что в ситуациях, когда женщина страдает бесплодием, возникает необходимость в лечебных мероприятиях четвертого этапа – в эндоскопическом хирургическом вмешательстве, с целью не только воздействия на яичники, но и одновременно, при наличии смешанного генеза бесплодия, проведения восстановления проходимости труб. Более того, при различных отклонениях, нарушениях функций придатков матки, при частичной блокаде труб или воспалительном процессе в придатках, очень грозным осложнением является внематочная беременность, которая может лишить женщину одной из фаллопиевых труб.

Цель исследования. Определение сравнительных морфометрических параметров маточных труб.

Материал, методы и результаты исследования. Морфометрия проведена на 26 влажных препаратах маточных труб на кафедре анатомии, в количестве 13 левых и 13 правых маточных труб. Данные измерений отделов маточных труб протоколировали, составляли таблицы для дальнейшей сравнительной характеристики. Среди объектов исследования длина правых маточных труб составила от 99 мм до 165 мм. Длина окружности перешейка – от 4 мм до 10 мм; окружность ампулы маточных труб – от 6 мм до 15 мм. При морфометрии левой маточной трубы длина составила от 85 мм до 144 мм. Параметры длины окружности левой маточной трубы: перешеек – от 5 мм до 8 мм, ампула – от 5 мм до 12 мм. Для сравнительной морфометрии изучено 16 послеоперационных труб, из них 8 правых и 8 левых. Критерием исключения явились макроскопически не измененные маточные трубы. При морфометрии: длина правой маточной трубы определилась от 75 мм до 102 мм. В составе правой маточной трубы длина перешейка составила 33% от общей длины, длина ампулы – 52%, воронка – 7%. Окружность перешейка правой маточной трубы – от 5 мм до 10 мм; ампулы – от 6 мм до 12 мм. Длина левой маточной трубы определилась от 60 мм до 96 мм, при этом длина перешейка составила 38%, длина ампулы – 49%, воронки – 5%. Окружность перешейка левой маточной трубы – от 4 мм до 9 мм; ампулы – от 5 мм до 11 мм. Далее строение стенки маточной трубы изучили на гистологических срезах с окраской гематоксилином и эозином и с окраской по ванГизон. Определили, что стенка включает три оболочки: слизистая с реснитчатыми и железистыми клетками; средний слой – прослеживаются гладкие миоци-

ты, расположенные поперечно и продольно; снаружи – соединительные волокна, среди них определяются многочисленные полнокровные тонкостенные кровеносные сосуды. Таким образом, учитывая морфометрические показатели маточных труб на примере влажных препаратов кафедры анатомии и морфометрические характеристики послеоперационных маточных труб определяется, что длина правых маточных труб больше длины левых маточных труб на 10-21 мм. Знание микроанатомии маточных труб необходимо при реконструктивных мини - инвазивных операциях.

А.Ю. Быков, Г.Н. Карманова

ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Государственная Новосибирская областная клиническая больница

Аннотация. Заместительная почечная терапия – это комплекс разнородных по своей структуре и основополагающим принципам мероприятий, проводимых для поддержания жизни пациента с необратимо утраченными функциями собственных почек. Возможность искусственного замещения функции почек посредством диализа появилась в 60-х годах XX века. В настоящее время данное лечение является обычным для почечной недостаточности.

Пациенты, находящиеся на перитонеальном диализе, живут полноценной жизнью.

A.Yu. Bykov, G.N. Karmanova

PERITONEAL DIALYSIS AT HOME

State Novosibirsk district clinical hospital

Abstract. Renal replacement therapy is a complex of the activities various in structure and fundamental principles that are carried out to maintain the life of the patient with complete kidney failure. An opportunity of the artificial replacement of renal function by means of dialysis was found in the 60th of XX century. Nowadays this kind of treatment is usual for renal failure.

Patients on peritoneal dialysis live a normal life.

Заместительная почечная терапия – это комплекс разнородных по своей структуре и основополагающим принципам мероприятий, проводимых для поддержания жизни пациента с необратимо утраченными функциями собственных почек. Возможность искусственного замещения функции почек посредством диализа появилась в 60-х годах XX века. В настоящее время данное лечение является обычным для почечной недостаточности.

Пациенты, находящиеся на перитонеальном диализе, живут полноценной жизнью.

Перитонеальный диализ – это искусственное очищение крови от токсинов, основанный на фильтрационных свойствах брюшины.

Метод перитонеального диализа у больных с острой и хронической почечной недостаточностью имеет свою не менее интересную историю. Идея промывания брюшной полости при лечении некоторых заболеваний с накоплением токсинов возникла более двухсот пятидесяти лет назад. В 1744 году в Англии на заседании королевского медицинского общества впервые представили данные по лечению асцитов путем промывания брюшной полости смесью бристольской минеральной воды и красного вина.

Следующие публикации касательно промывания брюшной полости различной патологии появились лишь 130 лет спустя, в конце 19 века.

Ученые, наконец, доказали, что между циркулирующей кровью и жидкостью, находящейся в брюшной полости, происходит постоянный обмен.

До 50-х годов техника перитонеального диализа постепенно улучшалась. В развитых странах до 80% всех больных, находящихся на диализном обеспечении, получают именно лечение перитонеальным диализом. В России ситуация сложилась иначе. Многие годы гемодиализ развивался и совершенствовался, а перитонеальный диализ у больных с хронической почечной недостаточностью не применялся совсем.

Только с 1994 года в Москве, Санкт-Петербурге, а затем и в некоторых других городах была создана и успешно функционирует до сих пор – служба перитонеального диализа.

Лечение перитонеальным диализом уже получают сотни пациентов.

На базе Областной клинической больницы города Новосибирска в хирургическом отделении по пересадки органов осуществляется помощь 20 пациентам с хронической почечной недостаточностью при помощи перитонеального диализа (двое из них дети в возрасте 4 и 10 месяцев).

Принцип лечения основан на том, что брюшина – это тонкая оболочка, полностью или частично покрывающая внутренние органы брюшной полости. В физическом плане брюшина представляет собой мембрану с избирательной проницаемостью для различных веществ. Поэтому для лечения перитонеальным диализом в брюшную полость больного хирургическим путем устанавливается специальный постоянный катетер, через который будет поступать диализирующий раствор.

Катетер должен обеспечивать хороший дренаж брюшной полости, плотно фиксироваться, и иметь защиту от инфекции. Адекватное орошение брюшной полости осуществляется благодаря высокой скорости залива-слива раствора. Катетер плотно фиксируется в подкожно-жировой клетчатке за счет прорастания дакроновой манжеты соединительной тканью.

Постановка катетера выполняется хирургическим путем в полость малого таза. Наружная часть катетера выводится под кожу на передней или

боковой поверхности брюшной полости. Операция проводится под обезболиванием, и не является тяжелой для больного. Катетер находится в полости брюшины все время, пока пациент находится на перитонеальном диализе. Раствор, поступающий в брюшную полость, остается на несколько часов, а затем сливается. За то время, пока диализирующий раствор находится в брюшной полости, между ним и кровью больного происходит интенсивный обмен – вредные вещества проникают из крови через брюшину в диализирующий раствор, и вместе с раствором удаляются по окончании процедуры. Это называется **фльтрация**. Скорость и объем фильтрации являются постоянной величиной, процесс очистки идет медленно и длительно, что позволяет использовать перитонеальный диализ у пациентов с низким или нестабильным артериальным давлением и у маленьких детей. Кроме фильтрации при перитонеальном диализе происходит проникновение в раствор лишней жидкости. Этот процесс называется **ультрафильтрацией**.

В диализате содержится осмотическое активное вещество, например концентрированный раствор глюкозы, который притягивает жидкость. В результате лишняя жидкость из кровотока через сосуды брюшины попадает в диализирующий раствор. Кроме глюкозы, в качестве осмотического агента присутствуют аминокислоты, декстроза, крахмал и комплекс химических веществ.

Процесс заполнения брюшной полости и удаления диализирующего раствора очень прост. И пациенты в короткий срок обучаются самостоятельно. В дальнейшем такие пациенты живут дома, и проводят лечение сами, обращаясь в отделение один раз в месяц для контроля.

Пациенты, получающие перитонеальный диализ должны проводить процедуру обычно 4 - 5 раз в день, располагать хорошими жилищными условиям, необходимыми для проведения процедуры и хранения растворов. Скрупулезно соблюдать правила гигиены, быть очень дисциплинированными. перевязки выполнять один раз в три дня.

В данном случае сестринская помощь – это активная всесторонняя помощь при обучении родственников и самих пациентов по проведению перитонеального диализа в домашних условиях, объясняя пациентам и родственникам о создании комфортных условий. Своевременное проветривание помещения, соблюдение режима диеты, гигиенический уход за кожными покровами, наблюдение за динамикой состояния пациента и проведение бесед с родственниками о характере заболевания о необходимости жизнеобеспечивающего проведения перитонеального диализа, требующего изменения привычного образа жизни.

Пациенты ведут дневник, где фиксируются показатели: вес тела, артериальное давление, концентрация раствора, количество залитого и количество слитого растворов, разница между ними, цвет. Все это они предоставляют врачу при поступлении в стационар.

Дневник пациента

Дата	Время заливки	Вес	А/Д	% р-ра	Кол-во залитого раствора	Кол-во слитого раствора	Разница	Кол-во за сутки	Цвет	Т° тела
01.01.14	8:00	55	120/70	1,5%	2000	2100	+ 100	1200	прозр	36,6 36,8
	13:00			1,5%	2000	2400	+ 400		прозр	
	17:00			1,5%	2000	2400	+ 400		прозр	
	23:00			1,5%	2000	2300	+300		прозр	

Данный метод диализа проводится пациентами самостоятельно в домашних условиях, что позволяет решить проблему обеспечения заместительной почечной терапии, не прибегая к бесконечному увеличению диализных мест.

При данном методе процессы диализа идут перманентно и более мягко, дольше сохраняется остаточная функция почек.

Больные, проводящие перитонеальный диализ, могут жить полноценной жизнью.

Поскольку они сами проводят диализ, им проще подстроиться под собственный распорядок дня с учетом графика работы, расписания учебы или планов на поездки. В отличие от гемодиализа, где пациенты в буквальном смысле зависимы от аппарата «искусственная почка», большинство пациентов ценят ту независимость, которую им дает перитонеальный диализ.

Максимальная продолжительность жизни при перитонеальном диализе составляет примерно 18 лет.

Но, к сожалению, продолжительность лечения перитонеальным диализом напрямую зависит от фильтрующих свойств брюшины, которые с течением времени, постепенно, а при частых перитонитах достаточно быстро, снижаются. В этом случае возникает необходимость в альтернативных методах – это или программный гемодиализ или трансплантация почки.

Н.Н. Величкина, И.В. Одарченко
**СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ УПРАВЛЕНИЯ В
ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ПРИЖИЗНЕННЫХ
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В НОВОСИБИРСКОМ
ОБЛАСТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ДИАГНОСТИЧЕСКОМ
ЦЕНТРЕ**

*Государственный Новосибирский областной клинический
диагностический центр*

Аннотация. В работе представлен опыт использования в Государственном Новосибирском областном клиническом диагностическом центре метода управления качеством прижизненных патоморфологических исследований, основанного на оценке результативности технологических процессов и определении интегрального коэффициента удовлетворенности качеством патоморфологических услуг. Кратко изложены возможные целевые показатели результативности процессов при проведении патоморфологической диагностики биологического материала.

N.N. Velichkina, I.V. Odarchenko
**MODERN PRINCIPLES OF THE INTRAVITAL
PATHOMORPHOLOGICAL SERVICES QUALITY
MANAGEMENT AT THE NOVOSIBIRSK REGIONAL CLINICAL
DIAGNOSTIC CENTER**

Novosibirsk State Regional Clinical Diagnostic Center

Abstract. This paper presents application of quality management method of the intravitalpathomorphological studies based on an assessment of the impact of technological processes and determining the integral gain satisfaction with the quality pathomorphological services at the Novosibirsk State regional clinical diagnostic center. It recites possible target indicators of productivity of processes of pathomorphological diagnosis of biological material.

Клиническая медицина в настоящее время представляет собой сложный технологический процесс, для управления которым используется индустриальная модель менеджмента. Основными положениями этой модели являются следующие: качество необходимо обеспечивать, его мало контролировать, им нужно управлять; следует организовать непрерывность процесса повышения качества на каждом рабочем месте с участием всего персонала, при этом вместо внешнего контроля важнее становится самоконтроль с оценкой ключевых этапов процесса.

Составляющими любого медицинского технологического процесса являются ресурсы, процессы и результаты. Медицинский технологический процесс следует рассматривать как систему взаимосвязанных лечебно-диагностических и иных мероприятий, осуществляемых в целях достиже-

ния запланированного результата. Управление технологическими процессами при проведении прижизненной патоморфологической диагностики биологического материала включает несколько этапов: идентификация; планирование; организация выполнения; мониторинг выполнения (измерение и контроль); выявление отклонений; проведение корректирующих и предупреждающих мероприятий для улучшения процесса и устранения отклонений.

Целью мониторинга выполнения процессов при проведении прижизненной патоморфологической диагностики является оценка способности профильной службы достигать запланированных результатов. Использование результата прижизненного патоморфологического исследования, проводимого в отделении клинической патоморфологии Государственного Новосибирского областного клинического диагностического центра (далее - ГНОКДЦ), для определения его качества затруднено по ряду причин. На результат исследования оказывает влияние не только тяжесть заболевания по конкретному диагнозу, но и качество процессов, проводимых на преаналитическом этапе в других медицинских организациях Новосибирской области. Кроме того, на результат исследования явно влияют социальные факторы, взаимоотношения медицинского персонала с коллегами и пациентами. Для оценки процессов при проведении прижизненной патоморфологической диагностики разработаны специальные критерии результативности. Полученные фактические результаты врачи специализированного отделения ГНОКДЦ сравнивают с запланированными. В случае несоответствия фактических и плановых результатов устанавливаются причины, по каждой из них составляется план мероприятий.

Опыт диагностической и экспертной работы ГНОКДЦ позволяет предложить следующие критерии результативности процессов при проведении прижизненной патоморфологической диагностики биологического материала:

1. На преаналитическом этапе:

1.1. Исполнение соблюдения формы запроса на патоморфологическое исследование биологического материала (целевое значение -100%).

1.2. Исполнение стандарта забора и первичного обращения с биологическим материалом (целевое значение -100%).

1.3. Соответствие объёмов фиксирующего агента и тканевого образца (целевое значение-10:1).

1.4. Соответствие маркировки биологического материала и сопроводительных документов (целевое значение -100%).

1.5. Исполнение нормативных сроков доставки и условий транспортировки биологического материала в ГНОКДЦ (целевое значение 24 часа после забора, в специальных транспортировочных контейнерах при температуре не ниже +5).

1.6. Исполнение стандарта регистрации, вырезки и лабораторной обработки биологического материала в ГНОКДЦ (целевое значение-100%).

2. На аналитическом этапе: исполнение стандарта технологии микроскопического исследования микропрепарата (целевое значение -100%).

3. На постаналитическом этапе:

3.1. Исполнение стандарта заключения патоморфологического исследования (оптимальное соотношение описательных, окончательных и предположительных форм патоморфологических заключений).

3.2. Соблюдение нормативных сроков получения патоморфологических заключений исследования: срочные интраоперационные биопсии (20 минут)-не менее 95%; мелкий биопсийный материал (3 суток)-не менее 90%; прочий операционно-биопсийный материал, не требующий декальцинации (6 суток)-не менее 90%; прочий операционно-биопсийный материал, требующий декальцинации (14 суток)-не менее 90%; частота совпадения диагнозов срочного интраоперационного и последующего планового патоморфологического исследования -не менее 90%; частота смены патоморфологических диагнозов при проведении повторных исследований биологического материала - не более 2%.

3.3. Частота неопределенных патоморфологических диагнозов (в связи с непредоставлением полных клинико-лабораторных данных, неприменением современных методов морфологической диагностики) - не более 10%.

Анализ исполнения процессов на преаналитическом этапе патоморфологических исследований показывает, что форма запроса на исследования соблюдается направляющими организациями только в 30%, стандарт забора биологического материала - в 73%, исполнение нормативных сроков доставки биологического материала -в 20%. По итогам работы отделения клинической патоморфологии ГНОКДЦ частота неопределенных клинических диагнозов в связи с непредоставлением полных клинических данных составляет 9%, нормативные сроки предоставления заключений исследования соблюдаются в 85%, частота случаев смены диагноза при проведении повторного патоморфологического исследования составляет 0,2%.

Менеджмент качества патоморфологических исследований не может быть успешным без анализа удовлетворенности потребителей качеством прижизненной патоморфологической диагностики. С этой целью в ГНОКДЦ проведено анкетирование врачей-специалистов медицинских организаций Новосибирской области как потребителей данных диагностических услуг в объеме 100 анкет. По результатам анкетирования сложилась следующая структура респондентов: 60%-врачи по специальности «акушерство и гинекология», 27%-по специальности «хирургия»,10%-по эндоскопической диагностике, 3%-по специальности «онкология». Нарушений нормативных сроков предоставления заключений по результатам прижизненных патоморфологических исследований, проведенных в ГНОКДЦ, ни один

из респондентов не отметил. Оценивая протоколы заключений прижизненных патоморфологических исследований, проведенных в ГНОКДЦ, 70% респондентов отметили, что заключения содержат микроскопическое описание патологических процессов и окончательный нозологический диагноз, 25% указали, что заключения содержат формулировки нозологического характера, 5% респондентов отметили, что в протоколе заключения зафиксировано только микроскопическое описание патологического процесса.

Кроме того, в качестве индикаторов удовлетворенности потребителей результатами патоморфологических исследований, проводимых в ГНОКДЦ, можно рассматривать: отсутствие обоснованных жалоб в контролирующие органы на дефекты патоморфологической диагностики; возможность получения потребителем результатов патоморфологических исследований, финансируемых страховыми медицинскими организациями без использования личных средств пациента; возможность получения «второго мнения» на основании консультации, экспертной оценки материалов первичного исследования; отсутствие случаев нарушения биоэтики при взаимоотношениях врачей отделения клинической патоморфологии ГНОКДЦ с коллегами других специальностей.

Ряд авторов (Косинец А.Н., Глушанко В. С., Плиш А. В. и др.) для обобщенной полуколичественной оценки удовлетворенности качеством патоморфологических услуг предлагает применять модифицированную формулу, основанную на исследовании результативности услуг: $ИКУ = \frac{\sum P_d + \sum P_c + \sum P_n}{N}$, где: ИКУ – интегральный коэффициент удовлетворенности качеством патоморфологических услуг; $\sum P_d$ – сумма значений полного достижения ожидаемого результата; $\sum P_c$ – сумма значений случаев частичного достижения ожидаемого результата; $\sum P_n$ – сумма значений случаев не достижения предполагаемого результата; N - число респондентов. При этом полному достижению предполагаемого результата присваивается значение «+1», частичному достижению ожидаемого результата «0», не достижению предполагаемого результата «-1». Градация интегрального индекса удовлетворенности может быть следующей: высокий уровень - от 0,6 до 1,0; средний уровень - от 0,4 до 0,59; низкий уровень - от 0 до 0,39. Впервые проведенная полуколичественная оценка удовлетворенности качеством патоморфологических услуг с использованием данной формулы по совокупности показателей определила, что ИКУ в ГНОКДЦ составляет 0,68.

В качестве корректирующих мероприятий в ГНОКДЦ используются разборы случаев неудовлетворенности качеством патоморфологических услуг совместно с персоналом, повышение информированности врачей-специалистов о требованиях к исполнению стандартных технологических процедур на преналитическом этапе, совершенствование использования ресурсов (в том числе, электронных) при проведении патоморфологической диагностики.

Таким образом, оценка результативности патоморфологических услуг является основой Management by objective (сокращенно МВО) – «управления по результатам», «управления по целям», то есть такого подхода к управлению качеством данного вида диагностики, который можно определить, как процесс выявления целей и критериев эффективности деятельности сотрудников специализированного подразделения (или всей организации) и координации усилий (ресурсов) по их достижению.

М.В. Крейсман, И.А. Цыцорина.
**НЕОБХОДИМОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ АУДИОЛОГИЧЕСКОГО
СКРИНИНГА В РАМКАХ ДЕТСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
ОСМОТРОВ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. Статья посвящена проблеме нарушения слуха у детей, роли раннего выявления патологии слуха с использованием аудиологического скрининга. Рассмотрены факторы, влияющие на возникновение патологии слуха у детей разных возрастных категорий, как предпосылки к реорганизации аудиологического скрининга, расширения его первого этапа и введения скрининга на профилактических осмотрах с целью выявления группы детей с патологией слуха.

M.V. Kreisman, I. A. Cicorina.
**THE NECESSITY OF HEARING SCREENING IN THE
FRAMEWORK OF PREVENTIVE EXAMINATIONS OF
CHILDREN**

Novosibirsk state medical University

Abstract. The article deals with hearing impairment in children, the role of early detection of hearing pathology using hearing screening. The factors influencing the occurrence of hearing pathology in children of different age groups, as a prerequisite for the reorganization of hearing screening, its first stage of expansion and the introduction of screening for preventive examinations in order to identify a group of children with hearing defects.

Сегодня проблема нарушения слуха (снижения как полной, так и частичной способности обнаруживать, различать и понимать звуки) остается как одним из значимых вопросов и в медицинской практике, и в социальном отношении. Около 6% населения земного шара (278 млн человек) страдают глухотой или имеют проблемы со слухом. По статистическим данным Всемирной организации здравоохранения по индустриально развитым стра-

нам, количество лиц в мире, страдающих нарушениями слуха больше 40 дБ на лучше слышащее ухо, различной этиологии, составляет порядка 300 млн. Число больных с нарушением слуха в Российской Федерации превышает 13 млн. человек, более 1 млн.- дети. Из 1000 новорожденных 1 ребенок рождается с тотальной глухотой. Кроме того, в течение первых 2-3 лет жизни теряют слух еще 2-3 ребенка [1]. По данным Американской академии аудиологии, во всем мире ежегодно рождаются более 665 тысяч детей с нарушениями слуха, превышающими 40 дБ. Это количество увеличивается с возрастом, удваиваясь к 9 годам [2]. Потому значение данной проблеме нужно придавать не только в первые годы жизни ребенка, как одному из самых важных периодов развития речи, но и на всех этапах развития и формирования ребенка как личности.

Одним из основополагающих этапов в организации и реализации помощи детям с патологией слуха, является своевременное и полное выявление людей с данной патологией. Скрининг как массовое обследование населения, целью которого является первичный отбор группы пациентов, для дальнейшего углубленного и специализированного обследования, безусловно, является одним из самых успешных методов, позволяющих выявить детей уже с заболеванием или с его начальными признаками. Аудиологический скрининг, основными критериями которого являются: высокая чувствительность (вероятность не прохождения теста при наличии нарушения слуха), специфичность (вероятность прохождения теста в случае отсутствия нарушения слуха), простота выполнения исследования, минимальные затраты в отношении времени проведения теста на сегодняшний день является одним из самых эффективных методов выявления детей с нарушением слуха[4,5].

Патология слуха у детей различной возрастной категории имеет ряд особенностей. У новорожденных и у детей раннего возраста нарушение слуха носит, главным образом, нейросенсорный характер (наследственная и врожденная глухота и тугоухость) [3]. У детей дошкольного и школьного возраста наряду и наследственным фактором, причинами снижения слуха могут быть острые и хронические акустические травмы, острые и хронические заболевания ЛОР органов, травмы и т.д. Учитывая факторы возникновения снижения слуха у детей разных возрастных групп, проводить аудиологический скрининг только у новорожденных и детей раннего возраста недостаточно.

Цель: Проанализировать проведение первого этапа аудиологического скрининга в НСО, выявить необходимость проведения аудиологического скрининга в рамках детских проф. осмотров.

Материалы и методы:

Аудиологический скрининг новорожденных и детей раннего возраста, согласно письму Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 декабря 2008г №10329-ВС должен проводиться в два этапа. Первый этап аудиологического скрининга проводится в родовспомогательных учреждениях всем новорожденным на 2-4 сутки. В тех случаях, ко-

да по тем или иным причинам аудиологический скрининг новорожденного в родовспомогательном учреждении не был проведен, если ребенок был переведен в другое медицинское учреждение (по медицинским показаниям) и в тех случаях, когда по тем или иным причинам в документации новорожденного не стоит отметка о проведении аудиологического скрининга, скрининг проводится в детской поликлинике по месту жительства к которой прикреплен ребенок. Те дети, которые не прошли аудиологический скрининг (при обследовании получили отрицательный результат) направляются в региональные сурдологические центры для проведения второго этапа аудиологического скрининга. Второй этап скрининга новорожденных должен включать комплексное аудиологическое обследование и динамическое наблюдение в течение года врачом сурдологом - оториноларингологом, неврологом, сурдопедагогом с целью подтверждения или опровержения наличия патологии слуха.

Подготовка и реализация программы по аудиологическому скринингу новорожденных (первый и второй этап) в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в Новосибирской области началась с 2008г. (Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 01 апреля 2008г №2383). На сегодняшний день все родовспомогательные учреждения г. Новосибирска и 30 родильных отделений районов области оснащены оборудованием для проведения первого этапа аудиологического скрининга новорожденных.

Таблица 1.

Сведения о проведении аудиологического скрининга на территории Новосибирской области 2010-2012г.

Показатель	2010	2011	2012
Число новорожденных (в целом по субъекту)	25728	30828	33123
Число новорожденных, обследованных в родильном доме (отделении), и в детской поликлинике первый этап скрининга	29008 (112,74%)	31643 (102,64%)	34032 (102%)
Из них число новорожденных, выявленных с нарушением слуха (тест показал отрицательный результат)	4925 (16,97%)	3017 (9,53%)	2587 (7,6%)
Число новорожденных, обследованных в региональном сурдологическом центре (кабинете), второй этап	1569 (31,85%)	1867 (61,88%)	1933 (74,71%)
из них число детей, с подтвержденной тугоухостью	101 6,43%	124 6,64%	244 12,62%

Согласно представленным данным, число новорожденных, которым был проведен первый этап аудиологического скрининга в родильных домах

и в детских поликлиниках по месту жительства г. Новосибирска и Новосибирской области составляет 100% и более, что может быть связано с проведением первого этапа в январе текущего года детям, родившимся в конце декабря предыдущего года. Из всех детей с прошедших первый этап аудиологического скрининга число новорожденных с выявленным нарушением слуха составляет до 16,97%. Ежегодно растет число детей с выявленным нарушением слуха на первом этапе, дошедших до второго этапа (в региональные сурдологические центры) и в 2012г. составляет уже 74% против 31% в 2010г. Увеличивается и число детей, у которых нарушение слуха подтвердилось на втором этапе аудиологического скрининга.

При организации аудиологического скрининга, необходимо обратить внимание на то, что данная программа выявления детей с патологией слуха, затрагивает только новорожденных и детей раннего возраста, без учета детей, родившихся до 2008г, без учета особенностей факторов снижения слуха детей дошкольного и школьного возраста. Так, например, по данным ряда авторов, выявление тугоухости у детей дошкольного возраста может достигать 34%, у детей младших классов до 20%, у детей средних и старших классов до 15%, у абитуриентов может колебаться от 3-6%.

Для понимания и определения необходимости внедрения аудиологического скрининга для детей дошкольного и школьного возраста, нами начато исследование (аудиологический скрининг) в рамках детских проф. осмотров, с целью выявления группы детей с нарушением слуха.

Таблица 2.

Результаты аудиологического скрининга проведенного в рамках профилактических осмотров

Возраст	скрининг пройден с обеих сторон AS+ AD+	скрининг пройден с одной из сторон AS+ AD- /AS-AD+	скрининг не пройден с обеих сторон AS- AD-
6 лет	31 (16,06%)	19(9,8%)	29 (15,02%)
7 лет	9(4,66%)	5(2,59%)	10(5,18%)
8 лет	5(2,59%)	2(1,03%)	8(4,14%)
9 лет	2(1,03%)	2(1,03%)	6(3,10%)
10 лет	6(3,10%)	4(2,07%)	4(2,07%)
11 лет	7(3,62%)	5(2,59%)	2(1,03%)
12 лет	1 (0,51%)	0 (0,00%)	3(1,55%)
13 лет	4(2,07%)	1 (0,51%)	3(1,55%)
14лет	3(1,55%)	3(1,55%)	4(2,07%)
15 лет	3 (1,55%)	2(1,03%)	7(3,62%)
16 лет	1 (0,51%)	1 (0,51%)	1 (0,51%)
всего	72 (37,30%)	44 (22,79%)	77 (39,89%)

На данный момент скрининг проведен 193 детям разной возрастной категории на оба уха (всего 386 тестов). По итогу проведения аудиологического скрининга все дети были разделены на три основные группы: первая группа – дети, прошедшие скрининг ((37,30%) 72 ребенка, тест пройден с обеих сторон, патология не выявлена в обоих ушах), вторая группа – дети, частично прошедшие скрининг ((22,79%) 44 ребенка, тест пройден только на одно ухо, выявлена патология слуха на второе ухо), третья группа – дети, не прошедшие скрининг ((39,89%) 77 детей, тест не пройден, выявлена патология на оба уха). Необходимо обратить особое внимание на то, что внутри групп детей, непрошедших аудиологический скрининг (тест не пройден, выявлена патология на одно или оба уха), выявляются дети, после осмотра оториноларингологом которых, заболевание со стороны ЛОР органов, не отмечалось ((16,25%) 20 детей (DSоториноларинголога –практически здоров, скрининг – тест не пройден, выявлена патология). Все дети, непрошедшие скрининг на одно или оба уха, отправлены на консультацию к сурдологу для более детального осмотра.

Заключение: По прогнозам ВОЗ, к 2020 году более 30% всей популяции земного шара будут иметь нарушения слуха [2], таким образом, аудиологический скрининг, как метод выявления группы детей с патологией слуха либо с ее начальными проявлениями, должен применяться не только для новорожденных или детей раннего возраста. Целесообразно изучение вопроса о необходимости реорганизации и внедрения скрининга в рамках проф. осмотров детей дошкольного и школьного возраста путем расширения его первого этапа. Данные мероприятия позволят своевременно выявлять начальные признаки снижения слуха у детей дошкольного и школьного возраста и предотвращать стойкое снижение слуха в дальнейшем.

Литература.

1. Загорянская М.Е., Румянцева М.Г. Эпидемиология нарушения слуха у детей и потребность детского населения в слуховых аппаратах: В сб. Нарушение слуховой и вестибулярной функции (диагностика, прогноз, лечение). – СПб, 1993 С. 4-9.

2. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: Учеб. пособие. – 2-е изд., перераб. И допол. – М.: Медицина, 1994. – 288с.

3. Сапожников Я.М., Черкасова Е.Л., Минасян В.С., Мхитарян А.С. Речевые нарушения у детей с недостатками слуха: В сб. Педиатрия - Том 92, №5, 2013 С. 106

4. Таваркиладзе Г.А. Руководство по клинической аудиологии. – М.: Медицина, 2013 С. – 408.

5. American Academy of Pediatrics. Newborn and infant hearing loss: detection and intervention / American Academy of Pediatrics. Task force on newborn and infant hearing // Pediatrics, -1999, -Vol, 103, N2, -P. 527-530,

С.В.Марченко
**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОКАЗАНИИ
СЕСТРИНСКОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

Новосибирский медицинский колледж

Аннотация. В данной статье приводятся данные современного научного обоснования необходимости психологического и духовного развития специалистов среднего звена принимающих участие в оказании паллиативной помощи. Освещены современные подходы в принципах адекватного обезболивания, элементы технологии безопасного перемещения инкурабельного пациента и вопросы гигиенического ухода кожи и профилактики пролежней. Программы обучения сестринскому паллиативному уходу должны включать современные нормативно-правовые и стандартизированные технологии фармакологического и нефармакологического избавления от боли и других тягостных проявлений болезни, позволяющих пациентам жить как можно активнее до самого момента смерти.

S. V. Marchenko
**INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN THE PROVISION OF
PALLIATIVE NURSING CARE**

Novosibirsk medical College

Abstract. This article summarizes the findings of modern scientific justification for the necessity of psychological and spiritual development of mid-level professionals involved in palliative care. Lit modern approaches in the principles of adequate anesthesia, the components of the safe move incurable patient and the health care of the skin and prevent skin breakdown. Learning programs in nursing palliative care should include modern regulatory and standards-based technologies pharmacological and non-pharmacological relief from pain and other distressing symptoms of the disease, allowing patients to live as much as possible until the moment of death.

*Каждому из нас предстоит пройти
через «врата смерти», пусть же каждый
вложит в них хоть каплю своего
творчества, каплю своего участия в этом деле.
Не может быть корысти в великий момент смерти*
А.В. Гнездилов

Паллиативная медицинская помощь, как и другая медицинская помощь должна быть доступна каждому человеку. В Федеральном законе №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» статья 36 определяет паллиативную медицинскую помощь как «комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых прояв-

лений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан» [1]. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях, в том числе на дому и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи. Современная сестринская паллиативная помощь включает в себя следующие аспекты:

1. Принципы адекватного обезболивание и профилактика боли.
2. Контроль и приёмы облегчения физических симптомов.
3. Психологическая поддержка пациента и ухаживающих родственников.
4. Выработка отношения к смерти как к нормальному этапу жизни человека.
5. Особенности общего уход за паллиативными пациентами.
6. Обучение и проведение методов реабилитации.

Инновации в технологии оказания сестринской паллиативной помощи заключаются в научных открытиях, произошедших за последние десятилетия в нейробиологии, которые повлияли на приёмы воспитания, обучения, общения и дополнили арсенал подходов к терапии и реабилитации хронических и прогрессирующих заболеваний. Сенсационным наблюдением вошедшем в базовые психотерапевтические подходы стали открытия «зеркального отражения и резонанса» итальянского нейробиолога Джакомо Риззолатти в 1996 году [2]. Именно деятельность зеркальных нейронов объясняет наличие эмпатии и «эмоционального заражения» особенно необходимого для оказания медицинской помощи пациентам страдающим incurable заболеваниями. Моральные нейроны наделяют человека способностью к сочувствию и сопереживанию. Соответственно именно данные структурные элементы головного мозга ответственны за такое понятие как милосердие – сострадание и деятельное проявление любви к человеку. Они способны распознать фальшь, они способны воспринимать более тонкие не вербальные сигналы, посылаемые от одного человека другому. Положительная активизация данных структур запускает механизмы облегчения страдания пациента находящегося между жизнью и смертью. Для этого необходим качественно и современно подготовленный медицинский персонал, который обучен приёмам запуска положительного «эмоционального заражения».

Безусловно психологическая поддержка должна сочетаться с решением других задач при оказании паллиативной помощи, в частности с купированием хронического болевого синдрома. Основные принципы противоболевой терапии предполагают понимание основ патогенеза ноцицептивной и нейропатической боли, использование на практике современных спосоввградации интенсивности боли способствующей более качественно динамическому наблюдению за состоянием пациента [3]. Своевременное выполнение назначений врача соответственно принципам «анальгети-

ческой лестнице», строго действуя по часам, вводя очередную дозу до прекращения действия предыдущей. К совершенствованию своих профессиональных компетенций относится использование нефармакологических методов облегчения тягостных симптомов, приносящих страдания пациента.

Немаловажное значение для эффективного паллиативного ухода заключается в формировании безопасной среды для пациента как в медицинских организациях, так и на дому, учитывая особенности хронического прогрессирующего заболевания. Особенно большое значение имеет размещение в помещении мебели при двигательных нарушениях, в частности при гемипарезах. Максимальный физический комфорт возможно создать в совершенстве владея биомеханикой перемещения пациентов, элементами комфортного размещения пациента в постели не выпуская из вида самых минимальных индивидуальных особенностей каждого. Положительные эффекты от рациональной биомеханики снижают риск развития пролежней, контрактур, застойной пневмонии, уменьшают болевые проявления, тромбоз, нарушения сна, коммуникации и ориентации пациента. Технология правильного перемещения разделена на несколько этапов [4]:

1. подготовительный, который включает: оценку уровня мобильности пациента, оценку участвующих в перемещении и оценку окружающей обстановки;

2. выбор способа перемещения: методики самостоятельного перемещения со словесной инструкцией, методики перемещения с помощью персонала, методики перемещения с использованием приспособлений;

3. непосредственно перемещение пациента;

4. оценивание выполненного перемещения

Обучение приёмам перемещения необходимо отрабатывать до совершенства используя симуляционную технологию с проигрыванием самых разнообразных практико-ориентированных ситуаций.

Ещё одной из важнейших задач при уходе за инкурабельными пациентами является гигиенический уход за кожей. Этот вопрос поднимается на протяжении многих десятилетий. Принятый «Отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Пролежни» (ОСТ 91500.11.0001-2002) утвержденный приказом МЗ РФ от 17.04.2002 №123 был актуализирован Ассоциацией специалистов с высшим сестринским образованием» в 22.01.2013г. Обоснованием для актуализации послужили многие аспекты, но ключевым фактором по данным факультета «Высшего сестринского образования и социальной работы» ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова. «...не проводится оценка риска возникновения пролежней и не выполняется профилактики...» [5]. Внесение дополнений в отраслевой стандарт касались современных средств ухода за кожей, рациональных методов подбора индивидуальных средств гигиены при разных степенях инконтиненции, определение ответственных за оценку риска возникновения пролежней и профилактики с

обязательным заполнением листа по оценке риска пролежней в историю болезни. Не обсуждаемым вопросом является освещение в программах обучения среднего медицинского персонала по паллиативной помощи последовательности и особенности гигиенических процедур в зависимости от основного заболевания пациента с постоянной оценкой риска развития пролежней.

В условиях растущей потребности в паллиативной медицинской помощи, необходимо направлять все усилия на повышение качества оказания сестринской паллиативной помощи за счёт усовершенствования подготовки специалистов среднего звена. Изменения этических и моральных норм происходящие за последнее время в сознании общества предполагает обязательным включением в модули программы освещение вопросов психологического и духовного аспекта помощи. Проводить обучение паллиативному уходу с позиции современных нормативно-правовых и стандартизированных технологий фармакологического и нефармакологического избавление от боли и других тягостных проявлений болезни, позволяющих пациентам жить как можно активнее до самого момента смерти. Помните о том, что помощь умирающему облагораживает и возвышает того, кто эту помощь оказывает, она нужна не только уходящим в мир иной, но и всем нам - живущим.

Литература.

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

2. «Почему я чувствую, что чувствуешь ты. Интуитивная коммуникация и секрет зеркальных нейронов»: Вернера Регена, 2009

3. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение Сборник документов ВОЗ и ЕАПП, Москва 2014

4. Программа поддержки секторальной политики в области социальной защиты. Проект реализуется консорциумом Oxford Policy Management

5. <http://nursemanager.ru/> О ходе актуализации «Протокола ведения больных. Пролежни» (ОСТ 91500.11.0001-2002) утвержден приказом МЗ РФ от 17.04.2002 № 123Краснова Л.С., Воробьев П.А., Тюрина И.В. Первый МГМУ им.И.М.Сеченова, 2013

А.И. Пучкин, Т.А. Аверьянова
**СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В настоящее время в Российской Федерации наблюдается рост требования населения к качеству предоставляемой медицинской помо-

щи. В данной статье рассматривается понятие «качества» в медицине, а также современные модели управления качеством медицинской помощи и их ограничения. В заключение, рассматривается главный принцип повышения качества предоставляемой медицинской помощи.

A.I. Puchkin, T.A. Averyanova
MODERN MANAGEMENT MODELS QUALITY OF MEDICAL CARE

Novosibirsk State Medical University

Abstract. Now in the Russian Federation growth of the requirement of the population to quality of the provided medical care is observed. In this article the concept “qualities” of medicine, and also modern management models is considered by quality of medical care and their restriction. In summary, the main principle of improvement of quality of the provided medical care is considered.

В России наблюдаются изменения в управлении системой организации здравоохранения. Меняются требования населения к качеству предоставляемой медицинской помощи. Меняются условия предоставления медицинской помощи в самих медицинских организациях. Данные изменения актуальны и регулируются новыми законодательными нормами.

Объектом исследования является процесс управления качеством медицинской помощи в Российской Федерации.

Предметом исследования является систематизация моделей управления качеством медицинской помощи.

Сначала определимся с понятием «качество» в медицине, так как в процессе оказания медицинской помощи качество отражает весь спектр взаимодействий между медицинским работником и пациентом.

Именно качество является результатом деятельности, направленной на создание условий медицинской помощи населению. Особо рассматривается качество предоставляемой медицинской помощи по программам государственных гарантий, так как она имеет установленные критерии и показатели, характеризующие качество.

Наиболее верное определение качества медицинской помощи предлагает А. Донабедиан. Он характеризует качество тремя аспектами:

- качество структуры (организационно-техническое качество ресурсов: здания, сооружения, оборудование, материалы, кадры);
- качество процесса (технология, профилактика, диагностика, лечение, соблюдение принципа стандартов);
- качество результатов (достижение принятых клинических показателей и соотношение их с экономическими показателями).

С учетом специфики здравоохранения в мире в настоящее время существуют три модели управления качеством медицинской помощи: профессиональная, бюрократическая и индустриальная.

Профессиональная модель рассматривается как форма управления качеством в медицинской организации. Например, в стационаре, где критерием качества является индивидуальный профессиональный уровень с использованием сложных инструментов управления.

Ограничение: в данной модели не учитывается экономическая составляющая качества, а оценка результатов проводится самими лечащими врачами.

Бюрократическая модель управления основана на стандартизации объемов работы и результатов медицинской помощи. Данная модель управления используется в настоящее время во многих отечественных учреждениях. Внедрение бюрократической модели, основанной на стандартизации объемов и результатов медицинской помощи, является прогрессивным шагом в работе по улучшению качества.

Ограничение: жесткая схема подчинения и контроля.

Индустриальная модель является наиболее современной моделью управления качеством, которая основана на трех основных принципах: процессном подходе, непрерывном повышении качества, участии в управлении качеством всего персонала и самоконтроле ключевых этапов процесса. Администрация контролирует процессы обеспечения ресурсами, при этом, не вникая в действующую технологию лечебно-диагностического процесса. Для решения вышеперечисленных проблем требуется обеспечение полного взаимодействия администрации, медперсонала, работников вспомогательных и хозяйственных служб медицинских учреждений.

