

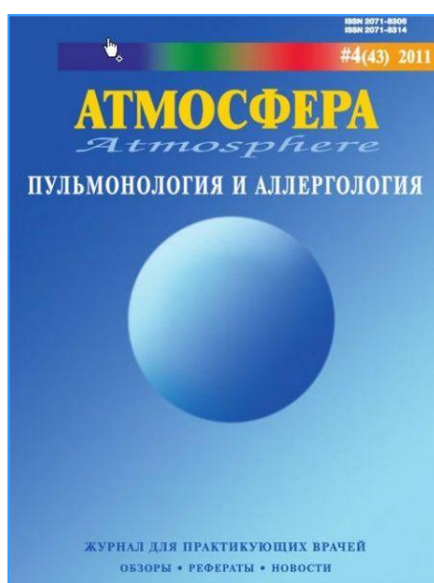


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

*Ежемесячный дайджест
материалов из периодических изданий,
поступивших в областную научную
медицинскую библиотеку МИАЦ*

№6 (июнь), 2016



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	25
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	29

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Природова, О. Ф. Аккредитация медработников: новые условия допуска к специальности // Здравоохранение. – 2016. – № 6. – С. 86-92.

Традиционно в здравоохранении существует собственная процедура допуска к профессиональной деятельности. До 1 января 2016 г. такой процедурой являлась сертификация специалиста.

При этом законодательно сертификация была неразрывно связана с системой медицинского и фармацевтического образования, которая в это время выглядела следующим образом:

- после окончания вуза выпускник должен был освоить программу интернатуры или ординатуры с последующей сертификацией и допуском к профессиональной деятельности на 5 лет;
- в конце этого периода он должен был пройти повышение квалификации в виде «сертификационного» цикла с последующей сертификацией и опять мог быть допущен до практической работы на пятилетний срок;
- для получения новой квалификации специалист мог быть направлен на профессиональную переподготовку (или повторно пройти обучение по программам интернатуры или ординатуры) с последующей сертификацией и допуском к новому виду деятельности также на 5 лет.

С 1 января 2016 г. вступили в силу части статьи 69 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», регламентирующие допуск к медицинской и фармацевтической деятельности через процедуру аккредитации специалиста. Что же необходимо знать руководителю организации и самому специалисту, чтобы оставаться работающим в отрасли? Попробуем разобраться в наиболее часто задаваемых вопросах.

Можно ли после 1 января 2016 г. получить допуск к медицинской и фармацевтической деятельности через процедуру сертификации?

Можно, но только определенным категориям специалистов. В соответствии с ч. 1.1. ст. 100 Закона № 323-ФЗ переход к процедуре аккредитации будет осуществляться поэтапно в период с 01.01.2016 по 31.12.2025.

Этапы перехода определены приказом Минздрава России от 25.02.2016 № 127н.

До какого срока будут действовать сертификаты специалиста?

Специалисты, получившие сертификат до 1 января 2021 г., допускаются к работе по специальности до конца срока действия сертификата (ч. 2 ст. 100 Закона № 323-ФЗ). И только с 2026 г. все российские врачи обязаны будут иметь свидетельство об аккредитации.

Что такое «аккредитация специалиста» и чем она отличается от процедуры сертификации?

Термин «аккредитация» впервые появляется еще в первой редакции Закона № 323-ФЗ в 2011 г. На сегодняшний день под аккредитацией специалиста понимают процедуру определения соответствия претендента требованиям к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности.

В самой процедуре аккредитации большое значение будет уделяться оценке освоения практических навыков. Так до 2021 г. к аккредитации будут допускаться только лица, освоившие основные образовательные программы, разработанные в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования (ФГОС ВО), ФГОС ВО делают акцент на практическое обучение, включают обязательный симуляционный курс, что позволяет обучающимся более качественно подготовиться к самостоятельной профессиональной деятельности. Кроме того, процедура аккредитации будет включать тестирование по специальности. Однако в отличие от сертификационного экзамена полный фонд оценочных средств аккредитации будет представлен в открытом допуске для тренировки. Также планируется, что путем аккредитации специалист сможет быть допущен к конкретной трудовой функции в рамках своей или смежной специальности. Таким образом, аккредитация специалиста является более специализированной и прозрачной процедурой допуска к профессиональной деятельности, что с

учетом практикоориентированного образования позволит выпустить в отрасль более подготовленных специалистов.

Будет ли отличаться процедура аккредитации для специалистов с различным уровнем образования и опытом работы?

Ответ на данный вопрос еще не определен ни одним нормативным актом.

Планируется, что аккредитация будет делиться на 3 вида:

- первичная для выпускников вузов;
- первичная специализированная для ординаторов;
- повторная или реаккредитация для действующих специалистов.

Через первичную аккредитацию уже в 2016 г. будут допускаться к профессиональной деятельности выпускники вузов, освоившие программы специалитета «стоматология» и «фармация», с 2017 – остальные выпускники, освоившие программы высшего, а с 2018 – и среднего медицинского образования.

С первичной специализированной аккредитацией мы, вероятно, впервые столкнемся в 2018 г., при допуске к работе специалистов, получивших специальность через ординатуру или профессиональную переподготовку.

С 2021 г. планируется внедрение повторной аккредитации (реаккредитации). Через нее право на занятие профессиональной деятельностью будут подтверждать медицинские и фармацевтические работники, уже работающие по специальности. В этом случае для допуска к аккредитации потребуются анализ профессиональной деятельности специалиста на основании его «профессионального портфолио». В соответствии с ч. 3 ст. 69 323-ФЗ повторная аккредитация будет проводиться не реже одного раза в пять лет.

Кроме того, планируется перестройка самого подхода к допуску к практической работе. Так, еще в конце 2014 г. на заседании Общероссийского народного фронта Министр здравоохранения В.И. Скворцова указала, что аккредитация медицинских работников должна подтверждать «...наличие навыков и умений для осуществления профессиональной деятельности как в рамках своей специальности, так и в смежных зонах...». Такая постановка вопроса направлена на решение давней проблемы невозможности врачом одной специальности реализовывать навыки, относящиеся к другой специальности, без получения по ней сертификата специалиста.

Например, сегодня врач-кардиолог для самостоятельного проведения ультразвукового исследования сердца вынужден пройти профессиональную переподготовку по специальности «Функциональная диагностика», в программе которой эхо-кардиография занимает далеко не лидирующее место, и сдать сертификационный экзамен по всей специальности. В данной ситуации вместо углубленного освоения отдельной трудовой функции специалист должен изучить большое количество дополнительных методик (спирография, электроэнцефалография и т. д.), приобрести опыт по которым ему может так и не представиться возможности.

Аккредитация, допускающая специалиста к конкретной трудовой функции в рамках своей или смежной специальности, может носить название компетентностной или являться разновидностью первичной специализированной аккредитации. Однако ее внедрение невозможно в отсутствие профессиональных стандартов и примерных дополнительных профессиональных программ. В соответствии с концепцией поэтапного внедрения аккредитации необходимость Нормативного регламентирования данного вопроса возникнет только к 2018 г.

Отдельно планируется разработка Процедуры аккредитации для специалистов, имеющих длительный перерыв в работе по специальности.

Кто и где будет проводить аккредитацию специалистов?

Общее руководство аккредитацией будет возложено на Минздрав России. Ранее предлагалось полностью передать права на аккредитацию специалистов профессиональным некоммерческим организациям, исходя из принципа, что тот, кто учит, не должен оценивать качество обучения. Однако еще в ноябре 2014 г. на заседании Совета ректоров медицинских и фармацевтических ВУЗов была предложена концепция аккредитации, в которой главенствующая роль была отведена вузам. Причиной этого является как финансовая составляющая, в соответствии с которой для запуска системы силами общественных организаций понадобится шестикратное увеличение ее бюджета, так и отсутствие у профессиональных сообществ кадровых ресурсов для осуществления всего объема работ, связанных с процедурой. Директор

Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Т.В. Семенова в своем интервью «Здравоохранению» в мае 2015 г. отмечает, что ответственность за допуск специалиста в профессию должна быть разделена между образовательной организацией, представителями работодателя и профессиональным сообществом. Законодательно закреплено, что аккредитация специалиста проводится аккредитационными комиссиями, формирующимися уполномоченным органом исполнительной власти с участием профессиональных некоммерческих организаций. При этом само проведение аккредитации специалистов относится к полномочиям Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Неутвержденная концепция аккредитации описывает систему, во главе которой должен стоять Национальный центр аккредитации, обеспечивающий методическое сопровождение самой процедуры, а также подготовку и аттестацию экспертов аккредитационных комиссий.

В настоящее время эти функции возложены на методический центр аккредитации, образованный на базе Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Проведение первичной аккредитации выпускников вузов при успешной сдаче ими итоговой аттестации планируется на базе профильных образовательных организаций высшего образования.

Первичную специализированную аккредитацию лиц, освоивших программы ординатуры и профессиональной переподготовки, планируется проводить в окружных центрах аккредитации на базе организаций, отвечающих определенным материально-техническим и кадровым требованиям.

В соответствии с системой поэтапного внедрения аккредитации работа таких центров начнется только с 2018 г.

На окружные центры, скорее всего, будет возложена и повторная аккредитация специалистов, однако, так как первая реаккредитация будет проведена не раньше 2021 г., для решения этого вопроса время еще есть.

Вероятно, также будут созданы специализированные (профессиональные) центры аккредитации, обеспечивающие аккредитацию медицинских работников по «редким» специальностям.

Что такое непрерывное медицинское и фармацевтическое образование?

Последняя редакция Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сохранила связь между процедурой аккредитации и освоением профессиональных образовательных программ. Очевидно, что первичная и первичная специализированная аккредитации будут неразрывно связаны с обучением по основным и дополнительным профессиональным программам аналогично ранее проводимой сертификации. Наибольшее число вопросов вызывает схема допуска к повторной аккредитации. С 1 января 2016 г. осуществляется постепенный переход на систему непрерывного медицинского и фармацевтического образования (НМФО). Основные принципы НМФО:

- последовательность уровней и ступеней образования;
- непрерывность образования в течение всей трудовой деятельности и его персонификация;
- широкое использование информационных технологий;
- система планирования и контроля обучения.

Предположительно система допуска к профессиональной деятельности в рамках НМФО может включать следующие шаги:

- после окончания вуза выпускник должен пройти первичную аккредитацию специалиста и получить допуск
- к профессиональной деятельности на 5 лет;
- с этого же времени он входит в индивидуальный пятилетний цикл обучения по соответствующей специальности (далее – индивидуальный пятилетний цикл), по окончании которого может быть допущен до повторной аккредитации с допуском к практической работе еще на 5 лет;
- для получения новой квалификации специалист может пройти ординатуру или профессиональную переподготовку с последующей первичной специализированной аккредитацией и допуском к новому виду деятельности также на 5 лет (рисунок).

Для действующих специалистов обучение в рамках системы НМФО будет проходить в виде индивидуального пятилетнего цикла.

Такое обучение должно включать формирование индивидуального плана обучения по соответствующей специальности (далее – индивидуальный план) и последующее его дискретное освоение в течение 5 лет, по окончании которого специалист может быть допущен к процедуре аккредитации.

Компонентами индивидуального плана будут являться:

- дополнительные профессиональные программы повышения квалификации, реализуемые организациями, имеющими лицензию на дополнительное профессиональное образование;
- образовательные мероприятия (очные мероприятия и интерактивные дистанционные модули), реализуемые различными организациями, в том числе некоммерческими профессиональными обществами.

Общая трудоемкость индивидуального плана составит 250 академических часов.

Распределение объема освоения – не менее 50 академических часов в год, из которых:

- не менее 36 часов – дополнительные профессиональные программы;
- не более 14 часов – образовательные мероприятия (конференции, конгрессы, интерактивные дистанционные модули, в т. ч. разработанные на основе клинических рекомендаций).

Информационную поддержку в формировании и освоении индивидуального плана будет оказывать интернет-портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования edu.rosminzdrav.ru.

Важно, что система НМФО позволит специалисту по согласованию с работодателем:

- составлять индивидуальную траекторию обучения;
- выбирать различных поставщиков образовательных услуг и формы обучения;
- набирать часы различными видами образовательной активности в соответствии с собственными возможностями и потребностями.