Ограничение: при данной модели управления администрация не контролирует дефекты обследования и лечения; существенно увеличиваются финансовые расходы.

Таким образом, в управлении качеством медицинской помощи за рубежом и в Российской Федерации сегодня применяются вышеперечисленные модели управления. Главным принципом повышения качества медицинской помощи является поддержание и улучшение здоровья нации, для чего используются качественные процессы, материалы и инструменты, и административные ресурсы.

А.И.Пучкин, Е.Ю. Евсейкина
**ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА
КАЧЕСТВА В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В настоящее время немногие отечественные медицинские организации признают систему менеджмента качества. Большой проблемой в медицине остаётся нежелание развиваться и обучаться. Внедрение системы менеджмента качества (СМК) в организациях здравоохранения позволит скоординировать управленческие и производственные процессы.

A.I. Puchkin, E.Y. Evseikina
**PROBLEMS OF IMPLEMENTATION OF QUALITY
MANAGEMENT SYSTEM IN THE ORGANIZATIONS OF
HEALTH CARE IN THE RUSSIAN FEDERATION**

Novosibirsk State Medical University, Russia

Abstract. Some russian medical organizations recognize quality management system now. A big problem in medicine there is an unwillingness to develop and train. Implementation of the quality management system (QMS) in the organizations of health care will allow to coordinate managerial and production processes.

Актуальность данной статьи в том, что в Российской Федерации в системе здравоохранения невысок уровень внедрения системы менеджмента качества (СМК). Внедрение СМК в работу медицинских организаций позволит скоординировать управленческие и производственные процессы.

Объектом исследования является система менеджмента качества в медицинских организациях.

Предметом исследования является международный стандарт ISO серии 9000:2015.

Внедрение сертификата на соответствие системы менеджмента качества медицинской организации требованиям международных стандартов серии ISO не может быть панацеей от всех проблем управления предприятием. Это только первый шаг на пути к деловому совершенству, это лишь внешний признак приверженности организации к качеству.

В настоящее время лишь немногие медицинские организации в условиях конкуренции понимают, зачем вообще нужна система менеджмента качества, зачем тратить деньги на сертификацию, разрабатывать необходимые процедуры и т.д.

Большой проблемой в медицине остаётся нежелание руководителей развиваться и обучаться, которое связано в первую очередь с нежеланием думать. Менеджмент предполагает постоянное обучение и заставляет под-

вергать сомнению методы, по которым ранее работала организация. Не просто подвергать сомнению, а делать это практично, подключать профессиональный ресурс, разбираться в вопросах инноваций, включать научное мышление, знать о направлениях современного менеджмента.

При работе по международным стандартам серии ISO нужно находить нестандартные пути решения поставленных задач и воспитания коллектива.

Руководители медицинских организаций, желающие достичь успехов, обязаны отказаться от поиска виновных в оказании некачественных услуг и их наказания. Атмосфера страха не может быть методом решения проблем. Она приведёт к их сокрытию, станет причиной представления первому руководителю искаженной информации, приведёт к повторным ошибкам.

В настоящее время в Российской Федерации действует стандарт ISO 9001:2011. Согласно новой версии стандарта ISO 9000:2015, на наш взгляд, уже не будет представителя руководства по качеству, а ответственным станет первое лицо, руководитель медицинской организации. Именно первый руководитель станет выстраивать систему ответственности. Новая версия стандарта переводит менеджмент в плоскость правил управления производственными и управленческими процессами.

Процесс командообразования должен быть серьёзной областью улучшения и дальнейшего развития качества системного менеджмента ИСО — это возможность перейти на демократические основы управления. Они дают дополнительные свободы, и человек, обладающий знаниями, может их реализовать с большей пользой. Ценности, принципы, идеология и культура — это всё очень важно. Таким образом, сертификат расценивается как допуск на цивилизованный мировой рынок, а ИСО является правилом качественной работы.

О.В. Стрельченко, А.Л. Заиграев, Е.С. Козорезова,
И.Ю. Ментюкова-Суздальцева
**ВНЕДРЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ
СИСТЕМЫ НА ПРИМЕРЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ**

*Сибирский окружной медицинский центр» ФМБА России,
Новосибирск*

Аннотация. В ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России с ноября 2012 года внедрена и комплексно используется медицинская информационная система «Медиалог», позволившая перестроить и оптимизировать деятельность учреждения. В статье описан опыт внедрения информационной системы в пато-

логоанатомическом отделении многопрофильного стационара, показано что инновационный подход, привлечение современных информационных технологий позволяет снять избыточную нагрузку с сотрудников по ведению документации, тем самым улучшить качество оказания медицинской помощи, оптимизировать затраты и повысить экономическую эффективность как отдельных подразделений, так и всего учреждения.

O. C. Strelchenko, A. L. Zaigraev, E. C. Kozorezov,
I. Y. Mentyukova-Suzdaltsev

IMPLEMENTATION OF MEDICAL INFORMATION SYSTEMS BY THE EXAMPLE OF MATERNITY HOSPITALS

Siberian regional medical center FMBA of Russia, Novosibirsk

Abstract. In FBUS SOMZ the FMBA of Russia from November 2012 introduced and comprehensively used medical information system “Mydialog”, which allowed to restructure and streamline the operations of the institution. The article describes the experience of implementing information systems in postmortem Department multidisciplinary hospital, shows that an innovative approach, using information technologies allows to remove the excess load from the staff of the documentation, thereby improving the quality of medical care, to optimize costs and increase economic efficiency of individual departments and agencies.

Информатизация является одним из важнейших направлений модернизации здравоохранения Российской Федерации. Целесообразность и необходимость внедрения информационных систем в медицинских учреждениях, преимущества работы в них у специалистов в области организации здравоохранения не вызывают сомнений и споров. До недавнего времени во многих ЛПУ весь документооборот (истории болезни, амбулаторные медицинские карты, листы нетрудоспособности, отчеты, учет пациентов, учет лекарственных препаратов и расходных материалов и пр.) производился «вручную», на бумажных носителях.

Это сказывалось на скорости и качестве обслуживания пациентов, доступности оказания медицинской помощи, затрудняло работу медицинского персонала, допускало возможность искажения и потери информации. Непрозрачность документооборота, трудоемкость, а часто невозможность, получения в реальном времени аналитической информации затрудняли контроль работы структурных подразделений, принятие оперативных управленческих решений руководителями медицинских организаций.

В ноябре 2012 г в ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России внедрена и используется медицинская информационная система «Медиалог» (МИС «Медиалог»). Система позволила объединить в едином электронном пространстве стационар и поликлинику, территориально расположены в разных районах города Новосибирска на значительном расстоянии друг от друга.

Основные характеристики МИС «Медиалог»:

Гибкость: система настроена на особенности Центра, перестраивается в случае расширения задач и функций, введения новых методов лечения, изменения регламентирующей документации

Простота: удобный интерфейс, унифицированная система навигации по медицинской карте пациента делают программу понятной и легкой для освоения даже неопытным пользователем.

Интегрированность: все модули взаимосвязаны и работают в рамках единой схемы, вся информация доступна из единой системы управления с учетом особенностей работы и специальности врача.

В настоящее время к МИС «Медиалог» подключены все структурные подразделения Центра:

- в поликлинике: регистратура, кабинеты врачей, диагностические кабинеты;

- в стационаре: приемное отделение, клинические отделения, консультативно-диагностический центр, диагностические службы, в том числе, гистологическая и цитологическая лаборатория, входящие в состав патологоанатомического отделения, аптека;

- общие подразделения: администрация, статистическая служба, планово-экономический отдел, отдел кадров, организационный отдел.

На приобретение компьютерной техники, лицензионного программного продукта Центром затрачено 18 млн. руб., стоимость последующей технической поддержки и модернизации составляет более 1,7 млн. руб. в год.

В этой статье мы бы хотели показать реализованные возможности при внедрении МИС «Медиалог» в патологоанатомическом отделении ФГБУЗ СОМЦ ФМБА России, в состав которого входит цитологическая и гистологическая лаборатория, аутопсийный раздел. Учитывая развитие онкологического профиля в стационаре и постоянную потребность в цитологическом скрининге рака шейки матки в рамках профилактических медицинских осмотров для пациенток поликлиники, патологоанатомическому отделению с самого начала внедрения МИС уделялось особое внимание. В отделении оборудовано 5 компьютеризированных рабочих мест, ежедневно пользуются системой все лаборанты и врачи.

Интеграция в МИС «Медиалог» патологоанатомического отделения была затруднена прежде всего тем, что модуль «Патанатомия» практически полностью отсутствовал, не были реализованы алгоритмы формирования направлений на исследования, отчетной документации, не была предусмотрена возможность идентификации биоматериала по коду, что делало невозможным электронное взаимодействие с поликлиникой, полностью отсутствовали поля для заполнения врачом-морфологом (описание макропрепарата, гистологическая картина, патологоанатомический диагноз), не реализован подсчет учетных единиц работы (количество образцов для исследо-

вания) и категорий сложности исследуемого материала, отсутствовал алгоритм заполнения патологоанатомического вскрытия.

Вовлеченность руководителя Центра в процесс, руководства стационара и поликлиники, руководителя подразделения и врачей-морфологов, постоянное взаимодействие с командой внедрения и клиницистами, четкая постановка задач в рамках согласованного плана-графика, последовательное движение к результату, жесткий еженедельный, а подчас и ежедневный контроль – залог успешного внедрения. При внедрении МИС «МедIALOG» программистам была поставлена задача минимизировать время, затраченное клиницистами на формирование направления на патогистологическое и цитологическое исследование, без потери значимой для морфолога информации.

В ПАО Центра реализованы следующие возможности МИС «МедIALOG»:

— Форма № 014/у «Направление на патогистологическое исследование»

— Форма №203/у «Направление на цитологическое диагностическое исследование

Направления на исследования создаются полностью в автоматическом режиме из ранее заполненных клиницистом полей (как в рамках стационарного, так и амбулаторного приема). Формирование направления интегрировано с такими видами записей врача-клинициста, как: первичный осмотр, манипуляция, протокол операции, осмотр специалиста и т.п., учитываются данные инструментальных методов исследований (эндоскопических, УЗИ, МРТ, МСКТ). Морфолог получает эту информацию в унифицированном виде без дополнительных затрат времени с обеих сторон.

— Форма №446/у «Направление на цитологическое исследование при гинекологическом осмотре, при проведении скрининга».

Создана сводная таблица-отчет, в которую автоматически вносятся данные гинекологического анамнеза по каждой пациентке, что освобождает время врача-гинеколога на заполнение бумажного направления. МИС позволила перейти на полностью электронное взаимодействие с поликлиникой (с сохраненной возможностью распечатки «твердой» копии). При этом ответ цитолога доступен в реальном времени, в среднем через 24-28 часов с момента доставки материала в лабораторию.

— Форма № 013/у « Протокол патологоанатомического вскрытия»

— Форма № 250/у «Журнал регистрации анализов и их результатов»

— Форма №190/у «Журнал регистрации материалов и документов в гистологическом отделении». В электронном виде сохраняется как направление, так и результаты гистологического исследования с полным описанием препарата (макро-, микро-), патологоанатомический диагноз.

Внедрение электронных версий журналов регистрации полностью освободило лаборантов от необходимости переписывания или копирования

необходимой информации, минимизированы затраты персонала на подобный вид работы (экономия времени до 70%).

— созданы отчетные формы, которые позволяют оперативно отслеживать множество

учетных параметров: количество направлений на исследование, количество пациентов, количество объектов исследования (изготовленных парафиновых блоков), количество исследований (окрашенных стёкол, с учетом гистохимических методик), категории сложности проведенных исследований, кодирование патологоанатомического диагноза по МКБ-10, контроль расхождений цитологического и гистологического исследования. За счет этого снижены затраты времени на подготовку аналитической и статистической информации за любой интересующий период времени.

— возможность учета пациентов по источникам финансирования (ОМС, ФБ, ВМП, ПДД), учета пациента по типам профилактического осмотра (предварительный, постоянный), по принадлежности к обслуживаемой организации.

— возможность сохранения фотоизображений морфологического препарата в МИС «Медиалог».

— сформированы личные справочники, ускоряющие формирование, как описательной части исследуемого препарата, так и морфологического заключения.

Проблемы эксплуатации МИС «Медиалог»

1. Потеря статистической информации при проведении гистологических исследований в рамках соблюдения договорных отношений с внешними организациями. В настоящее время создана дублирующая электронная таблица вне МИС «Медиалог» для учета поступившего материала, проведенных исследований, финансовых расчетов при взаимодействии.

2. Запоздывает актуализация базы данных системы с учетом постоянно обновляющейся нормативно-правовой базой здравоохранения.

Направления модернизации МИС «Медиалог»

1. Реализация возможности идентификации биоматериала с помощью сканеров, интеграция программного обеспечения со специальными принтерами для маркировки образцов (маркировка контейнера с биоматериалом, маркировка каждого объекта исследования) для ускорения работы и уменьшения ошибок, связанных с человеческим фактором.

2. Интеграция с гистологическим архивом для ускорения поиска биоматериала при необходимости пересмотра препаратов с целью определения динамики течения заболевания, проведения дополнительных исследований гистологического материала (гистохимические окраски, иммуногистохимические и молекулярно-биологические методы исследования)

Выводы. Внедрение МИС «Медиалог» с созданием единого информационного пространства позволило успешно интегрировать патологоана-

томическое отделение в работу стационара и поликлиники, позволило сократить время врачей клиницистов и морфологов при работе с первичной и учетно-отчетной медицинской документацией, ускорить получение заключения, значительно сэкономить время лаборантов, облегчить учет коммерческой деятельности подразделения. У сотрудников отделения появилась возможность больше времени уделять непосредственно работе, улучшать качество диагностики, что, в конечном счете, приводит к повышению доступности и качества оказываемой медицинской помощи.

Н.И. Филимонова
**МЕТОД «КЕНГУРУ», КАК ЧАСТЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ
НОВОРОЖДЕННЫХ**

Государственная Новосибирская областная клиническая больница

Аннотация. В статье говорится о методе «кенгуру», важной составляющей ранней реабилитации недоношенных детей. Освещается история метода, условия и техника проведения, проблемы, с которыми сталкивается персонал отделения. Суть метода заключается в том, что детей ежедневно, выкладывают на открытую поверхность груди мамы или папы. Это способствует решению многих проблем, возникающих при выхаживании морфофункционально незрелых детей. В первую очередь, более раннему созреванию функций всех органов и систем, преждевременно родившегося ребёнка и способствует установлению тесной связи с родной семьей.

N. I. Filimonova
**THE METHOD OF “KANGAROO” AS PART OF EARLY
REHABILITATION PREMATURE INFANTS IN THE NEONATAL
PATHOLOGY BRANCH OFFICE**

Novosibirsk state regional clinical hospital

Abstract. the article refers to the method called “Kangaroo mother care”, which is an important component of early rehabilitation of premature infants. It deals with methodology, conditions, technology and problems which medical staff faces with. The gist of the matter lies in the fact that infants are put on the uncovered chest of mother or father. It contributes to the solution of plenty of problems, which appear when mother bears premature infants. First of all, it promotes earlier maturation of functions of all organs and systems for prematurely born child and it helps to establish a close connection with the native family.

Метод «кенгуру» - это важная составляющая часть, ранней реабилитации недоношенных и тяжело больных новорожденных детей.

Под «кенгуру» понимается тесный физический контакт кожа-к-коже между детьми первых недель жизни и их родителями. Суть метода заключается в том, что детей ежедневно, от одного до нескольких часов в день, выкладывают на открытую поверхность груди мамы или папы. Для уменьшения потерь тепла укрывают маленького малыша сверху теплой пеленкой или одеялком, а на головку можно надеть шапочку.

Своим названием метод обязан кенгуру. Кенгуру кормит своего новорожденного малыша молоком, и первые месяцы жизни непрерывно носит его в сумке на животе, где организм кенгуренка завершает свое формирование. Такая среда обитания дает малышу кенгуру все необходимое для гармоничного развития и роста: тепло, комфорт, пищу, стимулы к развитию и ощущение безопасности. Это естественный, подсказанный самой природой, способ сохранить тепло, а значит и жизнь недоношенным детям.

История «кенгуру» началась около 30 лет назад, когда в Колумбии из-за недостатка инкубаторов педиатры Эдгар Рей и Гектор Мартинец попытались использовать тепло материнского тела для предупреждения гибели недоношенных детей от переохлаждения. Этот опыт оказался удачным и начал применяться изначально в беднейших странах Африки и Азии, в лагерях беженцев, в госпиталях в зонах военных конфликтов. Появились сообщения, что благодаря применению «кенгуру», удалось выходить даже недоношенных детей с весом при рождении меньше 1000 грамм при отсутствии специального медицинского оборудования. Сегодня этот метод все больше и больше набирает популярность, потому что не только заменяет инкубатор, но может дать гораздо больше, чем лекарства и современная медицинская техника

Как работает метод «кенгуру».

- В первую очередь – это мягкая стимуляция всех органов и чувств ребенка.

- Ребенок ощущает поглаживания, прикосновения, слышит биение сердца и голос мамы, улавливает запах грудной железы, грудного молока, запахи тела.

- Происходит стимуляция чувства равновесия, ощущения положения тела в пространстве и движения.

- Уменьшается восприятие боли недоношенным ребенком на столько, что он может практически не реагировать на прокол кожи при взятии анализа крови.

- Ребенок, располагаясь на коже матери, перенимает ее микрофлору, а значит, укрепляет иммунитет, становится менее восприимчив к внутрибольничным инфекциям.

- Стимулирует лактацию, способствует сохранению грудного вскармливания.

- Помогает в установлении отношений между ребенком и родной семьей, воспитывает родительское чувство и привязанность к ребенку.

Условия и **техника проведения метода «кенгуру».**

При стабильном общем состоянии недоношенного ребенка врач в праве, предложить родителям такой, не совсем обычный для наших стационаров метод. Но необходимо выполнение ряда условий.

1. Палаты должны быть достаточно просторными, с приглушенным освещением. Рядом с инкубатором или детской кроваткой нужно поместить удобное кресло, в котором спинка позволяет принять положение полулежача.

2. Мама не должна испытывать неудобств, ведь «кенгуру» может длиться не один час.

3. В многоместной палате укромный уголок, где расположатся мама и малыш можно отделить ширмой.

4. Подход к инкубатору нужно держать свободным, а медицинское оборудование, магистрали систем, не должны затруднять доступ к ребенку.

Первый раз требуется присутствие детской медицинской сестры во время всего сеанса «кенгуру». Ребенок, нуждающийся в дыхательной поддержке, может получать кислород через маску, носовые канюли. Аппаратная искусственная вентиляция легких также не является препятствием для МК.

Самый сложный момент это перемещение ребенка из инкубатора на грудь мамы. Для выполнения этой процедуры потребуется как минимум два человека.

Вначале необходимо оценить поведение ребенка и его готовность к взаимодействию. Перед выкладыванием из инкубатора нужно привлечь внимание ребенка. Для этого осторожно коснуться его ладонью, дать почувствовать ваше присутствие. Подождать ответной реакции. Так мы сообщаем малышу, что сейчас произойдет некое событие. Далее ребенка осторожно перемещаем, переворачиваем на животик, и укладываем вертикально на верхнюю часть груди мамы, проверяем положение датчиков аппаратуры слежения, укрываем.

Важно! В роли «кенгуру» могут быть не только мама или папа, но и другие члены семьи, в том числе и старшие братья и сестры, если их присутствие не противоречит внутреннему распорядку больницы.

Рано или поздно малыш на груди мамы инстинктивно начинает совершать движения в поисках соска. Такое поведение наблюдается даже у недоношенных детей с весом при рождении меньше 1000 грамм. Если малыш начинает проявлять попытки найти грудь, захватить сосок – это, здорово!

Когда необходимо прервать сеанс «кенгуру»?

- Ребенок проявляет чрезмерное беспокойство.
- Устала мама.
- Замечено значительное отклонение частоты пульса и дыхания у ребенка от нормы.

Противопоказания.

Данный способ реабилитации недоношенных детей необходимо применять только с учётом индивидуального состояния здоровья ребёнка

К противопоказаниям можно отнести:

- кровоизлияния мозга III и IV степеней,
- тяжёлый сепсис,
- сложная фиксация артериального или венозного катетеров.

Проблемы.

В многопрофильном стационаре, проведение метода встречается на своем пути ряд трудностей:

1. Отсутствие палат совместного пребывания мать и дитя.

2. Отсутствие гостиничных палат для мам (пациенты отделения преимущественно жители районов Новосибирской области)

Заключение.

Применение метода «кенгуру» у недоношенных детей, значительно уменьшает количество эпизодов апноэ, способствует более быстрому набору веса, снижает риск возникновения дыхательных заболеваний в первые месяцы жизни.

Многие родители продолжают «кенгуру» дома, уже после выписки из стационара, ведь такой близкий телесный контакт полезен всем - и здоровым детям тоже. Обнимая своего малыша и нося его на руках матери дарят им свои радостные и нежные чувства!

Метод Кенгуру (МК) – это эффективный способ удовлетворения потребностей ребенка в тепле, грудном кормлении, защите от инфекции, безопасности и любви.

Н.В. Черкасс, Я.В. Данильченко, Д.В. Крючков,
Г.В. Артамонова

ОРИЕНТАЦИЯ НА ПОТРЕБИТЕЛЯ В УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний

Аннотация. В статье представлены результаты работы системы менеджмента качества организации, оказывающей высокотехнологичную помощь при сердечно-сосудистых заболеваниях. Описан процесс анкетирования, мониторинга обращений и жалоб граждан, оценки удовлетворенности пациентов. Показаны возможности использования данной системы для улучшения качества медицинской помощи.

N.V. Cherkass, Y.V. Danilchenko, D.V. Kryuchkov,
G.V. Artamonova

CONSUMER ORIENTATION IN MANAGEMENT OF MEDICAL CARE QUALITY

*Institution Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular
Diseases*

Abstract. The article presents the results of work of quality management system of the organization which provides high-technology care in cardiovascular diseases. The processes of questionnaire survey, monitoring of public appeals and complaints, estimation of patients' satisfaction are described. The possibilities of using the given system to improve the quality of medical care are shown.

Актуальность. Удовлетворенность потребителей медицинских услуг является важным показателем качества оказываемой медицинской помощи. Ориентация на потребителя - один из главных принципов системы менеджмента качества (СМК) в соответствии с требованиями международных стандартов ISO 9001-2008. Деятельность НИИ КПССЗ (Институт) направлена на максимальное удовлетворение требований потребителей, непрерывное улучшение является постоянной целью организации.

Материалы и методы исследования. Потребителями медицинских услуг НИИ КПССЗ являются пациенты и их родственники. В процессе пребывания в лечебном учреждении потребители получают ту или иную медицинскую помощь, взаимодействуют с персоналом учреждения и в итоге у каждого из них формируется мнение о качестве оказания услуг в организации. Изучение удовлетворенности пациента является главной целью процесса «Оценка удовлетворенности потребителя» СМК НИИ КПССЗ. Сбор информации об удовлетворенности потребителей медицинских услуг осуществляется путем анкетирования пациентов, получивших медицинскую помощь в организации и работы с обращениями граждан.

Результаты. Пациентам, заканчивающим лечение в организации, предлагается для заполнения анкета, содержащая в себе вопросы по оценке различных разделов работы учреждения. Удовлетворенность качеством медицинской помощи оценивается пациентом по пятибалльной шкале. Анализ данных, полученных в результате анкетирования, осуществляется при использовании программного обеспечения «Оценка удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи», разработанного сотрудниками НИИ КПССЗ. При анализе анкет выявляются разделы работы учреждения, оцененные пациентами неудовлетворительными баллами, средние баллы оценки по каждому разделу и по различным отделениям.

Сбор и анализ обращений пациентов организуется в структурных клинических подразделениях, в администрации Института, а так же на сайте Кузбасского кардиологического центра (ККЦ). В подразделениях Институ-

та находится в свободном доступе «Журнал обращений граждан», в котором пациент или его родственники могут зафиксировать свое обращение. Все новые обращения регистрируются заведующим отделением в «Электронной программе регистрации обращений граждан». Обращения, поступающие в администрацию Института, также подлежат регистрации секретарем руководителя в электронной программе. Граждане могут направить обращение в НИИ КПССЗ и через официальный сайт Кузбасского кардиологического центра (<http://kemcardio.ru/>), которые также подлежат регистрации в «Электронной программе регистрации обращений граждан» ответственным сотрудником научно-методического отдела. После регистрации в программе, каждому обращению, в зависимости от его характера, назначается сотрудник НИИ КПССЗ для формирования ответа на него, отслеживаются сроки ответа. Программа упрощает учет обращений граждан, ускоряет ответ на них, позволяет в короткие сроки формировать отчеты по количеству и характеру обращений, источникам поступления и срокам ответов на них.

За период с 2011 по 2014 годы количество проанкетированных пациентов изменялось следующим образом: с 2011 по 2013 годы происходил рост числа проанкетированных пациентов, а в 2014 году незначительное снижение количества (таблица 1).

Таблица 1.

Количество проанкетированных пациентов НИИ КПССЗ с 2011 по 2014 гг.

Квартал	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год
I	96	895	989	1141
II	333	1009	1160	1123
III	543	871	1132	1164
IV	783	1032	1353	1023
I-IV с нарастающим итогом	1755	3807	4634	4459

Уровень удовлетворенности пациентов (доля оценивших работу учреждения баллами больше 2) в течение 2011-2014 годов изменялся следующим образом (таблица 2).

Таблица 2.

Уровень удовлетворенности пациентов НИИ КПССЗ с 2011 по 2014гг.

Квартал	2011 год (%)	2012 год (%)	2013 год (%)	2014 год (%)
I	93,75	98,66	98,79	99,65
II	96,70	98,22	97,59	98,75
III	98,34	98,17	98,59	98,54
IV	98,62	98,35	99,3	99,12
I-IV с нарастающим итогом	97,89	98,35	98,6	98,97

По отделениям средний балл оценки работы учреждения изменялся следующим образом (таблица 3).

Таблица 3.

Средний балл оценки работы НИИ КПССЗ с 2011 по 2014гг.

	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год
Кардиологическое	4,88	4,91	4,92	4,9
Кардиохирургическое	4,88	4,95	4,95	4,92
Рентгенохирургическое	4,83	4,9	4,9	4,88

В целом по учреждению в 2014 году произошло некоторое снижение среднего балла удовлетворенности пациентов во всех отделениях, однако доля оценивших работу учреждения баллами больше 2, увеличилась.

Это произошло из-за того, что в учреждении постоянно обращается внимание на основные причины неудовлетворённости пациентов, проводится работа с персоналом НИИ по улучшению разделов работы, оцененных неудовлетворительными баллами.

Один из важных разделов работы учреждения – это деятельность по рассмотрению обращений и жалоб пациентов (таблица 4).

Таблица 4.

Динамика количества обращений граждан в учреждение с 2012 по 2014 гг.

	2012	2013	2014
Обращений всего	238	187	130
Из них жалоб	0	6	1

В 2014 году достигнута цель по снижению количество жалоб пациентов, по сравнению с 2013 годом.

Выводы. Процесс оценки удовлетворенности потребителей медицинских услуг позволяет мониторить уровень удовлетворенности пациентов оказываемой медицинской помощью, своевременно реагировать на случаи низкой удовлетворенности и стремиться к непрерывному улучшению качества работы организации. Наличие в НИИ КПССЗ сертифицированной СМК является свидетельством того, что организация способна предоставлять услуги

УПРАВЛЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫМ РАЗВИТИЕМ ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Т.А. Аверьянова, А.И. Бромбин, А.А. Попова, Т.И. Соломатина
**ОПЫТ ПОДГОТОВКИ К АККРЕДИТАЦИОННОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ
В МЕДИЦИНСКОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ,
ВНЕДРИВШЕЙ СМК ОБРАЗОВАНИЯ**

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Россия*

Аннотация. Оценка освоения требований образовательными организациями федеральных стандартов высшего образования при проведении государственной аккредитации является современным подходом государственного контроля и надзора в сфере образования. Данный вид публичного государственного контроля и надзора проводится на основе нормативно - законодательной документации. В статье представлен опыт подготовки к аккредитации в медицинской образовательной организации.

T.A. Averyanova, A.I. Brombin, A.A. Popova, T.I. Solomatina
**EXPERIENCE OF PREPARATION FOR ACCREDITATION
EXAMINATION IN THE MEDICAL EDUCATIONAL
ORGANIZATION, THE INTRODUCED EDUCATION SMK**

Novosibirsk state medical university, Russia

Abstract. The assessment of development of requirements by the educational organizations of federal standards of the higher education when carrying out the state accreditation is modern approach of the state control and supervision in education. This type of public state control and supervision is carried out on

a basis standardly - legislative documentation. Experience of preparation for accreditation in the medical educational organization is presented in article.

Оценка освоения требований ФГОС ВО при проведении государственной аккредитации является современным подходом в формате государственного контроля и надзора в сфере образования, который проводится в образовательной организации (ОО).

Данный вид публичного государственного контроля и надзора проводится на основе постановления Правительства Российской Федерации от 18.11.2013 № 1039 «О государственной аккредитации образовательной деятельности», статьи 92 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»; приказа Минобрнауки России от 18.09.2012 № 729 «Об утверждении форм заявлений о проведении государственной аккредитации, о выдаче временного свидетельства о государственной аккредитации и о переоформлении свидетельства о государственной аккредитации»; «Положения о государственной аккредитации» и письма Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки (Рособрнадзор) №01-20/06-01 от 02.02.2014г. «О государственной аккредитации образовательной деятельности».

В Федеральной службе по надзору в сфере образования и науки под государственной аккредитацией образовательной деятельности понимают организацию ряда аккредитационных мероприятий, направленных на проведение независимой и прозрачной оценки качества подготовки выпускников по образовательным программам (ОП). Целью государственной аккредитации образовательной деятельности является подтверждение соответствия ее результатов требованиям федеральных государственных образовательных стандартов при подготовке обучающихся в образовательных организациях. Основным условием при проведении государственной аккредитации в медицинской ОО является наличие порядка организации и проведения аккредитационной экспертизы по всем образовательным программам, которые реализуются в соответствующей укрупненной группе специальностей или направлений подготовки, при наличии обучающихся, которые обучаются в текущем учебном году.

Целью предложенной статьи является описание процессов, влияющих на подготовку к аккредитационной экспертизе на соответствие содержания качества образования выпускников, обучающихся в ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России (далее НГМУ) по ООП ВПО по направлению подготовки 080200.62 «Менеджмент» требованиям ФГОС ВПО.

В университете разработка процессов, влияющих на подготовку к аккредитационной экспертизе, осуществлялась на основе управления учебным процессом в рамках СМК образования. В настоящее время в НГМУ реализуется общая концепция управления качеством образования, выстроен-

ная в соответствии с требованиями международного стандарта ISO 9001: 2008. Современная университетская СМК образования имеет международную сертификацию образовательных услуг в области: медицины, социальной работы, психологии, экологии, экономики и менеджмента в здравоохранении.

В НГМУ сегодня разработан и организован процессный подход, при котором управление учебной деятельностью ведется по основным группам процессов, представленных в таблице 1.

Такой подход в управлении качеством образования позволяет внедрять методы аудита в учебный процесс ОО с организацией мониторинга показателей качества, характеризующих результаты подготовки обучающихся по ОП ВО на протяжении длительного времени. Что, в свою очередь, позволяет университету качественно осуществлять подготовку к аккредитационной экспертизе на основе научного, высокоорганизованного управленческого подхода.

Таблица 1.

Основные группы процессов, внедренные в НГМУ (в т.ч. при реализации ООП ВПО по направлению подготовки 080200 «Менеджмент»)

Процессы	Содержание процесса
Процессы управления.	Аудит по оценке качества деятельности подразделений департамента учебной работы: <ul style="list-style-type: none"> - организация методического обеспечения учебного процесса; - организация воспитательного процесса; - организация практики; - организация НИРС; - организация курсовых работ; - организация исследования требований и удовлетворенности потребителей; - организация работы приемной комиссии; - метрологическое обеспечение; - обеспечение охраны труда; - организация деятельности ЦКМС.
	Мониторинг (качества образования: экзаменационное тестирование в рамках ФЭПО или АСТ; управление несоответствующими показателями качества академической оценки знаний и компетенций; корректирующие и предупреждающие действия).
Процессы жизненного цикла знаний, умений, владений, компетенций обучающихся.	Проведение испытаний для оценки качества подготовки обучающихся (диагностическое тестирование обучающихся 1 курса на выявление соответствия результатов зачисления по данным ЕГЭ (русский язык и математика); организация входного, рубежного, итогового тестового контроля по дисциплинам учебного плана ООП ВПО; организация программы испытаний и программы ГИА; организация тестирования ППС по преподаваемой дисциплине во время аттестационных мероприятий при избрании на должность; проведение сравнительного анализа академической успеваемости обучающихся, разработка плана корректирующих и предупреждающих действий).

Процессы управления ресурсами.	<ul style="list-style-type: none"> - Управление материально-техническим оснащением учебного процесса; - управление кадровым обеспечением учебного процесса; - управление литературой; - управление инфраструктурой учебного процесса (питание, медицинское обслуживание, условия окружающей среды, информационная структура).
--------------------------------	---

Кроме того, в университете на протяжении последних пяти лет внедряется информационно-аналитическая модель управления учебной и отчетно-финансовой внутренней документацией, на основе которой ведется мониторинг всех видов деятельности ОО. В настоящее время в НГМУ внедрена информационная модель сайта университета, основой которого является карта процесса размещения информации, представленная в таблице 2.

Разработку и внедрение данного процесса можно рассматривать, как мотивационный элемент в организации исполнительской дисциплины участников образовательного процесса в ОО, т.к. своевременное ведение организационно-правовой, учебной, отчетной документации задает параметры управления образовательной деятельностью, что тоже имеет положительный эффект при организации процесса подготовки к аккредитационной экспертизе данной ООП ВПО.

Таблица 2.

Карта процесса «Размещение информации о методическом обеспечении ООП ВПО по направлению подготовки 080200 «Менеджмент», представленной в открытом доступе на сайте НГМУ».

Нормативная документация	Содержание документа / процедуры процесса размещения информации	Предупреждающее / корректирующее действие
1.ООП ВПО по направлению подготовки 080200 «Менеджмент»	Минимум содержания: - структура ООП ВПО по направлению подготовки; - сроки освоения ООП ВПО по ФГОС; - срок и трудоемкость освоения ООП ВПО; - требования к условиям реализации ООП ВПО; - результаты освоения ООП ВПО; - учебно-методическое обеспечение учебного процесса; - кадровое обеспечение учебного процесса; - система оценки качества выпускников Размещение сканированного варианта ООП ВПО.	Для ознакомления всем группам пользователей.
2.Рабочий учебный план (РУП) по направлению подготовки 080200 «Менеджмент» (по всем формам и срокам обучения).	Параметры учебного плана: -индекс дисциплин; - название дисциплин; - распределение по семестрам; - количество часов/итого часов; - распределение по курсам;	Для ознакомления всем группам пользователей.

	<ul style="list-style-type: none"> - число экзаменов; Для ознакомления всех групп пользователей. - число зачетов; - число курсовых работ; - виды практик (семестр/неделя); - ГИА (состав, сроки); - перечень дисциплин по выбору/ Размещение сканированного варианта РУП. 	
3. Реестр учебных дисциплин и практик (в соответствии с РУП).	Размещение сканированного варианта реестра.	Для ознакомления всем группам пользователей.
4. Рабочие учебные программы дисциплин (в соответствии с РУП).	Размещение сканированного варианта рабочей учебной программы по дисциплине.	Для ознакомления всем группам пользователей.
5. Рабочие учебные программы практик (в соответствии с РУП).	Размещение сканированного варианта рабочей программы практик.	Для ознакомления всем группам пользователей.
6. График учебного процесса РУП (по всем формам и срокам обучения).	Размещение сканированного варианта графиков учебного процесса к РУП по всем формам и срокам обучения.	Для ознакомления всем группам пользователей.
7. Реестр учебно-методических комплексов по дисциплинам и практикам (в соответствии с РУП).	Размещение сканированного варианта реестра учебно-методических комплексов по дисциплинам и практикам.	Для ознакомления всем группам пользователей.
8. Учебно-методические комплексы (в соответствии с РУП).	<p>Минимум содержания УМК:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Рабочая учебная программа дисциплины; - Методические указания для обучающихся по изучению учебной дисциплины с разделом СРС». - Конспекты к темам лекций по учебной дисциплине; - Методические указания для обучающихся по выполнению практических занятий по учебной дисциплине с разделом СРС ». - Программа промежуточных испытаний при изучении учебной дисциплины. - Комплект контрольно-оценочных средств по академической оценке изученной дисциплины (с критериями оценки). - Список литературы. - Положение о формировании портфолио обучающегося по учебной дисциплине. <p>Размещение сканированного варианта содержания УМК.</p>	<p>Для ознакомления всем группам пользователей.</p> <p>Основные исполнители: ППС кафедр, ответственных за преподавание учебной дисциплины.</p>
9. Расписание занятий.	Размещение сканированного варианта расписания занятий.	Для ознакомления всем группам пользователей.
10. Положение о факультете менеджмента ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России	Размещение сканированного варианта.	Для ознакомления всем группам пользователей.

11. Положение о деканате факультете менеджмента ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России	Размещение сканированного варианта.	Для ознакомления всем группам пользователей.
12. Положение о выпускающей кафедре в ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России	Размещение сканированного варианта.	Для ознакомления всем группам пользователей.
13. Положение о курсовых работах, выполняемых по направлению подготовки 080200 – «Менеджмент».	Размещение сканированного варианта.	Для ознакомления всем группам пользователей.
14. Положение о государственной итоговой аттестации выпускников факультета менеджмента	Размещение сканированного варианта.	Для ознакомления всем группам пользователей.
15. Положение об Ученом совете факультета менеджмента ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России.	Размещение сканированного варианта.	Для ознакомления всем группам пользователей.
16. Положение о всех видах практик по направлению подготовки 080200 – «Менеджмент».	Размещение сканированного варианта.	Для ознакомления всем группам пользователей.
17. Программа Государственной Итоговой Аттестации по направлению подготовки 080200 – «Менеджмент», на текущий учебный год.	<p>Минимум содержания программы ГИА: -Положение о ГИА на факультете менеджмента. -Методические указания по выполнению ВКР для обучающихся по направлению подготовки 080200 – «Менеджмент». -График реализации процесса дипломирования на факультете менеджмента по направлению подготовки 080200 – «Менеджмент» в текущем учебном году. - Примерные темы ВКР. -Приказы о допуске к дипломному проектированию студентов выпускного курса очной/заочной формы обучения по направлению подготовки 080200 – «Менеджмент». -Приказы о порядке завершения обучения выпускного курса очной/заочной формы обучения по направлению подготовки 080200 – «Менеджмент», о назначении членов ГЭК и проведении ГИА в текущем учебном году. -Приказы о выдаче дипломов и об отчислении обучающихся выпускного курса очной/заочной формы обучения по направлению подготовки 080200 – «Менеджмент»</p>	Для ознакомления всем группам пользователей.

	<p>по завершению обучения в текущем учебном году.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ведомости, протоколы заседания ГЭК, учетные записи. -Отчет о работе ГИА на факультете по направлению подготовки 080200 – «Менеджмент» в текущем учебном году./ <p>Размещение части материалов в сканированном виде.</p>	
<p>18. Программа всех видов практик по направлению подготовки 080200 – «Менеджмент» в текущем учебном году.</p>	<p>Минимум содержания программы всех видов практик:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Положение о видах практик по направлению подготовки 080200 – «Менеджмент». -График организации и проведения видов практик по направлению подготовки 080200 – «Менеджмент» в текущем учебном году. -Выписка из ФГОС ВПО по направлению подготовки 080200 – «Менеджмент» о требованиях к организации практик; требования к уровню подготовки выпускника. - Методические указания для обучающихся по прохождению вида практики, оформлению и защите отчета по практике. -Реестр договоров с медицинскими организациями о проведении видов практик. - Реестр руководителей видов практик на текущий учебный год. - Комплект контрольно-оценочных средств по академической оценке зачета при защите отчета по видам практик (с критериями оценки). <p>Размещение части материалов в сканированном виде.</p>	<p>Для ознакомления всем группам пользователей.</p>
<p>19.Отчетная документация по результатам освоения ООП ВПО по направлению подготовки 080200 – «Менеджмент» в текущем учебном году.</p>	<p>Минимум содержания отчетной документации и учетных записей результатов освоения организуется на основе АРМ деканата факультета менеджмента и АРМ кафедр факультета:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Списки обучающихся по формам обучения, курсам и группам. - Планы работы деканата, кафедры, Ученого совета факультета менеджмента, ЦМК, СНО. - Электронные ведомости. - Электронный журнал группы. - Отчет по НИР кафедр факультета. - Статистический отчет о работе кафедры за год (со списком ППС, учетом исполнения учебной нагрузки). - Статистический отчет о работе деканата за год (со списком ППС, учетом исполнения учебной нагрузки по учебному плану ООП ВПО, анализом МТО программы)./ 	<p>Для ознакомления установленных вузом групп пользователей.</p>

	Заполнение модулей АРМ в деканате и на кафедрах.	
20. Номенклатура дел деканата и кафедр факультета.	Размещение сканированного варианта.	Для ознакомления установленных вузом групп пользователей.

При организации процесса и порядка подготовки к аккредитационной экспертизе входом в данный процесс будут служить выходы процессов представленных в таблицах 1 и 2.

Самым трудоемким процессом в системе менеджмента качества образования выступает процесс организации методического обеспечения учебного процесса, который является основополагающим при управлении образовательным процессом в НГМУ. Для исполнения, данного процесса необходимо создание качественной документации и проведение процедур, представленных в таблице 2, на высоком организационном уровне.

Своевременность, качественная разработка, внедрение и исполнение данной документации, в учебном процессе является тем фундаментом, который позволяет руководству ОО и исполнителям процессов иметь устойчивую позицию при аккредитационных мероприятиях.

Кроме того, данный подход в управлении деятельностью университета позволяет приблизиться к достижению цели качественного освоения требований ФГОС ВПО при реализации миссии и задач ООП ВПО как по направлению подготовки 080200 – «Менеджмент», так и по специальностям других УГС в медицинской ОО.

Таким образом, основными этапами порядка подготовки к аккредитации профессиональной основной образовательной программы высшего профессионального образования в НГМУ являются не краткосрочные действия на этапе проведения аккредитационной экспертизы по определенной модели аккредитационных показателей, а планомерные этапы деятельности университета на протяжении всего аккредитационного периода, основанной на внедрении в управленческую практику системы менеджмента качества образования международного уровня.

М.Е. Бакеренко
**РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ
МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА НОВОСИБИРСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ
СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Новосибирский медицинский колледж

Аннотация. Оценка социальной эффективности НМК отражает социальный результат управленческой деятельности и характеризует степень использования потенциальных возможностей коллектива для признания общественной значимости, способности решать поставленные задачи в конкретно обозначенные сроки и добиваться достижения долгосрочных целей, используя комбинации внутренних и внешних факторов и условий, которые могут повлиять на достижение целей. Знание и понимание стратегических возможностей партнерских взаимоотношений, рачительное управление инфраструктурой, технологиями, материальными и финансовыми ресурсами гарантирует выполнение требований наших потребителей и постоянное улучшение качества образования, как средство повышения их доверия и основа нашего финансового благополучия.

M.E. Bakerenko
**THE EFFECTIVENESS OF THE QUALITY MANAGEMENT
SYSTEM OF THE NOVOSIBIRSK MEDICAL COLLEGE AS AN
INDICATOR OF SOCIAL PERFORMANCE OBRAZOVATELNOI
ORGANIZATION**

Novosibirsk medical College

Abstract. Assessment of social performance of the NMC reflects the social result of management activities and characterizes the use of potential-the capacity of staff to recognize the social significance, the ability to solve the objectives specified in the terms and to achieve long-term goals using a combination of internal and external factors and conditions that may affect the achievement of the goals. Knowledge and understanding of the strategic partnership opportunities, prudent infrastructure management, technology, material and financial resources ensures the compliance with the requirements of our customers and continuously improve the quality of education, as a means of increasing their confidence and the basis of our financial well-being.

Новосибирский медицинский колледж 85 лет на рынке образовательных услуг среднего профессионального медицинского и фармацевтического образования. Для подготовки кадров средних медицинских работников в г.Новосибирске в 1931г. была создана фельдшерско-акушерская школа, на основе ее сформировался НМК.

НМК сегодня – ведущая профессиональная образовательная организация в системе здравоохранения Новосибирской области, число студентов и слушателей в 2014 году составило более 2,5 тысяч человек, из них 1,6 тысяч человек обучаются за счет средств областного бюджета

Ежегодная потребность в выпускниках в системе здравоохранения Новосибирской области высока, что определяет образовательную политику колледжа. Подготовка специалистов осуществляется по 8 специальностям медицинского и фармацевтического профиля.

В 2004 г. колледж сертифицировал образовательные услуги на соответствие требованиям международных стандартов ISO 9001 (сертификат ГОСТ ISO 9001-2011 (ISO 9001:2008) от 17.12.2013, К № 24789) по всем направлениям подготовки колледжа.

Главная цель политики НМК - гарантированное выполнение требований наших потребителей и постоянное улучшение качества образования, как средство повышения их доверия и основа нашего финансового благополучия.

«Мы стремимся обеспечить необходимые условия для улучшения качества образования и анализируем результаты профессионального роста наших выпускников. Поставленные цели нами достигаются за счет принятия решений, основанных на фактах, неукоснительного выполнения заявленных требований и постоянного повышения результативности системы управления качеством колледжа. Понимание и выполнение положений Политики НМК является обязанностью и долгом чести всех работников нашего колледжа».

Согласно современным представлениям о гарантиях качества, внедрение подобной инновации обеспечивает конкурентоспособность колледжа на рынке образовательных услуг. Для этого все действия, совершаемые в процессе обучения, направлены на запросы потребителей: **участников образовательного процесса** (обучающихся, родителей, педагогических работников), **участников отношений в сфере образования** (работодателей - социальных партнеров и их объединений) для достижения одного результата – приобретение студентом образования, которое предоставит ему возможность быть востребованным учреждениями-работодателями и обществом для осуществления профессиональной деятельности.

Мнения потребителей о качестве образовательных услуг, оценка восприятия сотрудниками деятельности колледжа, отношение преподавателей и сотрудников к: условиям работы и услугам, имеющимся в колледже, оплате труда, признанию успехов и достижений; требованиям работодателей **показывает высокий уровень их удовлетворенности различными аспектами работы в колледже (от 65% до 85%).**

Результаты социологического исследования работодателей по результатам совместной деятельности с НМК:

- удовлетворенность качеством подготовки специалистов НМК составила 94%;

- 100% респондентов готовы к совместной образовательной деятельности по подготовке специалистов среднего звена для города и области;
- 35% участвуют в подготовки специалистов по программам додипломной специализации;
- 100% отметили заинтересованность в сотрудничестве по программам повышения квалификации специалистов среднего звена;
- 100% считают студентов НМК подготовленными по вопросам профессиональной этики и деонтологии по отношению к больным и персоналу;
- 75% респондентов считают, что за время сотрудничества с НМК они получили ожидаемый результат от совместной деятельности.

В ходе реализации целей и задач маркетингового исследования выпускников, уровень их удовлетворенности предоставленными условиями для получения образовательных услуг, различными аспектами работы в колледже составил 68%; основная часть (около 95%) выпускников планирует связать свою дальнейшую деятельность с практическим здравоохранением. Степень удовлетворенности студентов учебно-воспитательным процессом и всеми другими сферами жизнедеятельности колледжа составляет 60%, удовлетворенность студенческой жизнью - 74%.

По данным социологических исследований преподавателей, уровень удовлетворенности различными аспектами работы колледжа:

- 98% опрошенных считают работу в НМК более престижной, чем работа в других образовательных организациях г.Новосибирска;
- 83% удовлетворены условиями для осуществления своей профессиональной деятельности;
- 77% благоприятной морально-психологической атмосферой в коллективе;
- 51% возможностью профессионального роста;
- 89% динамикой развития колледжа.

В контексте основных направлений модернизации среднего профессионального образования НМК, как инновационное учреждение, сделал ставку на использование современных подходов к созданию системы управления качеством образования, идеологической основой которых является процессный подход к управлению качеством. Процессный подход наглядно демонстрирует результативность управления, уровень системности знаний, последовательности и преемственности. Показатели трудоустройства подготовки выпускников НМК по специальности, как измеряемый показатель качества подготовки специалистов составил в нашем учебном заведении 92%.

В результате реализации программ и проектов имеем взаимовыгодное сотрудничество:

- для МО (работодателя) – совместно разработанная программа и адаптированные, подготовленные к конкретной работе медицинские кадры;
- для ОУ совместная разработка программной продукции, контролируемых материалов;

- лицензирование учебно-методических материалов.

Результаты экспериментальной и инновационной деятельности внедряются на клинических базах города Новосибирска - это программы специализации (более 30) с привлечением сотрудников МО, как соавторов программы, кураторов производственных практик и как преподавателей.

В целях повышения качества подготовки специалистов среднего звена в НМК созданы:

- «Областной координационно-методический центр» среднего профессионального образования Новосибирской области;
- «Учебный центр профессиональной квалификации в здравоохранении»
- «Отраслевой совет по подготовке специалистов со средним профессиональным медицинским и фармацевтическим образованием в Новосибирской области»
- Центр Дополнительного профессионального образования и симуляционного обучения, главной задачей которого является применение обучающих технологий с преемственностью и повторяемостью на всех профессиональных модулях обучения.

Уникальность образовательных программ НМК является их максимальная ориентация и обязательное согласование содержания обучения с будущими работодателями (медицинскими организациями города и области).

Оценка социальной эффективности НМК отражает социальный результат управленческой деятельности и характеризует степень использования потенциальных возможностей коллектива для осуществления политики НМК, признание общественной значимости. Знание и понимание стратегических возможностей партнерских взаимоотношений, рачительное управление инфраструктурой, технологиями, материальными и финансовыми ресурсами, обеспечивает достойный уровень поддержки НМК Администрацией Новосибирской области и дополнительные преимущества совместной работы потребитель-поставщик.

НМК подтвердил соответствие качества подготовки выпускников ведущих специальностей Стандартам качества. По результатам независимой оценки качества образовательных программ, в соответствии со Стандартами качества образования АККОРК, установленными на основе рекомендаций Европейской ассоциации гарантий качества в образовании (ENQA), НМК получил оценку качества образования «по высоким стандартам» (свидетельство о общественно-профессиональной аккредитации основных образовательных программ НМК № 215 (АККОРК, ENQA)).

Успешность НМК в значительной степени определяется:

- постоянным совершенствованием структуры управления образовательной деятельностью;
- применением принципов СМК в организации образовательного процесса;
- снижением управленческих затрат;

- обеспечением стабильности набора и сохранением контингента;
- повышением конкурентоспособности образовательных программ, в том числе дополнительных образовательных программ;
- формированием позитивного имиджа НМК и доверием к выпускникам НМК;
- обеспечением уверенности в высоком качестве приобретенных специалистами знаний, умений, культуры и способностей к профессиональной деятельности и самореализации;
- созданием единой информационной среды и правового пространства для всех участников образовательного процесса.

Экономическая эффективность деятельности колледжа выражается в способности увеличить количество программной продукции и количество потребителей, при этом поддерживая неизменный уровень затрат. Результативность работы - это успешное достижение поставленных целей.

Устойчивый успех деятельности НМК - результат способности решать поставленные задачи в конкретно обозначенные сроки и добиваться достижения долгосрочных целей, используя комбинации внутренних и внешних факторов и условий, которые могут повлиять на достижение целей.

По итогам Всероссийского конкурса Министерства здравоохранения РФ «Лучший медицинский колледж» среди медицинских и фармацевтических образовательных организаций Российской Федерации коллектив преподавателей и студентов Новосибирского медицинского колледжа получил звание «Лучший медицинский колледж 2014 года» в номинации «Лучший колледж, доброжелательный к студенту».

По итогам регионального этапа всероссийского конкурса «Российская организация высокой социальной эффективности» 2014 года НМК занял первое место в номинации «За развитие социального партнерства в организациях производственной сферы».

Е.С. Баннова, И.В. Васильев, В.В. Летягина.

КАЧЕСТВО ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВ И НОВЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ: ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. Статья посвящена вопросам преподавательской деятельности кафедры общественного здоровья и здравоохранения НГМУ в условиях перехода на новые государственные образовательные стандарты. Первый опыт работы показал как достоинства, так и недостатки новых об-

разовательных стандартов, в частности, на примере двух дисциплин: «правоведение» и «общественное здоровье и здравоохранение». Авторы высказали некоторые предложения по улучшению сложившейся ситуации. Все вопросы рассматриваются с точки зрения повышения качества подготовки врачебных кадров, что является одной из важней составляющей успешного функционирования системы здравоохранения.

E.S. Bannova, I.V. Vasilyev, V. V. Letyagina.

QUALITY OF PREPARATION OF MEDICAL SHOTS AND NEW EDUCATIONAL STANDARDS: FROM EXPERIENCE OF CHAIR OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE

Novosibirsk state medical university

Abstract. Article is devoted to questions of teaching activity of chair of public health and health care of NGMU in the conditions of transition to new state educational standards. I showed the first experience both advantages, and shortcomings of new educational standards, in particular, on the example of two disciplines: “jurisprudence” and “public health and health care. Authors stated some suggestions for improvement of current situation. All questions were considered from the point of view of improvement of quality of preparation of medical shots that is one of more important component of successful functioning of health system.

С введением новых федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС) высшего образования в преподавании ряда дисциплин на кафедре общественного здоровья и здравоохранения произошли существенные изменения, которые трудно оценить однозначно. Два года работы в новых условиях выявили некоторые проблемы, которые следует осмыслить в свете повышения качества подготовки врачебных кадров, особенно с точки зрения интересов будущих работодателей.

Уже давно и много говорится о значимости правовой подготовки специалистов системы здравоохранения. Практика показывает, что нехватку правовых знаний в условиях постоянно меняющегося законодательства испытывают не только руководители разных уровней, но и все специалисты, занятые оказанием медицинской помощи. В связи с этим нельзя не отметить, что несомненным плюсом новых образовательных стандартов по таким специальностям, как «лечебное дело», «педиатрия» и «стоматология», является существенное увеличение учебного времени, предусмотренного на изучение дисциплины «правоведение», с 36 до 108 академических часов или с 1 до 3 зачётных единиц в новой терминологии. По замыслу разработчиков новых стандартов эти изменения, наряду с общим компетентностным подходом, должны повысить качество и результативность образовательного процесса в части получения правовых знаний.

Однако, вызывает возражение то, что одновременно с увеличением учебного времени, 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 не сказаться в итоге на качестве изучения данной дисциплины и овладения в итоге соответствующими компетенциями. Как известно, на 2-3 курсах преподавание дисциплин, не относящихся к профессиональному блоку, это касается и «правоведения», осуществляется не в клинических, а академических группах, которые, как правило, в два раза больше по числу студентов, а любой преподаватель знает, что чем больше число обучаемых, тем сложнее добиться максимального освоения образовательной программы. Работа в группе более 20 человек практически исключает индивидуальный подход, затрудняет объективную оценку знаний на каждом занятии, естественно, ставит вопросы поддержания дисциплины, особенно на младших курсах, что не только требует затрат времени и сил, но часто не способствует созданию заинтересованной обстановки на занятиях.

Далее, обучение на младших курсах в медицинском вузе производится по, так называемому, фронтальному методу, в виде еженедельных 2-х или 3-х часовых занятий, в то время как на старших курсах используется цикловой метод, путём «погружения» учащихся в дисциплину 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 исключается. На объёме полученных знаний, может, это и не скажется, а на качестве их освоения, и тем более, приобретении практических навыков, несомненно. Если же иметь в виду правовые знания в области профессиональной деятельности, то на младших курсах студенты довольно далеки от клинической подготовки и клинических баз, их представление о реальной медицине поверхностно, в том числе, и с точки зрения понимания проблем, с которыми им предстоит в дальнейшем столкнуться. Поэтому, 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. Уже из опыта, многие студенты лечебного факультета по окончании занятий выражают недоумение и сожаление, что изучение права на этом заканчивается. Им предстоит ещё изучение «медицинского права» в ординатуре, но это слишком отдалено во времени, знания, полученные на 2-3 курсах вряд здесь «выживут». Поэтому возникают большие сомнения, что значительное увеличение количества часов, отводимых на дисциплину «правоведение» при усло-

вии перевода её на младшие курсы, в такой же степени скажется на качестве её освоения.

Исходя из многолетнего опыта работы в медицинском вузе, представляется более правильным разделить правовое образование врачей на несколько этапов. Получение общего представления о праве включить в программу обучения на младших курсах, а вопросы правового регулирования медицинской деятельности перенести на старшие. Тогда бы студенты, уже не только на словах, но и в 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. А поскольку в процессе получения любых знаний, тем более, правовых, нельзя останавливаться, правовая подготовка специалистов системы здравоохранения продолжится в рамках постдипломного образования и последующего периодического повышения квалификации

С этой точки зрения наиболее приемлемый вариант правовой подготовки предполагает образовательный стандарт по специальности «стоматология», согласно которому изучение «правоведения» идёт в два этапа, о целесообразности чего речь шла выше. Общая подготовка в области права происходит на втором курсе, профессиональная с учётом будущей деятельности на четвёртом. Первый опыт такого преподавания показал, по мнению преподавателей и степени заинтересованности студентов, что этот вариант почти идеальный.

В полной мере многое вышесказанное можно отнести и к дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» в связи с переходом её преподавания на стоматологическом факультете с пятого курса на третий. «Общественное здоровье и здравоохранение» является интегративной дисциплиной, а это предполагает наличие у студентов определенных представлений о работе и проблемах лечебно-профилактических учреждений. Студенты третьего курса только приходят на клинические кафедры, вопросы медицинского страхования, экспертизы нетрудоспособности, качества медицинской помощи и многие другие, составляющие содержание данной дисциплины, пока являются для них сложными и малопонятными. Кроме этого, замена экзамена на зачет, что предусмотрено новым стандартом, в меньшей мере мотивирует студентов к изучению дисциплины, что вряд ли скажется положительно на результатах её освоения.

И ещё пример правильного, на наш взгляд, подхода к обучению на кафедре общественного здоровья и здравоохранения, заложенного в ФГОС по специальности «стоматология». На пятом курсе, в завершающем семестре, студентам по выбору предложена дисциплина «Право, этика и менеджмент в стоматологии», которая предполагает уже не столько обучение, сколько об-

суждение проблем, с которыми очень скоро столкнутся врачи-стоматологи. Было бы неплохо, если бы этот опыт получил распространение, поскольку подобный профессиональный и заинтересованный разговор был бы не менее полезен выпускникам лечебного и педиатрического факультетов. По крайней мере, кафедра общественного здоровья и здравоохранения готова рассмотреть этот вопрос. .

Особенностью новых образовательных стандартов является ещё и то, что значительно больший процент учебного времени отводится на самостоятельную работу студентов. В перспективе, возможно, что это станет важным компонентом учебного процесса, но пока, с одной стороны, требуются дополнительные усилия и время для создания соответствующих условий, а с другой, достижение данного процента представляется весьма проблематичным при существующей нагрузке студентов и разбросанности учебных баз медицинского вуза. Ситуацию может изменить более активное внедрение дистанционного обучения, например, с помощью имеющейся на сайте университета, системы «moodle». Это позволит не только максимально разнообразить задания для самостоятельной работы студентов, но и обеспечить постоянный контроль их выполнения. В целом, по нашему мнению, смещение приоритетов в учебном процессе в сторону самостоятельной работы студентов потребует соответствующей корректировки учебной нагрузки преподавателей, поскольку без современного методического и организационного обеспечения этот важнейший, с точки зрения требования времени, элемент образовательной программы будет носить формальный характер.

Несколько лет работы кафедры общественного здоровья и здравоохранения в новых условиях показали, что распределение учебного времени по отдельным дисциплинам нуждается в определённой корректировке, что, вполне возможно при формировании рабочих учебных планов в пределах допустимых изменений самих образовательных стандартов (ФГОС). Соответствующие предложения кафедрой уже подготовлены. Однако дальнейшее внедрение ФГОС вызовет новые предложения, но уже не на уровне распределения учебного времени, а гораздо глубже, неизбежно встанут вопросы о качестве и содержании самих компетенций, освоение которыми на сегодня является основной задачей системы высшего образования.

С.Л.Бойко, Л.Э.Кевляк-Домбровская, Т.И.Спасюк,
В.М.Ивашин, С.В.Флюрик

**УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ
СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРОГРАММЕ
ПОДГОТОВКИ ОФИЦЕРОВ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ
ЗАПАСА**

*Гродненский государственный медицинский университет,
Республика Беларусь*

Аннотация. В работе представлены результаты изучения уровня субъективного контроля студентов, проходящих обучение по программе подготовки офицеров медицинской службы запаса на военной кафедре ГрГМУ: локус-контроль (экстернальный или интернальный) по отношению к общей деятельности, достигнутым успехам или неудачам, к собственному здоровью, а также в межличностных отношениях.

C. L. Boiko, L. E. Kiewlak-Dombrowskaya, T. I., Moore,
V. M., Ivashin, S. V. Flury

**THE LEVEL OF SUBJECTIVE CONTROL OF STUDENTS
ENROLLED IN THE TRAINING PROGRAMME FOR MEDICAL
OFFICERS RESERVE**

Grodno state medical University, The Republic of Belarus

Abstract. The paper presents the results of the study of the subjective control level of medical students studying at the Reserve officer training military department of the Grodno State Medical University: locus of control (external or internal) relative to their total activity, reached success or failure, own health and locus of control in interpersonal relationships.

В развитии современного общества, в том числе в Вооруженных Силах Республики Беларусь, наблюдается тенденция к повышению внимания к человеку как высшей социальной ценности. Обусловлено это не только гуманными соображениями, но и причинами чисто прагматического характера. Стоимость подготовки военных специалистов постоянно растет, боевые возможности управляемых ими систем вооружения расширяются, увеличивается личная ответственность. Роль человеческого фактора в обеспечении боеспособности возрастает [Мальцев Л.С., 2007]. Естественно вопросы всесторонней оценки военного специалиста, его соматических, психических и социально-психологических качеств становятся все более актуальными.

Учитывая важность и актуальность представленных вопросов, в рамках межкафедральной экспериментальной научно-исследовательской научной работы «Уровень и структура мотивации студентов в зависимости от возможности обучения по программе подготовки офицеров медицинской службы запаса», которая проводится на кафедре психологии и педагоги-

ки и военной кафедре Гродненского государственного медицинского университета (Республика Беларусь) под руководством к.м.н., доцента Бойко С.Л. и к.м.н., доцента Ивашина В.М. реализуется поэтапное комплексное социально-психологическое исследование курсантов военной кафедры, представленное изучением и оценкой таких конструктов как мотивация достижения успехов и избегания неудач, мотивация обучения в вузе и уровень субъективного контроля.

Эмпирическую базу исследования составляют студенты 2 курса ГрГМУ, обучающиеся по программе подготовки офицеров медицинской службы запаса в количестве 63 человек, средний возраст 18,6 года. Критериями отбора в группу для обучения по программе подготовки офицеров медицинской службы запаса являются педагогические и медицинские показатели: высокий средний балл (не ниже 6,7 по десятибалльной системе оценивания учебных достижений в Республике Беларусь) за предыдущий академический год, а также безупречное состояние здоровья по результатам комплексной военно-врачебной комиссии, проводимой на базе районных военных комиссариатов.

Исследуя мотивацию деятельности личности, необходимо помнить, что в её формировании и развитии важную роль играет субъективный контроль – представления человека о том, от кого или чего зависят значимые для него события. Уровень субъективного контроля относится к важнейшей характеристике самосознания личности, которая определяет особенности поведения личности в широком спектре социального взаимодействия и проявляется в двух направлениях: во-первых, в чувстве ответственности за происходящее, а во-вторых – в уровне активности и степени воздействия на жизненные обстоятельства.

Выделяются два крайних типа локализации локус-контроля: интернальный и экстернальный. В первом случае человек считает, что происходящие события, прежде всего, зависят от его компетентности, целеустремленности, способностей и детерминируются его собственной активностью и усилиями. Интерналы направлены на реализацию своих способностей, на выполнение поставленной перед ними задачи.

В случае экстернального локус-контроля человек убежден, что его успехи и неудачи определяются, в первую очередь, действием внешних обстоятельств: везением, случайностью, действиями (или бездействиями) других людей. Психологическая характеристика экстерналов включает в себя выраженные защитные реакции и механизмы по типу «агрессии и нападения»; обвинение других в конфликтах; конформность, зависимость от других людей.

Экспериментально-психологическая методика «Уровень субъективного контроля» в настоящее время является широко используемым средством для исследования особенностей человека, связанных с управлением

и самоуправлением поведения, с конкретными личностными установками и диспозициями. Методика позволяет выявить уровень экстернальности-интернальности по нескольким параметрам: общая деятельность, отношение к достигнутым успехам, отношение к неудачам, а также отношение к межличностным контактам и своему здоровью. Существует ещё две шкалы – семейные и производственные отношения, которые были оставлены нами вне поля исследования, поскольку на данном этапе эти показатели не являются для респондентов актуальными.

Данные нашего исследования показали, что 66,7% анкетированных студентов обладают общей интернальностью, а 33,3% – экстернальностью. Позиция общей интернальности соответствует высокому уровню субъективного контроля над значимыми ситуациями. Такие люди считают, что большинство важных событий в их жизни – результат их собственных действий, они могут ими управлять, чувствуют собственную ответственность за события и за жизнь в целом. Полнос экстернальности свидетельствует о том, что не существует связи между собственными действиями и значимыми событиями жизни, отсутствие контроля над этими событиями, а также убеждение в том, что они являются результатом случая или действий других людей.

Представляет интерес результаты по шкалам, оценивающим локус-контроль анкетированных по отношению к собственным достижениям и неудачам. По отношению к достижениям 43,3% респондентов характеризуются интернальностью, то есть они считают, что сами добились всего в жизни и способны с успехом преследовать собственные цели в будущем. Соответственно 56,7% анкетированных по отношению к своим достижениям характеризуются экстернальностью, когда успехи, достижения и радости приписываются внешним обстоятельствам – везению, счастливой судьбе или помощи других людей.

Шкала, описывающая отношение респондентов к собственным неудачам также представлена интернальностью и экстернальностью. Интерналы в большей степени склонны обвинять себя в собственных неудачах. Наличие высоких показателей экстернальности свидетельствует о том, что испытуемый склонен приписывать ответственность за свои неудачи другим людям или считать их результатом невезения. По отношению к неудачам 70% наших респондентов относятся к интерналам, а 30% – к экстерналам.

Следует отметить, что локус контроля, характерный для индивида, универсален по отношению к любым типам событий и ситуаций, с которыми ему приходится сталкиваться. Экспериментальные исследования по валидации и стандартизации опросника УСК показали, что один и тот же тип контроля характеризует поведение данной личности и в случае неудач, и в сфере достижений. Учитывая этот факт, процентное соотношение интернальности - экстернальности как по отношению к достигнутым успехам, так и к неудачам должно быть фактически одинаковым или иметь незначитель-

ные различия. Но как показали наши исследования, процент респондентов, локус контроля которых по отношению к неудачам приближается к интернальности, достигает 70 (в отличие от аналогичного процента по отношению к достигнутым успехам, который равен 43,3). Данный факт может свидетельствовать о высокоразвитом чувстве ответственности за происходящие с респондентами жизненные события (в том числе за неудачи), об осознанности выбора направления обучения и специальности.

Показатели уровня субъективного контроля по отношению к межличностным взаимодействиям не являются столь же оптимистичными. Согласно полученным результатам, только 32,7% респондентов по данной шкале относятся к интерналам, и соответственно 67,3% - к экстерналам. Таким образом, две трети респондентов считают, что они не способны активно формировать свой круг общения и ответственными за установление и поддержание адекватных межличностных отношений видят не себя, а других людей или внешние условия. Интернальный локус контроля по этой шкале свидетельствует о том, что человек считает себя в силах контролировать свои неформальные отношения с другими людьми, вызывать к себе уважение и симпатию. Интерпретируя полученные цифры, первоначально можно сделать вывод о недостаточно развитых коммуникативных компетенциях у респондентов. Однако важно учитывать факт, что особенности субъективного контроля, в частности, могут изменяться у одного и того же человека в зависимости от того, представляется ли ему ситуация сложной или простой, приятной или неприятной. Поэтому можно предположить, что респонденты в большей мере оценивали свой опыт общения, который у них недостаточен в силу возрастных особенностей. Всё же, учитывая тот факт, что профессия врача по сути своей предполагает взаимодействие в сфере «человек-человек», необходимо обратить внимание на развитие у курсантов навыков межличностного общения.

Высокие показатели интернальности по шкале отношения к здоровью свидетельствуют о том, что испытуемый считает себя ответственным за свое здоровье и полагает, что выздоровление во многом зависит от его действий. Экстернал считает здоровье и болезнь результатом случая и надеется на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей. Среди анкетированных студентов в отношении здоровья 43,3% респондентов относятся к интерналам, 56,7% – к экстерналам. Полученный результат по шкале отношения к своему здоровью важен потому, что респондентами являются будущие врачи. Этот факт стоит учитывать и необходимо обратить на него внимание в плане профессиональной подготовки, поскольку врач, неуверенный в том, что его собственное здоровье зависит от него, не сможет до конца убедить в этом своего пациента.

Таким образом, из всех представленных в исследовании шкал, интернальность преобладает в общей деятельности и в неудачах, которые встре-

чаются на жизненном пути респондентов. По отношению к успехам и своему здоровью респонденты находятся в индифферентной позиции. В процессе подготовки будущих офицеров медицинской службы запаса особое внимание следует обратить на отношение к своему здоровью и навыкам межличностного взаимодействия.

Литература:

1. Бойко, С.Л. «Актуальность личностно-ориентированного изучения лиц, обучающихся по программе подготовки офицеров запаса на военной кафедре медицинского вуза» / С.Л.Бойко, В.М.Ивашин, С.В.Флюрик, Л.Э.Кевляк-Домбровская // Материалы VI Межд. науч. конф., Гродно, 14 ноября 2014 г. / Гродн. гос. ун-т ; редкол. : А.К. Лушневский [и др.]. – Гродно, 2014. – С. 194-197.

2. Столяренко, Л.Д. Особенности развития личности студента / Л.Д. Столяренко // Педагогика и психология высшей школы: учеб. пособие / С.И. Самыгин [и др.]; под ред. С.И. Самыгина. – Ростов-на-Дону, 1998. – С. 276 – 294.

Г.Г. Бочкарева, Е.А. Микичур
**ДИНАМИЧЕСКАЯ ОБУЧАЮЩАЯ ПРОГРАММА «АЛЬМА»,
НАСТРАИВАЕМАЯ НА ИЗУЧЕНИЕ ЛЮБОЙ ДИСЦИПЛИНЫ**
Новосибирский медицинский колледж, Россия

Аннотация. Анализ современной системы образования показывает необходимость внедрения и использования информационных технологий в образовательном процессе. Обучающая и контролирующая программа «Альма» является примером образовательной компьютерной программы. Она позволяет совместить индивидуальный подход к обучающемуся при массовом характере системы образования. Ее реализация как «Золотое правило морали в медицине» раскрывает воспитательные возможности программы и информационных технологий.

G.G. Bochkareva, E. A. Mikichur
**DYNAMIC LEARNING PROGRAM «ALMA», CUSTOM TO
STUDY ANY DISCIPLINE**
Novosibirsk medical College, Russia

Abstract. Analysis of the current education system shows the need for the introduction and use of information technology in the educational process. Educational and controls program «Alma» is an example of an educational computer program. It allows you to combine individual approach to students the

mass character of the education system. Its implementation as a «golden rule of morality in medicine» reveals the educational possibilities of the program and information technology.

Современные потребности системы здравоохранения обуславливают использование новых технологий в обучении будущих специалистов. Важнейшим требованием к выпускнику образовательного учреждения медицинского профиля является владение общими и профессиональными компетенциями. Использование информационных технологий как неотъемлемого инструмента в реализации компетентного подхода в образовательном процессе трудно недооценить. Обучение на современном уровне предполагает использование современных технических возможностей. Оно должно способствовать гармоничному вхождению подрастающего поколения в информационное общество.

За последние 5 лет число людей, умеющих пользоваться компьютером, увеличилось примерно в 10 раз. Как отмечает большинство исследователей, эти тенденции будут ускоряться. Однако, большинство пользователей знакомы в основном с развлекательными и игровыми компьютерными программами и ресурсами. При этом познавательные и образовательные мотивы работы с компьютером стоят примерно на двадцатом месте, а воспитательный потенциал информационных технологий вообще практически не используется. Таким образом, для решения учебных и воспитательных задач компьютер применяется недостаточно и остаются нераскрытыми огромные возможности информационных технологий в данной области.

Компьютерные технологии призваны стать не дополнительным «довеском» в обучении, а неотъемлемой частью целостного образовательного процесса, значительно повышающей его эффективность. Они существенно изменяют характер традиционного обучения.

В средневековом обществе система обучения была, в основном, ориентирована на «школы», где происходило непосредственное общение «мэтров» со своими учениками. Такая система обучения берет свои истоки, еще начиная с античных времен. Она сохранилась до наших дней, что обуславливается ее высокой эффективностью. В западной терминологии она получила название «face to face» – «лицо к лицу».

Однако, при всех своих очевидных преимуществах эта система обладает малой «пропускной способностью». В условиях массового обучения она потребовала бы колоссального количества квалифицированных преподавателей, спрос на которых далеко превосходил бы предложение.

Нынешний этап развития общества настоятельно требует при сохранении преимуществ индивидуального подхода в обучении обеспечить его массовость. Задача массовости обучения с успехом решалась и решается всей системой образования, построенной на традиционных технологиях, чего нельзя сказать об его индивидуализации.

Комплексное решение этих двух задач на сегодняшний день многие видят в использовании в образовательном процессе информационных технологий. Каким же образом можно привнести элементы индивидуализации в информационные технологии? Для этого используют мультимедийные обучающие программы.

Мультимедийные обучающие программы можно разделить на две категории:

1) программы, имеющие «жесткую», раз и навсегда заданную структуру;

2) настраиваемые программы.

Обучающие программы первой категории содержат учебную информацию в формате, недоступном для изменений. Но учебные курсы предполагают периодическое обновление, уточнение и т.д., что входит в противоречие с использованием жестко-структурированных программ.

Настраиваемые обучающие программы решают эту проблему, они позволяют создавать информационный учебный материал и вносить в него изменения.

В Новосибирском медицинском колледже разработана динамическая настраиваемая обучающая программа «Альма», разработчик – Бочкарева Г.Г., программист. Программа разработана на примере темы «Золотое правило морали в медицине», автор материала по теме «Золотое правило морали в медицине» – Микичур Е.А., к. филос.н., преподаватель философии.

Тема золотого правила выбрана неслучайно. Золотое правило морали и нравственности, которое звучит как «не делай другим того, чего не желаешь себе» и «поступай по отношению к другим так, как ты желал бы, чтобы другие поступали по отношению к тебе» является универсальным мерилом человеческого поступка в отношении других людей. Это правило возникло во всех культурах как воплощение идеи о справедливом и гуманном мироустройстве.

Золотое правило проходит красной нитью через всю медицинскую этику, связывая ее этические принципы в единое целое. Компьютерная программа «Золотое правило морали в медицине» ставит своей целью формирование нравственной, духовной, гуманистически ориентированной личности студента-медика. Для этого в представляемой вашему вниманию программе рассматриваются основные этические принципы медицины, такие как «не навреди!», «уважай!», «делай благо!». Они представлены как проявление золотого правила морали, тем самым акцент делается на общечеловеческих основах медицинской морали, ее укоренённости в культуре человечества.

Отрицательная, запретительная формулировка золотого правила «не делай другим того, чего не желаешь себе» явно воплощается в основополагающем принципе медицины: «не навреди!», который был сформулиро-

ван отцом медицины Гиппократом. Данная формулировка регулирует меру «вреда», который неизбежен в медицине, простым способом, предлагая медицинскому работнику встать на место пациента.

Итак, золотое правило в его различных формулировках как критерий нравственной оценки, концентрированное выражение гуманистической морали, закон взаимопомощи, суть нравственности находит полное отражение в медицинской этике, давая ориентиры представителям медицинского сообщества в их благородном и нужном труде.

Программа «Альма» предназначена для обучения студентов по любой дисциплине. Программа имеет настройки трех типов:

- 1) настройки учебной информации;
- 2) настройки компонентов программы;

- 3) настройки заданий студентам. Преподаватель может назначить каждому студенту индивидуально задания для выполнения.

Преподаватель настраивает задания в программе во время выполнения программы, когда студент работает с ней. Это представляется удобным, так как преподаватель в любой момент может заменить задание на другое, другого уровня сложности, в зависимости от того, как студент справляется с заданием.

Изучение учебного материала состоит из трех шагов: презентация материала, обучение, тестирование.

Презентация должна способствовать побуждению студентов к активной познавательной деятельности, повышению интереса к изучению материала.

Изучаемый материал разбит на логические блоки. Для каждого блока имеется методический материал – модули обучающей программы: изучение теории с помощью вопросов; задания; вопросы самопроверки; понятия глоссария; кроссворд. Студенты обращаются к разным модулям: после изучения теории к выполнению заданий, снова к теории, после этого к вопросам самопроверки, понятиям глоссария и снова к теории и т.д. Такое частое обращение обучаемого к разным модулям должно способствовать лучшему запоминанию информации, а также и успеху обучения.

Обучающая программа кроме текстовой информации содержит графическую информацию: рисунки, графики, а также аудио и видео-сюжеты, что благоприятствует восприятию и запоминанию информации. Комбинированный, мультимедийный подход, основанный на восприятии учащимся не просто информации, а информации в форме образов, обеспечивает получение более глубоких и «долгоживущих» знаний.

После изучения каждого блока материала студенты тестируются на компьютере. Тестирующая программа выставляет оценку и выводит информацию: вопросы, на которые не ответил студент. Если преподавателя или студента не устраивает оценка, то студент может повторить учебный мате-

риал, найти ответы на те вопросы, на которые он не ответил и снова пройти тест. При этом тестирующая программа при каждой попытке тестирования предлагает студенту разный набор вопросов.

Таким образом реализован замкнутый алгоритм обучения: процесс изучения учебного материала -> контроль усвоения пройденного -> выявление плохо усвоенного материала и побуждение к его повторению.

После изучения всего материала студенты выполняют компьютерное итоговое тестирование.

В настоящее время программа «Альма» используется для изучения темы «Золотое правило морали в медицине» на занятиях по философии, темы «Социальные аспекты адаптации студентов» по дисциплине «Социально-психологическая адаптация в профессии», темы «Программа создания презентаций PowerPoint» по информатике. Надеемся на будущее использование программы по другим

Л. Д. Гололобова

ИНТЕРАКТИВНЫЙ ПОДХОД И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ОБУЧЕНИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Региональная общественная организация «Новосибирская профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела»

Аннотация. В работе автор рассматривает взаимосвязь интерактивно-подхода к обучению среднего медицинского персонала, организационной культуры организации и мотивации участников образовательного процесса на примере опыта проведения мероприятий по проекту «Здоровый образ жизни», который получил грант Ассоциации медицинских сестёр России в номинации 2014 года «Лучший региональный проект».

L.D. Gololobova

INTERACTIVE APPROACH AND ORGANIZATIONAL CULTURE OF SECONDARY MEDICAL STAFF EDUCATION

Regional organization "Novosibirsk professional nurse association".

Abstract. In this work the author considers the intercommunication between the interactive approach of secondary medical staff education, organizational culture of the Professional nurse association and participants of educational process motivation using the example of "Healthy way of life" project, which was granted by Russian professional nurse association in "The best regional project" nomination of 2014.

В современных психофизиологических исследованиях показано, что у мужчин и женщин от 17 до 65 лет выраженность мотиваций социального развития (самореализация и познание) связана с чертами темперамента и не связана с чертами характера [1].

То есть мотивации познания и самореализации через темперамент связаны с ценностями работника, и при этом ещё есть ценности оргкультуры подразделения организации, где он осуществляет свою деятельность [2]. Если ценности данного работника и оргкультуры близки, и при этом позволяют ему раскрывать свой потенциал, то результат обучения – профессиональный и личностный рост – отражается в повышении качества и эффективности трудового (учебного) процесса [3; 4]. Если оргкультура организации в этом плане закрывает своим работникам возможности для самореализации, то вместо дополнительной мотивации к профессиональной деятельности можно после обучения получить, например эмоциональное выгорание [5] или демотивацию и цинизм [2; 6] медицинского работника. Как вариант итога конфликта ценностей (личностных и организационных) может стать стремление любой ценой добиваться целей, отличных от целей процесса, даже если при этом страдает здоровье – своё, коллег или подчинённых людей [7; 8]. Каким же образом можно учитывать влияние ценностей оргкультуры на результат образовательной деятельности (вопрос №1)?

Ответ мы попытались получить в нашей Ассоциации (Новосибирская профессиональная ассоциация специалистов сестринского дела) при выполнении мероприятий по гранту ЗОЖ («Здоровый образ жизни» – проект Ассоциации – победил в номинации «Лучший региональный проект» на конкурсе 2014 года Ассоциации медицинских сестёр России).

До этого наши базовые мероприятия обычно были непосредственно связаны с профессиональной деятельностью сестринского персонала, так как у членов нашей Ассоциации – медицинских сестёр (и братьев) – более высокий уровень профессиональной идентичности, чем у среднего медицинского персонала в среднем. При этом главные и старшие медицинские сёстры работают в медицинских организациях, где оргкультура позволяет эффективно мобилизовать и поощрять сестринский персонал из числа членов Ассоциации на развитие своих профессиональных компетенций. В итоге наши участники всегда были лично заинтересованы в мероприятиях, и результаты были хорошими. С 2014 года было решено расширить круг мероприятий (это будущее нашей организации) за счёт увеличения общественной значимости мероприятий (и участия в конкурсах проектов) – например, пропаганды ЗОЖ. Привычный для нас подход решено апробировать на мероприятиях общественной сферы, в частности в проекте ЗОЖ. При разработке проекта ЗОЖ авторы опирались на ценности коллектива-команды, которые по своей природе близки к ценностным установкам Ассоциации. Оргкультура Ассоциации как коллектив-бюрократия, была определена в 2013

году в ходе разработки «Программы адаптации сестринского персонала медицинских организаций НСО», которая получила серебряную медаль на МедСиб-2013 [9].

С 2014 года в Минздраве России происходит формирование отдельной структуры для решения вопросов мотивации населения к ведению ЗОЖ. На Всероссийском совещании «Создание единой модели профилактики неинфекционных заболеваний и формирование ЗОЖ в РФ» в Екатеринбурге этому вопросу было посвящено выступление министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой. «Сейчас мы создаём в министерстве специальную структуру, которая будет развивать направление мотивации к ЗОЖ и будет методическим центром для всей страны в этом направлении. Какие бы условия мы ни создали, сколько бы площадок и стадионов ни построили, какую бы правильную нормативную базу ни приняли, это все может быть напрасными усилиями. Нам надо добиться того, чтобы человек по-настоящему захотел быть здоровым и жить долго» (ИТАР-ТАСС, 09.06.14).

Поэтому в основе проекта была идея, что результативность его мероприятий связана с тем, насколько его участники проникнутся идеями ЗОЖ сами (то есть захотят «быть здоровыми и жить долго»). Чтобы концепции ЗОЖ «дошли» до пациентов и населения от наших «агитаторов» (участников проекта), необходимо было сделать так, чтобы участники проекта не только «пропустили через себя» эти идеи, но стали следовать им в личной жизни и профессиональной деятельности. Для этого использовался интерактивный подход к обучению участников проекта здоровому образу жизни: были творческие задания, были доклады, презентации и дискуссии, была работа в малых группах. Однако всего этого (включая предыдущую успешную деятельность) было недостаточно. Как ни странно, но материальная часть проекта вызвала меньше проблем (хотя средства по гранту составили всего 50 тыс.р.), чем нематериальная. Основными результатами проекта стали: обсуждение участниками проекта на межрегиональном уровне (МедСиб-2013 и 2014) вопросов, связанных с распространением ЗОЖ, участие в флэш-мобе, выявление эффективного формата встреч самых активных участников проекта (конференция с докладами, мастер-классами и круглым столом), который сохранился после завершения проекта. При этом в ходе интерактивного взаимодействия с участниками проекта было установлено (качественная обратная связь – это бонус интерактивного подхода), что ни у одной из групп участников проекта нет прямой мотивации к ведению ЗОЖ. И это соответствует результатам последних научных исследований.