От чего сегодня зависит выбор схемы обучения для допуска к профессиональной деятельности?

Ответ однозначен – от времени прохождения последней сертификации или аккредитации специалиста.

Если вы прошли последнюю сертификацию или аккредитацию после 1 января 2016 г., вам необходимо в течение ближайшего времени после допуска к профессиональной деятельности вступить в систему НМФО через интернет-портал edu.rosminzdrav.ru.

Если вы прошли последнюю сертификацию специалиста до 1 января 2016 г., вы можете:

Вариант 1. Продолжить работать по специальности в соответствии с полученным сертификатом до истечения указанного в нем срока; до окончания этого срока пройти обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации в образовательной или научной организации, сдать сертификационный экзамен и получить допуск к практической работе по этой специальности еще на 5 лет; в ближайшее время после получения сертификата специалиста вступить в систему НМФО через интернет-портал edu.rosminzdrav.ru.

Вариант 2. Продолжить работать по специальности в соответствии с полученным сертификатом до истечения указанного в нем срока; в течение этого срока пройти обучение в рамках модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования в соответствии приказом Минздрава России № 837, сдать сертификационный экзамен и получить допуск к практической работе по этой специальности еще на 5 лет; в ближайшее время после получения сертификата специалиста вступить в систему НМФО через интернет-портал edu.rosminzdrav.ru.

Изменилась ли основа обучения медицинских и фармацевтических специалистов с 1 января 2016 г.? Что такое «образовательный сертификат»?

Независимо от схемы допуска к профессиональной деятельности обучение медицинских и фармацевтических специалистов может осуществляться как за счет средств федерального бюджета, так и на договорной основе, в т. ч. и с применением образовательного сертификата, введенного с сентября 2015 г. приказом Минздрава России.

Образовательный сертификат является виртуальным документом, предоставляющим его обладателю право на подготовку по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях за счет средств штрафных санкций территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Внедрение образовательного сертификата позволяет специалисту непосредственно принять участие в выборе схемы обучения, образовательной программы и поставщика образовательных услуг.

Таким образом, изменения законодательной базы допуска к профессиональной деятельности, а также введенные и планируемые перестройки системы подготовки медицинских и фармацевтических работников требуют более внимательного отношения к процессу обучения. При этом в отсутствие достаточного нормативного обеспечения самому специалисту и его работодателю необходимо следить за возможными изменениями в системе и ориентироваться только на информацию, полученную из достоверных источников.

Мокшина, О. В регионе повышают качество оказания медпомощи // Волжская коммуна. – 2016. – 17 июня (№149). – С. 12.

В статье представлен материал о самарском здравоохранении.

В 2013 году, сразу после получения в ведомство всех лечебных учреждений, министерство здравоохранения Самарской области приступило к оптимизации сети. Недавно она завершилась. «Нам передали 174 учреждения, сейчас их 123, – рассказывает министр здравоохранения Самарской области Г.Н. Гридасов. – Ни одна больница не была закрыта, мы просто объединили юрлица. Например, из 11 противотуберкулезных диспансеров сделали три. Численность врачей и медсестер не изменилась, мы сократили часть административного персонала».

Сегодня свою главную задачу министерство видит в повышении доступности и качества оказания медицинской помощи. В первую очередь для этого требуется решить кадровую проблему. По данным министерства, наибольший дефицит наблюдается в поликлиниках. Сегодня эта проблема решается за счет передачи части функций медсестрам. Речь идет о работе, которая не требует врачебной квалификации: заполнение документов, выписка льготных рецептов, измерение давления, консультация по питанию и т.п.

«В европейских странах на одного врача приходится четыре, а то и пять медсестер, – говорит Г.Н. Гридасов. – У нас, как правило, одна. И если у нас на одного участкового будет приходиться хотя бы три медсестры, в поликлиниках сразу решится масса проблем».

В формате эксперимента такая практика уже действует в двух самарских поликлиниках: шестой и пятнадцатой. Медсестры, которые в них работают, прошли переобучение и теперь самостоятельно принимают пациентов, которым не требуется консультация врача. А врач в это время занимается своими непосредственными обязанностями: ставит диагнозы и назначает лечение. «В перспективе мы рассчитываем перевести на такой режим работы все поликлиники», – рассказывает Гридасов.

Другое направление работы – привлечение врачебных кадров в сельскую местность. Уже несколько лет действует программа «Земский доктор». Доктора, которые согласны отработать в селе пять лет, получают по одному миллиону рублей. С 2012 года в села переехали около 400 врачей.

Еще одно важное направление деятельности – контроль за качеством оказания медицинской помощи. Сегодня ставку делают на обратную связь. Важно получать информацию о результатах работы медучреждений не только из отчетов главврачей и надзорных ведомств, но и от граждан. Поэтому второй год подряд в регионе проводят независимую оценку качества оказания услуг медицинскими организациями. Эту работу координирует общественный совет, действующий при региональном Минздраве. Входящие в совет общественные организации проводят анкетирование в поликлиниках. Пациентов спрашивают, в какие сроки им оказали медицинскую помощь, как с ними общался персонал поликлиник и т.п. В прошлом году в формате эксперимента независимую оценку проводили в 18 подведомственных Минздраву области учреждениях, а также в Клиниках Самарского государственного медицинского университета. Общественники опросили шесть тысяч человек. Выше всего жители оценили

работу Самарской городской больницы №9, Самарской областной клинической больницы №2, Клиник СамГМУ, Самарской городской поликлиники №1 Промышленного района и Самарской городской больницы №4. В этом году независимую оценку проводят в 77 медучреждениях региона. Все желающие могут заполнить анкеты на сайте Минздрава области.

Мониторинг качества проводит и Территориальный фонд ОМС Самарской области. Недавно в регионе заработал контакт-центр по вопросам получения медицинской помощи.

Звонок принимает специалист контакт-центра. Если он располагает нужной информацией (к примеру, жителя региона интересуют сроки оказания медицинской помощи по полису ОМС), то отвечает сам. Если нет (допустим, человек жалуется, что не может попасть к врачу), то звонок переадресуют в Территориальный фонд ОМС или в страховую компанию. Бывает, что для ответа требуется собрать дополнительную информацию. Тогда человек оставляет письменный запрос.