Например, Б. Н. Рыжов [10] в 2006–2011 гг. провёл популяционное исследование мотивационных тенденций в четырёх регионах России (возраст от 15 лет до 91 года). В исследовании изучалась периодизация развития, и был сделан вывод, что мотивация биологического сохранения индивида («самосохранение», она имеет связи с мотивацией ЗОЖ), достигает пика по-

сле возраста 70 лет. Но на основании полученных данных показано, что мотивация самосохранения в современном российском обществе не является подавляемой.

Е. Г. Вергунов [1; 11] также на группах испытуемых от 17 до 65 лет из различных городов России показал, что в этом возрастном периоде мотивация самосохранения не является ведущей, хотя довольно значима для испытуемых. Аналогичный результат получен М. И. Поскотиной [12] при изучении мотивационных предпочтений студентов.

Итак, участники Ассоциации, как и большинство населения современной России, не имеют мотивации к ЗОЖ, и, следовательно, идеи данного проекта их не вдохновляют. Каким же образом участники проекта, которые изначально не имели прямой мотивации к ЗОЖ, потом захотели «быть здоровым и жить долго» (вопрос №2)?

Давайте пропустим другие группы участников проекта, и посмотрим на сестринский персонал. С его стороны была искренняя (и максимальная) поддержка. Такое мероприятие как флэш-моб – формат социальной активности – привлёк к себе интерес медицинских сестёр. Но более всего нашим коллегам понравились доклады на конференции (МедСиб-2013). Две сотни участников сестринской секции, десятки докладов, представленных для выступлений. Медицинские сестры были готовы выступать перед своими коллегами бесконечно – были докладчики, которые просили у президиума выделить на своё выступление до часа времени. Совершенно очевидно, что в формате МедСиб заслушать такое количество докладов было физически невозможно, был регламент 10-15 минут на выступление (это зависело от важности темы). Учитывая обширность географии и число участников конференции, можно предположить, что подготовка к выступлению (презентация), доклад о своих успехах на важном форуме и восприятие опыта коллег или участие в мастер-классе являются высоко значимым для сестринского персонала. Это подтвердилось тем, что на подобную конференцию (МедСиб-2014) после завершения проекта собралось более сотни участников.

Итак, проведение конференций с участием сестринского персонала (и с разбивкой на секции и мастер-классы) является важным для формирования и развития профессиональной идентичности. Связь, которая возникает при этом между предметом обсуждения (принципы ЗОЖ) и темами профессиональной самореализации усиливает их результаты. При этом главные и старшие медицинские сёстры, которые приняли участие в МедСиб, в медицинских организациях на своих рабочих местах были заинтересованы в профессиональном и личностном росте подчинённых. Стимулом к общему участию в проекте было совмещение тематики ЗОЖ с этими вопросами. Можно добавить, что в отзывах главных и старших медицинских сестёр есть желание получать навыки в управлении персоналом и оргкультуре. Так как мы совместили в рамках одних и тех же мероприятий ценности ЗОЖ (задачи

проекта) и ценности, связанные с профессиональной идентичностью (интерес участников), то эффект был хороший. Отметим, что общий интерес к проекту стал появляться тогда, когда акцент мероприятий сдвинулся от ЗОЖ «вообще» и его популяризации среди населения (пациентов), к ЗОЖ «подчинённого на рабочем месте». Полагаем, что это можно определить как начальный этап в формировании навыков ЗОЖ, потому что психосоматическое здоровье нельзя рассматривать отдельно от профессиональной, социальной личностной самореализации.

Поэтому ответ на вопрос №2 звучит следующим образом: сестринский персонал – члены профессионального сообщества – хотят быть здоровыми и жить долго, если это позволяет им полнее себя реализовать в профессиональной сфере. А вот ответ на вопрос №1: для успешного обучения, ценности образовательного проекта не должны конфликтовать с ценностями оргкультуры медицинской организации, где работают слушатели. Интерактивный подход – это компонент, который помогает выявить конфликты ценностных установок и оперативно внести изменения.

Литература.

1. Вергунов Е. Г. Мотивации социального развития и черты темперамента и характера / Е. Г. Вергунов // Актуальные аспекты современной психофизиологии – V. – СПб., 2013. – С. 34 – 37.

2. Adizes I. Management/Mismanagement Styles: How to Identify a Style and What To Do About It / I. Adizes. – Santa Barbara, CA: Adizes Institute Publishing, 2004. – 232 p.

3. Вергунов Е. Г. Развитие творческого потенциала личности на основе психофизиологического подхода / Е. Г. Вергунов // Воспитание и дополнительное образование в Новосибирской области. – 2013. – № 1. – С. 15 – 18.

4. Вергунов Е. Г. Метафора янусовидной деятельности: Часть 2: Поиск невербальной метафоры для оценки креативности / Е. Г. Вергунов, Е. И. Николаева // Вестник психофизиологии. – 2014. – № 3. – С. 57 – 72.

5. Nikolaeva E. I. Emotional reactions of the high school student's with different academic success / E. I. Nikolaeva, E. G. Vergunov // Stress, brain and behavior. – St-Petersburg, Russia, 2014. – Vol. 1. – p. 34.

6. Ричи Ш., Мартин П. Управление мотивацией. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2004. – 399 с.

7. Николаева Е. И. Психофизиология и оценки: приводит ли к счастью попадание в физматкласс? / Е. И. Николаева, Е. Г. Вергунов // Народное образование. – 2014. – № 10. – С. 199 – 204.

8. Вергунов Е. Г. Анализ иерархических корреляционных связей между параметрами эмоционального реагирования старшеклассников / Е. Г. Вергунов // Мир науки, культуры образования. – 2011. – № 6. Часть 2. – С. 101 – 104.

9. Гололобова Л. Д. Программа адаптации сестринского персонала медицинских организаций Новосибирской области / Л. Д. Гололобова,

М. И. Поскотина, Вергунов Е. Г. // Главная медицинская сестра. – 2014. – № 7. – С. 126 – 138.

10. Рыжов Б. Н. Системная периодизация развития / Б. Н. Рыжов // Системная психология и социология. – 2012. – № 5. – С. 5 – 42.

11. Вергунов Е. Г. Количественный подход к оценке сформированности компетенции саморегуляции у студентов-психологов / Е. Г. Вергунов // Психология образования в поликультурном пространстве. – 2013. – Т. 3. – С. 30 – 35.

12. Поскотина М. И. Анализ мотивационных предпочтений студентов начальных курсов вузов / М. И. Поскотина // Педагогический профессионализм в современном образовании. – Новосибирск: НГПУ, 2013. – Ч. 1. – С. 249 – 266.

Н.В. Гончарова, Н.Н. Богдан
**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ
УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ ДЛЯ СФЕРЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. Рассматриваются результаты реализации программы «Подготовка управленческих кадров сферы здравоохранения в 2011-2014гг». в Сибирском федеральном округе, анализируются объективные показатели и субъективные оценки участников программы.

N.V. Goncharova, N.N. Bogdan
**EVALUATION OF THE RESULTS OF TRAINING PROGRAMS
MANAGEMENT PERSONNEL FOR HEALTH CARE**

Novosibirsk State Medical University

Abstract. Considers the results of the implementation of the Presidential program of management personnel in health care in 2011-2014 in the Siberian Federal district, analyzed, objective indicators and subjective assessment of program participants.

Успешная реализация Государственной программы «Развитие здравоохранения» требуют от управленческих кадров высокого уровня сформированности компетентности не только в области оперативного управления, но и в сфере стратегического развития медицинских организаций и отрасли в целом. В связи с этим актуализируется проблема организации непрерывного обучения руководителей медицинских организаций. Однако данная за-

дача сопровождается необходимостью поиска ответов на вопросы – чему учить в первую очередь, какими методами, чтобы в оптимальные сроки достичь цели – формирования требуемых управленческих компетенций, и, как следствие, повышения эффективности управления медицинскими учреждениями.

По поводу этих вопросов в ряде научных публикаций развернулась дискуссия. Так, Аксенов В., Шахов А. считают, что увеличение срока адаптации молодых управленцев связано с традиционным построением процесса «знания-умения-навыки» и предлагают новый подход, направленный на осмысление имеющихся умений и приобретения необходимых знаний – «умения-знания». Кроме того, авторы отмечают постепенный переход к применению в обучении концепции «неявного знания» – неформализованного обучения, передаче смысла, ценностей профессиональной деятельности и т.д.

Кириллов А.В. подвергает критике тренинги, тесты и другие современные технологии обучения управленцев, которые, по его мнению, являются проблемой областью в обучении управленческих кадров.

В этой связи программа «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения и образования (2011 – 2014 годы)», разработанная в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 27 сентября 2011г. №1665-р., выгодно отличается как по организации, так и содержанию и используемым методам.

Программа осуществлялась с октября 2011 года по сентябрь 2014 года на базе Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации и ее филиалов в регионах. В Сибири таким центром стал Сибирский институт управления (бывш. СибАГС).

В программе участвовали руководители медицинских организаций Сибирского федерального округа. В целом обучением было охвачено 388 руководителей, в том числе 205 главных врачей, 133 заместителя.

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, кейсы, имитационные игры), а также система оценки управленческих компетенций слушателей и мониторинг качества обучения.

Программа обучения соответствует современным международным стандартам подготовки и переподготовки управленческих кадров и включала систему оценки управленческих компетенций слушателей и встроенного мониторинга качества обучения; приглашение ведущих экспертов для проведения лекционных занятий; применение инновационных образовательных технологий (проектное обучение, кейс-методы, применение имитационных игр в процессе обучения).

Программой предусмотрено выполнение слушателями проектных работ, тематическая направленность которых соответствует основным направлениям региональных программ модернизации здравоохранения, причем отличительной особенностью программы является то, что проектная деятельность занимает более половины учебного времени, а работа над проектами осуществлялась путем личных контактов научных руководителей (модераторов) с командой главных врачей и заместителей, таким образом, создавались условия для применения концепции «неявного знания».

В ходе реализации программы слушателями в общей сложности было разработано 50 проектов, из которых лишь 5 являются нереализованными и 32 проекта находятся на стадии реализации.

Анализ проектов показал, что половина из них (53%) направлена на повышение доступности, удовлетворенности и качества оказываемой медицинской помощи, в том числе специализированной. Проекты затрагивали вопросы модернизации работы регистратуры амбулаторно-поликлинических учреждений, реструктуризации лечебного учреждения, введения новой организационной структуры поликлиники, развития взаимодействия государства и общества в сохранении здоровья детей и подростков, совершенствования системы безопасности в медицинских организациях и мониторинга удовлетворенности пациентами оказания медицинской помощи и др.

Вопросы работы учреждений в условиях кадрового дефицита, разработку мер по повышению мотивации, адаптацию и стимулирование персонала, модернизацию структуры кадров рассматривались в 22% проектах.

На снижение заболеваемости и смертности по конкретной нозологии, а также на паллиативную помощь обращено внимание в 20% проектов. Здесь затронуты такие темы как снижение младенческой смертности, формирование реабилитационного пространства для наркологических больных, снижение повышенной заболеваемости медицинских работников станции скорой медицинской помощи и др. Тема внедрения телемедицины и высокотехнологичного оборудования (9%) актуально для улучшения доступности и качества медицинской помощи маломобильным пациентам на основе информационных технологий, развития телемедицины в первичной медико-санитарной. Средний срок внедрения проектов 3-5 лет.

Проекты, находящиеся на этапе реализации, посвящены поиску возможностей качественного функционирования медицинских учреждений в условиях дефицита ресурсов: реструктуризация штата, внедрение элементов гибкого графика совместительства, внедрение эффективных контрактов, обучение персонала, изменения нормативно-правовой базы, регламентирующей деятельность в сфере здравоохранения, введение в действие электронной регистратуры, позволяющей повысить эффективность использования ресурсной базы учреждения, а также увеличить приём пациентов узкими специалистами. Осуществляется поиск источников финансирования в рамках региональных и федеральных программ.

Опрос руководителей в отношении результативности программы сразу по ее окончании с помощью специально разработанной анкеты позволяет отметить различия в оценках.

Так, респонденты, имеющие стаж в управленческой деятельности не более 5 лет и считают, что включение проектного метода в обучение повышает эффективность подготовки, в то время как управленцы с большим стажем настроены менее оптимистично и считают, что цель – получение информации о реальных проблемах на местах. Возможно поэтому молодые руководители отметили эффект программы в обучении формулированию мыслей, выражению своей точки зрения, взаимодействию с коллегами, а для «опытных» коллег это оказалось неактуально. Лишь половина руководителей готовы применять проекты в развитии своих организаций и будут использовать проектный подход в решении возникающих проблем, а 37% даже планируют создать группу из персонала для разработки проектов.

Группа «опытных руководителей» практически полностью отказались от применения проектов в будущем (только 9% «за» применение проектов), 13% не видят необходимости использовать проект в своем учреждении.

Анализ ответов респондентов свидетельствует о необходимости пересмотра подхода к разработке образовательных программ. Нами сделан вывод, что традиционные формы обучения в виде лекций, привычные для слушателей, а проектная деятельность, являющаяся относительно самостоятельной групповой работой, вызывает дискомфорт, т.к. предполагает проявление инициативности участников, интенсивности умственного труда, исследовательского опыта. В результате большая часть руководителей ставят для себя установку сделать проект для завершения обучения, а не использовать его затем, чтобы повышать эффективность своей деятельности.

Преодоление данных проблем возможно при организации обучения, построенного на основе компетенций, которые необходимо формировать у руководителей. В 2014 году разработан проект профессионального стандарта «Менеджер в здравоохранении», содержащий основные компетенции, которыми должен владеть современный управленец.

В настоящее время Минздравом России создана Межведомственная рабочая группа по формированию системы подготовки и повышения квалификации административно-управленческого персонала, в которую вошли представители практического здравоохранения, ведущих научных организаций и кафедр общественного здоровья, руководители органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, утверждена «дорожная карта» по формированию системы подготовки и повышения квалификации административно-управленческого персонала медицинских и фармацевтических организаций.

Предпринятый нами экспертный опрос (в качестве экспертов выступили крупные специалисты, ученые и практики – организаторы здравоохранения) показал, что основной компетенцией руководителя является точное

и четкое понимание целей и задач, специфики и специализации медицинской организации. Так, по мнению Ю.И. Бравве: «...Управлять – значит содержать учреждение в работоспособном техническом состоянии, а руководить – понимать приоритеты развития различных направлений исходя их современных тенденций медицины. Руководителю медицинской организации необходимо иметь опытных заместителей по разным направлениям, а также развивать профессиональные навыки, получив второе высшее образование в юридической, экономической или управленческой сфере и участвовать в конференциях, симпозиумах, научных форумах, тем самым поддерживая статус компетентного руководителя». Нельзя не согласиться с подобным подходом, именно такие компетенции необходимо формировать у руководителей медицинских организаций в ходе обучения.

Управленческие кадры обеспечивают результативность и эффективность деятельности всей системы здравоохранения. Только в этом случае можно добиться повышения качества и доступности лечебно-профилактической помощи гражданам нашей страны.

Н.А. Горчакова, Е.А. Нижегородова
**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИК СИМУЛЯЦИОННОГО
ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ ОКАЗАНИЮ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Новосибирский медицинский колледж

Аннотация. В Новосибирском медицинском колледже открыт в 2014 году «Центр дополнительного профессионального образования и симуляционного обучения». В статье представлении первый опыт симуляционного обучения при подготовке средних медицинских работников оказанию неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Симуляционное обучение – процесс управляемый и предсказуемый, позволяет ответить на вопросы: насколько качественно оказана медицинская помощь и, что необходимо сделать, чтобы улучшить ее оказание.

N. A. Gorchakova, E. A. Nijevaysova
**THE USE OF SIMULATION TECHNIQUES TRAINING FOR
NURSES PROVIDING EMERGENCY CARE PREHOSPITAL**

Novosibirsk medical College

Abstract. In the Novosibirsk medical College opened in 2014, “the Center for additional education and simulation training. Article submission is the first

experience of simulation training for nurses providing emergency care prehospital. Simulation training is a process that is manageable and predictable, allows you to answer the following questions: how well medical aid and what to do to improve its provision.

Реформы, проводимые сегодня в здравоохранении и в профессиональном медицинском образовании, вызвали необходимость оптимизации учебно-педагогического процесса, соблюдение принципов стандартизации в усвоении приемов, умений и оценке знаний; необходимость компактного ускоренного донесения все возрастающего объема информации до медицинских работников; соблюдения принципа целостного подхода к пациенту при оказании медицинской помощи.

Сегодня коренным образом меняется роль преподавателя в этом процессе, целью педагогической деятельности становится компетентный подход в образовании. Это позволит достичь современных требований, предъявляемых к специалисту, помимо классических профессиональных знаний, а именно: умение работать в группах, в коллективе; творческий подход, инициативность; ориентацию в работе на результат; способность самостоятельно принимать решения; способность к постоянной и напряженной работе; способность критически мыслить.

Современное медицинское образование практически невозможно представить без применения симуляционных технологий. Согласно требованиям Болонской декларации обучение учащихся должно проводиться на микроуровнях.

В Новосибирском медицинском колледже в 2014 году открыт «Центр дополнительного профессионального образования и симуляционного обучения» первого уровня, на базе созданных в 2012 году двух симуляционных лабораторий, где особое место в подготовке специалистов занимают занятия на симуляторах. Используются манекены (фантомы) 1, 2, 3 класса реалистичности. В учебном классе «Оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе» обучение на базовом уровне проходят учащиеся факультетов Лечебное дело, Сестринское дело, переподготовка средних медицинских работников. Проводится обучение оказания первой медицинской помощи учащимся не клинических факультетов, категории лиц, не имеющих медицинского образования, но по роду службы, которым приходится в особых случаях заниматься ее оказанием: сотрудники ГИБДД, пожарные, полицейские и категория заинтересованной части населения.

При организации учебного процесса на основе симуляционных технологий используются следующие принципы:

1. Наличие конкретных целей и задач обучения.
2. Интеграция симуляционных технологий с содержанием образовательной программы.

3. Этапность процесса обучения.

4. Возможность неоднократного выполнения учебного действия до формирования определенного умения и навыка.

5. Предоставление обучающимся оперативной обратной связи согласно результатам обучения.

6. Разнообразии имитаций профессиональных ситуаций.

Цель использования симуляционных технологий – это формирование профессиональных умений и навыков на основе знаний содержания образовательной программы. Формирование знаний, навыков и умений протекает эффективно, когда процесс обучения строится на общих дидактических принципах с учетом особенностей содержания профессиональных модулей, групп обучаемых, индивидуальности отдельных из них и при использовании необходимых средств.

Симуляционное обучение – процесс управляемый и предсказуемый, позволяет ответить на вопросы: насколько качественно оказана медицинская помощь и, что необходимо сделать, чтобы улучшить ее оказание. Уменьшает стресс при переходе от аудиторного обучения к «постели» пациента.

Особое место в подготовке занимают занятия на симуляторах. Обучение базовым мануальным навыкам проводится на модулях «Первая медицинская помощь» и «Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе». На модуле «Первая медицинская помощь» обучаются учащиеся не клинических факультетов, лица, не имеющие медицинского образования с использованием необходимого набора симуляторов и табельных средств первой помощи. Отрабатываются следующие приемы оказания первой помощи: временный гемостаз, устранение механической асфиксии, проведение иммобилизации, базовой сердечно-легочной реанимации. При отработке указанных приемов используются следующие средства симуляционного обучения: «Resusci Anne», «Resusci baby», «Resusci Junior» с контроллерами, «Поперхнувшийся Чарли», «Поперхнувшийся малыш», имитаторы различных травм, средства для транспортной иммобилизации, средства для поддержания проходимости дыхательных путей. Отрабатываются приемы оказания первой помощи при следующих состояниях пострадавших: наружное кровотечение, инородные тела верхних дыхательных путей, остановка дыхания и кровообращения, термическая и механическая травма. Результаты тренинга, разбор типичных ошибок в ходе проведения тренинга обсуждается на дебрифинге.

На профессиональном модуле «Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе» обучаются учащиеся факультетов Лечебное дело, Сестринское дело. Программы модуля с учетом клинических рекомендаций (протоколов) по оказанию скорой медицинской помощи вне лечебного учреждения; методических рекомендаций Евросовета по реанимации, приказов Минздрава России по оснащению службы скорой медицинской по-

мощи. Обучение проводится в пяти учебных зонах. На данном модуле используются средства симуляционного обучения 1, 2, 3 уровня реалистичности: «Resusci Anne», «Resusci baby», «Resusci Junior», «Поперхнувшийся Чарли», «Поперхнувшийся малыш», имитаторы различных травм, средства для транспортной иммобилизации, средства для поддержания проходимости дыхательных путей, тренажер для отработки навыков коникотомии, отработка навыков восстановления проходимости дыхательных путей на тренажере Laerdal Airway Management Trainer и др.

1. учебная зона – обучение приемам устранения острых нарушений дыхания.

2. учебная зона – обучение приемам пунктирования периферических сосудов и проведения инфузионной терапии на учебном комплексе руки с венозной сетью.

3. учебная зона – обучение приемам сердечно-легочной реанимации на тренажерах «Resusci Anne», «Resusci baby», «Resusci Junior» с контроллерами.

4. учебная зона – обучение проведения временного гемостаза и транспортной иммобилизации с использованием стандартных транспортных шин.

5. учебная зона – обучение пункции и катетеризации мочевого пузыря на манекене, имитирующий мужской и женский таз.

Завершается обучение на модуле проведением «объективным структурированным клиническим экзаменом» (ОСКЭ). В отличие от письменных, устных экзаменов и тестирования, ОСКЭ не просто оценивает уровень теоретических знаний студента, но и проверяет их компетентность в применении имеющихся знаний на практике. Обстановка ОСКЭ стандартизирована и позволяет оценить всех студентов по одному шаблону, что повышает надежность оценки и ее объективность. Разработаны оценочные листы, в которых представлен контрольный перечень, что позволяет оценить всех студентов объективно по единой схеме. Анализ полученных результатов показал повышение качества освоения материала с 35% на входном контроле до 70% после работы на симуляторах.

Обучение клиническим умениям с использованием манекенов, тренажеров под наблюдением преподавателя дает возможность обучающимся делать ошибки в безопасной среде, что улучшает усвоение ими клинических умений. Доказано, что симуляционное обучение, предшествующее и дополняющее клиническое обучение, позволяет достичь более высокого уровня профессиональной компетентности.

Н.Б. Дрёмова, В.В. Харченко
**ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКОГО
СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И
ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В
ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Курский государственный медицинский университет

Аннотация. Представлен опыт организации курса по выбору (электива) «Методологические проблемы научных исследований» для студентов лечебного факультета медицинского университета. Подготовлена авторская рабочая программа, основной целью которой является формирование у студентов компетенций выполнения научно-исследовательской работы. В число компетенций включены общекультурные, общепрофессиональные и профессиональные. Для реализации образовательного проекта подготовлен учебно-методический комплекс, включающий курс лекций, мультимедийные презентации, тестовый контроль. Освоение практических навыков осуществляется с применением активных методов, в частности деловых игр, ситуационных задач, кейсов и др., в основу которых положены ситуации из практического здравоохранения.

N.B. Dremova, V.V. Kharchenko
**FORMATION OF SKILLS OF MEDICAL SPECIALISTS IN THE
ORGANIZATION AND CONDUCT OF HEALTH RESEARCH**

Kursk State Medical University

Abstract. Presents the experience of the organization of elective courses “Methodological problems of scientific research” for students of the medical faculty of the Medical University. Prepared author’s work program, whose main aim is to develop in students the competencies to carry out research work. Among the competencies included general cultural, general professional and professional. For the implementation of the educational project prepared by the educational-methodical complex, including lectures, multimedia presentations, test control. The development of practical skills by using active methods, in particular business games, situational tasks, case studies, and others, which are based on situations of practical health care.

Современный этап развития общества характеризуется постоянным обновлением науки, её прикладных направлений, в процессе которых создаются новые достижения, подходы, технологии. В медицине и здравоохранении – это разработка новых лечебных технологий, создание эффективных лекарственных средств, управленческих методов для оптимального функционирования в рыночных условиях экономики. В связи с этим в новых государственных образовательных стандартах ВПО по направлениям подготовки медицинских специалистов в число видов профессиональной де-

тельность современного врача (помимо лечебной, диагностической, профилактической, организационно-управленческой и др.) включена и научно-исследовательская. К этому виду деятельности относятся такие профессиональные задачи, как «проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья, участие в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области здравоохранения; подготовка рефератов по современным научным проблемам, докладов по выполненным исследованиям».

В связи с актуальностью организации учебного процесса для формирования у студентов компетенций выполнения научно-исследовательской работы была подготовлена авторская рабочая программа «Методологические проблемы научных исследований» (МПНИ) в статусе элективного (по выбору) курса для студентов второго курса лечебного факультета.

В качестве целей курс МПНИ предусматривает формирование у студентов системы методологических знаний, умений и навыков в области организации и проведения научных исследований в здравоохранении. В результате изучения материала дисциплины студенты должны получить базовые знания о понятийно-категориальном научном аппарате и методах проведения научного исследования; сформировать умения и навыки наблюдать и анализировать социальные явления, изучать и обобщать опыт; определять проблему исследования, цели и задачи, формировать гипотезу, проводить научный эксперимент, обрабатывать и интерпретировать результаты проведённого исследования и представлять их в виде отчёта о научно-исследовательской работе студентов (НИРС).

Анализ содержания ФГОС третьего поколения позволил разработать комплекс компетенций, которые должны быть сформированы у студентов в процессе изучения курса МПНИ. В число общекультурных вошли способности совершенствоваться и развивать свой общеинтеллектуальный и общекультурный уровни и готовность использовать знание современных проблем медицинской науки при решении профессиональных задач, способность к самостоятельному освоению новых методов исследования и изменять научный профиль своей профессиональной деятельности. Молодой специалист должен уметь осуществлять своё профессиональное и личностное самообразование, проектировать дальнейший образовательный маршрут и профессиональную карьеру, что является содержанием общепрофессиональной компетенции ФГОС. Основные профессиональные компетенции заключаются в способностях самостоятельно проводить научные исследования, анализировать их результаты и применять при решении конкретных профессиональных и исследовательских задач.

Курс рассчитан на 72 час (2 ЗЕТ), из них 54 аудиторных (18 лекций, 36 семинарские занятия) и 18 час. внеаудиторной самостоятельной работы; завершается обучение зачётом.

В число разделов курса включены темы, раскрывающие значение науки как производительной силы общества; определенное количество часов отводится изучению методологии научного познания и научного исследования; изучаются статистические, социологические научные методы; отдельно рассматриваются аспекты моделирования в научных исследованиях в медицине и здравоохранении; детально прорабатываются требования к научной работе, культура, этика и мастерство исследователя.

С целью реализации данного образовательного проекта подготовлен учебно-методический комплекс цикла МПНИ, в частности лекционный курс и мультимедийные презентации, тестовый контроль, различные ситуационные задачи для отработки и формирования практических навыков по освоению техники разных методов научных исследований.

Так, вначале изучения дисциплины были освоены социологические методы, в частности подготовка анкет для опроса посетителей медицинских организаций, проведение анкетирования, статистическая обработка анкет и интерпретация полученных результатов. Для освоения метода подготовлена деловая игра, в которой использована методика проведения социологического опроса посетителей лечебных учреждений по вопросам качества обслуживания и оценки удовлетворённости (методика разработана департаментом здравоохранения г. Москвы, опубликована в журнале «Здравоохранение», 2013).

Студенты опрашивали своих родных и друзей. В анкете 10 вопросов, причём 5 по социально-демографическим характеристикам и 5 для расчёта коэффициентов удовлетворённости. В результате обработки анкет студенты научились формировать социально-демографический портрет посетителей лечебных учреждений, рассчитали коэффициенты удовлетворённости по 5 направлениям. В процессе интерпретации результатов предложены и пути повышения удовлетворённости посетителей качеством медицинской помощи и обслуживания в медицинских организациях.

Для освоения навыков следующего метода - наблюдения студентам предложена методика «таинственного посетителя», согласно которой по их выбору им нужно было посетить любое медицинское учреждение и провести наблюдение за обслуживанием посетителей в регистратуре, торговых залах аптек или магазинах здоровья. Предварительно был подготовлен алгоритм наблюдения с перечнем профессиональных качеств медицинского работника, которые можно оценить в процессе коммуникативного общения. Изучение отчётов о научно-исследовательской работе показало, что многие студенты обладают креативным мышлением, позволяющим им в неординарной форме и провести беседу с медицинским работником, и представить описание этого общения.

Большое внимание уделено формированию навыков подготовки рефератов по научным публикациям и библиографическому описанию разных источников литературы.

Освоение навыков статистического анализа и математического моделирования осуществлялось при выполнении заданий специально подготовленного для этих целей кейса (case-study) «Медико-статистический анализ состояния заболеваемости населения Курской области на примере определённых болезней». Подготовлено 25 вариантов заданий динамики показателей заболеваемости и болезненности по Курской области за последние годы. В алгоритм выполнения этих кейсов включены методы статистического анализа, математического моделирования. Для обоснования перспектив развития показателей заболеваемости студенты выполняют методы STEP и SWOT-анализов из методического инструментария маркетинга. Кроме того, изучение динамики показателей позволяет освоить им навыки проведения мониторинга в медико-социальных исследованиях. В заключении освоения курса МПНИ предлагается изучение значимости профессионально-важных врачебных качеств для молодых специалистов. С этой целью проведено анкетирование студентов этого курса по специально-подготовленной анкете. Статистическая обработка полученных анкет позволяет получить информацию, ценную для воспитательной работы деканата и коррекции учебного процесса.

В качестве самостоятельной работы студентам разрешен самостоятельный выбор исследовательской темы или тематика предлагается преподавателем.

Вывод

Опыт организации курса по выбору МПНИ свидетельствует о наличии потребности у многих студентов лечебного факультета в знаниях проведения научных исследований. Отмечен значительный интерес в освоении практических навыков исследований в форме оригинальных дидактических средств (ситуационных задач, деловых игр, кейсов и др.).

П.А. Елясин, А.П. Надеев, Д.В. Чебыкин, С.В. Залавина,
Д.М. Первойкин, М.М. Запороцкий

**БАЛЬНО-РЕЙТИНГОВАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ НАУЧНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ
УНИВЕРСИТЕТЕ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. Разработана бально-рейтинговая система оценки научной деятельности студентов, позволяющая стимулировать научную активность, творческое мышление и формирование практических навыков. Представлены основные принципы работы, параметры и компоненты системы оцен-

ки и уровней контроля. Внедрение данной модели оценки в педагогическую практику позволит повысить качество образования будущего специалиста, а также воспитать в вузе резерв ученых и преподавателей.

P.A. Elyasin, A.P. Nadeev, D.V. Chebykin, S.V. Zalavina,
D.M. Pervoykin, M.M. Zaporotsky
**POINT-RATING SYSTEM OF EVALUATION OF SCIENTIFIC
ACTIVITY OF STUDENTS IN NOVOSIBIRSKY STATE
MEDICAL UNIVERSITY**

Novosibirsk state medical University, Russia

Abstract. Developed point-rating system of evaluation of scientific activity of students, allowing to stimulate scholarly activity, creative thinking and the development of practical skills. Presents the basic principles, parameters and components of the assessment system and levels of control. The introduction of this model of assessment in teaching practice will improve the quality of education of future specialists, as well as to educate in the University's pool of scientists and teachers.

Одна из приоритетных задач высшей школы в последнее время заключается в формировании творческой личности специалиста, способного к саморазвитию, самообразованию, инновационной деятельности.

Научно-исследовательская работа студента является одним из важнейших средств повышения качества подготовки и воспитания специалистов с высшим образованием.

С целью повышения качества образования в вузовской практике, мотивации студента для научно-исследовательской работы активно разрабатывается и используется бально-рейтинговая система (БРС) оценки научной деятельности обучающихся. Однако это реализуется, в основном, в определении уровня качества и успешности освоения студентом конкретной учебной дисциплины.

В Новосибирском государственном медицинском университете была разработана БРС оценки научной деятельности студентов с целью повышения уровня заинтересованности обучающихся в ведении научной работы, объективной оценки уровня овладения основными профессиональными компетенциями, применения мер поощрения и стимулирования студентов.

БРС оценки научной работы студентов - это комплекс научных, организационных и административных мероприятий, обеспеченных научно-методическими и контрольно-измерительными материалами, используемый для регулярного контроля уровня освоения профессиональных знаний, навыков и умений, выраженных в научной деятельности каждого студента, результаты которого отражаются в рейтинговой оценке.

Под БРС оценки научной работы студентов понимается система непрерывной накопительной оценки научной работы студентов.

Основными задачами при использовании БРС являются:

1. Проведение систематического контроля и оценки результативности научной деятельности студентов Университета в целом, и вовлечение обучающихся в научную деятельность

2. Совершенствование организации научной работы с обучающимися.

3. Формализация процесса оценивания с целью структурирования, планирования и реализации непрерывного контроля научной деятельности студентов.

4. Нормирование и активизация научной деятельности студентов.

5. Обеспечение «прозрачности» оценки научной работы студентов.

6. Стимулирование студентов к занятию научной работой на базе глубокой дифференциации оценки полученных результатов.

7. Определение реального места, которое занимает студент среди сокурсников по уровню ведения научной работы.

8. Формирование навыков самоорганизации и самооценки научного труда у студентов.

9. Активизация работы научно-педагогических кадров Университета по обновлению и совершенствованию содержания, форм и методов научной работы.

10. Формирование объективной базы для поощрения студентов и научно-педагогических сотрудников Университета, отбора студентов для продолжения обучения, представления сведений потенциальным работодателям.

Основные принципами при разработке БРС являлись:

1. Единство требований, предъявляемых к научным работам студентов.

2. Регулярность и объективность оценки полученных результатов.

3. Открытость и гласность результатов научной деятельности.

В БРС включены следующие компоненты:

1. Единая шкала оценивания научных работ.

2. График (план) научной деятельности.

3. Описание видов научных работ, и требований к ним.

4. Описание порядка набора баллов.

5. Правила определения рейтинга.

6. Информационно-техническая база рейтинга.

Учет и порядок предоставления сведений студентами:

1. Основой системы учета является оценка отдельных показателей научной деятельности (индикаторы персонального уровня) с учетом уровня их значимости в основных видах научной деятельности Университета (баллы). Общее количество баллов по индикаторам персонального уровня формирует суммарный научный рейтинг студентов за весь период обучения в Университете.

2. Участие в системе рейтинга научной работы студентов является добровольным, основанным на личном участии в формировании объема подлежащих оценке сведений.

3. Внесение сведений в информационную систему Университета, формирующих индикаторы «персонального уровня» научной работы студента осуществляется непосредственно каждым студентом в сроки определяемые приказом ректора Университета. Сведения заносятся с одновременным внесением сканированных копий, подтверждающих документов.

4. Доступ к информационной системе для заполнения показателей персонального уровня предоставляется персонализировано, путем присвоения пароля и логина в отделе информатизации Университета.

5. Ответственность за несанкционированный доступ к личной странице в информационной системе, равно как и за несанкционированную передачу пароля и логина третьим лицам возлагается на владельцев пароля и логина.

6. Техническая подготовка модулей информационной системы в части проведения рейтинга составляет не менее 2 недель с момента издания приказа об оценке деятельности студентов.

7. Периодичность подведения итогов бально-рейтинговой оценки научных работ студентов составляет – один раз в течение учебного года, с представлением результатов не позднее июня каждого учебного года.

Порядок оценки и экспертизы индикаторов персонального уровня научной работы студентов:

1. Первичная проверка индикаторов «персонального уровня научной работы студента» осуществляется куратором студенческого научного кружка кафедры на основании подтверждающих документов.

2. Ответственность за проверку достоверности данных, являющихся основанием для оформления рейтинга, возлагается на кураторов студенческих научных кружков.

3. Последующая проверка индикаторов «персонального уровня научной работы студента» осуществляется экспертной комиссией, создаваемой по приказу ректора Университета.

4. Утверждение ежегодного научного рейтинга студентов Университета осуществляется начальником Управления по науке, инновациям и информатизации и оформляется приказом ректора Университета.

5. Кураторы студенческих научных кружков кафедр обязаны обеспечить архивирование информации на бумажных носителях и хранение ее в течение одного года (непосредственно на кафедре).

Таким образом, введение данной бально-рейтинговой оценки научной деятельности студентов в образовательный процесс НГМУ позволит стимулировать познавательную активность студентов, расширить теоретический кругозор и научную эрудицию, развить творческое мышление студентов в решении конкретных научно-практических задач.

К.В. Качкин, В.В. Величко
**СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ КРУЖОК КАК ПУТЬ
ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ
БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В статье рассматривается опыт организации и управления работой студенческого научного кружка кафедры фармакогнозии и ботаники НГМУ. Обсуждаются цели и задачи кружка, пути мотивации студентов к занятию исследовательской работой в рамках кружка. Также рассматриваются перспективные направления исследовательских студенческих работ.

K.V. Kachkin, V.V. Velichko
**STUDENT SCIENTIFIC STUDY GROUP AS A WAY
FORMATION OF PROFESSIONAL COMPETENCE OF THE
FUTURE SPECIALIST**

Novosibirsk State Medical University

Abstract. The article discusses the experience of the organization and management of student scientific study group of the Department of Pharmacognosy and Botany NSMU. Discusses the goals and objectives of the group, the way students' motivation to employment in research work within the group. Also discusses promising directions of research students' works.

Кафедра фармакогнозии и ботаники существует в структуре фармацевтического факультета со времени его основания в 2001 году. С самого начала работы кафедры был организован студенческий научный кружок (СНК) в который вошли студенты, желающие заниматься исследовательской работой в области фармакогнозии. В первые годы существования кафедры кружковцы вместе с сотрудниками выезжали в экспедиции на Байкал, в республику Тыва, на Алтай, в Ярославль для формирования учебных коллекций гербария и лекарственного растительного сырья, а также для сбора материала для проведения научно-исследовательской работы. По мере развития кафедры, пополнения и обновления трудового коллектива, вливания в его состав энергичных инициативных сотрудников СНК кафедры рос и расширялся не только числом кружковцев, но и направлениями исследований.

Целью СНК кафедры является способствование формированию профессиональной компетенции специалиста. Для достижения цели выполняются следующие задачи:

- приобщение студентов к научной деятельности;
- развитие чувства научного поиска, аналитических способностей, умения работать с современной научной литературой;
- овладение практическими методами научных исследований;
- обучение приемам изложения полученных результатов в письменном и устном виде.

Структура СНК кафедры фармакогнозии и ботаники представлена на рисунке.

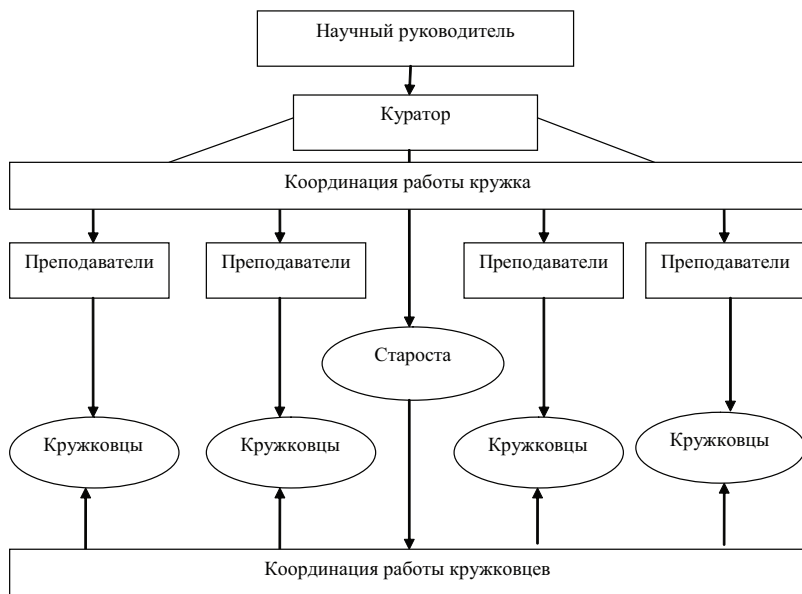


Рис. Схема управления деятельности СНК кафедры фармакогнозии и ботаники НГМУ

Общее научное руководство деятельностью кружка осуществляет научный руководитель – заведующий кафедрой. Руководитель определяет научную и практическую значимость и актуальность возможных исследований кружковцев, принимает деятельное участие в общих собраниях кружковцев. Куратор студенческого научного кружка, ежегодно избираемый на эту должность кафедрой, выполняет обязанности по текущей координации деятельности кружка. В обязанности куратора входит ежегодное составление и поддержание в актуальном состоянии плана деятельности кружка, отслеживание своевременного информирования научных руководителей о проходящих научных мероприятиях, помощь в организации секционного заседания ежегодной конкурс-конференции студентов и молодых ученых «Авиценна», подготовкой отчета о деятельности СНК. Сотрудники из числа профессорско-преподавательского состава кафедры являются научными руководителями и консультантами исследовательских работ кружковцев.

На сегодняшний день в коллективе профессорско-преподавательского состава кафедры трудятся сотрудники, имеющие научные разработки и ученые степени в трех разных научных областях: фармацевтических, биологических и технических науках. Это позволяет кружку в рамках научной

темы кафедры «Поиск, изучение, создание и внедрение новых лекарственных средств растительного и синтетического происхождения и организационных форм фармацевтической деятельности» имеют широкие направления исследовательских работ:

- комплексные и сравнительные фармакогностические исследования растений;
- исследования методов выделения, определения и анализа биологически активных веществ в лекарственном растительном сырье;
- исследования влияния внешних, в том числе антропогенных факторов, на качество и допустимость применения лекарственного растительного сырья в медицине;
- определение ресурсов лекарственных растений Новосибирской области.

Один из наиболее активных членов кружка ежегодно избирается его старостой. В обязанности старосты входит координация работы кружковцев, информирование их о проведении собраний и других общих мероприятий, совместно с куратором кружка, подготовкой к общим собраниям.

Важным аспектом полноценного функционирования СНК является привлечение к исследованиям новых кружковцев. Знакомство студентов с кафедрой происходит на первом и втором курсах, когда проходят занятия по ботанике и летняя учебная полевая практика по ботанике. Именно там студенты впервые близко знакомятся с полевыми методами исследования лекарственных растений, которые заинтересовывают многих возможностью работы с живыми объектами и получения новых данных связанных с объективными экспериментальными исследованиями. Студенты первого и второго курса ежегодно приглашаются в качестве зрителей на заседание секции конкурса-конференции «Авиценна», где имеют возможность убедиться в результативности работы кружковцев-старшекурсников. На третьем курсе у студентов-провизоров начинается профессиональная дисциплина – фармакогнозия. Изучая эту науку, студенты начинают понимать значимость ее для профессиональной деятельности, что также повышает заинтересованность в участии в СНК. Еще одним немаловажным мотивационным фактором является личный пример заинтересованности, который постоянно показывают преподаватели кафедры, тратя много времени и сил на обучение студентов-кружковцев и кураторство их исследований, относясь к своей работе неформально.

В СНК кафедры занимаются студенты с 3 по 5 курс фармацевтического и медико-профилактического факультетов, в последние годы к работе в кружке привлекаются студенты 4-6 курсов заочной формы обучения, а также студенты 3 курса, обучающиеся по программе среднего-профессионального образования.

В последние годы работы кружка его члены постоянно участвуют и неоднократно занимали призовые места на студенческих научных конферен-

циях «Авиценна» в секциях «Фармакогнозия и фармтехнология» и «Гигиена, экология, восстановительная медицина» (НГМУ), МНСК «Интеллектуальный потенциал Сибири» в секции «Жизненный цикл человека» (НГМУ), МЭСК «Экология России и сопредельных территорий» в секции «Экологические аспекты использования растительного сырья и фитоиндикация» (НГУ) и конференциях в других городах России. Кружковцы ежегодно участвуют в составе команды НГМУ в Региональной олимпиаде по фармации (НГМУ), в составе делегации НГМУ принимают участие в программах академической мобильности.

В соавторстве с научными руководителями, кружковцами по результатам исследований опубликовано несколько научных статей в журналах из перечня ВАК: «Химия растительного сырья», «Современные проблемы науки и образования», «Медицина и образование в Сибири».

Анализ результатов деятельности СНК показывает, что за время работы в СНК кафедры студенты глубоко осваивают современные методы научных исследований, знакомятся с актуальной научной литературой, учатся научной речи, приемам изложения результатов своих исследований в виде тезисов, статей, обучаются способам представления полученных данных в виде научного доклада с подготовленной наглядной презентацией. Аprobация работ кружковцев происходит на заседаниях СНК кафедры, на конференциях и на защите дипломных работ. Это позволяет наиболее целеустремленным и подготовленным кружковцам, после окончания обучения в ВУЗе продолжать свою научную карьеру в аспирантурах, выбрать профессию преподавателя или научного сотрудника. Среди выпускников СНК кафедры пятеро успешно защитили кандидатские диссертационные исследования в области фармацевтических наук. Выпускники преподают на кафедрах НГМУ, являются научными сотрудниками ФБУН «Вектор», работают в практической фармации и в других сферах деятельности.

Таким образом, СНК кафедры фармакогнозии и ботаники НГМУ является эффективным средством формирования профессиональной компетенции будущего специалиста.

В.Н.Кононова, С.В.Марченко
**ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ
В НОВОСИБИРСКОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ**

Новосибирский медицинский колледж

Аннотация. В статье представлен опыт работы коллектива Новосибирского медицинского колледжа по использованию метода симуляционно-

го обучения в образовательном процессе. Особое внимание уделено методике этапного тренинга и совершенствованию практического опыта и умений при оказании медицинской помощи. На основании анализа проведенного симуляционного тренинга по междисциплинарному курсу «Оказание акушерско-гинекологической помощи» специальности Лечебное дело, выявлена возможность использования «гибридной симуляции» как основы формирования психологической и моторной готовности обучаемого к работе с будущим пациентом.

V.N. Kononova, S.V. Marchenko
**THE BASIC METHODOLOGY OF SIMULATION TRAINING IN
THE NOVOSIBIRSK MEDICAL COLLEGE**

Novosibirsk Medical College

Abstract. The article presents the experience of the staff of the Novosibirsk medical College for the use of the method of simulation training in the educational process. Special attention is paid to the method of step training and improvement of practical experience and skills in the provision of medical care. On the basis of the analysis of simulation training on interdisciplinary course «Providing an obstetric and gynecological care» Medical faculty, identified the opportunity to use «hybrid simulation» as a basis for the formation of psychological and motor readiness of a student to work with the future patient.

Повышение качества подготовки специалистов среднего медицинского звена в нашей образовательной организации сместило ориентиры с суммы усвоенной информации на готовность будущего специалиста действовать в различных ситуациях, способность быстро принимать решения и безупречно выполнять необходимые действия в своей профессиональной деятельности. Моделирование обстановки рабочего места и наличие фантомов и симуляторов, позволяющих отработать практические действия, являются важным звеном в формировании психологической и моторной готовности обучающихся к работе с будущим пациентом. В настоящее время законодательно утверждено, что использование симуляционного обучения обязательно для программ среднего, высшего и последипломного непрерывного образования и должно предшествовать практике. При разработке методического обеспечения симуляционного обучения нами использовались следующие нормативные документы:

- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.01.2007 №30 «Об утверждении порядка допуска студентов высших и средних медицинских заведений к участию в оказании медицинской помощи гражданам» - «...к участию в оказании медицинской помощи гражданам допускаются студенты высших и средних медицинских заведений, успешно прошедшие необходимую теоретическую подготовку, имеющие практические навыки, приобретенные на тренажерах (фантомах)...» [2];

• Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» - практическая подготовка специалистов обеспечивается путем их участия в осуществлении медицинской деятельности под контролем работников образовательных организаций. Пациент должен быть проинформирован, и он вправе отказаться от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи. [1]

Создание Центра симуляционных технологий 1 уровня в нашей образовательной организации позволило разработать и внедрить симуляционные методики по основным кластерам практического тренинга: акушерству, основам реаниматологии, уходу за пациентами. На специальности «Акушерское дело» широко используется «гибридная симуляция» и симуляционная методика «стандартизированный пациент» по профессиональному модулю ПМ.01 Медицинская и медико-социальная помощь женщине, новорожденному и семье при физиологическом течении беременности, родов, послеродового периода: междисциплинарный курс МДК 01.01 Физиологическое акушерство. Использование симуляционной методики «стандартизированный пациент» проводится на специальности «Лечебное дело» по ПМ.01 Диагностическая деятельность, МДК 01.01. Пропедевтика клинических дисциплин в разделе акушерство и гинекология и МДК 02.03 Оказание акушерско-гинекологической помощи.

На начальном этапе нами был проведен отбор практического опыта и умений, формируемых с использованием симуляционных методик. При проведении выбора умений мы руководствовались профессиональными и общими компетенциями, которые должны освоить обучающиеся и приказами Министерства здравоохранения РФ [2, 3, 4]. Далее проведена подготовка методического обеспечения направлений медицинской симуляции «стандартизированный пациент» и «гибридная симуляция»: сценарий, оценочная документация (контрольные листы для оценки деонтологических навыков работы с пациентом и профессиональных умений). Разработаны алгоритмы манипуляций и оказания медицинской помощи по акушерству и гинекологии в соответствии с протоколами МЗ РФ.

Следующим этапом симуляционного обучения будет создание «Типовых матриц», структурно сведенных в таблицы списков умений с соответствующими учебными целями, симуляционными методиками и учебными пособиями [5].

Структура занятия симуляционного обучения в НМК состоит из пяти последовательных этапов [6]:

1 этап. Проведение исходного тестирования. Для входного тестирования обучающиеся самостоятельно готовятся по материалам теоретических и практических занятий с использованием других источников информации. Преподавателями сформирован банк тестовых заданий для тестирования обучающихся в SWAP программе и составлен перечень дополнительной литературы и других источников. Исходное тестирование позволя-

ет определить уровень подготовки обучающихся и помогает скорректировать проведение предстоящего брифинга. Данный этап проводится в специально оборудованной аудитории.

2 этап. Брифинг. Преподавателями подготовлен курс мультимедийных презентаций с видеороликами и схематическими анатомическими моделями с использованием элементов активного и интерактивного обучения. Этот этап соответствует 1 уровню визуально-вербальной реалистичности. Брифинг проводится с разбором материала и фиксацией «ключевых» положений. Продолжительность брифинга зависит от уровня подготовленности обучающихся и их активности.

3 этап. Работа с тренажерами, симуляторами. Первоначально осваивалась работа на тренажерах и симуляторах различных уровней реалистичности. Выбор симуляционной методики зависит от набора приемов формируемого практического опыта, личного опыта преподавателя и уровня подготовленности обучаемых. Используем основные три системы, учитывающие структурность умений и знаний:

- предметная – обучаемый с самого начала выполняет все действия целиком, независимо от сложности;
- операционная – каждая операция отрабатывается отдельно до автоматизма, а потом выполняется действие целиком;
- предметно-операционная (комплексная) – отдельно отрабатываются только сложно поддающиеся элементы, затем обучаемый тренируется в овладении операции в целом.

Преподавателем-мастером проводится демонстрация симуляционного элемента более эффективным по его мнению способом:

1. Образцовое действие в медленном темпе с объяснениями (для понимания действия), направленное на правильность выполнения.
2. Образцовое действие в реальном темпе, демонстрируя одновременно скорость и правильность выполнения.

Первый и второй способы можно поменять местами в зависимости от предпочтения. В последующем осуществляется отработка надёжности выполнения умения при сохранении скорости и правильности. Все эти действия проводим в условиях, при которых умение и опыт должны проявляться в наилучшем виде. Заканчивается данный этап отработкой обучающимися практического опыта и умения до автоматизма. Возможно использование других методологических приёмов, разработанных преподавателем, например: дается возможность выполнить действие обучаемому, а затем совместно с преподавателем довести его выполнение до совершенства. В этой методике есть положительные моменты:

- позволяет выявить в группе лидера, вызвавшегося на эксперимент (это является важным аспектом для достижения учебной цели при работе командой);

- помогает разобрать возможные ошибки при первом действии экспериментатора.

Отрицательные моменты:

- дорогостоящее оборудование требует более бережного отношения подготовленных к отработке умения обучаемых.

После закрепления доведённого до автоматизма приобретенного умения предлагаем усложнение обстоятельств, необходимых для реализации отработанного элемента. Данный аспект возможен при помощи разработанных преподавателями задач с наиболее вероятными профессиональными ситуациями. Для правильного решения практико-ориентированных задач, обучаемому приходится менять последовательность каких-то действий, исключать одни способы и заменять их другими. Он вынужден наблюдать, мыслить и оценивать, проявлять находчивость, достигать необходимого результата и наилучшего решения. Данный приём повышает надёжность формирования опыта и умений.

4 этап. Дебрифинг. Начинаем с разбора полученных результатов при работе на тренажерах и симуляторах. Обучаемые сосредотачиваются на важных аспектах и обсуждают причинно-следственные связи при серии наводящих вопросов преподавателя. При проведении дебрифинга продолжается обучающий процесс, который помогает участникам размышлять о пережитом опыте, делать полезные для себя выводы и открытия. Каждым преподавателем используется своя методика проведения данного этапа в зависимости от индивидуальных психологических особенностей личности.

5 этап. Подведение итогов. На заключительном этапе осуществляем индивидуальное оценивание работы обучаемого, с проведением итогового контроля и заполнения «Оценочного листа». «Оценочный лист» включает перечень разработанных параметров профессиональной деятельности по освоению определённого умения.

В соответствии с выше перечисленными требованиями к методике проведения занятий, нами проведены тренинги во время прохождения производственной практики по МДК 02.03. Оказание акушерско-гинекологической помощи специальности «Лечебное дело» для повышения качества усвоения практических и деонтологических навыков. Для обучающихся третьего курса был составлен график симуляционных тренингов. Анализ проведенного входного контроля показал - «выживаемость знаний» обучающихся составила до 72% (абсолютная успеваемость). При проведении работ на тренажерах и симуляторах обучаемые стремились выполнить умение по алгоритму, но испытывали затруднения при одновременном общении со «стандартизированным пациентом» и выполнении манипуляции. Дебрифинг позволил провести анализ ошибок и замечаний преподавателя-эксперта самому обучаемому. Выходной контроль позволил определить комплексный уровень усвоения сложных действий, обеспечиваемых совокупностью практи-

ческого опыта, умений и знаний. Анализ итогов тренинга показал: абсолютная успеваемость обучаемых повысилась до 100%, качественная – до 80%.

Таким образом, симуляционное обучение позволяет повысить самооценку обучающихся и предоставляет возможность каждому обучаемому неоднократно осуществить профессиональную деятельность или её элемент в соответствии с профессиональным стандартом и порядками оказания медицинской помощи в условиях, максимально приближенных к реальной производственной среде.

Литература.

1. Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 15.01.2007 №30 «Об утверждении порядка допуска студентов высших и средних медицинских заведений к участию в оказании медицинской помощи гражданам».

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 04 мая 2012 года №477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 01 ноября 2012 года №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

5. Симуляционное обучение в медицине/ Под редакцией профессора Свистунова А.А. Составитель Горшков М.Д. – Москва.: Издательство Первого МГМУ им.И.М.Сеченова, 2013. – 288 с.ил.

6. Горшков М.Д., Федоров А.В. Симуляционный тренинг базовых медицинских и хирургических навыков. – Ж.Виртуальные технологии в медицине. №1(11) 2014. – стр.34-39.

7. Свистунов А.А., Шубина Л.Б., Грибков Д.М., Борисенко Е.В., Леонтьев А.В. Тьютеры – вариант решения кадровых проблем симуляционных центров. – Ж.Виртуальные технологии в медицине. №1(11) 2014. – стр.14-22.

Д.А. Кузнецов¹, Э.А. Коржавых²
**ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ УЧЕБНОЙ
ДИСЦИПЛИНЫ «ЭКОНОМИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ»**

¹Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

²Российский университет дружбы народов, Москва

Аннотация. Охарактеризованы методические подходы к выявлению предметной области, структуры и содержания дисциплины «Экономическая безопасность фармацевтических организаций». Представлены основные результаты выполнения конкретных этапов исследования.

D.A. Kuznetsov¹, E.A. Korzhavykh²
**APPROACHES TO THE FORMATION OF DISCIPLINE
«THE ECONOMIC SECURITY OF PHARMACEUTICAL
ORGANIZATIONS»**

¹I.P. Pavlov's Ryazan' State Medical University

²Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

Abstract. In paper describes the methodical approaches to the identification of the application domain, the structure and content of the discipline «The economic security of pharmaceutical organizations». Presents the main results of the specific phases of the study.

В течение последнего десятилетия в отечественной фармации сложилась заметная тенденция к росту числа публикаций, посвященных различным аспектам безопасности при осуществлении фармацевтической деятельности, в том числе лекарственной безопасности, фармацевтической безопасности, безопасности фармацевтических организаций (ФО), а также вопросам управления безопасностью в фармации.

Согласно действующему образовательному стандарту высшего профессионального образования по специальности 060301 «Фармация», к основным видам профессиональной деятельности относятся: производственная деятельность, реализация лекарственных средств и других фармацевтических товаров, организационно-управленческая, контрольно-разрешительная, научно-исследовательская, информационно-просветительская деятельность и др. [4].

Разнообразие видов фармацевтической деятельности, а также спектр возникающих в процессе ее выполнения проблем безопасности обуславливают необходимость своевременной систематизации новых научных знаний в виде самостоятельной дисциплины и обучения специалистов основам фармацевтической безопасности.

С учетом вышеизложенного цель работы заключалась в определении структуры и содержания новой учебной и научно-практической дисциплины по вопросам безопасности в фармации.

Основными методическими подходами к исследованию служили:

– кластерный анализ научных публикаций, названия которых содержали слово «безопасность» для выявления предметной области концепта (т.е. комплексного понятия) «фармацевтическая безопасность»;

– логико-семантический анализ и разграничение понятий, образующих предметную область фармацевтической безопасности;

– логическое моделирование структуры, направленное на выбор и понятийную характеристику основных компонентов концепта «экономическая безопасность ФО»;

– компетентностный подход как основа модели специалиста – менеджера по вопросам безопасности в ФО;

– обобщение полученных данных в форме учебно-методического комплекса для дисциплины «Экономическая безопасность ФО».

В результате кластерного анализа выявлены состав и структура концепта «безопасность» (рис. 1), его теснейшая связь с понятием «обеспечение»; выявлена типология безопасности (чаще всего – информационная, экономическая, национальная, фармацевтическая, пожарная и т.п.). С применением логико-семантического анализа охарактеризованы и разграничены предметные области понятий «фармацевтическая безопасность», «лекарственная безопасность», «безопасность лекарственных средств» [1].

В частности, установлено, что предметная область фармацевтической безопасности сосредоточена преимущественно на деятельности ФО и фармацевтических подразделений ЛПУ. Она представлена различными аспектами – финансовыми, информационными, экономическими, кадровыми и т.д. Учитывая структуру концепта «безопасность», следует отметить, что и для безопасности ФО важную роль играют изучение влияющих на нее факторов, своевременное выявление и анализ внешних и внутренних угроз, разработка эффективных технологий мониторинга угроз и принятия управленческих решений по их устранению.

На основании литературных данных из других областей экономики и с учетом результатов предыдущих стадий исследования была построена логическая модель структуры концепта «экономическая безопасность ФО». В качестве основных структурных элементов концепта рассматривались экономическая, информационная, финансовая, кадровая, экологическая, правовая (юридическая), технико-технологическая и силовая безопасность. Модель включает также соответствующие блоки факторов и угроз безопасности, благодаря этому конкретизируется функция управления экономической безопасностью ФО [2].



Рис. 1. Структура концепта «Безопасность» (цифры – число социцирований)

В соответствии со структурой концепта «экономическая безопасность ФО» разработан понятийный аппарат, в который вошло 28 новых терминов и определений, описывающих разные аспекты экономической безопасности ФО, в том числе понятия «менеджмент безопасности ФО» и «менеджер по безопасности ФО» [3]. Менеджмент безопасности ФО рассматривается как концепция фармацевтического менеджмента, связанная с процессами формирования, реализации, защиты и обеспечения экономической безопасности в фармации. Исходя из этого, менеджер по безопасности ФО – это специалист с базовым фармацевтическим образованием, обладающий знаниями, умениями и практическими навыками в области фармацевтической экономической безопасности.

С учетом положений действующего образовательного стандарта «Фармация» и результатов исследования понятийных аспектов изучаемой проблемы была сформирована компетентностная модель специалиста – менеджера

жера по безопасности ФО (рис. 2). К основным компетенциям отнесены 3 общекультурные, 7 общепрофессиональных и 3 дополнительных (вариативных). Так, в качестве дополнительных рассматриваются: способность 1) характеризовать экономическую безопасность ФО в целом и по отдельным компонентам, 2) квалифицировать факторы, определяющие экономическую безопасность ФО в целом и по отдельным компонентам, 3) квалифицировать угрозы экономической безопасности ФО в целом и по отдельным компонентам.



Рис. 2. Компетентностная модель специалиста по безопасности ФО

Базируясь на опыте других отраслей экономики, в число основных задач профессиональной деятельности менеджера по безопасности ФО было целесообразно включить обеспечение экономической безопасности управляемой ФО (системы), соблюдение корпоративных интересов, разработку мероприятий по защите от внешних и внутренних угроз, обеспечение развития и совершенствования системы в настоящем и будущем.

В результате проведенных исследований сформирован учебно-методический комплекс дисциплины «Экономическая безопасность фармацевтических организаций», которая вошла в утвержденный Рабочий учебный план по специальности 060301 «Фармация» Рязанского ГМУ имени академика И.П.Павлова как дисциплина по выбору, изучаемая на кафедре управления и экономики фармации. Общая трудоемкость освоения дисциплины составляет 72 часа (2 зачетные единицы), из них 14 лекционных часов, 34 часа практических занятий, 24 часа – самостоятельная работа. Рабочая программа дисциплины содержит три модуля: «Основы экономической безопасности ФО», «Угрозы фармацевтической экономической безопасности», «Управление экономической безопасностью». Опубликовано учебное пособие по данной дисциплине.

Таким образом, применение комплексного методического подхода позволяет научно обосновать структуру и содержание новой учебной дисциплины, а также разработать требуемое учебно-методическое обеспечение образовательного процесса.

Литература.

1. Кузнецов Д.А. Кластерный анализ научного понятия «Фармацевтическая безопасность» /Д.А. Кузнецов, Э.А. Коржавых //Жизнь без опасностей. Здоровье. Профилактика. Долголетие. – 2013. – № 3. – С.68-73.

2. Кузнецов Д.А. Экономическая безопасность фармацевтических систем // Вестник новых мед. технологий. – 2010. – № 3. – С.179-181.

3. Кузнецов Д.А. Экономическая безопасность фармацевтической организации: словарь терминов и определений /Д.А. Кузнецов, Э.А. Коржавых. – Рязань, 2013. – 197 с.

4. Приказ Минобрнауки РФ № 38 от 17 января 2011 г. «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 060301 Фармация».

О. А. Латуха
**ПОДГОТОВКА ИННОВАЦИОННЫХ КАДРОВ В
УНИВЕРСИТЕТЕ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В статье исследуется проблема подготовки инновационных кадров в современном вузе. Отмечается, что образование в современном экономическом развитии должно определять уровень и рост творческого потенциала развития общества. Отмечается также, что инновационное образование возможно лишь в результате целого комплекса преобразований и прежде всего, необходимо сформировать специалиста, подготовленного к интеллектуальному творчеству, способному к сочетанию исследовательской, проектной и предпринимательской деятельности.

O. A. Latuha
PREPARATION OF THE INNOVATIVE STAFF IN UNIVERSITY

Novosibirsk state medical university

Abstract. In the article results of the theoretical analysis of a problem of preparation of the innovative staff in the higher school are generalized. It is marked, that that education in modern economic development should define a level and growth of creative potential of development of a society. It is marked also, that education should be perspective, constructed on understanding of the future natural development of economy and a society. Innovative education is possible only as a result of the whole complex of transformations. First of all, it is necessary to generate the expert prepared for intellectual creativity, capable to a combination of research, design and enterprise activity.

Изменения, происходящие в современной России, вызвали необходимость поиска оптимальных путей преобразования различных сторон жизни общества и, прежде всего, образования. Образование в настоящее время является фактором создания долговременных, устойчивых конкурентных преимуществ национальной экономики. Важнейшим звеном системы современного образования является система профессионального образования и подготовка кадров высшей квалификации в условиях вуза.

Подготовка современных квалифицированных специалистов является важной составляющей стратегии устойчивого социально-экономического развития страны, основанного на реализации национальной инновационной политики. Переход от экономики технологий к экономике знаний требует подготовки соответствующих инновационно-ориентированных специалистов. Университеты здесь занимают лидирующее положение в вопросе подготовки инновационных кадров. Но каким необходимо стать современному университету для решения таких задач?

В научной периодике последних лет обнаруживается значительный интерес к созданию типовой модели уникальной системы подготовки элитных специалистов (особенно талантливой молодежи) в сфере критических технологий и наукоемкого производства, включая системы сопровождения жизненного цикла производимой продукции и услуг. Подготовка специалистов должна осуществляться на базе фундаментальной науки и ее практических приложений с использованием достижений вузовской, академической и отраслевой науки в рамках некоммерческого образовательного и научно-производственного партнерства на инновационных принципах. Вариантом такой модели может являться технология повышения инновационного потенциала отрасли и региона за счет инновационного потенциала вуза.

Таким образом, инновационная деятельность вуза должна быть ориентирована на состояние рынков наукоемкой продукции, образования и труда, что повышает конкурентоспособность вуза в условиях складывания инновационной экономики.

Инновационная экономика – это конкурентные преимущества развития в современный период ее глобализации и в условиях ускорения научно-технического процесса. Основными признаками инновационной экономики являются [1, с. 6]: приоритет науки; эффективная мотивация инноваций; совершенствование механизма управления преобразованиями; всемерное развитие образования.

К высшим учебным заведениям относятся все имеющие статус юридического лица образовательные учреждения, реализующие образовательные программы высшего профессионального образования.

Вуз осуществляет образовательную и научно-исследовательскую деятельность.

Образовательная деятельность включает в себя подготовку и переподготовку специалистов соответствующего уровня, удовлетворение потреб-

ностей личности в углублении и расширении образования на базе среднего (полного) общего, среднего профессионального образования. Помимо высшего профессионального образования вуз реализует и послевузовское профессиональное образование, программы дополнительного профессионального образования и переподготовки специалистов.

Инновационная образовательная деятельность, как процесс создания, освоения и распространения инноваций, является базой для развития социальной системы, в том числе и экономики государства, высшего образования и вуза.

Какие типологические черты присущи инновационному образованию? Прежде всего, это должно быть образование креативного типа. Главной его направленностью должно стать формирование инновационного мышления, развитие творческих способностей и интеллектуального потенциала студенчества, поиск новых подходов в решении современных проблем. Это должно быть образование фундаментальное и перспективное, построенное на видении будущего и понимании закономерного развития экономики и общества. Важным признаком инновационного образования является его непрерывность и возрастающая компетентность, профессионализм и социальная ответственность выпускников [1, с. 6–7].

Рассмотрим те виды деятельности вуза, в которых прослеживается инновационная составляющая.

Возможности инновационной активности вузов разные в зависимости от их категории: университет, академия и институт. К структурным подразделениям вузов, ориентированным на инновационную деятельность, относятся НИИ, филиалы, факультеты, кафедры, научно-исследовательские лаборатории, аспирантура, докторантура, учебные подразделения дополнительного профессионального образования, структуры по координации научных исследований, структуры по координации работы научных руководителей, техноцентры, структуры по организации НИР, структуры по координации НИР студентов, научно-методические структуры, структуры дополнительного профессионального образования, факультеты повышения квалификации преподавателей, отдел инноваций и др.

Таким образом, подготовка инновационно активных кадров в вузе может идти по нескольким направлениям.

Во-первых, это подготовка специалистов, в нашем случае, подготовка инновационно активных кадров для отрасли, в которой важны междисциплинарные взаимодействия и количество направлений подготовки специалистов в вузе. Они позволяют формировать инновационное мышление у студентов с разных точек зрения. Современной экономике нужны технологически подготовленные студенты, так как «знание содержания» не является больше конечной целью образования, полученные знания студент должен использовать для создания новых знаний, решения проблем, принятия решений, создания продукции и взаимодействия.

Кроме того, как правило, в результате инновационной деятельности студенты выбирают связанную с ней профессию (в НИИ, на инновационных предприятиях, в опытно-конструкторских лабораториях и т. д.) или применяют полученные инновационные знания и навыки для развития отрасли и региона.

Во-вторых, переподготовка специалистов, т. е. перераспределение кадров из одной отрасли экономики в другую, в нашем исследовании приравнивается к подготовке специалистов.

В-третьих, одними из задач дополнительного профессионального образования и переподготовки специалистов являются повышение квалификации и подготовка инновационно активных кадров по смежным специальностям. Для инновационно активного вуза важно, чтобы наибольшее количество кафедр было задействовано в подготовке, переподготовке и повышении квалификации специалистов для инновационной деятельности отрасли, так как междисциплинарная подготовка повышает качество инновационно активных кадров, позволяя им ориентироваться в непредвиденных ситуациях, которые часто возникают на рынке инновационной деятельности.

В-четвертых, послевузовское образование можно рассматривать с точки зрения подготовки инновационно активных кадров, как для отрасли, так и для научного сектора экономики, т. е. инновационной деятельности. Количество специальностей, по которым ведут подготовку центры послевузовского образования, определяется количеством отраслей народного хозяйства, специалисты которых обучаются инновационной деятельности. Одной из разновидностей послевузовского образования является научное профессиональное образование, связанное с соискательством ученых степеней (аспирантура, адъюнктура, докторантура, экстерн-соискательство ученой степени кандидата наук и доктора наук по результатам защиты кандидатской или докторской диссертации соответственно). Структурами, повышающими инновационную активность кадров и проводящими аттестацию научно-педагогического персонала, являются диссертационные советы по защите докторских и кандидатских диссертаций. Они создаются Министерством образования и науки РФ в широко известных своими достижениями в соответствующей области инновационной деятельности высших учебных заведениях.

На современном этапе развития экономики важно не столько передать студентам определенное количество знаний, сколько помочь им выработать навыки инновационного подхода к решению нестандартных задач, а для такого обучения требуются преподавательские кадры с инновационным стилем мышления. Как подчеркивает Ю. Похолков, ректор Томского политехнического университета, специалист в сфере инновационной экономики – это профессионал, способный комплексно сочетать исследовательскую, проектную и предпринимательскую деятельность, ориентированную на соз-

дание высокоэффективных производящих структур, стимулирующих рост и развитие различных сфер социальной деятельности [4]. Добавим, что наука – это то, чему можно научить или научиться, то есть передать (и получить) знание и умение или же добыть это знание и умение самому.

Обобщая вышесказанное, можно сделать вывод, что все виды образовательной деятельности вуза позволяют распространять знания о современных инновациях различных отраслей экономики среди студентов и слушателей. Например, при проведении занятий и чтении лекций профессорско-преподавательский состав использует примеры инновационной деятельности отрасли или проводит занятия на базе инновационных предприятий. Таким образом, вуз улучшает инновационный климат отрасли и региона.

Литература.

1. Коротков Э. М. Инновационное образование для инновационной экономики // Вестник высшей школы. – 2010. – 7. – С. 6–13.

2. Латуха О. А. Формирование эффективного экономического фундамента вуза на основе развития инноваций: теоретические концепты // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета – 2011. – 4. – С. 59–82.

3. Латуха О. А., Пушкарёв Ю. В. Инновационная деятельность современного вуза: тенденции развития // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета. – 2012. – 4. – С. 44–51.

4. Похолков Ю. Инновационное инженерное образование // Экономика и образование сегодня. – 2004. – [Электронный ресурс]. – URL: http://eed.ru/cover_story/c_41.html (дата обращения 25.09.12)

5. Пушкарёв Ю. В., Пушкарёва Е. А. Взаимодействие науки и образования в системе современного вуза: методологический анализ проблемы // Философия образования – 2012. – 6 (45). – С. 132–138.

6. Пушкарёв Ю. В., Латуха О. А. Оценка эффективности управления инновационной деятельностью университета как инновационного вуза // Вестник Новосибирского государственного педагогического университета – 2012. – 1 (5). – С. 25–31.

В.А. Малиновская
**СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК
ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ
СОВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Новосибирский медицинский колледж

Аннотация. Одной из главных задач развития отечественного здравоохранения является сохранение его научного потенциала, развитие качественного профессионального образования, ориентация на современные условия, модернизацию образования с использованием инновационных образовательных технологий для получения специальных навыков и умений. Образование должно иметь концепцию и решать главную задачу – обеспечивать современными профессиональными медицинскими кадрами потребности лечебно-профилактических учреждений. Эту задачу с успехом решают ДПО и симуляционное обучение, что обеспечивает результативность процесса обучения, подготовку высококвалифицированных кадров. Качество подготовки повышается за счет неоднократно повторенных профессиональных действий и выработки уверенности выполнения сестринских манипуляций. Ценность обозначенных программ усиливает собирательный термин «Психология общения», входящий в программный модуль, решающий вопросы: предпочтения пациента, уважение к надеждам пациента, создание условий для общения, обсуждения и бесед с пациентами формирование положительной мотивации для улучшения качества оказываемой помощи.

V. A. Malinovskaya
**SIMULATION TRAINING AS A FUNDAMENTAL FACTOR IN
THE DEVELOPMENT OF MODERN MEDICAL EDUCATION**

Novosibirsk medical College

Abstract. One of the main tasks of the national health care is to preserve its scientific potential, the development of high quality professional education, focus on current conditions, modernization of education using innovative educational technologies for special skills. Education should be the concept and the main challenge - to provide modern professional medical personnel needs of medical institutions. This problem was successfully solved DPO and simulation training, which ensures the effectiveness of the learning process, training of qualified personnel. The quality of training is enhanced by repeatedly repeated professional activities and build self-perform nursing procedures. The value of the designated program enhances the collective term “Psychology of communication”, included in the software module crucial issues: patient preferences, respect for the patient hopes to create conditions for dialogue, discussion and interviews with patients formation of positive motivation to improve the quality of care.

«Инновационный процесс всегда должен быть непрерывным, а отсутствие долгосрочных целей лишает шанса на воодушевление участников этой деятельности»

Стив Джобс

В настоящее время все больше внимания уделяется совершенствованию системы образования в целом и медицине в частности. Современные мировые тенденции определяют перспективы стандартизации обучающего процесса в медицине.

Медицинское образование претерпевает реформы. Основные ее признаки – ориентация на последние достижения науки и доказательную медицину, пересмотр стандартов обучения.

Одним из главных путей развития отечественного здравоохранения является сохранение его научного потенциала, а также развитие на основе качественного образования, ориентация на доказательную медицину.

В современных условиях все более актуальной становится проблема модернизации образовательного процесса путем внедрения инновационных образовательных технологий.

Усиление конкуренции на рынке труда в сфере здравоохранения, совершенствование производственных технологий, применяемых работодателем, стремительно растущий темп жизни, требует от медицинского работника умение быстро адаптироваться к меняющимся условиям, планировать совершенствование своих профессиональных компетенций, развивать социально-личностные качества, при этом особое место и большое значение приобретают обучающие техники, применяемые в медицинском образовании, такие как:

1. Электронно-образовательные;
2. Симуляционные;
3. Дистанционные.

Именно эти технологии, которые помогают медицинское образование сделать важнейшим инструментом, позволяющим повышать возможности профессиональной деятельности специалиста и решать кадровый вопрос.

В нашей стране подготовка специалиста среднего медицинского звена проводится в соответствии с Федеральной целевой программой развития образования на 2011-2015 годы, утвержденной Постановлением Правительства РФ № 61, а также в соответствии с ФЗ № 237 от XII 2012 г «Об образовании в РФ», Государственной программой РФ «Развитие здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства РФ от декабря 2012 г. целями которых является обеспечение высокого качества Российского образования.

Образование должно иметь концепцию и решать главную задачу – обеспечение потребностей региональных рынков труда медицинскими кадрами с современным уровнем профессиональных знаний.

Известно, что успех инновационной деятельности в значительной степени зависит, от традиций, сложившихся в конкретном образовательном учреждении и степени понимания необходимости осуществляемого преобразования с творческим созидательным участием коллектива в данном процессе.

Симуляционное обучение – дело новое: а значит - с одной стороны – открывающее большие перспективы в образовании. С другой – требующее серьезной работы и решения сложных профессиональных задач, административных, хозяйственных, учебных, методических, психологических.

В традиционном обучении активность студента направлена на освоение знаний, умений, навыков. Миссия любой организации – ее социальное предназначение, ожидания общества от ее деятельности. Это ориентир, на который настроены все цели деятельности.

Симуляционное обучение построено на принципе: знания, умения, навыки – средство для решения!

«Обучаюсь выполняя» когда многократное повторение различных клинических ситуаций и анализ действий в них ведут к формированию клинического опыта, приобретенного в искусственно созданной симуляционной среде. Такое обучение называют «студент – центрированным» и оно подразумевает активное обучение участников через использование симуляционной техники, заменяющей обучение на реальном пациенте интерактивным обучением для получения знаний и навыков с использованием симуляторов. Не заменяют, а дополняют подготовку к реальной клинической практике.

Целями данного обучения является повышение профессиональной подготовки медицинского персонала, для успешного обеспечения которых необходимо решить три основные проблемы:

- Составить перечень профессиональных навыков, которыми должен обладать будущий специалист после завершения обучения и после специализации, усовершенствований.
- Составить перечень редко используемых профессиональных навыков, поддержание которых возможно только в условиях центра и их отработка.
- Определить критерии оценки качества выработанных навыков.

Симуляционное обучение имеет ряд преимуществ перед другими инновационными методиками обучения:

1. Смена парадигмы – на обучение и обучающем, а не на изучении и изучающем.
2. Безопасность для пациента и обучающегося
3. Возможность неоднократно выполнять тренировки, закреплять навыки.

4. Совершенствовать знаний и навыки, актуализировать их.

5. Использование данного вида обучения для объективной оценки не только теоретических знаний, но и уровня практического мастерства. Это толчок к развитию системы объективной оценки

6. Возможность обучать «малые» группы и по индивидуальному графику. Проводить «отработку» пропущенных занятий, промежуточную аттестацию, экзамены.

Среди основных задач симуляционного обучения следует выделить три основных задачи и одну главную методическую задачу: главная методическая задача – разработка обучающей технологии с преемственностью и повторяемостью на каждом последующем этапе обучения, формирования каждого умения с использованием моделей и человека.

1. Формирование и актуализация практических профессиональных навыков у обучающихся на муляжах, фантомах и тренажерах в соответствии с утвержденными стандартами и имитационными модулями (СИМ).

2. Оптимизация и контроль качества процесса формирования и совершенствования практической профессиональности.

3. Изучение и внедрение передового опыта работы по повышению качества обучения практическим профессиональным навыкам. Формирование клинического опыта.

Для симуляционного обучения важно определить **контингент обучаемых**, для чего необходимо четко представлять перечень учебных программ, содержание которых планируется дополнить симуляционным обучением.

Наиболее эффективно симуляционное обучение проходит при организации 2 уровневой схемы обучения:

В форме базовых профессиональных тренингов – на которых отрабатывается каждая манипуляция. И комплексных профессиональных тренингов – когда отрабатываются профессиональные действия индивидуально и в команде в условиях моделирования профессиональной среды и использованием навыков, полученных на базовых тренингах в качестве инструментов. Здесь понадобится сценарий с обеспечением наглядных пособий, алгоритм манипуляций, методическое сопровождение.

Организовывать проведение тренингов целесообразно в форме «стандартного имитационного модуля» (СИМ). Каждый такой модуль имеет свою продолжительность и рассчитан на освоение одного или несколько навыков. Модуль должен иметь для обучающего законченное значение и формировать или восстанавливать у него определенную компетенцию по конкретной специальности.

Для реализации модульного обучения необходимо иметь перечень (СИМОВ), определение сквозной технологии формирования каждого умения, междисциплинарные контакты. Для допуска и работе по конкретному модулю следует определить необходимый уровень теоретической подготов-

ки студента и организовать контроль уровня этой подготовки для допуска студента к прохождению модуля. Здесь главная роль отводится кафедрам и практикующим специалистам. Для обеспечения разбора учебно-ролевых игр целесообразно наличие штатного психолога, который помогает участвовать в конечном процессе симуляционного обучения так называемом дебрифинге. Дебрифинг – это обучающий процесс помогающий участникам размышлять о пережитом, делать выводы, открытия, отстаивать свою точку зрения, анализировать и подводить итоги.

Таким образом, можно сделать выводы:

- Успех инновационной деятельности в значительной степени зависит, от традиций, сложившихся в конкретном образовательном учреждении и степени понимания необходимости осуществляемого преобразования и творческого созидательного участия коллектива в данном процессе.

- Симуляция и симуляционное обучение не только инновация применяемая в базовом образовании, но и на повышенном уровне для актуализации навыков, знаний качества и внедрения передового опыта, возвращения к профессии, переподготовки.

- Обучение «студент-центрированное» дающее возможность активно участвовать в нем всех обучающихся с заменяющей техникой вместо реально пациента обучение по интерактивным технологиям с использованием симуляторов.

- Симуляционное обучение может оценивать знания студента с точки зрения трех сфер:

- когнитивной – память, внимание.

- поведенческой

- практической

- Дебрифинг дает возможность развивать и учить клиническому мышлению, отстаивать свою точку зрения и копировать опыт для работы в нестандартных ситуациях.

- Симуляционное обучение дает возможность накапливать опыт преподавателю и совершенствовать свое педагогическое мастерство. Это толчок к развитию объективной и независимой системы оценки знаний студента. Дает возможность неоднократно выполнять тренировки без ущерба для окружающих, закреплять, шлифовать практические навыки.

- Симуляционное обучение всегда безопасно для его участников.

- Учит правилам общения.

- Уменьшает психологический стресс обучающегося.

- Включает программу непрерывной подготовки.

- Проводится на месте тренировки.

- Комбинирует классические методики и современные технологии.

- Возможность заранее планировать тренинги в соответствии с необходимыми манипуляциями и отработкой редко встречающихся клинических ситуаций.

- Качественно ускоряет процесс подготовки кадров.
- Роль преподавателя сместилась с доминирующей на фасилитирующую (преподаватель поощряет саморазвитие, инициативу студента за счет тесного взаимодействия между собой и студентом).

- Доверительная, уважительная атмосфера преподаватель – студент.

И так, система имитационного обучения позволяет его использовать для объективной оценки не только знаний, но и уровня практического мастерства особенно необходимого в оценке для новичков, выпускников, лиц имеющих большой перерыв в практической деятельности, а также для практикующих специалистов с целью подтверждения их квалификации через регистрацию параметров выполнения действий компьютерными тренажерами.

За данной технологией большое будущее! Позволяет включать непрерывную подготовку кадров значительно ускорить качественный процесс подготовки новых кадров и доведение их навыков до требуемого уровня компетентности.

А.П. Нагорнова, Т.А. Аверьянова
**ПОДХОДЫ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПОВЫШЕНИЯ
 КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. Повышение квалификации медицинских работников становится актуальной задачей. В условиях быстро меняющегося, развивающегося рынка необходимость в повышении профессиональных навыков, а также профессиональное развитие становится необходимым условием успешной работы медицинской организации.

A.P. Nagornova, T.A. Averyanova
**APPROACHES ON THE ORGANIZATION OF PROFESSIONAL
 DEVELOPMENT HEALTH WORKERS**

Novosibirsk state medical university

Abstract. Professional development of health workers becomes an actual task. In the conditions of quickly changing, emerging market need for increase of professional skills, and also professional development becomes a necessary condition of successful work of the medical organization.

Вопросы подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров в современных условиях приобретают особую актуаль-

ность. В сфере здравоохранения они обусловлены потребностями модернизации отрасли и ростом требований к профессионализму персонала.

Развитие здравоохранения, внедрение и освоение новых технологий требуют повышения как общего профессионального уровня медицинских работников, так и повышения квалификации для конкретной трудовой функции. Повышение квалификации проводится в течение всей трудовой деятельности медицинских работников. Периодичность повышения квалификации регулируется работодателем и определяется по мере необходимости, но не реже одного раза в пять лет.