«Контакт-центр – это не только ответы на вопросы, – говорит директор фонда В.Н. Мокшин. – Если, предположим, человек не может получить направление к врачу, а его состояние здоровья угрожающее, наши специалисты или страховщики будут связываться с лечебным учреждением и принимать меры для того, чтобы человек попал на прием».

Гвоздев, С. Больница им. Пирогова продолжает развивать технологии лечения // Волжская коммуна. – 2016. – 17 июня (№149). – С. 14.

Постоянное внедрение современных технологий и эффективная система мотивации сотрудников позволяют больнице занимать лидирующие позиции и оставаться одним из ведущих лечебных учреждений региона.

Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова специализируется прежде всего на оказании круглосуточной экстренной медицинской помощи жителям Самары и Самарской области. Учреждение рассчитано на 1000 коек. За 2015 год лечение в стационаре здесь прошло более 34 000 пациентов, было выполнено более 20 000 операций, в том числе с применением высоких технологий.

Благодаря высокому профессионализму врачей и современному оборудованию используемые в больнице им. Пирогова технологии лечения являются уникальными не только для региона, но и для России. Это способствует тому, что поток иногородних пациентов, приезжающих сюда за помощью, постоянно увеличивается. Если в 2014 году плановую медицинскую помощь получили 233 человека из разных регионов России (включая Московский), то по итогам прошлого года этот показатель был равен 309 человек.

В нейрохирургическое отделение, которое стало «пионером» по внедрению и применению нескольких современных технологий спинальной хирургии, регулярно приезжают пациенты не только из других регионов, но и стран.

Нейрохирурги больницы им. Пирогова регулярно осваивают и внедряют новейшие методики. Так, недавно ими была проведена гибридная фиксация позвоночника сразу в нескольких отделах. Эта сложная операция, за которую берутся далеко не все хирурги, понадобилась пациенту с остеохондрозом и многоуровневой грыжей дисков. Пациент уже 5 раз ложился на операционный стол разных столичных клиник, но это не давало должного результата. Нейрохирурги больницы им. Пирогова при помощи одной операции полностью устранили комплексную проблему.

Новую методику оперирования грыж лапароскопическим способом в ноябре прошлого года освоили специалисты хирургических отделений больницы им. Пирогова. Лапароскопическая герниопластика выполняется через три прокола диаметром от 0,5 до 1,0 см. Ее преимуществами являются малотравматичность и минимальный послеоперационный болевой синдром, а восстановление пациента занимает более короткий срок.

С помощью современных малоинвазивных методик в травматологическом отделении выполняется лечение пациентов с внутренними повреждениями суставов (артроскопия).

В урологическое отделение больницы направляются пациенты с самыми сложными, не поддающимися консервативному лечению заболеваниями. Здесь проводятся скрининг групп риска и выявление болезней на ранних стадиях, высокотехнологичные операции на предста-

тельной железе, половых органах, при хронических заболеваниях и практически всех патологических состояниях мочеполовой системы.

Ставка на мотивацию сотрудников.

Медицинский персонал главная ценность клиники, и сотрудники это чувствуют. «Заработная плата медицинского персонала нашего учреждения в последние годы оставалась одной из самых конкурентоспособных. Мы реализуем целый комплекс мер, направленный на ее повышение, – рассказывает главный врач ГБУЗ СГКБ №1 им. Н.И. Пирогова В.И. Кириллов. – И, несмотря на сложную экономическую ситуацию в стране, стараемся и сегодня следовать этому курсу. Заработная плата наших сотрудников значительно превышает нормативы, установленные в плане мероприятий Минздрава РФ («дорожная карта»), Если, согласно этому документу, средняя зарплата врачей за I квартал 2016 года должна была составлять 36,8 тыс. рублей, то в нашей больнице она равнялась 45 тыс. рублей. Аналогичным образом выглядит ситуация для среднего и младшего медицинского персонала. Здесь наши показатели за первый квартал текущего года превышают нормативы «дорожной карты» на 30% и 22,5% соответственно».

Помимо прямой финансовой мотивации персонала в учреждении огромное внимание уделяется и социальной поддержке работников: доплаты молодым специалистам, компенсация затрат на аренду жилья и расходов на проезд. Финансовая поддержка предоставляется сотрудникам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации и т.д. Всего положением о материальной помощи в больнице им. Пирогова предусмотрено 25 оснований для ее получения. Годовой объем выплат за 2015 год составил почти 5 млн.руб., что на 30% больше, чем в 2013 году.

Активную работу проводит профсоюзная организация лечебного учреждения.

В этом году лечебное учреждение стало победителем федерального конкурса «Лучший коллективный договор учреждения здравоохранения», а главному врачу ГБУЗ СГКБ №1 им. Н.И. Пирогова В.И. Кириллову была вручена почетная грамота профсоюза работников здравоохранения РФ за развитие социального партнерства и достижение высоких показателей в социальной защите работников.

Благодаря комплексным мерам по улучшению условий труда и поддержанию мотивации сотрудников штат врачей и среднего медицинского персонала укомплектован практически на 100%.

Пирогов, М. В. Коллегия Министерства здравоохранения Российской Федерации : основные тезисы доклада министерства здравоохранения // Экономист лечебного учреждения. – 2016. – № 5. – С. 5-11.

Главным результатом деятельности здравоохранения в 2015 г. явился рост продолжительности жизни на полгода до 71,39 года, что в значительной мере связано со снижением смертности лиц трудоспособного возраста – за год на 4,5%, или более чем на 21 тыс. человек, из которых более 18 тыс. – молодые мужчины.

Россия в 2015 г. сохранила свое присутствие в группе стран, с продолжительностью жизни более 70 лет. Поднявшись с последнего (51-го) места в 2014 г. на предпоследнее (54-е) место в 2015-м, обогнав при этом Бразилию (55-е) место. Эффективность российской системы здравоохранения выросла на 7 пунктов и достигла 29,6. Для России данный показатель достигнут при уровне душевых расходов по всем источникам в размере 957 долл. ППС с долей общих затрат на здравоохранение на уровне 6,55% от ВВП.