По данным государственной программы «развития здравоохранения Новосибирской области на 2013-2020 годы» (Подпрограмма 7) Министерство здравоохранения Новосибирской области ставит цель, направленную на повышение обеспеченности квалифицированными медицинскими работниками государственных учреждений. Основной задачей является создание условий для планомерного роста профессионального уровня знаний и компетенций медицинских работников. Основными критериями результата исполнения подпрограммы 7 являются:

1. Количество врачей, прошедших обучение по программам дополнительного медицинского и фармацевтического образования в государственных образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования;

2. Доля врачей и среднего медицинского персонала, имеющих квалификационную категорию из числа работающих в государственных учреждениях здравоохранения Новосибирской области;

3. Доля медицинских работников, прошедших оценку уровня квалификации;

4. Доля аккредитованных специалистов.

Повышение квалификации – это обучение медицинского работника с целью углубления и усовершенствования уже имеющихся у него профессиональных знаний, необходимых для определенного вида деятельности.

Иногда под повышением квалификации подразумевают только то обучение, которое организовано на рабочем месте или в рамках специальных учебных заведений. На самом деле этот процесс гораздо шире. В повышение квалификации необходимо включать обмен опытом, самообучение, посещение выставок и чтение специальной литературы.

Многообразные методы обучения можно разделить на три группы:

1. Методы обучения на рабочем месте;

2. Методы активного обучения;

3. Традиционные методы обучения.

При выборе методов обучения медицинская организация должна учитывать эффективность их воздействия на конкретно выбранную группу обучающихся.

Обучение на рабочем месте включает практическую направленность, непосредственную связь с производственными функциями медицинских сотрудников, как правило, предоставляет значительные возможности для повторения и закрепления вновь изученного материала. К новым методам обучения на рабочем месте относятся: секондмент, шэдуинг, баддинг, наставничество, коучинг, тьюторство, инструктаж, стротеллинг.

Сущность данных методов включает: секондмент – заключается во временном переводе медицинского работника в другой отдел внутри организации; шэдуинг – наблюдение за процессом труда; баддинг – неформальное наставничество, при включении медицинского работника в процесс деятельности другого медицинского работника; наставничество – обучение личным примером, целенаправленная передача профессионального опыта, практическая передача навыков от более опытного медицинского работника к менее опытному; коучинг – схож с наставничеством, но в отличие от него основан на организации самостоятельного поиска решения проблемы обучающегося; тьюторство – один из видов наставничества, при котором в процессе дискуссии обсуждается опыт переноса полученных знаний в повседневную практику обучаемого; инструктаж – проводится специальным инструктором или опытным медицинским сотрудником, во время обучения медицинскому работнику разъясняются и демонстрируются приемы работы непосредственно на рабочем месте; стротеллинг – заключается в обучении молодых медицинских сотрудников правилам работы в медицинской организации при помощи фактов, истории медицинской организаций.

Традиционные методы используются при передаче и закреплении самых разнообразных знаний. Многие поколения студентов учились и продолжают учиться, в основном получая знания во время лекций и семинаров, популярность данных методов показывает их достаточно высокую эффективность. К традиционным методам обучения относятся: лекции, семинары, учебные кино и видеофильмы.

К активным методам обучения относятся: тренинги, программирование и компьютерное обучение, групповые обсуждения, деловые игры, ролевые игры, поведенческое моделирование, разбор практических ситуаций, баскет-метод.

Широкое внедрение в течение 5 лет приобрела такая форма обучения как дистанционная. В медицинских образовательных организациях она применяется для специалистов, бакалавров, магистров по специальностям общественное здоровье и здравоохранение, экономика, менеджмент, социальная работа.

Выбор метода обучения определяется характеристиками слушателей, возможностями медицинской организации, уровнем квалификации преподавателя, целями учебного процесса. Ошибки при выборе метода повыше-

ния квалификации могут негативно отобразиться на эффективности обучения.

Особо следует отметить то, что для медицинских работников сегодня повышение квалификации становится главной задачей. Обучение через всю жизнь, как «непрерывное образование» – это актуальный вопрос при повышении квалификации медицинских работников. Суть концепции «непрерывного образования» состоит в постоянной адаптации, периодическом повышении квалификации и переподготовке медицинских работников в течение всей активной трудовой жизни.

Принцип непрерывности при повышении квалификации должен обеспечиваться поэтапностью и преемственностью прохождения каждым медицинским работником отдельных ступеней образования (от низших, начальных, к высшим) на основе последовательного усвоения знаний, умений, компетенций. Для этого процесс обучения целесообразно строить по восходящей линии, таким образом, чтобы каждая последующая ступень являлась логическим продолжением предыдущих и представляла собой законченный цикл обучения.

В настоящее время медицинские организации должны рассматривать затраты на подготовку медицинского персонала как инвестиции в основной капитал, которые позволяют наиболее эффективно использовать новейшие медицинские методы и технологии.

Таким образом, система повышения квалификации медицинских работников необходима любой медицинской организации. Для эффективности непрерывного обучения нужно, чтобы медицинские работники были в нем заинтересованы. При организации программ повышения квалификации должны использоваться как традиционные, так и новые методы и формы, представленные в данной статье. Высокая квалификация медицинского работника – это результат, складывающийся из опыта работы, образования и непрерывной работы над собой, которая должна постоянно совершенствоваться.

А.П. Надеев, Д.В. Чебыкин, М.М. Запороцкий
**АКАДЕМИЧЕСКИЕ СТУДЕНЧЕСКИЕ ГРУППЫ В
МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ: ОПЫТ СОЗДАНИЯ И
ПРОБЛЕМЫ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В статье представлен опыт создания академических студенческих групп на старших курсах медицинского университета, позволяющих интегрировать студенческую научную работу в научную тематику кафедр и лаборатории, и, тем самым, способствовать подготовке научных кадров для университета и исследовательских центров.

A.P. Nadeev, D.V. Chebykin, M.M. Zaporotsky
**ACADEMIC STUDENT GROUP MEDICAL UNIVERSITY: THE
EXPERIENCE OF CREATION AND PROBLEMS**

Novosibirsk State Medical University

Abstract. The article presents the experience of creating academic student groups at the undergraduate medical university that integrate student research work in scientific topics departments and laboratories, and thereby contributing to the training of scientists for the university and research centers.

Целью деятельности студенческого научного общества является создание условий для раскрытия творческих способностей и воспитания студенческой молодежи, сохранения и восполнения на этой основе интеллектуального потенциала медицинского университета, стимулирования работы кафедр по организации научно-исследовательской работы студентов, содействия повышению качества подготовки специалистов с высшим профессиональным образованием, дальнейшего развития интеграции науки и образования.

Научно-исследовательской работе студентов в последнее время придается основополагающее значение, поскольку подготовка научных кадров, способных обеспечить инновационный путь экономического развития России, становится неотложной и важной государственной задачей. Это находит свое отражение, в том числе, в процессе аккредитации вуза, при которой особое внимание уделяется показателям, характеризующим деятельность студенческого научного сообщества.

Студенческое научное общество в Новосибирском государственном медицинском университете существует с момента образования вуза в 1935 г., и насчитывает в настоящее время в своих рядах около 1000 студентов, работающих в студенческих научных кружках практически на всех кафедрах.

Формы работы студенческих научных кружков разнообразны и связаны с интересами самих студентов и направлением научной деятельности кафедр и лабораторий: реферативные сообщения, обзоры научной литерату-

ры, экспериментальные исследования, разборы клинических наблюдений, клинические и социологические исследования и многое другое.

В Новосибирском государственном медицинском университете в 2011 году на трех факультетах (лечебном, педиатрическом, стоматологическом) на 4 курсе были сформированы академические студенческие группы, получивших 1-й номер.

Отбор студентов в эти группы осуществляется на конкурсной основе, по заявлению студента, и происходит по ряду критериев, в числе которых наличие научных печатных работ, участие в олимпиадах, выступление с устными докладами на научно-практических конференциях различного уровня, успешная учебная деятельность с учетом среднего бала, знание иностранного языка и другие.

Базами для проведения научно-исследовательской работы студентов академической групп стали не только кафедры медицинского университета, но и научно-исследовательские учреждения Сибирского отделения РАН (в настоящее время – РАН) на основе договоров между медицинским университетом и научно-исследовательскими учреждениями об образовании совместных научно-образовательных центров. Для участия в научно-исследовательской деятельности студенты были направлены по собственному выбору в Научно-исследовательские институты: терапии (директор – чл.-корр. РАН М.И. Воевода), физиологии (директор – академик РАН Л.И. Афтанас), иммунологии (директор - академик РАН В.А. Козлов), клинической и экспериментальной лимфологии (директор – академик РАН В.И. Коненков), экспериментальной и клинической медицины (директор – академик РАН В.А. Шкурупий), патологии кровообращения им. Е.В. Мешалкина (директор – академик РАН А.М. Караськов). В медицинском университете студенты были направлены в лаборатории клинических и теоретических кафедр, а также в Центральную научно-исследовательскую лабораторию (ЦНИЛ) при медицинском университете. Студенты имели возможность менять направление научной деятельности, если работа в лаборатории их не удовлетворяла. Таким образом, студенты академических групп занимаются разноплановой научной деятельностью, что дает возможность будущим специалистам выбрать свое направление в медицинской науке, а руководству кафедр и лабораторий отбирать студентов для последующего обучения в аспирантуре, клинической интернатуре и ординатуре и готовить молодых сотрудников для научно-педагогической деятельности.

С целью проведения научно-исследовательской работы для студентов академических групп было разработано расписание, позволяющее им один день в неделю проводить в лаборатории научных учреждений, а также принимать участие в научно-практических конференциях по различным направлениям медицинской науки. Студенты академических групп ведут дневник установленного образца.

В течение первого года (4 курс) перед студентами академических групп была поставлена в качестве основной задачи освоение методов научного исследования, а также знакомство с научной тематикой лабораторий и кафедр, их оснащением, работа с научной литературой (написание реферативных сообщений).

В следующем году (5 курс) студенты активно включаются в научно-исследовательскую работу лабораторий и кафедр: участвуют в планировании и проведении экспериментов, клинических исследований, обработке полученных результатов, написании тезисов для сборников конференций и статей, подготовке презентаций, проходят обучение правилам статистической обработке материалов.

В выпускном году (6 курс) студенты академических групп продолжают работу в научных подразделениях медицинского университета и учреждений, нередко продолжая ранее начатые исследования, серии экспериментов, осваивая новые методы научного исследования, расширяя представления о разрабатываемой научной проблеме.

В конце учебного года каждый студент академической группы отчитывается о проделанной работе в форме устного доклада с презентацией. Отчет проходит в присутствии комиссии, в состав которой входят руководитель студенческого научного общества университета, заведующие лабораториями, в которых проходили обучение студенты, представители кафедр; комиссию возглавляет проректор по научной работе университета. В ходе отчета, который проходит как научная конференция, после доклада студент отвечает на вопросы членов комиссии, присутствующих студентов академических групп. Члены комиссии после отчетов студентов делают заключение о проделанной работе, отмечают ее успехи и недостатки. По итогам отчета заполняется зачетная ведомость.

В течение всего времени обучения в академических группах студенты выступают с докладами на научно-практических конференциях, включая итоговую научно-практическую конкурс-конференцию студентов и молодых ученых «Авиценна» Новосибирского государственного медицинского университета, в ходе которой проходят заседания в 27 научных секциях по различным направлениям медицинской и фармацевтической наук; межвузовскую научную студенческую конференцию «Интеллектуальный потенциал Сибири», ежегодную научно-практическую конференцию, организованную Правительством Новосибирской области. Кроме того, студентам, занявшим 1 место в конкурсе лучших студенческих работ, предоставляется возможность опубликовать результаты научной работы в виде статьи в журнале «Медицина и образование в Сибири» (сетевое издание), входящим в перечень ВАК Российской Федерации.

В 2014 г. состоялся первый выпуск студентов академических групп. К этому моменту студенты имели опыт планирования и проведения науч-

ных работ, владели рядом методов исследования, могли подготовить сообщение по итогам своей работы в виде устного доклада или научных печатных работ. Студенты академических групп выступали с научными докладами в различных городах России и стран СНГ на научных форумах разного уровня. Студенты также выступали с докладами на международных форумах в Нидерландах (2013), Германии (2014), Южной Корее (2013), принимали участие в подготовке заявок на гранты и их реализации.

Таким образом, к моменту окончания медицинского университета студенты академических групп имеют возможность продолжить свои исследования в тех научных учреждениях, в которых они работали, имея определенный «задел» в виде результатов исследовательской деятельности, публикаций. Студенты академических групп поступают в аспирантуру для подготовки диссертационного исследования на приоритетной основе.

Такая многоплановая деятельность студентов академических групп позволяет, на наш взгляд, обеспечивать не только качественную углубленную подготовку студента по специальности, а в дальнейшем - высококвалифицированного врача, но и помогает отбирать новых сотрудников для кафедр и лабораторий.

Однако, в процессе обучения студентов в академической группе возникли ряд проблем, касающихся их научной и учебной деятельности. Отбор студентов в академическую группу осуществляется деканатами медицинского университета, однако последующее ведение студентов по научным направлениям осуществляется департаментом по науке, что требовало совместного руководства академическими группами, как со стороны деканатов, так и департамента по научной работе, а также регулирование учебного процесса. Кроме того, отдельные студенты не понимали характер их будущего обучения в академической группе и необходимости системности научной работы, что приводило к конфликтам интересов. Также, не всегда направление научной работы в той или иной лаборатории удовлетворяло студента, что делало необходимым поиск взаимоприемлемого решения и/или перевода студентов в другую лабораторию или кафедру. При проведении длительных или серий экспериментальных работ студент академической группы мог присутствовать только на ее определенных этапах, учитывая необходимость соблюдения учебного расписания. Это приводило к фрагментарности в выполнении научной работы и влияло на мотивацию студентов.

Возникшие проблемы свидетельствовали о сложностях в деятельности академических групп, и вместе с тем, при их решении, открывали новые перспективы и направления в деятельности академических групп.

Таким образом, активное привлечение студентов к научной деятельности в рамках академических групп, отбор наиболее талантливых и инициативных студентов для последующей работы на кафедрах и в лабораториях обеспечивает преемственность в преподавательской деятельности и функ-

ционирование сложившихся научных школ университета и исследовательских центров.

Л.В. Некрасова, А.В. Киршина, А.М. Некрасова
**ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ И ТРАДИЦИИ НАУЧНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ**

*Пермский государственный медицинский университет
им. ак. Е.А. Вагнера*

Аннотация: Рассмотрены организационные особенности формирования студенческих научных обществ, решающих первоочередную задачу современного образования, подготовку студента к профессиональному интеллектуальному труду, повышение научного потенциала медицинского ВУЗа. Представлен опыт практической деятельности в этом направлении.

L. S. Nekrasov, A. C. Kirshin, A. M. Nekrasov
**CONTINUITY AND TRADITION OF SCIENTIFIC ACTIVITY OF
STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS**

Perm State Medical University. AK. E. A. Wagner

Abstract: organizational features of formation the studentcheskikh of the scientific organizations solving a priority of modern education training of the student to professional intellectual work, increase of scientific capacity of medical school are considered. Experience of practical activities in this direction is presented.

Инновации отличают лидера от догоняющего.

Стив Джобс

Студенческий научный кружок кафедры – фундаментальная составляющая студенческого научного общества Высшего медицинского учебного заведения. Это первая и наиболее ответственная ступень отбора будущего специалиста-медика. Главной задачей научного кружка – отобрать среди студентов самых способных и заинтересованных. Необходимо увлечь эту категорию студентов научной работой, показать романтику изучения будущей медицинской профессии и профессии анатома, как одной из самых таинственных и редких, таким образом, чтобы их занятия в научном кружке продолжались до окончания учебного заведения. И действительно, существует такая закономерность, что бывшие кружковцы – это, в настоящее время, научные медицинские сотрудники: аспиранты, кандидаты, доценты и профессора.

С целью популяризации научной деятельности среди студентов медицинских вузов, развития научного кадрового потенциала и механизмов мотивации, мы проанализировали деятельность СНК кафедры нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии ГБОУ ВПО «ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России.

В задачи исследования входило изучение истории развития СНК кафедры, его традиций.

В результате, отразили преемственность поколений (школа «Юный медик» – студенчество, межвузовское научное студенческое сообщество, студенчество – кадровый научный потенциал, «Пироговский экзамен»: Н.И. Пирогов – студент-исследователь). Изучили профориентационный раздел работы СНК. Проанализировали выполнение научно-исследовательских работ с практической частью (препарирование областей с указанием вариативных особенностей, изготовление влажных и музейных препаратов, муляжей, пособий, стендов, моделей). Отметим организацию научных студенческих конференций различного уровня, стендовых сессий, проведение и организация секционных заседаний Итоговой научной студенческой конференции ПГМА, организация и проведение пленарных заседаний СНК кафедры. Отметим межвузовское сотрудничество студенческой науки: публикация статей, тезисов в Материалах конференций различного уровня, Отечественных и зарубежных журналах и журналах, рекомендованных ВАК и участие в съездах, Конгрессах морфологов, Краевых конкурсах исследовательских работ, интернет-конференций. Представили нетрадиционные методы работы (Анатомические дуэли, олимпиады, «круглые» столы). Рассмотрели деятельность СНК кафедры в качестве одного из механизмов представления интересов молодежного научного сообщества (оказание всяческой поддержки, помощь в получении грантов и стипендий, поиска научного руководителя, поддержки при публикации работ). Каковы же преимущества участия в работе студенческого научного общества? Работа в научном кружке позволяет полностью окунуться в атмосферу какой-либо из ветвей науки, проникнуться ею изнутри. Можно выбрать любую интересующую конкретно тебя тему и заниматься ей. Таким образом, можно приобрести ценный опыт организации и проведения научных исследований, который при желании можно продолжить в последующей научной работе. Кроме того, занимаясь научной деятельностью в кружке, ты становишься более целеустремлённым, развиваешь логическое мышление, наконец, приобретаешь огромную возможность для самовыражения. А выступления на заседаниях кружков, различных диспутах, конференциях и т. д. - это замечательная школа общения с большим числом людей, умения отвечать на каверзные вопросы и выходить из любой сложной ситуации, что, несомненно, каждому в жизни пригодится. И вряд ли подобная возможность представится где-то вне стен Alma mater. В настоящее время способность расширять свои знания

важна, как и сохранение ранее приобретенных знаний, Для результативного образовательного процесса необходимо сформировать комплексную среду, в которой определенная роль отводится традиционным формам обучения, но используются все виды деятельности обучающихся. Они позволяют формировать у студентов активную научную позицию, направленную на постоянное повышение уровня компетенции, необходимого для достижения высокого профессионализма. В настоящее время студенческое научное общество не только «кузница» научных кадров, но и, по нашему мнению, одно из важных звеньев обеспечения практического здравоохранения специалистами, умеющими творчески выполнять свою работу. Структура студенческого научного общества включает в себя несколько подразделений, во главе которых находится научный руководитель, а составляющими единицами являются СНК, ориентированные на разные виды работ. Студенческое научное общество ориентирует студентов на активное участие в научных исследованиях, конференциях, обеспечивая формирование стойкой мотивации к повышению своего научного уровня. С установлением рыночных отношений особую актуальность приобретает глубина профессиональных знаний будущего специалиста и способность преломить полученные навыки и умения в практической деятельности. Большое влияние на вектор поиска самосовершенствования в образовательном процессе имеет научный потенциал профессорско-преподавательского состава вуза. Это определяет новизну представляемых студентами знаний и способствует повышению их профессиональной пригодности по окончании вуза. В современных условиях студенту младших курсов сложно ориентироваться в многообразии медицинских специальностей. Сделать правильный выбор помогает профориентационная деятельность СНО. Участие в работе СНК представляет студентам младших курсов возможность посещать клинические кафедры с целью ознакомления с отраслями будущей медицинской профессии и формирует высокую нравственную позицию будущего врача. Для студентов старших курсов расширяются возможности для углубления своих знаний по фундаментальным дисциплинам, посещая заседания СНК и преломляя эти запросы с учетом выбора медицинской специальности. В ВУЗе существует расширенная сеть СНК и эти сквозные, многосторонние связи обеспечивают усиление основного образовательного процесса. В рамках работы СНО проводятся многочисленные конференции, разнообразные по тематике и уровню, которые не оставляют никого равнодушными. СНО много делает для усиления мотивации по изучению иностранного языка, что обусловлено расширением международных связей между вузами, большим количеством иностранной литературы в медицине. Для этого проводятся студенческие научные конференции на английском языке, когда создается обстановка научной дискуссии и представляется студентам возможность выступления как с докладом, так и в обсуждении проблемы. Подобные конференции приоб-

рели статус регулярных и пользуются большой популярностью у студентов. СНО является научной школой для студентов-медиков, его работа и опыт прошлых лет позитивно актуален в современном медицинском вузе. Необходимость развития исследовательских способностей учащихся признавалась многими известными педагогами прошлого. Значимость процесса исследования неоднократно подчеркивали в своих работах Я.А. Каменский, Ж.-Ж. Руссо, И.Г. Песталоцци, А. Дистервег. В России в XVIII веке Н.И. Новиков и Ф.И. Янкович развивали так называемый «экскурсионный метод» исследовательской деятельности. В числе первых в XIX веке на практике использовал различные формы исследовательской деятельности учащихся декабрист И.Д. Якушкин. Студенческая наука имеет свои особенности и выполняет ряд положительных функций. Безусловно, студенты, сочетающие научную деятельность с учебной, существенно отличаются своими знаниями, навыками исследовательской работы и профессионализмом. Проводимые конференции, конкурсы являются площадками для общения со студентами различных научных центров страны. Многие участники кружка совместно с преподавателями проводят научные и клинические исследования, результаты которых они представляют на студенческих научных конференциях. Представляемые для обсуждения темы сопровождаются демонстрацией наглядных макропрепаратов, в которых представлены наиболее демонстративные изменения изучаемой патологии, а также микропрепаратов. Научная студенческая деятельность помогает вузу в подготовке не просто практических врачей, но и врачей-исследователей, врачей-экспериментаторов, стремящихся вперед к новым и более высоким рубежам науки. На основании выполненных исследований производится подготовка материалов к публикации в студенческом сборнике научных трудов, а также целенаправленная работа по подготовке студентов-кружковцев к выступлениям на итоговых ежегодных конференциях. Опубликованная статья имеет большое значение и в значительной степени влияет на дальнейшую судьбу студента. Нередко начатые в студенческом научном кружке исследования плавно перерастают во фрагмент диссертационной работы. Сделать правильный выбор в будущей профессии не просто. Важна первичная профориентация учащихся. Это еще одно из направлений в работе кафедры нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии под руководством доктора медицинских наук, профессора И.А. Баландиной. Много школьников выбирают профессию врача и стремятся поступить в медицинский ВУЗ. Для того, чтобы они немного заглянули в будущее, возникает вопрос: как это сделать? Ответ на вопрос простой - школа «Юный медик» - все для того, чтобы предоставить учащимся возможность почувствовать себя в медицинской среде. В программу занятий включены как получение теоретических знаний, так и овладение практическими навыками. Большое преимущество этих занятий заключается в том, что проходят они не в де-

монстрационной форме, а таким образом, что каждый становится участником процесса, имея возможность самостоятельно найти, рассмотреть и изучить все структуры на препарате, это способствует не только лучшему запоминанию структур, но и облегчает восприятие материала и помогает юным ученым с первых курсов развивать так называемое «врачебное мышление». При этом у ребят есть возможность не только получить новые знания и подготовиться к столь важному ЕГЭ, но и попробовать себя в научно – исследовательской работе и представить свои работы на заседании СНК кафедры. Несмотря на то, что анатомия человека является фундаментальной наукой, особое значение уделяется анатомии клинической направленности, что делает посещение нашего кружка актуальным для студентов не только начальных, но и более старших курсов. Предложенная модель организации работы студенческого научного кружка на кафедре анатомии человека показала свою эффективность. В среднем на каждом из заседаний кружка присутствовало до 25 человек, на итоговую научную конференцию пришло 80 студентов, в препаровках приняли участие 30 человек. Среди студентов, принимавших участие в работе кружка, по крайней мере, 5-6 могут в дальнейшем эволюционировать в направлении формирования специалиста-анатома. В работе СНО используются и нетрадиционные формы деятельности. Так, проводятся Олимпиады по анатомии, в которых приняли участие лучшие студенты 1 и 2 курсов всех факультетов. Олимпиада состоит из двух туров: теоретического (тестовый контроль) и практического (знание требуемых анатомических образований), победители награждаются символическими призами. Работа в СНО замечательна тем, что позволяет удовлетворить стремление к новым познаниям, самоутвердиться и, довольно часто, выбрать свой жизненный путь. Статистика многих лет свидетельствует, что примерно 30% активных участников СНК продолжают исследовательскую деятельность в будущем, добиваясь значительных успехов. А начинается все с проведения экспериментальной работы в течение нескольких лет в период обучения в нашей академии, накопления серьезного материала, выступления с докладами не только в стенах alma mater, но и на конференциях различного уровня. Это направление является важнейшим элементом учебного процесса, позволяющим студентам получить не только углубленные знания в области исследований, но и заложить навыки системного подхода в решении тех или иных будущих задач, повысить свою конкурентоспособность на рынке труда. За счет этого вузовская наука имеет возможность омолаживать научные кадры, поскольку приток молодых ученых осуществляется постоянно. Такой комплексный подход, нашедший свое отражение в разнообразии научных направлений и форм деятельности СНК, глубине изучения материала, общении с опытными преподавателями-клиницистами, безусловно, не только вызывает интерес к актуальным проблемам медицины и формирует клиническое мышление у будущих врачей, а может быть подарит Пермскому краю новые имена ярких молодых ученых и сделанные ими открытия!

М.Ф. Некрасова
**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ**

*Новосибирский центр повышения квалификации работников
здравоохранения*

Аннотация. Статья содержит обзор нового опыта работы в области дополнительного профессионального образования работников здравоохранения. Основная часть проблем последиplomного обучения может быть преодолена путем использования тщательно разработанных методик и разнообразия подходов в организации образовательного процесса. Точный выбор способа обучения при наличии широкого ассортимента разнообразных образовательных программ позволяет достичь высоких результатов в итоговом тестировании.

М. F. Nekrasova
**CONTEMPORARY ASPECTS OF POSTGRADUATE
PROFESSIONAL EDUCATION IN MEDICINE**

*Novosibirsk center of postgraduate education of public health
employees*

Abstract. The article overviews new experience in the field of postgraduate education among different groups of public health employees. The most common problems of postgraduate learning might be overcome by using well-adopted training methods and variable approaches in educational management. Accurate choice of the method and wide assortment of different forms of educational programs allowed to reach excellent results in final testing.

В настоящее время возникла настоятельная потребность в постепенном пересмотре форм дополнительного профессионального образования (ДПО) в медицине. Факторами, предрасполагающими к изменению политики образовательных учреждений, работающих на рынке ДПО, являются:

1. Высокая занятость медицинского персонала на рабочих местах.
2. Недостаток квалифицированного персонала.
3. Значительная потеря рабочих часов во время учебного отпуска (для администрации).
4. Финансовые потери как для администрации, так и для сотрудника при длительном очном учебном процессе.

В связи с этим повышение квалификации в формате непрерывного медицинского образования выглядит как наилучший возможный вариант ДПО. В наши дни повышение квалификации подразумевает разнообразие форм обучения (стажировки, доклады, семинары, лекции, мастер-классы и др.) с регулярным контролем, желательно с использованием независимых систем оценки знаний.

Одной из наиболее значимых проблем внедрения системы непрерывного медицинского образования (НМО) как формы повышения квалификации является отсутствие модели финансирования для неограниченного числа участников. Не разработаны также точные критерии полезности и эффективности различных форм обучения, что особенно болезненно сказывается на повышении квалификации средних медицинских работников, чье обучение требует зачастую наработки новых навыков. Приходится признать, что у большинства медицинских работников нет психологической и материальной готовности к «повышению квалификации за свой счет».

Для активизации перехода к НМО в медицине принципиальную роль играет модернизация методических подходов к ДПО. Поскольку программы ДПО ориентированы на состоявшегося профессионала, успех образовательного процесса обеспечивают 3 фактора:

1. Высокая познавательная активность учащегося.
2. Предоставление обучающей информации в различных форматах.
3. Объективный контроль полученных знаний, умений, навыков.

С 2013 года в Новосибирском центре повышения квалификации работников здравоохранения активно внедряются новые технологические принципы и методические подходы к повышению квалификации. Все шире распространяется дистанционное проведение лекций и семинаров с использованием современных коммуникационных технологий, что позволяет существенно оптимизировать временные потоки обучения, сдвинув их на вторую половину дня и предоставляя работнику возможность выполнения основной части трудовых функций. Такой формат обучения с минимальным отрывом от производства, но с соблюдением интересов работника в части сохранения его личного времени, приветствуется работодателями в Новосибирской области и за ее пределами.

С января 2015 года этот формат был включен в наш Центр повышения квалификации в бюджетную форму обучения, по заявкам медицинских учреждений области.

Еще один формат повышения квалификации в режиме НМО - это проведение циклов повышения квалификации в формате еженедельных семинаров. Безусловно, общая длительность обучения при этом увеличивается, однако, как правило, не требуется предоставления учебного отпуска, поскольку дискретность обучения позволяет проводить семинары по заранее согласованным дням – например, по субботам или во второй половине рабочего дня по рабочим дням.

Весьма интересным и востребованным оказался опыт очно-дистанционного повышения квалификации для неклинических специальностей. Этот формат действует в нашем центре с сентября 2013 года. В него включены лаборанты клинических лабораторий, рентген-лаборанты. Сотрудники, имеющие непрерывный стаж работы по указанным специально-

стям не менее 10 лет, прослушивают на базе Центра повышения квалификации курс лекций, затем, получив набор индивидуальных заданий для письменного выполнения, возвращаются на рабочие места. С выполненной работой они приезжают в Центр на семинары, в ходе которых идет индивидуальная проверка и коррекция представленной работы. Таким образом, сотрудник фактически оторван от рабочего места не месяц, а две недели. Кроме того, проведение семинаров в режиме индивидуального собеседования приносит значительно больше пользы слушателю и позволяет откорректировать его индивидуальные ошибки. Формат оказался удобен и полезен слушателям неклинических специальностей с большим стажем работы, поэтому планируется его внедрение для других неклинических специальностей (физиотерапия, функциональная диагностика).

В осеннем семестре 2014 года впервые проводился цикл повышения квалификации «Сестринское дело в терапии» на базе БСМП №2, по согласованию и при активном содействии администрации лечебного учреждения. Основное условие такого формата работы – предварительное согласование графика обучения между Центром повышения квалификации и главным врачом, при этом должна быть сформирована группа не менее 15 человек по одному направлению подготовки. Формат обучения – с минимальным отрывом от работы, время обучения – 2,5 месяца.

В основе любого из перечисленных форматов повышения квалификации с использованием дистанционного компонента лежит несколько методических приемов, неукоснительное соблюдение которых обеспечивает адекватное сопровождение учебного процесса:

1. Преподавание ведется исключительно по модульным программам, причем формирование модулей отражает особенности специальности и имеет андрагогическую установку на активизацию собственных знаний и опыта слушателей.

2. По каждому модулю слушатель получает методические материалы в электронном виде.

3. Выдается индивидуальное задание для письменного выполнения каждому слушателю.

4. Преподаватель читает установочные лекции .

5. Время на самостоятельное освоение модуля не более 2-х недель.

6. По каждому модулю проводится итоговый семинар с обязательной оценкой индивидуального задания и компьютерным тестированием.

Соблюдение всех перечисленных условий позволяет констатировать, что при итоговом поливариантном компьютерном тестировании слушатели, прошедшие повышение квалификации в одном из перечисленных форматов, уступают по результатам тестирования группам с классической очной формой обучения в пределах статистической погрешности.

Таким образом, практика работы Новосибирского центра повышения квалификации показала, что при наличии адекватного методического сопро-

вождения, адаптированного к потребителю, а также при вариативном подходе к организации учебного процесса, проблема повышения квалификации средних медицинских работников имеет целый набор вполне удовлетворительных решений.

Е.А. Нижевясова
**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО
ДЕЛА В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

Новосибирский медицинский колледж

Аннотация. В данной статье описаны особенности общения специалистов сестринского дела при оказании паллиативной помощи больным в зависимости от типа их характера с применением элементов терапии творческим самовыражением Бурно и методика комплексного симуляционного тренинга на котором отрабатываются данные навыки.

Е. А. Nijevaysova
**FEATURES OF PSYCHOLOGICAL INTERACTION
SPECIALISTS NURSING IN THE FIELD OF PALLIATIVE CARE**

Novosibirsk medical College, Russia

Abstract. This article describes the features of the communication specialists of nursing in the provision of palliative care to patients in depending on the type of their character elements of therapy creative expression Rapidly and the method of complex simulational training which practiced these skills.

*Кто учит умирать, тот учит жить
Мишель де Монтень*

В последнее время все большую силу в общественном мнении приобретает тенденция, в соответствии с которой умирание рассматривается как естественная и закономерная фаза человеческой жизни, имеющая самостоятельную ценность и значимость. Речь идет о том, чтобы пациенту была дана возможность и в эти месяцы и годы вести содержательную, наполненную жизнь, то есть не об одном лишь медикаментозном воздействии, но и о целом комплексе мер социальной и психологической поддержки.

Умиравшие испытывают страх перед смертью, болью, зависимостью от других при удовлетворении самых элементарных нужд (еда, питье, поддержание чистоты и т.п.), испытывают глубокую печаль и тоску. Основатель

современных хосписов англичанка С. Саундерс еще в 1948 г. пришла к простой мысли: умирающему пациенту можно и нужно помочь. Сложившаяся с тех пор система так называемой «паллиативной помощи» умирающим стала реализацией этой простой и гуманной цели.

Латинское слово «pallium» означает «оболочка», «покрытие». Когда уже невозможно прервать или даже замедлить развитие болезни, когда достаточно скорая смерть пациента становится неизбежной, медик-профессионал обязан перейти к тактике паллиативного лечения, то есть купирования, смягчения ее отдельных симптомов.

Понятие «паллиативное лечение» не исчерпывается только клиническим содержанием, оно включает в себя новые социально-организационные формы лечения, оказания поддержки умирающим пациентам, новые решения моральных проблем и, если угодно, новую «философию медицинского дела». Действенность помощи умирающим определяется комплексным подходом к решению их проблем, бригадным характером деятельности участвующих в этом деле врачей-специалистов, медицинских сестер, психологов, а также представителей духовенства, добровольцев, получивших специальную подготовку. Незаменима при этом роль близких родственников и друзей пациента, которые, однако, и сами нуждаются в квалифицированных советах и руководстве.

Когда они владеют всем арсеналом средств и методов паллиативной помощи, то имеют моральное право сказать умирающему: «Мы поможем тебе пройти через Это».

Общение - это жизнь! Общение является потребностью человека! Суть профессии медицинской сестры, ее высокое предназначение определяется тем, что она в процессе постоянного общения с больным человеком, его семьей, узнавая об их тревогах и сомнениях, физических и духовных проблемах может оказывать им целенаправленную сестринскую помощь.

На комплексном симуляционном тренинге «Особенности психологического взаимодействия специалистами сестринского дела в области паллиативной помощи» отрабатываются навыки общения медицинских сестер, оказывающих паллиативную помощь в зависимости от типа их характера с применением элементов терапии творческим самовыражением Бурно.

Для поддержания качества жизни тяжелого больного важно при общении учитывать его природные характерологические особенности.

Характером в клинической медицине называют присущую конкретному человеку природную душевно-телесную индивидуальность, происходящую из его генетической природы.

Для медицинских сестер, работающих в этой области медицины, иметь представление о человеческих характерах особенно важно, потому, что они являются связующим звеном между всеми членами команды, оказывающей паллиативную помощь. (Р.А.Лурия, А.Е.Личко, А.В.Гнездилов)

Существуют основные типы характеров человека:

- сангвинический (синтонный)
- эпилептоидный (напряженно-авторитарный)
- истероидный (демонстративный)
- психоастенический (тревожно-сомневающийся)
- аутистический (замкнуто-углубленный)

Каждый характер имеет свои преобладающие формы психологической защиты (вытеснение, деперсонализация, рационализация) Знания этих особенностей больного позволяет снижать уровень стресса до приемлемого. Например, если пациент с сангвиническим типом характера, с метастазами в кости скелета предпочитает связывать свои боли с «остеопорозом», вытесняя из сознания чрезмерную для него тяжесть информации о степени распространения заболевания, то этой версии в разговорах с ним и следует придерживаться.

На симуляционном тренинге медицинские сестры знакомятся с приемами терапии творческим самовыражением Бурно (ТТСБ). Это авторский метод клинической психотерапии, помогающий пробуждению творчества, свойственного природе их души, используя простые приемы ТТСБ. Например: творческое общение с природой с просьбой найти на фотографиях близкий душе пейзаж и рассказать о своем выборе (или указать рукой, если речь отсутствует, как это бывает у пациентов со стомой, с опухолью гортани или опухолью мозга). Для более соматически крепких пациентов приемлемы прогулки в больничном дворе (видят растения, насекомых, птиц). Полезны рассматривание репродукций с выражением своего отношения к ним, рассказы о себе, своем детстве, семье, рисование, лепка. Это состояние творческого вдохновения помогает человеку проникнуться смыслом своей жизни и почувствовать то важное, то ему хочется делать сейчас!

Компоненты учебного модуля данного тренинга:

1. Входной контроль уровня подготовленности по теме: «Поддержание высокого качества жизни тяжелого больного с учетом его природных психологических особенностей». Инструктаж, постановка целей и задач тренинга.

2. Основная часть (выполнение симуляционных упражнений общения со стандартизированными пациентами в связи их психологическими особенностями)

3. Дебрифинг

4. Итоговое выполнение заданий

Дебрифинг (англ. debriefing - обсуждение после выполнения задания) - следующий за выполнением упражнения его разбор. Анализ, действий обучающихся и обсуждение приобретенного ими опыта. Этот вид деятельности активизирует рефлексивное мышление (сознательное осмысление) и обеспечивает обратную связь для оценки качества выполнения задания и закрепле-

ния полученных навыков и знаний. Добиться рефлексии возможно задавая открытые активные вопросы: «Если бы вы снова оказались в такой ситуации, какие иные действия были бы в большей степени эффективны?», «Каким образом вы поняли, как следует действовать в данной ситуации?», «Как полученный сегодня опыт вы сможете применить в будущем в своей клинической практике».

Для осуществления эффективного структурированного дебрифинга необходимо разбить его на несколько этапов.

Пребрифинг - рассадить участников удобно, чтобы они могли видеть друг друга, обсудить вопрос о конфиденциальности, сообщить об учебных целях этого симуляционного опыта.

Эмоциональный этап - связан с обменом личными впечатлениями, эмоциональной разрядкой, выходом из роли и расслаблением.

Восприятие и интеграция - включают в себя детальный разбор положительных моментов и ошибочных действий.

Заключительный этап - обобщение полученного опыта, краткий обзор полученных умений и навыков. Дается задание для дальнейшей работы. Дебрифинг должен закончиться на позитивной ноте.

Вот примечательные слова медицинской сестры хосписа, которые приводят в своей книге «Путь к смерти. Жить до конца» Р. и В. Зорза: «Я получаю много радости от того, что я помогаю больным; я стараюсь, чтобы им было удобно, спокойно. Вот смотришь иногда на больного, страдающего, несчастного, а потом он засыпает спокойный, умиротворенный - так приятно это видеть, знать, что это я помогла ему заснуть. На это не жаль своих трудов».

Этические ориентиры общения с умирающими больными:

- Задавайте «открытые» вопросы, которые стимулируют самораскрытие больного.

- Используйте молчание и «язык тела» как общение: смотрите больному в глаза, слегка наклонившись вперед, время от времени нежно, но уверенно касайтесь его или ее руки. Особенно прислушивайтесь к таким мотивам, как страх, одиночество, гнев, самообвинение, беспомощность. Стимулируйте их раскрытие. Настаивайте на четком выяснении этих мотивов и сами старайтесь добиться их понимания.

- Предпринимайте практические действия в ответ на услышанное.

- Чаще прикасайтесь к руке умирающего. Психологи установили, что человеческое прикосновение – это мощный фактор, изменяющий практически все физиологические константы, начиная от пульса и кровяного давления, до ощущения самоуважения и изменения внутреннего ощущения формы тела. «Прикосновение – это первый язык, которому мы учимся, входя в мир» (Д. Миллер).

Служение больному «присутствием» имеет мощный психологический эффект даже когда у вас нечего ему сказать. Родственники или друзья мо-

гут просто тихо сидеть в комнате, не обязательно близко к кровати больного. Очень часто больные говорят, как это успокаивает и умиротворяет, когда просыпаешься и видишь невдалеке знакомое лицо. «Даже когда я иду Долиной Смерти, я не боюсь, потому что ты со мной».

Т.И. Поспелова, М.Ф. Осипенко, Д.В. Чебыкин
**АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ГРАНТОВОЙ ПОДДЕРЖКИ
СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ В НГМУ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В статье представлена актуальность работы с фондами, осуществляющими финансовую поддержку проектов, связанных с научными исследованиями, которые проводятся коллективами или отдельными учеными. Дана оценка динамики полученных грантов в НГМУ, показана основная проблематика участия студентов и молодых ученых в грантовых проектах.

T.I. Pospelova, M.F. Osipenko, D.V. Chebykin
**ACTUAL DIRECTIONS OF UNDERBACK SUPPORT OF
STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS IN NSMU**

Novosibirsk state medical university

Abstract. The article presents the relevance of the work with the funds engaged in financial support for projects related to research, which are conducted by individual scientists or teams. The estimation of the dynamics of grants received in NSMU, shows the basic problems of the participation of students and young scientists in grant projects.

Грантовая поддержка научных проектов проводится в первую очередь в целях активизации научно-исследовательской работы молодых ученых и стимулирования их инновационной деятельности, содействия развитию системы подготовки кадров для преподавательской работы. Данное содействие необходимо для выявления наиболее инициативных, самостоятельных и энергичных ученых, получающих значимые научные результаты и возможности в первую очередь молодым ученым за счет полученных грантов участвовать в программах стажировок, курсах повышения квалификации, всероссийских и международных конференциях, публиковать работы в зарубежных научных изданиях, приобретать расходные материалы для проведения своих исследований.