Максимальное значение показателя эффективности в 2015 г. наблюдается у Гонконга (88,83 пункта), при средней продолжительности жизни в 89,6 года, общих расходах на 1 жителя, равных 1 856 долл. ППС с долей затрат на здравоохранение в 5,2% от ВВП.

Необходимо также отметить, что три бывшие советских республики включены в данный рейтинг в 2015 г.:

1. Казахстан – 45-е место с эффективностью 34,6 пунктов, средней продолжительностью жизни 70,45 лет, затратами на одного жителя 580 долл. ППС с долей затрат на здравоохранение 4,26% от ВВП;

2. Белоруссия – 47-е место с эффективностью 34,1 пунктов, средней продолжительностью жизни 72,47 лет, затратами на одного жителя 463 долл. ППС с долей затрат на здравоохранение 6,81% от ВВП;

3. Азербайджан – 51-е место с эффективностью 32 пункта, средней продолжительностью жизни 70,69 лет, затратами на одного жителя 436 долл. ППС, с долей затрат на здравоохранение 5,58% от ВВП.

США, тратя на здравоохранение 17,1% от ВВП (максимальное из всех стран значение), занимает только 50-е место в рейтинге с эффективностью 32,6 пункта (всего на 3 пункта выше России), расходуя при этом 9 146 долл. ППС на одного американца, уступая Казахстану и Белоруссии.

Разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин в России за год сократилась до 10,8 года, по сравнению с 11,2 – в предыдущем году и 11,6 – в 2011 г.

Но само сохранение такой дистанции между продолжительностью жизни мужчин и женщин, безусловно, – это серьезнейший вызов, и в то же время это как раз акцентирует наше внимание на огромном резерве в борьбе со смертностью лиц трудоспособного возраста, прежде всего мужчин.

В связи с ростом продолжительности жизни существенные изменения произошли в возрастной структуре населения страны. Вклад старших возрастных групп в общую смертность вырос практически до 75% против 73% в 2014 г. и 71% в 2011 г.

При сохранении сегодняшних тенденций старения населения и сохранения его здоровья к 2020 г. численность женского населения в возрасте 67 лет практически в 2,5 раза превысит численность данной категории в 2015 г., мужского населения – практически в два раза. Вклад данной возрастной категории в общую смертность резко повысится. Еще через пять лет рост женского населения данной возрастной категории будет превышать сегодняшний уровень в 3-3,5 раза, а мужского населения в 3 раза.

Для сохранения и усиления тенденции к снижению общей смертности при таких особенностях возрастной структуры населения в 2015 г. был разработан и внедрен комплекс дополнительных мер, направленных на предотвращение смертности населения от всех основных причин, включивший, в том числе регулярный (еженедельный и ежемесячный) мониторинг основных показателей доступности и качества медицинской помощи.

Реализация с апреля 2015 г. этого комплекса дополнительных мер позволила закончить год со снижением смертности на 3 800 человек.

В январе-феврале текущего 2016 г. тенденция к снижению смертности сохранилась: умерло на 4 910 человек меньше в сравнении с аналогичным периодом прошлого года.

Особый вклад в снижение общей смертности и увеличение продолжительности жизни и рождаемости вносит снижение младенческой, детской и материнской смертности.

2015 г. по всем этим показателям достигнуты исторические национальные минимумы. Россия выполнила 4-ю и 5-ю Цели развития тысячелетия ООН.

Младенческая смертность за год снизилась на 12,2% до 6,5 на 1 000 родившихся живыми, а по сравнению с 2012 г. – на 24%. Хотелось бы отметить, что за 2 мес. текущего года она стала еще ниже – 6,1.

Материнская смертность, по оперативным данным ведомственного мониторинга, снизилась на 11 %, а с 2011 г. – почти вдвое.

Более 20 тыс. детей родилось с помощью современных технологий экстракорпорального оплодотворения, это больше на 9%, чем в 2014 г., и на 56% – по сравнению с 2012 г.

Важно отметить, что благодаря активным мерам по психологической поддержке беременных женщин и организации службы доабортного консультирования в женских консультациях и родильных домах, за 2015 г. на 8% снизилось число аборт (это 67 тысяч родившихся детей), а, по сравнению с 2011 г., – на 24,5%, или на 242 тысячи.

Таким образом, с 2013 г. – третий год подряд – в России сохраняем положительный естественный прирост населения, который в 2015 г. превысил 32 тыс. человек.

Данный естественный прирост составляет 0,022% от численности постоянно проживающего населения России (1 465 544,7 на 1 января 2016 г.).

2015 г. внес свой вклад в создание трехуровневой системы оказания медицинской помощи, которая, в целом выстроена уже в 70 субъектах Российской Федерации, Задача на 2016

г. – деформировать правильную организацию медицинской помощи в каждом регионе страны. Именно первый и второй уровни оказания медицинской помощи преимущественно определяют её доступность, как в каждодневной жизни, так и в экстренных жизнеугрожающих ситуациях.

В 2015 г. были введены требования по медицинскому обеспечению населенных пунктов с численностью населения менее 100 человек. По переписи 2010 г., это более 82 тыс. населенных пунктов. В них, согласно нормам приказа, должны быть сформированы домохозяйства с возможностью оказания первой помощи и обеспечением экстренной связью, а также предусмотрено оказание первичной медико-санитарной помощи путем выездных форм работы – мобильными медицинскими бригадами с использованием портативных медицинских комплексов для плановых медицинских осмотров не реже 2 раз в год. Установлены требования и к созданию в каждом регионе круглосуточной медицинской службы, связанной со всеми домохозяйствами и экстренными медицинскими службами.

В 2015 г. в регионах функционировали уже более 9 тыс. домохозяйств (за год увеличение числа почти на 11%) и работало более 3 тыс. мобильных медицинских бригад (за год рост на 8%), которые обследовали более 760 тыс. человек. Однако очевидно, что этого недостаточно. В текущем году мы должны охватить плановым медицинским наблюдением жителей всех малонаселенных пунктов.

В 2015 г. существенно увеличилось число межрайонных медицинских организаций второго уровня, оказывающих населению экстренную специализированную помощь при жизнеугрожающих состояниях в течение «золотого часа» независимо от места проживания, в том числе в сельской местности.

Число сосудистых центров за год увеличилось на 8,3%, а по сравнению с 2012 г. – на 88,6%. Общее число первичных и региональных сосудистых центров составило 543, что и позволило нам внедрить на территории всей страны современные технологии диагностики и лечения ишемической болезни сердца и нарушений мозгового кровообращения.

Число травмоцентров за год повысилось на 20%, а с 2012 г. – на 125%. В настоящее время оно превысило 1500.

Важнейшее направление медицинской деятельности – обеспечение доступности высокотехнологичной медицинской помощи. Объемы оказанной ВМП с 2013 г. были увеличены на 63% (с 505 тыс. до 823,3 тыс. человек), а за 10 лет – в 13,7 раза. При этом технологии ВМП активно внедряются в регионах: в 2015 г. ВМП оказывалась уже 800 медицинскими организациями, что на четверть больше, чем в 2014 г.

Так, в 2015 г. проведено более 126 тыс. стентирований сосудов (тогда как еще в 2014 г. проводилось лишь 97 тыс.). В 20% случаев острого коронарного синдрома стентирование было проведено в экстренном порядке – в течение первых трёх часов с момента госпитализации. За год аппаратом главных внештатных специалистов Минздрава России и всем экспертным сообществом была завершена работа по созданию базового пула 1200 национальных клинических рекомендаций, или протоколов лечения, по основным классам заболеваний, охватывающих более 90% нозологических форм – основных причин заболеваемости и смертности населения.

Данная работа продолжается в рамках формирования критериев качества оказания медицинской помощи по каждой группе заболеваний, с поэтапным переходом на автоматизированную систему электронного бенчмаркинга.

С учетом критериев качества оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций были пересмотрены и административные регламенты Росздравнадзора по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской помощи.

В рамках этого направления контроля в 2015 г. проверено более 6 тыс. медицинских организаций. Нарушения качества медицинской деятельности выявлены в 43% проверенных организаций.

Медицинские работники решают важнейшую стратегическую задачу по сохранению жизни и здоровья граждан. Их социальный статус и оплата труда должны соответствовать той высокой роли, которую они играют в обществе. По данным Росстата, с 2012 г. среднемесячная заработная плата врачей, среднего и младшего медицинского персонала увеличилась соответственно на 40,5 %, 39,7 и 60,7%. В целом, по итогам 2015 г., среднемесячная заработная плата врачей составила 47,9 тыс. рублей, среднего персонала – 27,0 тыс. рублей; младшего – 16,8 тыс. рублей.

Вместе с тем, проведенный в 2014 г. анализ показал, что при достаточно высоких номинальных показателях средних зарплат в большинстве субъектов Российской Федерации сложилась неоптимальная их структура, в которой доля окладов не превышала 30%. В 2015 г. регионам было рекомендовано увеличить долю выплат по окладам в структуре заработной платы до 55-60%.

Значимым результатом кадровой политики в 2015 г. стало увеличение числа врачей – за год более чем на тысячу человек и уменьшение кадрового дисбаланса. Увеличилось число и молодых специалистов в возрасте до 36 лет.

Выросло число врачей, работающих на селе: по сравнению с 2012 г. на 5,5 тыс. чел. (или на 11,3 %); обеспеченность врачами на селе на 10 тыс. сельского населения также увеличилась на 9%. Только благодаря программе «Земский доктор» с 2012 г. было привлечено на село более 19 тыс. врачей.

В 2015 г. впервые за последние годы удалось увеличить число врачей по таким всегда дефицитным специальностям, как «Онкология» (394 специалиста), «Патологическая анатомия» (49 чел.), «Психиатрия (125 чел.), и закрепить положительную динамику по специальностям «Анестезиология-реанимация» (898 чел. за год пришло в отрасль) и «Рентгенология» (393 чел.).

В результате зафиксировано снижение коэффициента совместительства у врачей до 1,43 (данный коэффициент не ниже 1,54 с 2006 г.).

2015 г. был обозначен Президентом Российской Федерации как Национальный год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В рамках разработанного комплексного плана мы продолжили реализацию масштабной программы диспансеризации населения – системы целенаправленных скринингов для выявления наиболее значимых, с точки зрения смертности и заболеваемости, состояний.

В 2015 г. первый этап диспансеризации прошли 22,5 млн. человек, из которых более 6 млн. человек (или 27%) были направлены на второй этап – углубленное обследование. Все, у кого были выявлены заболевания (48% обследованных), получили требуемую медицинскую помощь и поставлены на диспансерное наблюдение.

У трети «практически здоровых» обследованных были выявлены факторы риска развития заболеваний, борьба с которыми в рамках комплексной программы Формирование здорового образа жизни также стала одним из главных приоритетов.

В 2015 г. работа по повышению доступности лекарственных средств проводилась в нескольких направлениях.

Первейшей задачей было сдерживание роста цен на лекарства и медицинские изделия в условиях валютных колебаний и сложностей в экономике. В целях оперативного контроля было принято решение об осуществлении Росздравнадзором, наряду с ежемесячным мониторингом, еженедельного выборочного анализа цен.

В среднем по Российской Федерации за 2015 г. уровень розничных цен на ЖНВЛП амбулаторного сегмента увеличился на 8,8 %, госпитального сегмента – на 8,9%. При этом рост цен на лекарственные препараты, не входящие в ЖНВЛП, составил в среднем 19,5 %, что подтверждает эффективность действующей системы регулирования цен.

Такое регулирование, однако, было бы невозможно без актуализации ограничительных перечней лекарств и медицинских изделий.

В декабре 2015 г. Правительством был утвержден Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2016 г., расширенный с 608 до 646 международных непатентованных наименований, или (с учетом конкретных лекарственных форм, дозировок и фасовок) – до более чем 23,5 тыс. ассортиментных позиций.

Впервые перечень сформирован по новому порядку, обеспечивающему максимальную открытость и вовлеченность экспертного сообщества в создание этого важного документа.

Пересмотрены и расширены также составные части перечня ЖНВЛП – Перечень лекарственных препаратов для обеспечения отдельных категорий граждан и минимальный ассортимент лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи.

В целях контроля за ценами на имплантируемые в организм человека медицинские изделия, в 2015 г. впервые был сформирован аналогичный перечень, включающий 205 видов медицинских изделий (23% от общего количества имплантируемых). Правительством определен Порядок контроля цен на данную категорию изделий.