Выделяемое финансирование, с целью поддержки научных исследований, проводимых коллективами или отдельными учеными обеспечивает за-

интересованность к постоянному развитию научных разработок и являются экономическим стимулом для поиска новых перспективных идей, лекарственных средств, опытно-конструкторских разработок.

Наличие грантового финансирования – это не только дополнительное финансовое наполнение научных проектов, но в определенном роде определение научного статуса Университета, его подразделений и отдельных исполнителей. Опыт удачной реализации полученных грантов позволяет в последующем претендовать на осуществление более серьезных научных проектов, получение больших объемов финансовых средств на проведение научных исследований.

Анализируя грантовую и конкурсную активность сотрудников и учащихся ГБОУ ВПО НГМУ Минздрава России (далее Университет) за последние три года, следует отметить увеличение общего количества поданных заявок в различные Фонды и на разнообразные конкурсы с 25-ти в 2012 году до 35-ти в 2014 году, однако динамика данного роста не очень интенсивна. Данный факт во многом связан с отсутствием опыта подачи заявок на кафедрах и в подразделениях университета. Общее количество полученных грантов и призовых мест на конкурсах за минувший период увеличилось с 12-ти до 16-ти. Общая доля поддержанных заявок составила 46%, т.е. почти половина из поданных.

Наиболее ресурсоемкими, а соответственно эффективными для реализации отдельных научно-исследовательской проектов Университета из всех полученных грантов стали гранты Президента и Российского фонда фундаментальных исследований. Доля поддержанных грантодателем заявок составила 44% и 33% соответственно.

Среди грантов, которые традиционно поддерживаются грантодателями –это конкурсы Мэрии г.Новосибирска -40% из поданных заявок, Правительства Новосибирской области -55%, «Межвузовский центр содействия научной и инновационной деятельности студентов и молодых ученых Новосибирский области» -100%.

Эффективными к реализации показали себя заявки в фонд Прохорова (открытый благотворительный конкурс академической мобильности), Конкурс грантовой поддержки молодежных инновационных проектов «У.М.Н.И.К.», международный инновационный форум «Интерра» -получена поддержка 100% поданных заявок.

Давая оценку активности студентов и молодых ученых (интернов, ординаторов и аспирантов) следует отметить увеличение за последние 3 года количества заявок с 2-ух до 11-ти. Ключевым фактором, который отмечают грантополучатели –это увеличение информированности о проводимых мероприятиях.

Основной тематикой заявок, поддерживаемых различными фондами, является социально значимая направленность проектов, сочетающаяся с фундаментальными исследованиями. В частности, поддержку получили ис-

следования, посвященные лечению сахарного диабета, патологии сердечно-сосудистой системы, хирургической патологии поджелудочной железы, терапии состояния острого нарушения мозгового кровообращения, а также работы, посвященные клеточным технологиям в гинекологии и фармакокинетике модифицированных препаратов интерферона.

Касаясь проблематики участия сотрудников, молодых ученых и студентов в грантовых проектах, стоит указать несколько основных барьерных точек. В первую очередь это субъективные факторы: низкая активность со стороны кафедр, отсутствие у большинства заявителей опыта в написании грантов, боязнь больших объемов отчетности, следует сказать об отсутствии обязательного требования к кафедрам со стороны вуза к участию в грантовой работе.

Кроме того, существуют объективные критерии, не позволяющие получать отдельные виды грантовой поддержки:

- ограничение со стороны грантодателя относительно возраста молодых ученых – к кандидатам наук до 35 лет, к докторам наук до 40 лет;

- недостаточность научного задела авторов -публикаций в ведущих профильных журналах, выступлений на конференциях;

- недостаточность лабораторной базы, как следствие -ограничение грантовой поддержки со стороны крупных фондов (Российский научный фонд, Федеральные целевые программы);

- низкая вовлеченность в научные работы кафедр студентов и молодых ученых;

- в редких случаях необходимость софинансирования гранта.

Однако общие тенденции увеличения поданных заявок и доли поддержанных из них говорят о перспективности и востребованности данной работы в НГМУ. Поддержка ученых грантовым финансированием способствует развитию исследований в области медицины и фармации, позволяет сохранить научный и теоретический потенциал вуза.

Е.В. Потехина, Н.А. Горчакова
**СТРУКТУРА ПРОВЕДЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННОГО
ОБУЧЕНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ МОДУЛЯХ
КАСАЮЩИХСЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

Новосибирский медицинский колледж

Аннотация. В данной статье уделено особое внимание подготовке среднего медицинского персонала с использованием современных методик

построения практического занятия – метода симуляционного обучения и его влиянию на качества медицинского образования.

E. V. Potekhina, N. A. Gorchakova
**STRUCTURE FOR CONDUCTING SIMULATION TRAINING IN
PROFESSIONAL MODULES ON FIRST AID**

Novosibirsk medical College

Abstract. In this article, pay special attention to the training of nurses with the use of modern construction methods practical classes - method simulation training and its impact on the quality of medical education.

Будущее здравоохранения в решающей степени зависит от характера и темпов изменений медицинских технологий, качества теоретической и практической подготовленности персонала. Требования к уровню знаний и умений выпускников медицинских специальностей становятся только выше. Современные технологии в диагностике, новые подходы к лечению, меняющиеся схемы и алгоритмы работы, внедряемые протоколы оказания помощи - всё это влечет за собой необходимость пересмотра и совершенствования самой методики обучения.

При подготовке среднего медицинского персонала (фельдшеров, акушерок, медицинских сестер) произошло смещение приоритетов в сторону формирования профессиональных компетенций – от обеспечения только усвоения студентами фундаментальных и профессиональных знаний и умений, к готовности их применения в своей практической деятельности, прививания и отработки алгоритмов решения поставленных практико-ориентированных задач вне зависимости от ситуации.

Одной из главных проблем в настоящее время является не достаточно высокий уровень практической подготовки выпускников. Без сертификата специалиста студенты не имеют юридических основ для практической отработки и закрепления получаемых навыков на пациентах. Таким образом, перед нами поставлен вопрос - как и на каком субстрате обеспечить высокий уровень практической подготовки.

Становится очевидной необходимость создания симуляционных центров и развития симуляционных технологий для подготовки среднего медицинского персонала на соответствующем уровне.

Обучение в симуляционном классе даёт возможность получить широкий спектр профессиональных умений, повторить их неограниченное количество раз, моделировать различные ситуации в режиме реального времени и отрабатывать их без угрозы жизни пациента, приобрести навык быстрого принятия решений, разбирать ситуацию поэтапно, а также добиться полной психомоторной интеграции в процесс. Все это обеспечивает гармоничную связь знаний с закреплением умений, что повышает качество обучения

базовым манипуляциям и навыкам неотложной помощи, в том числе и в экстремальных ситуациях!

В Центре дополнительного профессионального образования и симуляционного обучения «Новосибирского медицинского колледжа» в профессиональных модулях касающейся вопросов оказания медицинской помощи проходят подготовку студенты специальностей «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело». На симуляторах отрабатываются манипуляции: - атравматичный вынос пострадавшего из очага поражения, освобождение из-под завалов, обеспечение временного гемостаза, устранение механической асфиксии (приём «лоб-подбородок»), боковое восстановительное положение тела, приём Хеймлиха), фиксация шейного отдела позвоночника; наложение антисептической, противоожоговой и окклюзионной повязок, проведение иммобилизации, обезболивание, термоизоляция и местная гипотермия, введение антидотов.

Также большое внимание уделяется обучению, отработке и закреплению навыков базовой сердечно-легочная реанимации у взрослых, детей и новорожденных в соответствии с рекомендациями Европейского совета по реанимации от 2010 года, а так же Методического письма № 15-4/10/2-3204 от 21.04.2010 г. по первичной и реанимационной помощи новорожденным детям. При отработке вышеперечисленных навыков используются следующие симуляторы: «Resusci Anne Basic», «ResusciAnne Skillguide», «Baby Anne», «Resusci Baby», «Поперхнувшейся Чарли», учебный дефибриллятор, набор манекенов с имитацией различных ранений.

Структура занятия:

1. Входной контроль (тестирование) - выявляет уровень теоретических знаний обучающихся и «слабые места» подготовки.

2. Брифинг – включает проведение мультимедийной презентации, показ видеороликов, анатомических моделей демонстрирующих правильное последовательное выполнение «разбираемых» манипуляций, обеспечивающих закрепление теоретических основ течения патологического процесса.

3. Работа с симулятором - вначале используется симулятор второго уровня реалистичности (без контроллера), затем симуляторы с электронным контроллером 3 уровня реалистичности, что позволяет исключить субъективность в правильности выполнения манипуляции.

4. Дебрифинг–проводится разбор полученных результатов при работе на симуляторах. Студенты совместно с преподавателем обсуждают наиболее важные вопросы по теме занятия.

5. Итоговое тестирование - осуществляется для определения уровня полученных знаний студентов и, следовательно, эффективности учебного процесса.

Особенностями симуляционного обучения в НМК является разбор объемных манипуляций в виде блоков. Например, СЛР разделена на следующие

щие блоки: подготовительный этап - определение показаний к проведению, набора базовых реанимационных мероприятий; этап А - обеспечение и поддержание проходимости верхних дыхательных путей; этап В -искусственная вентиляция легких; этап С - закрытый массаж сердца. Обучение проводится поэтапно от наиболее простого для технического усвоения и понимания к наиболее сложному. На каждом занятии разбирается один блок, и соответствующий технический навык доводится до автоматизма, на последнем занятии идет соединение этапов и отработка их в комплексе. Последнее занятие проводится, как контрольное, где студенты демонстрируют усвоенный технический и теоретический материал.

В наши приоритеты входит максимальная объективизации оценки полученных навыков и знаний путём разработки и внедрения контрольных листов. Контрольные листы составляются с учётом возможности оценки каждого блока реанимации отдельно и комплекса в целом.

Таким образом, особое внимание обучению в симуляционном классе уделяется не только оправданным, но и фактически нашим посильным вложением в качественное «завтра» современной медицины!

Д.А. Севостьянов
**УПРАВЛЕНИЕ ОСНОВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ
ПРОГРАММОЙ: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ**

Новосибирский государственный аграрный университет

Аннотация. Управление основной образовательной программой основано на применении образовательных стандартов. Однако внедрение новых образовательных стандартов не улучшает, а ухудшает фактическую ситуацию в образовании. Формальные требования к документации оказываются важнее, чем содержание образовательного контента. Это – инверсия в иерархии компонентов образовательной системы, разрушительная для самой системы. В связи с этим при внедрении образовательных стандартов требуется проводить оценку их регулирующего воздействия.

D.A. Sevostyanov
**MANAGEMENT OF THE BASIC EDUCATION PROGRAM:
INSTITUTIONAL AND ECONOMIC ASPECTS**

Novosibirsk state agrarian University

Abstract. Management of the main educational program based on the application of educational standards. However, the introduction of new educational standards

does not improve, worsens the actual situation in education. The formal documentation requirements are more important than the content of the educational content. This is the inverse in the component hierarchy of the educational system, damaging to the system. In this regard, it is necessary to conduct a regulatory impact assessment when implementing educational standards.

Основная образовательная программа по той или иной специальности базируется на Федеральном государственном образовательном стандарте (ФГОС). Известно, что действие ФГОС ограничено определенным сроком, после которого следует его замена. Эта замена требует, разумеется, определенных трудозатрат. ФГОС, как и любой другой документ, есть материализованный труд его разработчиков и составителей. Однако принятием данного документа работа над основной образовательной программой не заканчивается, а только начинается. К сожалению, оценка суммарных трудозатрат, необходимых при внедрении нового поколения ФГОС, до настоящего времени не была произведена. А между тем такая оценка представляется совершенно необходимой. В настоящее время при принятии того или иного нормативного акта на федеральном и местном уровне проводится оценка регулирующего воздействия этого документа. Такая оценка пока еще не распространяется на разработку и внедрение ФГОС, и очевидно, что это дело ближайшего будущего. В качестве первого шага оценки регулирующего воздействия ФГОС как раз и следует оценить потребный объем трудозатрат при смене образовательных стандартов.

При подготовке документов существуют определенные правила оценки их трудоемкости. Будем исходить из ныне практикующейся оценки: разработка нового документа – 60 часов на 1 печатный лист (п.л.), или 40 000 знаков; актуализация существующего документа или его рецензирование – 20 часов на 1 п.л. В качестве примера, рассмотрим ФГОС по специальности 060101 «Лечебное дело».

Новый ФГОС по данной специальности, исходя из этого подхода, требует 180 часов трудозатрат, так как составляет около 3 п.л. текста. Но это, конечно, только верхушка айсберга. Основная нагрузка по таким трудозатратам ложится на уровень образовательных учреждений. ФГОС по специальности «Лечебное дело» предусматривает преподавание 51 дисциплины, по каждой из которых в соответствии с новым ФГОС должна быть составлена новая рабочая программа. Каждая такая программа представляет собой документ объемом около 1,5 п.л. (часто и больше). Округляя, получаем 4500 человеко-часов трудозатрат. А поскольку каждая такая программа должна получить минимум 2 рецензии, то общее количество трудозатрат только по рабочим программам возрастает до 7500 человеко-часов. Это, в общем, и есть трудоемкость основной образовательной программы.

Однако и составлением рабочих программ работа в данном случае не ограничивается. По каждой из полусотни дисциплин требуется составить

учебно-методический комплекс. Как известно, это набор документов, который включает в себя утвержденные конспекты лекций, методические рекомендации для преподавателей (и методические указания для студентов) к практическим занятиям, методические материалы по самостоятельной работе студентов, а также контролирующие материалы; все эти материалы также подлежат рецензированию. Даже учитывая, что данные материалы в некоторой своей части не пишутся целиком заново, а создаются на основе ранее разработанных учебно-методических комплексов, то все равно объем трудозатрат при создании каждого нового УМКД как минимум в десять раз превышает затраты времени и сил на создание рабочей программы. Таким образом, трудозатраты в *одном* вузе и по *одной* специальности, связанные с внедрением нового ФГОС, возрастают до $75000+7500=82500$ человеко-часов (и это при крайне скромной оценке). А поскольку в вузе изучается не одна, а несколько (скажем, десять) специальностей (с учетом бакалавриата и магистратуры, вероятно, и больше), то общий объем трудозатрат соответственно десятикратно увеличивается.

Весь этот объем работы (в общей сложности 825000 человеко-часов) предстоит освоить профессорско-преподавательскому составу вуза, причем эта работа не может быть равномерно распределена на всех. Не все преподаватели по своему статусу могут, например, составлять конспекты лекций и рабочие программы; многие преподавателей медицинских вузов постоянно заняты работой в клинике и физически неспособны отвлекаться на методическую работу, и так далее. Но если все же взять усредненные цифры и предположить, что в вузе работает, скажем, 500 преподавателей, то на каждого из них в этой ситуации приходится по 1650 часов нагрузки только для того, чтобы привести рабочие программы и УМКД в соответствие с новой версией ФГОС (а это фактически составляет полную годовую ставку). Когда же им в этой ситуации, собственно, преподавать?

Разумеется, преподаватели в любом случае не все свое рабочее время посвящают аудиторным часам. Около половины их нагрузки приходится на научную и методическую работу. Но эта нагрузка включает много различных мероприятий и помимо подготовки УМКД. Профессорско-преподавательский состав должен тратить и тратит значительную часть своего времени на подготовку научных конференций, в том числе и студенческих. Кроме перечисленных здесь документов, входящих в состав УМКД, преподаватели создают учебники и учебные пособия. Немало времени требует организационная работа (обязательное посещение совещаний и заседаний ученых советов, апробаций и защит диссертаций и так далее). Времени требует и воспитательная работа. Наконец, основу обучения (в идеале) должны составлять результаты собственных научных исследований преподавателей данного вуза (чем и определяются его конкурентные преимущества на рынке образовательных услуг). Таким образом, эта вторая часть ра-

боты преподавателей и без обновления УМКД под очередную версию ФГОС в достаточной мере содержательно заполнена, и даже порой сверх меры.

Чтобы придать ситуации большую наглядность, можно прибегнуть и к такому приему. Представим себе (хоть это и нелегко) физический объем УМКД, обновляемых при выходе новой версии ФГОС. Примем объем одного УМКД, вместе с рабочей программой и всеми приложениями, в 20 печатных листов. Это 320 страниц. Умножив это количество на 50 дисциплин и на 10 специальностей, получаем 160000 страниц. Это 320 пачек бумаги, или 64 стандартные коробки. Чтобы перевезти такой вес и объем, нужен небольшой грузовик. При введении нового УМКД старый поэтапно упраздняется. Следовательно, другой такой же грузовик бумаги подлежит списанию. Но в России – 367 одних только университетов. То, что в масштабах вуза – один этот грузовик, в масштабе всех учебных заведений страны превращается в железнодорожный эшелон бумаги. Бумаги не пустой, а содержащей результаты интеллектуального труда множества людей. Эта небольшая иллюстрация показывает нам, что все учебные заведения огромной страны буквально захлебнулись в бумаготворчестве, которому они вынужденно предаются вместо своей основной деятельности – готовить будущих специалистов (бакалавров, магистров) для народного хозяйства страны. Основываясь на вышесказанном, отметим: лицам, принимающим решения, необходимо представлять себе, каковы реальные последствия внедрения образовательных стандартов очередного поколения.

Можно возразить, что преподаватели в любом случае обязаны обновлять (систематически актуализировать) содержимое УМКД, как и основную образовательную программу, поскольку жизнь не стоит на месте. Но у содержательного и формального обновления разные цели, и на выходе получаются разные результаты. Инициатива по содержательному обновлению исходит снизу, с уровня кафедр, разрабатывающих новый контент для наполнения учебного процесса. Инициатива же формального обновления навязывается сверху, причем в директивной форме. А ликвидация ранее наработанного лишь демотивирует преподавателей.

Как же фактически преподаватели выходят из положения? Здесь нет никакого секрета. Первый (и главный) способ управиться вовремя – менять форму УМКД, практически сохраняя прежнее его содержание. Это может быть в известной мере оправдано применительно к таким дисциплинам, содержательное наполнение которых и так не меняется много лет (например, анатомия человека). Но, в целом, эта тенденция повышению качества учебного процесса, мягко говоря, не способствует. Далее, преподаватели, желая сохранить свои рабочие места, просто выполняют излишнюю, фактически неоплачиваемую работу. Кроме того, рецензирование учебно-методических материалов, что греха таить, нередко приобретает чисто формальный ха-

ракти. И наконец, преподавателям, ограниченным во времени, приходится чем-то жертвовать. И это «что-то», как правило – к сожалению, научная работа, которая и должна способствовать содержательному, а не формальному обновлению учебного процесса.

Формальные требования и содержание образовательного контента – два компонента образовательной системы, находящиеся в иерархически подчиненном положении. В будущей профессиональной деятельности специалиста главнейшее значение имеет именно содержание, то есть то, чему человек научился, в то время как формальные требования носят подчиненный, служебный характер. Если же формальные требования выходят на первый план, то налицо инверсия, разрушающая иерархию (то есть образовательную систему). Именно это, к сожалению, и происходит на наших глазах. Следовательно, назрел вопрос о концептуальных изменениях в подходе к построению образовательных систем.

С.Ю. Соболева

**ПРИМЕНЕНИЕ БЛОЧНО-МОДУЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В
ПРЕПОДАВАНИИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН (НА
ПРИМЕРЕ «МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»)**

Волгоградский государственный медицинский университет

Аннотация. В статье возможности блочно-модульных технологий рассматриваются с точки зрения их применения в преподавании управленческих дисциплин, а также в связи с внедрением концепции индивидуализации образования. Если в первом случае такие технологии применимы и рациональны, то на уровне образовательных программ их внедрение сопряжено с определенными объективными трудностями, связанными с нормами российского образования.

S. Y. Soboleva

**THE USE OF MODULAR TECHNOLOGY IN TEACHING
MANAGERIAL DISCIPLINES (FOR EXAMPLE, IN HEALTH
CARE MANAGEMENT)**

Volgograd state medical University

Abstract. In the article the possibilities of implementing of modular technologies in educational system are studied at a level of an academic subject and in regard with the concept of individualization of education. The author considers it reasonable in the first case but sees definite objective difficulties

connected with Russian educational standards in adopting those technologies at the level of educational program.

Блочно-модульные технологии обучения наряду с проблемными, концентрирующими, развивающими относятся к числу наиболее передовых и соответствующих современному уровню развития общества и требованиям учебного процесса. В условиях перехода к гуманитарной парадигме образования центр внимания переносится к личности обучаемого, обладающей уникальными индивидуальными характеристиками.

При этом основная идея блочно-модульной технологии состоит в том, что обучающийся имеет возможность самостоятельно (полностью или частично) строить собственную учебную программу. Модульная технология призвана обеспечить индивидуализацию обучения: по его содержанию, по темпу усвоения, по уровню самостоятельности, по методам и способам учения, по способам контроля и самоконтроля.

Отличие модульного обучения от других систем обучения заключается в следующем:

- содержание обучения представляется в законченных самостоятельных комплексах;
- дидактическая цель формулируется для обучающегося и содержит в себе не только указание на объем изучаемого содержания, но и на уровень его усвоения;
- меняется форма общения преподавателя и студента, отношения становятся более паритетными;
- студент работает максимум времени самостоятельно, учится целеполаганию, самоорганизации, самоконтролю и самооценке.

На наш взгляд, применение блочно-модульных технологий можно рассматривать на различных уровнях, как на уровне преподаваемой дисциплины, так и на уровне подготовки бакалавра, специалиста, магистра.

Так, в преподавании дисциплины предусматривается разделение учебного материала на модули, являющиеся законченными тематическими блоками. Каждый блок содержит определенное количество тем, связанных логически и дополняющих друг друга. Например, базовая дисциплина для менеджеров - теория менеджмента разделена на два блока – история менеджмента и основы менеджмента, которые изучаются соответственно в течение первого и второго семестров. При этом история менеджмента содержит три модуля – возникновение (классические школы менеджмента), становление (школы психологии и поведения) и развитие менеджмента на современном этапе (количественный, системный, процессный и ситуационный подходы). Основы менеджмента включают следующие модули: развитие теории и практики менеджмента, методологические основы менеджмента, культурно-этические и социально-психологические аспекты менеджмента. В процессе изучения тем первого модуля у студентов формируется целостное представление о менеджменте как о самостоятельном, особом

виде управленческой деятельности, второй модуль посвящен изучению природы, состава и особенностей применения управленческих функций, третий модуль раскрывает технологии менеджмента по управлению человеком (работником) и группой (командой). Каждый модуль завершается модульной контрольной работой, которая подводит итог изучению определенной тематического блока дисциплины.

Существует иной взгляд на понимание блочно-модульных технологий, заключающийся в выделении в учебном материале несколько иных модулей: проблемный – постановка целей обучения; информационный – подача лекционного материала; расширенный – расширение и углубление полученных знаний; модуль систематизации - последовательный переход от восприятия, осмысления и обобщения отдельных фактов к формированию понятий, категорий и систем; контрольный – учет степени развития компетенций студентов. По нашему мнению, эти два подхода не противоречат, а лишь дополняют друг друга содержательно и концептуально.

Блочно-модульные технологии связаны с еще одной современной образовательной концепцией – индивидуализации образования, в основе которой - право студента формировать содержание своего образования, адекватное структуре его личности. Внедрение такой системы предусматривает появление в образовательной среде новой фигуры – тьютора, консультирующего студента по вопросам реализации его индивидуального плана обучения. Однако введение позиции тьютора, во-первых, достаточно проблематично для системы российского вузовского образования, так как требует дополнительных финансовых затрат, а во-вторых, является явно недостаточным, поскольку для реализации данной концепции нужна новая организация всего образовательного процесса в масштабах страны. А поскольку на современном этапе с одной стороны, вузы лишены полной самостоятельности в формировании плана учебного процесса, а с другой стороны, студенты жестко привязаны в учебному плану конкретного образовательного учреждения, построение индивидуальной образовательной траектории с подбором и сочетание различных учебных модулей невозможно. Учебная мобильность студентов, как один из показателей индивидуализации образования, сопряжена с большим количеством проблем из-за несогласованности учебных планов различных вузов и с необходимостью досдавать пропущенные дисциплины в случае решения изучать какой-либо блок в другом вузе. Таким образом, индивидуализация учебного процесса, построение его по блочно-модульному принципу на сегодняшний момент возможно реализовать только в рамках дисциплин по выбору одного вуза.

На наш взгляд, решение проблемы внедрения блочно-модульных технологий на уровне реализации образовательной программы должно, учитывать направление подготовки студента. Так, для гуманитарных направлений (например, менеджмент) было бы желательно предоставление большей свободы студенту в плане выбора изучаемых дисциплин, предусматривающей

возможность набора зачетных единиц, положенных по стандарту, а не выполнение учебного плана определенного вуза. Для перехода к такой системе образования на первом этапе возможно предусмотреть закрепление обязательных дисциплин за определенным семестром, с тем, чтобы дать возможность студенту выбора вуза обучения без необходимости пересдавать пропущенные дисциплины. Таким образом, при наборе студентом определенного количества зачетных единиц в рамках определенного направления он может получить диплом об образовании, в приложении которого будут отражены изученные им по его выбору дисциплины. Однако о возможности такого формата обучения по техническому или естественно-научному (медицинскому) профилю должно рассуждать специалисты.

Таким образом, блочно-модульные технологии – это, скорее, приведение в систему хорошо известных форм и методов работы, таких как отбор учебного материала, рациональное сочетание индуктивного и дедуктивного подходов, общих и специальных умений и навыков самостоятельного труда студентов, ориентация на самостоятельное добывание знаний и умений. Их применение как на уровне преподавания дисциплины, так и на уровне образовательной программы способствует оптимизации, гуманизации и диверсификации учебного процесса.

Литература.

1. Агапов И. Г. Учимся продуктивно мыслить // Библиотечка «Вестника образования». — М., 2001. — № 2.

2. Панфилова А.П. Игровое моделирование в деятельности педагога: учеб. пособие для студ. Высш. Учеб. Заведений / А.П. Панфилова; под общей редакцией В.А. Сластенина, И.А. Колесниковой. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 368 с.

С.А. Столяров, И.Е. Госсен
**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ
СЕСТЕР С ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ, КАК МЕНЕДЖЕРОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ОПЫТ РАБОТЫ)**

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Аннотация. Подготовка медицинских сестер с высшим образованием является актуальной в России и повышает обоснованность принятия управленческих решений при руководстве медицинскими организациями всех форм собственности

S.A. Stolyarov, I.E. Gossen
**SOME ASPECTS OF THE TRAINING OF NURSES WITH
HIGHER EDUCATION AS HEALTH CARE MANAGERS
(EXPERIENCE)**

Altai State Medical University, Barnaul

Abstract. Training of nurses with higher education is very important in Russia. It enhances the validity of managerial decision-making in the management of health care organizations of all forms of ownership.

Сегодня ни одна медицинская организация, не может эффективно управлять своей деятельностью, не имея квалифицированных руководителей. Многие проблемы хозяйствующих субъектов здравоохранения часто связаны не столько с недостаточным финансированием, сколько с ошибками в организации их работы и управления. В условиях рыночных отношений, в которых сегодня функционируют организации здравоохранения Российской Федерации, большое значение имеет квалификация управленческих кадров. Последние, являясь одним из наиболее ценным и значимым в системе ресурсов здравоохранения, обеспечивают результативность и эффективность деятельности как всей системы здравоохранения в целом, так и отдельных ее структурных единиц [1]. Одним из главных факторов, сдерживающих действенное управление здравоохранением можно считать недостаточную профессиональную компетентность лиц, принимающих управленческие решения и неподготовленность многих работников действовать в рыночных условиях, при которых в центре внимания находятся конкретные достижения и удовлетворение запросов потребителей.

Необходимость внедрения методов современного управления в здравоохранении приобретает всё большую актуальность, но недостаточная подготовка ряда менеджеров здравоохранения, обуславливает их невысокую компетентность в принятии управленческих решений, что в свою очередь приводит к снижению эффективности деятельности медицинского субъекта [2].

Нужно отметить, что менеджер здравоохранения — это не только директор, главный врач или заведующий отделением; старшая и главная ме-

дицинские сестры также являются менеджерами здравоохранения, осуществляющие управление на своих уровнях [3]. Руководители сестринских служб медицинских организаций могут относиться к разным уровням управления, как к низшему (старшая медицинская сестра отделения), так и к высшему (зам. главного врача по работе с сестринским персоналом, главная медицинская сестра, директор дома сестринского ухода, директор центра медицинской профилактики и пр.). Главные медицинские сестры (акушерки и фельдшера) — основная группа руководителей сестринских служб осуществляющих руководство работой, прежде всего, старших медицинских сестер подразделений и обеспечивают управление сестринским делом.

Одной из тенденций мирового здравоохранения является повышение роли сестринского персонала в вопросах управления, что требует, в свою очередь, получения им знаний по экономическим и управленческим дисциплинам. С этой целью в России создана многоуровневая система подготовки сестринского персонала, где можно выделить несколько уровней:

1. Базовый (основной, углубленный) уровень подготовки — колледж.
2. Высшее сестринское образование — институт (университет).
3. Послевузовское образование — интернатура.
4. Профессиональная переподготовка.

Многоуровневая система подготовки сестринского персонала реализуется через обучение медицинских сестер на факультетах высшего сестринского образования (ФВСО), где на профильных кафедрах изучаются управленческие дисциплины: теория управления, менеджмент в здравоохранении, маркетинг в здравоохранении, экономика, экономика здравоохранения, общественное здоровье и здравоохранение, бухгалтерский учет, делопроизводство, психология, правовые основы охраны здоровья, медицинское и фармацевтическое товароведение, медицинская психология и пр., что создает предпосылки для эффективного управления медицинской организацией.

Алтайский государственный медицинский университет (АГМУ) открыл ФВСО в 2004 г. В этом году было набрано наибольшее количество студентов, как на дневное, так и на заочное отделение, проживающих преимущественно в Алтайском крае. 35 студентов первого набора уже работали старшими или главными медицинскими сестрами.





В 2010 г. число студентов, поступающих на ФВСО, сократилось — это объясняется, в частности прекращением бюджетного финансирования очного отделения, а также некоторым насыщением медицинских организаций Алтайского края данными специалистами. Ряд лиц, получивших высшее сестринское образование, уже закрепились на своих рабочих местах, а новых рабочих мест недостаточно (ставка старшей медсестры в отделении — одна, ставка главной медсестры в медицинской организации, как правило, также одна). Многие медицинские сестры понимали, что в связи этим, подъем по карьерной лестнице для них будет затруднителен, а получать высшее образование, чтобы работать простой медсестрой, да еще и платить за это деньги не имеет смысла. Необходимо заметить, что ряд медицинских вузов в других регионах столкнулся с такой же проблемой и в ряде из них ФВСО были закрыты.

В связи с этим внимание ФВСО АГМУ было обращено на близлежащие регионы, в которых ощущалась нехватка сестринского персонала с высшим образованием — Республика Алтай, Республика Тыва, Кемеровская область. Проявили интерес к получению высшего образования и медицинские сестры, проживающие в Казахстане. Приглашение лиц из этих регионов увеличило динамику поступления студентов на данный факультет. Кроме этого закрытие ФВСО в других вузах, перенаправило поток студентов в АГМУ, где появились студенты, проживающие в других регионах России (например, в Калининградской области).

Еще одним моментом, который повлиял на решение руководства АГМУ сохранить ФВСО, явился тот факт, что большая часть затрат на обучение медсестер с высшим образованием, относится на условно-постоянные издержки, и экономический расчет показывает, что набор определенного количества студентов на ФВСО, дает возможность не только окупить его работу, но и создать «задел» на будущее, что проявится в привлечении выпускников в интернатуру, а также в проведении циклов повышения квалификации в дальнейшем.

Говоря о выпуске на ФВСО нужно отметить, что он сохраняется почти на одном уровне, что связано на наш взгляд с тем, что подавляющее большинство студентов ФВСО составляют женщины (96-97%), По разным причинам они прерывают свою учебу, чаще всего из-за беременности. Но

обычно, через год после родов, они восстанавливаются в вузе и чаще всего успешно заканчивают его.

Выпускники ФВСО АГМУ работают как на должностях низшего, так и высшего уровней управления в государственных (муниципальных) и частных медицинских организациях, предприятиях по продаже медицинской техники, оздоровительных центрах и пр. По данным Главного управления здравоохранения Алтайского края, на сегодняшний день руководящие должности занимают 146 выпускников ФВСО. Исходя из сказанного выше, напрашивается вывод о том, что спрос на получение высшего сестринского образования имеется и его можно и нужно удовлетворять, так как получение подготовки на ФВСО:

- повышает уровень обоснованности принятия управленческих решений при руководстве медицинскими организациями всех форм собственности;
- увеличивает конкурентоспособность персонала в современном мире, где работодателю нужны инициативные, разносторонние, целеустремленные, заинтересованные в самореализации профессионалы, обладающие гибкостью и адаптивностью, высокой степенью самоорганизации;
- содействует профессиональной мобильности и социальной защищенности лиц, имеющих высшее образование;
- обеспечивает получение квалификации «менеджер», которая не предусмотрена базовыми программами высшего образования медицинских вузов;
- расширяет возможности реализации личных образовательно-профессиональных интересов;
- обеспечивает высокий уровень качества образования, поскольку человек сам заинтересован в своем образовании.

Именно поэтому подготовка медицинских сестер с высшим образованием является актуальной в России.

Однако в последнее время появилась информация о возможном закрытии факультетов ВСО в связи с тем, что обучение в медицинском вузе должно вестись только по очной форме. На это нужно заметить, что выпускники ФВСО получают, по сути, управленческое образование, о чем говорит принятый еще в 2000 г. Государственный образовательный стандарт (ГОС) специальности 040600 «Сестринское дело», где прямо указана квалификация выпускника — «Менеджер», что дает право обучать специалистов в заочной форме, т.к. специальность, не чисто медицинская, а управленческая. В новом Федеральном Государственном образовательном стандарте (ФГОС), по направлению подготовки 040500 «Сестринское дело», принятый в 2011 г., введена дополнительная управленческая дисциплина («Теория управления») и говорится о том, что возможно проведение обучения по данному направлению в очно-заочной и заочной формах. Необходимо понимать, что

большинство работающих медицинских сестер, не смогут получить высшее образование в очной форме (работа, дом, дети, хозяйство). Даже если предположить, что на очную форму пойдут молодые выпускники медицинских колледжей (нигде не работавшие), то их дальнейшая карьера будет печальной. Ни один вменяемый главный врач не возьмет на руководящую должность медицинскую сестру без опыта работы, а делать инъекции или клизмы работник с высшим образованием едва ли захочет, что приведет к его неудовлетворенности работой. Поэтому получение профильного управленческого образования в заочной форме на ФВСО должно быть сохранено.

Литература

1. Столяров С.А., Колядо В.Б., Трибунский С.И. Некоторые аспекты управления здравоохранением и необходимость совершенствования профессиональной подготовки управленческих кадров. XXXVI науч. конф. НИИ КППЗ СО РАМН Общественное здоровье третьего тысячелетия: Материалы — Издательство СО РАМН. — Новокузнецк, 2002. — С.72-75.
2. Столяров С.А. Менеджмент в здравоохранении. Барнаул, 2011. — 523 с.
3. Госсен И.Е., Столяров, С.А. Опыт подготовки управленческих кадров здравоохранения. V Международная научно-практическая конференция: «Современные подходы к продвижению здоровья». (Гомель, 14-15 мая 2014 г.). Выпуск 5. Гомельский ГМУ. Гомель, 2014. С. 79.

УПРАВЛЕНИЕ ПРОГРАММАМИ СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

А.А. Лаврова

РИСК-МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ В РОССИИ

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. Риск - будущее качества медицинской организации». Внедрение СМК предупреждает и сокращает возможные нежелательные эффекты и обеспечивает постоянное улучшение деятельности медицинской организации.

A. A. Lavrov

RISK MANAGEMENT IN HEALTH CARE IN RUSSIA

Novosibirsk state medical University

Abstract. Risk the future of the healthcare organization. The implementation of QMS prevents and reduces the potential adverse effects and provides continuous improvement activities of the medical institution.

Актуальность статьи в том, что приоритетом управления рисками в медицине является управление качеством лечебно - диагностического процесса. Главными инструментами риск - менеджмента в здравоохранении являются модули структурных стандартов КМП (Качество медицинской помощи), а также модели конечных результатов труда.

В конце XX века в теории и практике управления экономически развитых стран возникло новое направление-управление риском (риск - менеджмент).

Риск - менеджмент изучает влияние на различные сферы деятельности человека случайных событий, наносящих физический и моральный ущерб.

Управление рисками (риск - менеджмент) - это система мер, целью которых является уменьшение повреждающего или уничтожающего воздействия опасности на здоровье, жизнь, имущественное, финансовое положение рискующего и т.д.

Снижение риска подразумевает уменьшение либо размера возможного ущерба, либо вероятности наступления неблагоприятных событий. Чаще это достигается при помощи осуществления предупредительных организационно - технических мероприятий, под которыми понимаются различные способы усиления системы безопасности (обучение персонала, установка систем оповещения и т.д.).

Сохранение риска не всегда означает отказ от любых действий. Организация может создать резервный фонд (фонды самострахования или фонды риска), из которых будет производиться компенсация убытков при наступлении неблагоприятных ситуаций. Такой метод управления рисками называется самострахованием.

К мерам, осуществляемым при сохранении риска, могут быть также причислены получение кредитов и займов, получение государственных дотаций и т.д.

Меры по передаче риска означают передачу ответственности за него третьим лицам при сохранении существующего уровня риска. К ним относятся страхование, а также различного рода финансовые гарантии, поручительства и т.п.

Действенная и эффективная система управления КМП (Качество медицинской помощи) активно сокращает степень риска врачебных ошибок.

Литература.

1. Вялков А.И., Кучеренко В.З., Вардосанидзе С.Л. и др. Клинический менеджмент. - М.: Медицина, 2009.

2. Гришин В.В., Семенов В.Ю., Поляков И.В. и др. Обязательное медицинское страхование: организация и финансирование. - М., 2010.

3. Кабанов М., Кален Д., Леви Л., Судаков К. Общественные системы в период социально-экономических преобразований. - СПб, 2011.

4. Корчагин В.П. Финансовое обеспечение здравоохранения. - М.: Элиэвр, 2012.

М.Г. Мамадалиева
**ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ - ВАЖНЫЙ ФАКТОР
ПОВЫШЕНИЯ ВВП РОССИИ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В статье анализируется роль здоровья населения как важнейшего фактора, способного оказывать влияние на экономические показатели страны. Здоровье населения и экономика государства имеют тесную взаимосвязь и взаимозависимость: не только экономика влияет на здоровье населения, но и здоровье населения оказывает влияние на экономику государства.

M. Mamadaliyeva
**POPULATION HEALTH IS AN IMPORTANT FACTOR IN
INCREASING THE GDP OF RUSSIA**

Novosibirsk state medical University

Abstract. The article analyzes the role of public health as a major factor that can have an impact on economic performance. The health of the population and economy of the state have a close relationship and interdependence: not only the economy affects people's health, but the health of the population affects the economy of the state

Взаимосвязь между здоровьем населения страны, с одной стороны, и экономическим ростом, с другой, признается и медицинской и экономической науками. В условиях наблюдающегося в последние десятилетия старения населения взаимовлияние здоровья и экономического роста выходит на передний план в качестве компенсаторного механизма поддержания экономического роста при сокращении притока рабочей силы. Улучшение здоровья населения за счет пролонгации работоспособности приводит к увеличению предложения рабочей силы, росту производительности труда и, соответственно, росту экономических показателей развития, как отдельных регионов, так и страны в целом.

Во все времена здоровье человека считалось величайшим благом и естественной, абсолютной и непреходящей ценностью, поэтому здоровью населения придается первостепенное значение при планировании и осуществлении экономической политики государства.

Экономика здравоохранения неразрывно связана с экономическим благополучием страны. Существует тесная взаимосвязь здравоохранения со всеми отраслями народного хозяйства, что предопределяет: влияния здоровья населения и здравоохранения на развитие народного хозяйства в целом и отдельных его отраслей; влияния экономики отдельных отраслей на здоровье населения. Это означает, что экономика здравоохранения – отраслевая экономическая наука, которая изучает взаимодействие здравоохранения с экономикой народного хозяйства, формирование, распределение и исполь-

зование в здравоохранении материальных, трудовых и финансовых ресурсов. Состояние системы здравоохранения влияет на развитие экономики народного хозяйства через сохранение здоровья населения (снижение смертности в трудоспособном возрасте, снижение младенческой и по возрастной смертности детей, снижение заболеваемости и инвалидизации, увеличение средней продолжительности жизни). Здоровье народа как условие экономического роста страны.

Здоровье – важнейший фактор общественного развития во всех экономических системах. Однако наибольшую значимость потребность в здоровье имеет в странах с социально ориентированной рыночной экономикой. Основная цель социальной рыночной экономики – достижение высокого уровня качества жизни населения, важнейшей составной частью которого является сохранение и укрепление здоровья. В условиях социально ориентированной рыночной экономики потребность в здоровье становится системообразующим фактором, а сама экономическая система понуждает человека к укреплению своего индивидуального здоровья. Здоровье народа является не только самоцелью, но и одним из необходимых условий экономического роста страны. Здоровье касается ключевого элемента производительных сил — непосредственно производителя с его способностями к работе и навыками к труду. Здоровье оказывает прямое воздействие на производительность труда и только полноценное здоровье позволяет добиваться высокой производительности труда. Будучи неотъемлемым свойством трудовых ресурсов, здоровье, наряду с другими качественными характеристиками рабочей силы (образованием, квалификацией), оказывает существенное влияние на темпы социально-экономического развития общества. Состояние здоровья населения предопределяет благополучие семей, предприятий разного профиля, экономическое благополучие региона, а также предопределяет количественную и качественную характеристику трудовых ресурсов и социальную, экономическую и трудовую активность населения, что в свою очередь, оказывают непосредственное воздействие на уровень важнейших макроэкономических показателей (ВВП, национальный доход и др.).