В целях сохранения уровня лекарственного обеспечения в 2015 г. дополнительно, в рамках антикризисных мер, в регионы было направлено 16 млрд. рублей, которые позволили сформировать необходимые товарные запасы лекарственных препаратов для обеспечения потребностей до 6 мес.

Эффективным механизмом снижения влияния негативных явлений в экономике на лекарственное обеспечение стала централизация закупок, которую уже внедрили более 44% субъектов РФ.

На сегодняшний день доля рецептов, принятых на отсроченное обеспечение, на территории страны не превышает 0,02%.

В Российской Федерации более 20 лет назад задан курс на страховую организационно-экономическую модель оказания медицинской помощи гражданам.

В рамках исполнения поручения президента по окончательному переходу на страховые принципы обязательного медицинского страхования усилена роль и ответственность страховых медицинских организаций, которые становятся реальными участниками процесса организации медицинской помощи, способными влиять на состояние здоровья населения.

Активное участие страховых медицинских организаций должно осуществляться через уполномоченных лиц по работе с гражданами – страховыми представителями, которые призваны обеспечивать не только защиту прав застрахованных на медицинскую помощь, но и сопровождение организации профилактических мероприятий, формирование здорового образа жизни у застрахованных лиц.

Для реализации указанных задач сформированы функциональные обязанности страховых представителей, утверждены обучающие программы и определены базовые вузы для их подготовки, сформированы списки слушателей на обучение.

В апреле 2016 г. на федеральном уровне проведен первый обучающий цикл страховых представителей, целью которого является подготовка высококвалифицированных специалистов для индивидуальной работы с застрахованными лицами в сфере обязательного медицинского страхования.

Вторым важным направлением оптимизации системы ОМС в 2015 г. стало совершенствование тарифной политики, которое было направлено на внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи, в том числе в стационарных условиях.

В целях снижения неэффективных расходов в стационарных условиях продолжилось внедрение механизма оплаты медицинской помощи на основе клинико-статистических групп (КСГ). На протяжении последних четырех лет модель КСГ совершенствовалась путем расширения и увеличения количества групп, включения в них новых диагностических исследований и методов лечения. Общее количество групп заболеваний в 2015 г., по сравнению с 2013 г., увеличилось почти в 1,5 раза и составило 258, а в 2016 г. составляет уже 426 (308 групп для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и 118 групп – для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров).

В 2016 г. значительно увеличилось количество КСГ для оплаты медицинской помощи, оказанной детскому населению, а также по профилю медицинской реабилитации.

Сегодня можно уверенно говорить о том, что система ОМС становится привлекательной для негосударственных медицинских организаций, доля которых в числе медицинских организаций, участвующих в реализации программы госгарантий, составляет уже 25 %.

Объемы медицинской помощи и объемы финансирования частного здравоохранения, выполняющего территориальные программы государственных гарантий в сфере здравоохранения, достигают 5,5% от общего финансирования. Остальные 94,5% объемов по-прежнему выполняются государственными медицинскими организациями.

Здравоохранение – самая чувствительная и значимая отрасль для каждого человека и одновременно основополагающая стратегическая отрасль для всей страны. Она всегда есть и будет «на острие» истории и судьбы народа.

Именно поэтому медицина и организация здравоохранения должны постоянно совершенствоваться, создавая условия для постоянного роста качества и доступности медицинской помощи и укрепления здоровья наших граждан.

Резников, В. Инновационной медицине – поддержка и продвижение // Комсомольская правда. – 2016. – № 61. – С. 8.

Правительство региона готово поддержать разработки, имеющие мировой приоритет и инфраструктурную направленность. Возможные формы взаимодействия обсудили участники Кластера медицинских и фармтехнологий.

Заседание Стратегического комитета и координационного совета кластера прошло в выставочном центре «Экспо-Волга». В работе совещания также приняли участие министр экономического развития, инвестиций и торговли региона Александр Кобенко и министр промышленности и технологий Самарской области Сергей Безруков.

Мировой рынок – Российской науке...

Главной темой совещания было создание новых механизмов консолидации науки, бизнеса и власти по продвижению тех проектов, которые конкурентоспособны на мировом рынке и необходимы отечественному здравоохранению. По словам ректора СамГМУ академика РАН Геннадия Котельникова, последовательное формирование областной инновационной инфраструктуры, особенно инвестиции в создание Центра гибкой и микроэлектроники, Биотехнологического центра тканей и органов, в развитие Научно-производственного технопарка будут способствовать более интенсивному процессу создания и продвижения инновационных продуктов. Расширяет свою партнерскую сеть и Самарский государственный медицинский университет. Один из главных приоритетов – развитие международного сотрудничества.

– Мы также начинаем более активно взаимодействовать с российскими и зарубежными кластерами, создаем межотраслевые лаборатории, – отметил директор Института инновационного развития СамГМУ профессор Александр Колсанов. – В Центре прорывных исследований работает специальная служба, которая мониторит все новые разработки, появляющиеся в мире в сфере IT-медицины. Поэтому мы располагаем самой последней экспертизой по этой отрасли.

О первых итогах работы Программы развития инновационного территориального кластера медицинских и фармацевтических технологий Самарской области на 2015-2020 годы рассказал в своем докладе Александр Кобенко.

– В Программе заложен большой комплекс мер поддержки кластера. Правительство Самарской области также активизирует свою работу по привлечению иностранных партнеров, ведет большую работу с Фондом перспективных исследований и другими федеральными институтами развития, – отметил министр. – Необходимо расширить рамки поиска перспективных проектов, реализующихся за пределами нашего региона, где мы можем эффективно сотрудничать.

...И Российскому производителю

Участвующий в работе заседания генеральный директор Ассоциации организаций оборонно-промышленного комплекса производителей медицинских изделий и оборудования Александр Смирнов в своем докладе рассказал о мерах государственной поддержки кластеров и отечественного производства лекарственных препаратов, медицинской техники и изделий медицинского назначения.