На наш взгляд, увеличение расходов на здравоохранение позволит значительно улучшить здоровье населения и повысить качество жизни людей, что в свою очередь будет способствовать росту экономического потенциала страны в соответствии с основами теории институциональной экономики.

Литература.

1. Аганбегян А.Г. «Как долго жить и оставаться здоровым». – М.: 2011.
2. А.Емельянов. Продовольственная бедность населения России: истоки и пути преодоления.// Экономист. – 2012. - №10 – с. 78.
3. Окрепилов В.В. Экономика качества. – СПб.: Наука, 2011.

О.Е Пачковская
**ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА
КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТА МЕДИЦИНСКИХ
ОРГАНИЗАЦИЙ В УСЛОВИИ «ЭФФЕКТИВНОГО
КОНТРАКТА»**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В современных условиях в РФ для всех хозяйствующих субъектов в здравоохранении предусмотрена обязательная процедура обеспечения внутреннего контроля совершаемых фактов хозяйственной жизни медицинской организации. Данная процедура должна включать отражение информации о контроле целевых оценочных показателей по использованию кадров и оплате их труда. В этих условиях возрастают требования к качеству менеджмента в медицинских организациях, руководители которых в соответствии с уставами отвечают за вопросы формирования штатных расписаний и оплату труда.

О. Е. Paczkowska
**ENSURING INTERNAL QUALITY CONTROL PERSONNEL
MANAGEMENT MEDICAL ORGANIZATIONS IN AN
«EFFICIENT CONTRACT»**

Novosibirsk state medical University

Abstract. In the present conditions in Russia for all businesses in health care there is a mandatory procedure to ensure internal controls made by the facts of economic life medical organization. This procedure shall include the information reflected on the control target estimates for the use of personnel and their remuneration. Under these conditions, increased demands for quality management in health care organizations, whose leaders are in accordance with the statutes are responsible for the formation of regular issues schedules and labor.

Актуальность данной статьи в том, что в менеджменте медицинских организаций появляется необходимость обеспечения внутреннего контроля и внешнего мониторинга ключевых показателей эффективного использования кадров и оплаты их труда.

В современных условиях развития рыночных отношений в здравоохранении партнерские взаимовыгодные отношения государственных медицинских организаций и частных клиник также затрагивают вопросы трудовых отношений, что, в свою очередь, отражается на динамике целевых показателей деятельности в здравоохранении.

По нашему мнению, появились тенденции выведения на первый план регулирования трудовых отношений или договорных способов заключения контракта. Это само по себе содержит инновационный переход к правовому регулированию трудовых отношений, предложение начать делать трудо-

вой договор реальным соглашением сторон — эффективным контрактом, что будет фактической переориентацией соотношении публичного и частного в трудовом праве.

Инновационные решения в трудовом праве, предложения по совершенствованию трудового законодательства, обеспечивают условия для реализации частных потребностей индивидов и их коллективов.

На наш взгляд, основным моментом качества медицинской помощи является комплексная оценка качества в здравоохранении на основе независимых показателей: а) качества структуры;

б) качества процесса, — которые в значительной степени и определяют конечное качество на выходе;

в) качество результата.

В ведущих европейских странах меры по повышению качества концентрировались и определялись оценкой качества структуры (уровень квалификации и потенциал профессионального развития работников здравоохранения, оснащенность медицинских организаций специальным оборудованием и обеспеченность лекарственными средствами и т. п.). В настоящее время, можно отметить заметный рост как спектра показателей оценки процессов и исходов медицинской деятельности, так и понимание их сильных и слабых сторон.

Качество выполнения профессиональных функций сотрудниками медицинских организаций оценивается с позиций эффективности, безопасности и ориентации на интересы и личность больного.

Таким образом, современные подходы по реформированию систем оплаты труда в здравоохранении РФ опираются на персонализацию критериев выплат через утверждение для разных групп медицинских организаций и разных медицинских работников уникальных наборов индикаторов оценки их труда.

В то же время часть мотивационных экономических стимулов может быть единой и основываться на выборе шаблонных показателей, сквозных для оценки учреждения, его руководителя, администрации, линейных руководителей (заведующих отделениями), исполнителей (врачей, средних медицинских работников, младших медицинских работников).

Для здравоохранения участие в инновационной деятельности и совершенствовании кадрового менеджмента выражается прежде всего: в выборе и обосновании способов правового обеспечения трудовых отношений (коллективных и индивидуальных), возникающих в ходе инновационной деятельности; принятии нормативных актов, регулирующих трудовые отношения в условиях применения новых видов занятости: аутстаффинга (аутсорсинга), заемного труда, дистанционной работы (телемедицины).

Литература

1. Указ Президента РФ от 07.05.2012 №597 О мероприятиях по реализации государственной социальной политики.

2. Указ Президента №598 от 07.05.2012 О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения.

3. Распоряжение Правительства РФ от 26.11.2012 №2190-р Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012—2018 гг.

4. Распоряжение Правительства от 28.12.2012 №2599 План мероприятий (Дорожная карта) Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения.

5. Распоряжение Правительства РФ от 15.04.2013 №614-р Комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения медицинскими кадрами до 2018 г.

А. К. Понунаева

ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЗВЕНЕ

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. Статья посвящена реализации нового проекта по внедрению системы менеджмента качества (СМК) в условиях одной из поликлиник России на основе ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования». В статье приведены основные этапы и ожидаемые эффекты от реализации проекта.

A. K. Panunaeva

IMPLEMENTATION OF THE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM IN OUTPATIENT LINK

Novosibirsk state medical University

Abstract. Article is devoted to a new project for the implementation of the Quality Management System (QMS) under one of the clinics on the basis of Russian GOST ISO 9001-2011 «Quality Management Systems. Requirements . “ The paper presents the main stages and the expected effects of the project.

Актуальность данной статьи в том, что внедрение СМК обеспечит условия для постоянного улучшения процессов оказания медицинских услуг, стабильное повышение их качества, раскроет потенциал медицинской организации, позволит гибко реагировать на изменения требований потребителей и повысит конкурентоспособность организации.

На сегодняшний день система российского здравоохранения претерпевает существенные изменения: вводятся в действие новые нормативные

правовые акты, в процессе реализации целевых государственных программ улучшается состояние материально-технической базы медицинских организаций (МО), совершенствуются технологии управления, которые используют современные главные врачи и т. д.

Преобразования в системе организации здравоохранения нашей страны, связанные с укрупнением медицинских организаций, повышением их самостоятельности и ответственности за обеспечение доступности и качества оказания медицинской помощи, требуют изменения системы управления МО, совершенствования процессов оказания медицинских услуг и повышения их клинической, экономической и социальной эффективности.

Как любой процесс организационного развития, процесс модернизации здравоохранения характеризуется неоднородностью и закономерно возникающими противоречиями.

Растущая конкуренция на рынке медицинских услуг требует новых подходов к управлению этой сложной отраслью.

Система менеджмента качества (СМК) является средством повышения эффективности деятельности медицинских организаций, обеспечения достижения установленного целевого уровня качества медицинских услуг и удовлетворенности потребителей условиями их предоставления.

В современном мире стандарты уже стали частью управленческой культуры и заняли свое место в «триаде устойчивого развития» такие стандарты, как: ISO серии 9000 (оказание помощи организациям всех видов и размеров при внедрении систем менеджмента качества). Основной нормативный документ, используемый при разработке СМК, — ГОСТ ISO 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования». Стандарт базируется на восьми принципах концепции TQM («Всеобщее управление на основе качества»):

1. Ориентация на потребителя.
2. Лидерство руководителя.
3. Вовлечение работников.
4. Процессный подход.
5. Системный подход к менеджменту.
6. Постоянное улучшение.
7. Принятие решений, основанное на фактах.
8. Взаимовыгодные отношения с поставщиками.

Использование стандартов семейства ИСО в медицинских организациях позволяет значительно повысить эффективность управления.

Основные этапы реализации проекта СМК:

- 1 этап - подготовительный:

Организация работ по внедрению стандарта ГОСТ Р К0 9001-2011:

1.1. Формирование команды и оформление необходимой документации по обоснованию и реализации проекта.

1.2. Обучение и подготовка персонала к запуску проекта.
1.3. Создание общественных органов управления качеством, необходимых для реализации проекта.

1.4. Формирование необходимого ресурсного обеспечения реализации проекта.

- 2этап - внедренческий:

Разработка и документирование системы менеджмента качества

Разработка и внедрение модели управления процессами оказания медицинских услуг и управления деятельностью амбулаторно-поликлинического центра в соответствии с требованиями ГОСТ КО 9001-2011.

- 3этап - итоговый:

3.1. Подготовка методических и практических рекомендаций для учреждений здравоохранения по внедрению стандарта ГОСТ КО 9001-2011.

3.2. Организация и участие в программах стажировки для руководящих кадров медицинских организаций.

- 4этап - сертификация системы менеджмента качества.

Таким образом, внедрение СМК обеспечит условия для постоянного улучшения процессов оказания медицинских услуг, стабильное повышение их качества, раскроет потенциал МО, позволит гибко реагировать на изменения требований потребителей и повысит конкурентоспособность медицинской организации.

Литература

1. Адлер Ю.П., Шпер В.Л. На пути к статистическому управлению процессами // Методы менеджмента качества. 2003. №1. С. 16-21.

2. Брескина Т.Н. Стандартизация и экспертиза качества медицинской помощи в практике работы лечебных учреждений // Методология и практика управления качеством медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом и госпитальном звеньях медицинской службы: Материалы научной конференции. Красногорск, 2003. С.11-15.

3. Брескина Т.Н. Становление и развитие системы управления качеством, тактика и стратегия ЦВКГ им. А.А. Вишневого // Управление качеством медицинской помощи на основе стандартизации и доказательной медицины: Материалы международной научно-практической конференции. Красногорск, 2004. С.15-29.

4. ГОСТ Р ИСО 9001-2011 «Системы менеджмента качества. Требования».

5. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование Стратегии развития здравоохранения до 2020 г. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

6. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

7. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

8. Эмануэль А.В. Внедрение международных стандартов системы К0 в России — проблемы и перспективы // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2008. №3. С. 55-58.

Л.В. Рябихина
КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В данной статье рассматривается проблема нехватки специализированных кадров в области управления медицинскими организациями. А также предоставляются пути решения данной проблемы и возможные варианты развития медицинских организация и здравоохранения в целом.

L. C. Rauhina
PERSONNEL MANAGEMENT HEALTH

Novosibirsk state medical University

Abstract. This article discusses the problem of shortage of specialized personnel in the management of medical organizations. As well as providing ways to solve this problem and possible development of medical organization and healthcare.

В последнее время в медицинских учреждениях происходят кардинальные трансформации в сфере управления и предоставления медицинских услуг. То есть медицинские организации внедряют в свои системы управления новые элементы, а функции главного врача заменяются на управленческие. Таким образом, возникает несколько актуальных проблем на данный момент. Во-первых, это построение эффективной системы образования и качественного выпуска менеджеров в сфере здравоохранения. Во-вторых, формирование отраслевой многоуровневой структуры менеджмента здравоохранения.

Целью создания в отрасли здравоохранения многоуровневой системы менеджмента может стать формирование, обучение и переподготовка кадрового персонала для решения управленческих задач в сфере производства и потребления медицинских услуг.

Итог постоянного функционирования и развивающейся системы подготовки менеджеров и впоследствии использования этих кадров на практике в здравоохранении позволит осуществить переход отрасли здравоохранения

из бюджетной структуры государства в современную отрасль с неконсервативным способом управления, способную качественно производить и оказывать услуги для потребителей.

Для решения обозначенных проблем подразумевается внедрение менеджеров в систему здравоохранения, которые получили современные знания и навыки, как по классической теории управления, так и менеджменту, маркетингу, экономике, правому регулированию, информационным технологиям. Таким образом, в медицинских организациях будут работать высококлассные специалисты, знающие инфраструктуру своего учреждения и отслеживающие эффективность его работы. Менеджеры, знающие рынок здравоохранения, сохранят конкурентоспособность на этом рынке за счет улучшения качества услуг и снижения их себестоимости.

Решение данных проблем в будущем поможет:

- 1) повысить качество медицинской помощи
- 2) повысить доступность медицинских учреждений
- 3) повысить обеспечение медицинских организаций квалифицированными специалистами в каждой области
- 4) рационально распределять финансовые ресурсы внутри медицинской организации
- 5) вывести медицинское учреждение на новый уровень развития на внутреннем и мировом рынке

Литература.

1. Габуева Л.А., Щепин О.П. Организация и экономика предпринимательской деятельности в здравоохранении / под ред. Стародубова В.И. – М.: МЦФЭР, 2013. – 432 с.

2. Малахова Н.Г. Маркетинг в здравоохранении. – Ростов н/Д: Феникс, 2011. – 222 с.

3. Миронкина М.А. Этапы стратегического планирования услуг медицинского учреждения // Диалоги о науке. – 2009. – № 2.

П.И. Точиева

ПРОБЛЕМЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В статье подчеркивается актуальность исследования эффективности государственного управления сферой здравоохранения в РФ. При этом делается акцент на региональной составляющей здравоохранения

тельной политики, особенностях ее формирования и реализации в современных условиях.

P. I. Tachieva

PROBLEMS OF EFFICIENCY OF PUBLIC ADMINISTRATION AT THE REGIONAL LEVEL IN THE FIELD OF HEALTH

Novosibirsk state medical University

Abstract. In the article the urgency of researching the efficiency of state management of the RF public health service is pointed out. The emphasis is made on a regional component of public health policy, on features of its formation and realization in modern conditions.

Актуальность проблемы эффективности государственного управления имеет непреходящее значение для большинства современных обществ. Современный этап развития отечественной системы здравоохранения знаменуется, прежде всего, ее реформированием, главной движущей силой которого является комплекс проблем национальной системы здравоохранения, включая проблему низкой социально-экономической эффективности ее деятельности.

Объектом исследования является сфера здравоохранения.

Предметом исследования-эффективное государственное управление в здравоохранении.

Уровень доверия граждан к государственной власти зависит от уровня их социальной защищенности. Именно поэтому в повышении эффективности управления сферой здравоохранения объективно заинтересованы и государство, и гражданское общество, и отдельные граждане. Эффективность государственного управления сферой здравоохранения выражается в качестве предоставления медицинских услуг населению, удовлетворенности ими потребителей, но с учетом минимальной затратности.

Применительно к управлению принцип необходимого разнообразия сформулировал английский ученый У. Эшби: чтобы иметь возможность управлять, управляющая система должна обладать не меньшим разнообразием, чем управляемая.

Высокая гражданская активность в сфере здравоохранения способна «сигнализировать» официальным органам государственной власти о наличии конкретных проблем в функционировании института публичной медицины.

В современных российских условиях главными политическими задачами государственного управления сферой здравоохранения видятся скоординированное взаимодействие профильных ведомств различных уровней власти, введение финансирования сферы преимущественно по фактическим результатам, стимулирование участия гражданских сообществ в разви-

тии и функционировании отечественной публичной медицины. В теоретическом плане это будет означать поиск сбалансированного сочетания принципов старого и нового государственного менеджмента в целях реализации эффективной здравоохранительной политики в РФ. В свою очередь, в условиях практики российского федерализма с асимметричным развитием субъектов федерации политологический анализ именно регионального аспекта государственного управления сферой здравоохранения приобретает особую важность.

Структурные преобразования системы здравоохранения Новосибирской области будут осуществляться на основе сформированной в Новосибирской области трехуровневой системы оказания медицинской помощи, включающей в себя: медицинских организаций первого уровня - 116, второго уровня - 54, третьего уровня - 14.

1 уровень - обеспечивающий население первичной медико-санитарной помощью, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощью; 2 уровень - межмуниципальный, для оказания специализированной медицинской помощи, преимущественно в экстренной и неотложной форме; 3 уровень - областной (региональный), для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи. Структурные преобразования системы оказания первичной медико-санитарной помощи в Новосибирской области включают следующие мероприятия: создание межмуниципальных консультативно-диагностических центров первичной специализированной медицинской помощи; формирование потоков пациентов по единым принципам маршрутизации; создание системы оказания медицинской помощи сельскому населению, предусматривающей развитие профилактического направления, включая проведение диспансеризации и медицинских осмотров; развитие новых форм оказания медицинской помощи: стационарозамещающих и выездных методов работы; создание в структуре медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, подразделений неотложной медицинской помощи, работающих во взаимодействии с единой диспетчерской службой скорой медицинской помощи; совершенствование принципов взаимодействия со стационарными учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи. В целях повышения эффективности своевременного выявления факторов риска заболеваний и организации их коррекции, а также ранней диагностики заболеваний, которые в наибольшей степени определяют инвалидизацию и смертность населения Новосибирской области, помимо структурных изменений в первичном звене предполагается совершенствование системы диспансеризации населения и развитие патронажной службы для проведения активных посещений к хроническим больным на дому.

На территории Новосибирской области расположены восемь учреждений, осуществляющих подготовку врачей и средних медицинских работни-

ков для областных учреждений здравоохранения: Новосибирский государственный медицинский университет, шесть средних медицинских образовательных учреждений, Центр повышения квалификации медицинских работников. Показателем уровня профессиональной подготовки медицинских специалистов является наличие квалификационной категории. В Новосибирской области имеют квалификационную категорию 5 870 врачей (56,9%) и 16 598 (69,8%) средних медицинских работников. Проводимые структурные преобразования системы оказания медицинской помощи не приведут к снижению доступности и качества оказания медицинской помощи на территории Новосибирской области, при этом: обеспечат приоритет профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи; создадут условия, возможность и мотивацию населения для ведения здорового образа жизни; повысят эффективность оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации; обеспечат развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения (развитие медицинской науки и инноваций в здравоохранении); повысят эффективность службы родовспоможения и детства; обеспечат развитие медицинской реабилитации населения, в том числе детей; обеспечат систему здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами; обеспечат системность организации охраны здоровья (совершенствование системы организации медицинской помощи); обеспечат жителям Новосибирской области равные условия получения качественных медицинских услуг; улучшат лекарственное обеспечение граждан в амбулаторных условиях в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Таким образом, рассмотрение данной проблемы может способствовать предотвращению деградации и эрозии региональных систем здравоохранения, а также формированию концепции эффективной здравоохранительной политики в РФ с участием органов государственного управления, политических партий, структур гражданского общества.

Литература

1. Ерохина, Т. В. Общая характеристика нормативно-правовых актов РФ об охране здоровья граждан // Медицинское право. 2012. № 2. — С. 12–15.
2. Зуев С.Э., Васецкий А.А. Государственная региональная политика: подходы к оценке эффективности // Управленческое консультирование. 2009. № 4. С. 52-70
3. Ковалевский М.А. Проблемы формирования российского регионального законодательства в сфере здравоохранения//Правоведение. 2012. № 3 . С. 85

Д. Д. Шеховцов
**ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА
КАЧЕСТВА В МУНИЦИПАЛЬНОМ БЮДЖЕТНОМ
УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Новосибирский государственный медицинский университет

Аннотация. В статье отражены предпосылки и ожидания внедрения системы в муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения. Обоснована необходимость работы в рамках СМК».

D. D. Shekhovtsov
**PROBLEMS OF IMPLEMENTATION OF THE QUALITY
MANAGEMENT SYSTEM IN THE MUNICIPAL BUDGET
HEALTH CARE INSTITUTION**

Novosibirsk state medical University

Abstract. In the article preconditions and expectations of introduction of the system are reflected in municipal budgetary establishment of health protection. The necessity of work is reasonable within the framework QMS”.

Актуальность этой статьи заключается в том, что система менеджмента качества (СМК) – является эффективным инструментом управления качеством медицинской помощи, предназначена для улучшения деятельности хозяйствующего субъекта. СМК определяет конкурентоспособность медицинской организации.

Цель исследования - анализ предпосылок и ожиданий внедрения системы менеджмента качества на основе международных стандартов для совершенствования управления муниципального учреждения здравоохранения.

Обеспечение качественной медицинской помощи является сутью и обязанностью медицинской организации независимо от ее организационно-правовой формы и формы собственности.

Система менеджмента качества (СМК) - эффективный инструмент управления качеством медицинской помощи, предназначена для улучшения деятельности. Определяет конкурентоспособность медицинской организации.

В России внедрение этой системы носит добровольный характер среди медицинских учреждений.

Организации, у которых в приоритете стоит качество и результативность деятельности, строят свою работу исходя из влияния внешней среды. Согласно требованиям стандарта ISO 9001:2008: Компания, со своей стороны, должна обеспечивать контроль процессов, которые она передаст на выполнение сторонним предприятиям. Отличительная черта учреждений здравоохранения заключается в том, что оказание медицинских услуг прямо или косвенно зависит от качественного выполнения обязательств, сторонними

организациями. В связи с этим растет роль выбора партнеров медицинского учреждения.

У каждого человека складываются определенные ожидания в отношении определенной медицинской организации, которые основываются на самом учреждении, кадровом составе и исторически сложившимся образе учреждения. С помощью системы менеджмента качества, учреждению становится легче соответствовать ожиданиям потребителя. С целью повышения качества и доступности медицинской помощи, лечебные учреждения, такие как, кардиологический диспансер, институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, и кафедры медицинского университета, заключают партнерские отношения, где средним звеном будет являться кардиологический диспансер.

Таким образом, в повышении эффективности работы учреждений, выделяют три основы: 1)Сотрудничество, которое заключается в связи этапов оказания медицинской помощи пациентам. 2)Совместное принятие управленческих решений.

3)Совместная производственная среда.

Становление СМК осуществляется в несколько этапов:в первую очередь проводится диагностика существующей системы управления. На следующем этапе разрабатывается документация по менеджменту качества в учреждении.

На заключительном этапе будет получение сертификата в соответствии со стандартом ISO 9001:2008.Приемущество данной системы заключается в непрерывности управления. Деятельность организации выстраивается так, что процессы становятся предсказуемыми в любых ситуациях.

Функционирование СМК объединяет весь коллектив. Система рассчитана на постоянное улучшение, развитие, предвидение, что позволяет избежать застоя и кризисных ситуаций, отдается предпочтение предупреждению о проблемных ситуациях, а не просто коррекции.

Литература

1. Мартыненко В.Ф. методические подходы к обеспечению развития медицинской организации и качества ее производственной деятельности // менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. № 1. С. 57-60

2. Международный стандарт ISO 9001:2008 «Системы менеджмента качества. Требования» (4-е изд., 2008-11-15, пер. с англ. NQA-Russia). 31 с.

3. Современные принципы управления в научно-исследовательской медицинской организации/ Г.В. Артамонова [и др.]// Менеджер здравоохранения. 2012. № 7. С. 41-47.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

<i>Т.А. Аверьянова, М.А. Жайворон</i> ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ.....	6
<i>Т.А. Аверьянова</i> ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ КАК ПРИОРИТЕТНАЯ ЗАДАЧА 2015 – 2016 ГГ.	8
<i>И.П. Артюхов, Е.В. Таптыгина</i> ОТ МАССОВОЙ СЕРТИФИКАЦИИ К ИНДИВИДУАЛЬНОЙ АККРЕДИТАЦИИ	12
<i>И.П. Артюхов, А.В. Шульмин, Е.А. Добрецова, О.В. Воронюк, Ю.В. Бургарт</i> ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ДЕФИЦИТ КАДРОВ ИЛИ КОМПЕТЕНЦИЙ?	14
<i>Р.Р. Аубакиров</i> УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	16
<i>Г.А. Афанасьева, О.С. Барковская</i> СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ НОВО- СИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ	17
<i>Н.Г. Байчарова, Е.Н. Рябова</i> ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ЗНАНИЙ О ЗАБОЛЕВАНИИ У ПАЦИЕНТОВ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ, НА ПОВЫШЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ	20

<i>О.С. Барковская</i> ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ИНВАЛИДНОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ТРАВМ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	24
<i>С.А. Богачевская, Н.А.Капитоненко, А. Н. Богачевский</i> ОЗМОЖНОСТИ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ СЕТИ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.....	25
<i>С.Л. Бойко, И.В. Бойко, А.В. Воронец, К.Л. Перец</i> ОЦЕНКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО БРЕМЕНИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИ- ЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ (БОЛЕЗНЕННОСТЬ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ).....	29
<i>В.А. Борцов, А.С. Фунтиков, И.В. Куликовская, М.Ю. Романенко</i> ГОТОВНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И НАСЕЛЕНИЯ К ДИСТАН- ЦИОННОМУ КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ.....	32
<i>Ю.И. Бравве, А.В. Чикинева, И.Н. Коновалова</i> СИСТЕМА ЗАКАЗОВ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ И МЕДИКАМЕНТОВ В ГНОКДЦ.....	35
<i>Ю.И. Бравве, А.В. Чикинева, А.Б.Масленников</i> ПОДГОТОВКА К УЧАСТИЮ В КОНКУРСЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МАСТЕРСТВА, КАК ЭЛЕМЕНТ СОЦИАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ.....	38
<i>Ю.И. Бравве, А.В. Чикинева, Т.К. Федорова</i> ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В КОНСУЛЬ- ТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ.....	40
<i>Ю.И. Бравве, Е.Ю. Агеева, А.В. Чикинева, И.Н. Коновалова</i> СЛОЖНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАКУПОК В КОНТРАКТНОЙ СИСТЕМЕ НА ПРИМЕРЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮД- ЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	43
<i>Ю.И. Бравве, Т.К. Федорова, Г.П. Ахременко, С.А. Песков, Н.Н. Величкина</i> СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИ- ЦИНСКИХ УСЛУГ И УРОВНЯ ИМИДЖА КРУПНОГО РЕГИОНАЛЬНОГО КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА.....	47
<i>Ю.И. Бравве, Е.Ю. Агеева, И.Н. Коновалова</i> ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕГИОНАЛЬНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА В СОВРЕМЕННЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ.....	52

<i>И.В. Вибляя, В.В. Захаренков, М.И. Ликстанов</i> ЭЛЕМЕНТЫ КОНТРОЛЯ В ПРОЦЕССЕ УПРАВЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ	55
<i>И.В. Вибляя, В.В. Захаренков, Д.В. Пестерева</i> ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПЕДАГОГОВ В ПЕРИОД ВНЕДРЕНИЯ В Г. НОВОКУЗНЕЦКЕ КОМПЛЕКСНОЙ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ «ОБРАЗОВАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ»	60
<i>Е.С. Высоцкая, О.А. Иванова</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕХНИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ОБЪЕКТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	65
<i>А.В. Ганина, Л.Д. Гололобова, Н.Ф. Киселева</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ	67
<i>М.М. Гасанбекова</i> ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕКЛАМЫ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	71
<i>Э.В. Герасимова, И.Ф. Мингазов, В.В. Летягина, В.Г. Семёнова</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИКИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 ГОДУ	74
<i>Я.В. Данильченко, Т.С. Костомарова, Г.В. Артамонова</i> СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС КАК ИНСТРУМЕНТ ВЫЯВЛЕНИЯ МОТИВАЦИИ СОТРУДНИКОВ К ВЫПОЛНЕНИЮ РАБОТЫ (НА ПРИМЕРЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «КЕМЕРОВСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»)	80
<i>Н.П. Домникова, О.А. Жерносенко, Н.И. Кораблева</i> ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ШКОЛЕ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	83
<i>Н.О. Дубинец</i> ОБ АКТУАЛЬНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ СЕМЬИ В МЕГАПОЛИСЕ	87
<i>Е.В. Ермолович, Т.А. Аверьянова</i> ПРОБЛЕМА КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СЕЛЬСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ	89
<i>Т.В. Ершова, И.Д. Смолянинова</i> ПЕРВЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ КОНТРАКТНОЙ СЛУЖБЫ: ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ	91
<i>М.Г. Жданова</i> ПОДГОТОВКА ВРАЧА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАСТАВНИКА	93

<i>К. С. Жилыева</i> РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА В МУНИЦИПАЛЬНЫХ ПОЛИКЛИНИКАХ. СКОРАЯ ПОМОЩЬ ДЛЯ ПОЛИКЛИНИК.....	98
<i>В.В. Захаренков, М.И. Ликстанов, И.В. Вибляя</i> ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА МАНЁВРА ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНОЙ СТРУКТУРОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	101
<i>В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, И.В. Колесова</i> К ЗДОРОВЬЕ СБЕРЕГАЮЩИМ ТЕХНОЛОГИЯМ В УСЛОВИЯХ ОГРАНИЧЕННОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	107
<i>В.В. Захаренков, И.В. Вибляя</i> НИИ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОБЛЕМ ГИГИЕНЫ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ – К ПОЛИТИКЕ ПО СОХРАНЕНИЮ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА НАСЕЛЕНИЯ.....	112
<i>В.В. Захаренков, И.В. Вибляя, М.И. Ликстанов</i> К АЛГОРИТМИЗАЦИИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ.....	118
<i>А. Г. Захарьян</i> ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ИНВАЛИДНОСТЬ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	123
<i>А.В.Иконникова, В.В. Иконников</i> ПОТЕНЦИАЛ ПРЕДПРИЯТИЯ И ИННОВАЦИОННАЯ СТРАТЕГИЯ	127
<i>Ж.С. Калел</i> РОЛЬ КОРПОРАТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ В РАЗВИТИИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	132
<i>А.В.Калиниченко, И.И. Николаева В.В. Летягина, Я.В. Хмельницкая, Е.Г. Гуринович, Е.С. Баннова</i> КАФЕДРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА 80 ЛЕТ.....	136
<i>Н.А. Капитоненко, Ю.В. Кирик</i> ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО И ЧАСТНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНАХ.....	140
<i>И. В. Куликовская</i> ОРГАНИЗАЦИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	144
<i>В.В. Летягина, Э.В. Герасимова, И.Ф. Мингазов</i> ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ НАСЕЛЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	147

<i>М.И. Ликстанов, В.В. Захаренков, И.В. Вибляя</i> РЕАЛИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТНОЙ СИСТЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ УПРАВЛЯЮЩИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	151
<i>А.В. Лифанов, С.А. Лифанова</i> ФОРМИРОВАНИЕ КОРПОРАТИВНОЙ КУЛЬТУРЫ КАК ИНСТРУМЕНТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	156
<i>И.Ф. Мингазов</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В2014 г	161
<i>О.Г. Никитина</i> ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСНАЛА ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА.....	166
<i>А.М. Никонов, В.А. Леценко, Е.А. Корзникова, О.В. Чекрий, В.А. Никонова</i> ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОМОСОМНОЙ ПАТОЛОГИИ ПЛОДА.....	169
<i>М.Ю. Романенко, С.В. Тогобицкая</i> ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЫПОЛНЕНИЯ НАЗНАЧЕННОГО ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ УЧАСТКОВЫМ ЛЕЧЕНИЯ.....	173
<i>Т.В. Рыльская</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	175
<i>М.А. Садовой, И.А. Кирилова, А.Ф. Гусев</i> О ПРОБЛЕМАХ И ПЕРСПЕКТИВАХ РАЗВИТИЯ НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ПРИКЛАДНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, В СВЕТЕ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ ДО 2030 ГОДА	181
<i>И.П. Салдан, В.Б. Колядо, С.И. Трибунский, Е.В. Колядо, В.А. Леценко, В.Н. Карташев</i> ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКОЙ	184
<i>И.П. Салдан, В.Б. Колядо, С.И. Трибунский, Е.В. Колядо, В.А. Леценко, В.Н. Карташев</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ	188
<i>И.П. Салдан, В.Б. Колядо, С.И. Трибунский, И.М. Логиновская</i> ОРГАНИЗАЦИОННО - ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ОСНОВНЫМИ ФОНДАМИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ.....	192

<i>С.В. Семёнова, Д.А. Кузнецов</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ТРАНЗАКЦИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	197
<i>М.П. Сташкевич</i> ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	200
<i>О.В. Стрельченко, В.М. Чернышев, И.Ф. Мингазов, Э.В. Герасимова, В.В. Летагина, В.Г. Семёнова</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ	202
<i>О.В. Стрельченко, В.М. Чернышев, И.Ф. Мингазов, Э.В. Герасимова, В.В. Летагина, В.Г. Семенова</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИКИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА	206
<i>Н.Л. Труфанова, Е.Л. Потеряева</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ, ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИ- ЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМЫХ МЕДИЦИН- СКИХ ОСМОТРОВ ВРАЧЕЙ.....	211
<i>В.А. Ульянова, Н.Н. Богдан</i> К ПРОБЛЕМЕ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЕТЕНТНОСТНОГО ПОДХОДА В АТТЕС- ТАЦИИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	214
<i>А.С. Фунтиков</i> РОЛЬ ЭЛЕКТРОННОГО КАБИНЕТА ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ОХРАНЕ ЗДО- РОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	218
<i>Н.Е. Храмченков, Н.Н. Богдан</i> ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ РЕЗЕРВА УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	220
<i>Б.Л. Цивьян</i> СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕН- НЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ОРГАНОВ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В ОЦЕНКАХ ЕЁ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ.....	225
<i>В.М. Чернышев, О.В. Стрельченко, И.Ф. Мингазов, Э.В. Герасимова</i> О СОСТОЯНИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В СФО В 2014 ГОДУ	229
<i>Л.С. Шалыгина</i> НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧ- НОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ (НА ПРИ- МЕРЕ НОВОСИБИРСКОГО НИИТО ИМ. Я. Л. ЦИВЬЯНА).....	235

<i>Л.В. Шукиль, Л.В. Мошкова, Э.А. Коржавых</i> ОЦЕНКА КАДРОВОГО РЕСУРСА ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ	239
<i>А.В. Шульмин, А.И. Николаева, К.Г. Добрецов</i> РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ СЛУХА У ДЕТЕЙ МЛАД- ШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В КРАСНОЯРСКЕ	243
<i>Д.В. Щербаков, В.И. Расный</i> ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ТЕХНОЛО- ГИЙ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ (БСК)	247
<i>Д.В. Щербаков, Д.И. Мороз</i> ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССОМ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ (БСК)	252
<i>Ц. Энхбаяр</i> ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МОНГОЛИИ	256
<i>Д.Ю. Юрченко</i> ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ОБЛАСТИ БИОТЕХНОЛОГИЙ В РОС- СИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	259

ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>А.Г. Горелкин, И.В. Васильев</i> КОЛЛИЗИИ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОГО И АДМИНИСТРАТИВНОГО РЕГУ- ЛИРОВАНИЯ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН РФ	262
<i>Г.Я. Ибрагимов, А.Х. Гайсаров, О.И. Уразлина</i> ПРАВОВОЙ СТАТУС ПРОВИЗОРОВ-ВЫПУСКНИКОВ ВУЗОВ, ПОСТУПАЮ- ЩИХ НА РАБОТУ В АПТЕЧНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ БЕЗ СЕРТИФИКАТА СПЕ- ЦИАЛИСТА	265
<i>Р.А. Казаков, О.А. Латуха</i> ОБЗОР ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	269
<i>Л.В. Канунникова</i> ГРАЖДАНСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПО ИСКАМ О КАЧЕСТВЕ МЕДИЦИН- СКИХ УСЛУГ	272
<i>Е.В. Колядо, А.А. Перфильев, В.С. Лазарев</i> АДМИНИСТРАТИВНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ГЛАВНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ АЛТАЙСКОГО КРАЯ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И ФАРМА- ЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАМКАХ ЛИЦЕНЗИОННОГО КОНТРО- ЛЯ ЗА 2014 ГОД	277

<i>С.М. Морозов, В.В. Добрачева</i> ПРАВОВАЯ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ НЕСОЕДИНЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ В ДЕЙСТВУЮЩЕМ МЕДИЦИНСКОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ	281
<i>В.С. Соснина</i> ИЗМЕНЕНИЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПО ДОПУСКУ К РАЗЛИЧНЫМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	285

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

<i>И.А. Баландина, Л.В. Некрасова, Д.А. Токарева, А.М. Некрасова</i> ПАРАМЕТРЫ МАТОЧНЫХ ТРУБ С УЧЕТОМ МОРФОМЕТРИИ ВЛАЖНЫХ ПРЕПАРАТОВ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА	290
<i>А.Ю. Быков, Г.Н. Карманова</i> ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ	292
<i>Н.Н. Величкина, И.В. Одарченко</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ УПРАВЛЕНИЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ПРИЖИЗНЕННЫХ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ В НОВОСИБИРСКОМ ОБЛАСТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ.....	296
<i>М.В. Крейсман, И.А. Цыцорина.</i> НЕОБХОДИМОСТЬ ОРГАНИЗАЦИИ АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В РАМКАХ ДЕТСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ.....	300
<i>С.В.Марченко</i> ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОКАЗАНИИ СЕСТРИНСКОЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	305
<i>А.И. Пучкин, Т.А. Аверьянова</i> СОВРЕМЕННЫЕ МОДЕЛИ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	308
<i>А.И.Пучкин, Е.Ю. Евсейкина</i> ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	311
<i>О.В. Стрельченко, А.Л. Заиграев, Е.С. Козорезова, И.Ю. Ментюкова-Суздальцева</i> ВНЕДРЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ НА ПРИМЕРЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.....	312

Н.И. Филимонова

МЕТОД «КЕНГУРУ», КАК ЧАСТЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ..... 317

*Н.В. Черкасс, Я.В. Данильченко, Д.В. Крючков,
Г.В. Артамонова*

ОРИЕНТАЦИЯ НА ПОТРЕБИТЕЛЯ В УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ..... 320

УПРАВЛЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫМ РАЗВИТИЕМ ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Т.А. Аверьянова, А.И. Бромбин, А.А. Попова, Т.И. Соломатина
ОПЫТ ПОДГОТОВКИ К АКРЕДИТАЦИОННОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ВНЕДРИВШЕЙ СМК ОБРАЗОВАНИЯ..... 324

М.Е. Бакеренко
РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА НОВОСИБИРСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ 332

Е.С. Баннова, И.В. Васильев, В.В. Летягина
КАЧЕСТВО ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВ И НОВЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ: ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 336

*С.Л.Бойко, Л.Э.Кевляк-Домбровская, Т.И.Спасюк, В.М.Ивашин,
С.В.Флюрик*
УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ ОФИЦЕРОВ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАПАСА..... 341

Г.Г. Бочкарева, Е.А. Микичур
ДИНАМИЧЕСКАЯ ОБУЧАЮЩАЯ ПРОГРАММА «АЛЬМА», НАСТРАИВАЕМАЯ НА ИЗУЧЕНИЕ ЛЮБОЙ ДИСЦИПЛИНЫ 345

Л. Д. Гололобова
ИНТЕРАКТИВНЫЙ ПОДХОД И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ОБУЧЕНИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА 349

Н.В. Гончарова, Н.Н. Богдан
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ ДЛЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 354

<i>Н.А. Горчакова, Е.А. Нижневясова</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИК СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОКАЗАНИЮ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	358
<i>Н.Б. Дрёмова, В.В. Харченко</i> ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКОГО СПЕЦИАЛИСТА В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВА- НИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	362
<i>П.А. Елясин, А.П. Надеев, Д.В. Чебыкин, С.В. Залавина, Д.М. Первойкин, М.М. Запороцкий</i> БАЛЬНО-РЕЙТИНГОВАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ.....	365
<i>К.В. Качкин, В.В. Величко</i> СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ КРУЖОК КАК ПУТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА.....	369
<i>В.Н. Кононова, С.В. Марченко</i> ОСНОВНЫЕ МЕТОДИКИ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В НОВОСИ- БИРСКОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ.....	372
<i>Д.А. Кузнецов, Э.А. Коржавых</i> ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ЭКОНОМИ- ЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ».....	378
<i>О. А. Латуха</i> ПОДГОТОВКА ИННОВАЦИОННЫХ КАДРОВ В УНИВЕРСИТЕТЕ.....	382
<i>В.А. Малиновская</i> СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	387
<i>А.П. Нагорнова, Т.А. Аверьянова</i> ПОДХОДЫ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИН- СКИХ РАБОТНИКОВ.....	392
<i>А.П. Надеев, Д.В. Чебыкин, М.М. Запороцкий</i> АКАДЕМИЧЕСКИЕ СТУДЕНЧЕСКИЕ ГРУППЫ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕР- СИТЕТЕ: ОПЫТ СОЗДАНИЯ И ПРОБЛЕМЫ.....	396
<i>Л.В. Некрасова, А.В. Киришина, А.М. Некрасова</i> ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ И ТРАДИЦИИ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕН- ТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ.....	400
<i>М.Ф. Некрасова</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬ- НОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ.....	405

<i>Е.А. Нижневясова</i> ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ОБЛАСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	408
<i>Т.И. Поспелова, М.Ф. Осипенко, Д.В. Чебыкин</i> АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ГРАНТОВОЙ ПОДДЕРЖКИ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ В НГМУ	412
<i>Е.В. Потехина, Н.А. Горчакова</i> СТРУКТУРА ПРОВЕДЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ МОДУЛЯХ КАСАЮЩИХСЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	414
<i>Д.А. Севостьянов</i> УПРАВЛЕНИЕ ОСНОВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММОЙ: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	417
<i>С.Ю. Соболева</i> ПРИМЕНЕНИЕ БЛОЧНО-МОДУЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРЕПОДАВАНИИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН (НА ПРИМЕРЕ «МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»)	421
<i>С.А. Столяров, И.Е. Госсен</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ, КАК МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ОПЫТ РАБОТЫ)	425

УПРАВЛЕНИЕ ПРОГРАММАМИ СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

<i>А.А. Лаврова</i> РИСК-МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ В РОССИИ	430
<i>М.Г. Мамадалиева</i> ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ - ВАЖНЫЙ ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ВВП РОССИИ	432
<i>О.Е. Пачковская</i> ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА КАДРОВОГО МЕНЕДЖМЕНТА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В УСЛОВИИ «ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАКТА»	434
<i>А. К. Понунаева</i> ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЗВЕНЕ	436
<i>Л.В. Рябихина</i> КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	439

П.И. Точиева

ПРОБЛЕМЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ..... 440

Д. Д. Шеховцов

ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В МУНИЦИПАЛЬНОМ БЮДЖЕТНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 444

МАТЕРИАЛЫ
международного форума
Менеджмент здравоохранения в XXI веке:
ОРГАНИЗАЦИЯ, ПРАВО, ЭКОНОМИКА, ОБРАЗОВАНИЕ

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 17.03.2015. Формат 60×84/16
Бумага офсетная. Гарнитура Times. Ризография
Усл. печ. л. 27,48. Тираж 500 экз. Изд. № 36с.

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