Вопрос безопасности в области здравоохранения стоит особенно остро, учитывая санкции и политическую нестабильность. О том, как развиваются импортозамещающие производства, рассказал в своем выступлении председатель совета директоров завода «Медсинтез» Александр Петров. Завод «Медсинтез» – «якорь» Уральского биомедицинского кластера, состоящего из нескольких десятков производственных и научных предприятий. Из всех высокотехнологичных производств он выделил выпуск генно-инженерных инсулинов человека и привел интересный факт, что как только производство было запущено, мировые поставщики сразу снизили цену на 30%. Это еще одно подтверждение того, что развитие импортозамещающих производств в России и продвижение конкурентоспособных проектов на мировые рынки должны быть главными приоритетами государства.

После всех выступлений состоялась дискуссия и утверждение проектов кластера, которые имеют первоочередное значение для развития экономики региона и системы здравоохранения, а также принято решение о планах развития кластера на ближайшую перспективу.

Кадыров, Ф. Н. Правовое положение руководителей государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения // Здравоохранение. – 2016. – № 6. – С. 28-37.

Успешная реализация реформы бюджетной сферы предполагает расширение как прав, так и ответственности государственных (муниципальных) учреждений. Однако реализация прав учреждений напрямую зависит от тех реальных полномочий, которыми обладает его руководитель.

В статье рассматривается, насколько сложившиеся к настоящему времени полномочия руководителей учреждений здравоохранения соответствуют идеологии реформ, насколько позволяют им осуществлять эффективное управление.

Эффективная деятельность государственных (муниципальных) учреждений (далее - учреждения) в современных условиях предполагает наличие у учреждения (и соответственно у его руководителя) достаточно широких полномочий. Неслучайно Федеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (далее - Федеральный закон № 83-ФЗ), создавший основу реформирования бюджетной сферы, принимался с целью создания баланса между правами и ответственностью государственных (муниципальных) учреждений по принципу: больше прав и больше ответственности.

И действительно, права учреждений были существенно расширены. В настоящее время можно говорить, например, о таких правах учреждений, как:

- право бюджетных и автономных учреждений самостоятельно распоряжаться доходами от приносящей доход деятельности (с учетом законодательных ограничений);
- право автономных учреждений (а также бюджетных учреждений за счет доходов от приносящей доход деятельности) осуществлять закупки по Федеральному закону № 223-ФЗ, а не по Федеральному закону № 44-ФЗ;
- право самостоятельно утверждать штатные расписания и т. д.

Поэтому в целом (при всех оговорках) сформирован неплохой баланс прав и ответственности государственных (муниципальных) учреждений.

Но очень важный момент заключается в том, что реализация этих прав зависит в первую очередь от того, имеет ли возможность руководитель учреждения отстаивать свои законные права перед вышестоящими органами? Может ли он решиться отстаивать свои права?

Поэтому нужно проанализировать имеющиеся в настоящее время права и ответственность руководителя учреждения.

Правовое положение руководителя.

Правовое положение руководителя учреждения сейчас можно охарактеризовать как «угнетенное». Он может быть уволен по множеству оснований и даже без всяких оснований. Ему постоянно приходится сталкиваться с ограничениями, нарушающими его законные права как руководителя.

Расторжение трудового договора Статья 278 Трудового кодекса РФ (далее - ТК РФ) устанавливает дополнительные (к установленным для всех работников) основания для расторжения трудового договора с руководителем организации.

В соответствии со ст. 278, помимо оснований, предусмотренных Трудовым кодексом и иными федеральными законами, трудовой договор с руководителем организации прекращается, в частности, по следующим основаниям:

- в связи с принятием уполномоченным органом юридического лица либо собственником имущества организации, либо уполномоченным собственником лицом (органом) решения о прекращении трудового договора;
- по иным основаниям, предусмотренным трудовым договором.

Дадим небольшой комментарий по ст. 278 ТК РФ.

Во-первых, трудовой договор с руководителем может быть расторгнут по основаниям, предусмотренным не только в ТК РФ, но и в других федеральных законах.

К числу таких законов относится, в частности, вышеупомянутый Федеральный закон № 83-ФЗ. Часть 27 ст. 30 данного закона гласит: «Установить, что орган государственной власти (государственный орган), орган местного самоуправления, осуществляющий функции и полномочия учредителя бюджетного учреждения, при заключении трудового договора с руководителем бюджетного учреждения предусматривает в нем:

1. права и обязанности руководителя;
2. показатели оценки эффективности и результативности его деятельности;
3. условия оплаты труда руководителя;
4. срок действия трудового договора, если такой срок установлен учредительными документами бюджетного учреждения;
5. условие о расторжении трудового договора по инициативе работодателя в соответствии с ТК РФ при наличии у бюджетного учреждения просроченной кредиторской задолженности, превышающей предельно допустимые значения, установленные органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя».

Во-вторых, руководитель может быть уволен по любым основаниям, предусмотренным (фактически – навязанным) трудовым договором.

В-третьих, руководитель учреждения может быть уволен вышестоящим органом вообще без каких-либо оснований и без объяснения причин (т. е. и в случае отсутствия каких-либо нарушений со стороны руководителя учреждения).

Обобщая сложившуюся практику, постановление Пленума Верховного Суда РФ от 02.06.2015 № 21 определило, что прекращение трудового договора с руководителем организации в связи с принятием уполномоченным органом юридического лица решения о прекращении трудового договора (п. 2 ст. 278 ТК РФ) опускается без указания мотивов принятия решения.

В-четвертых, трудовой договор с руководителем учреждения может быть заключен как срочный договор (что обычно и происходит на практике).

Статья 275 ТК РФ, посвященная вопросам заключения трудового договора с руководителем организации, устанавливает: «В случае, когда в соответствии с частью второй ст. 59 настоящего Кодекса с руководителем организации заключается срочный трудовой договор, срок действия этого трудового договора определяется учредительными документами организации или соглашением сторон».

В соответствии со ст. 59 ТК РФ по соглашению сторон срочный трудовой договор может заключаться с руководителями, заместителями руководителей и главными бухгалтерами организаций независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности.

При этом срок трудового договора зачастую ограничивается одним годом. Будет ли трудовой договор продлен на следующий год – всецело зависит от вышестоящего органа.

Прекращение действия трудового договора в связи с истечением срока его действия на практике является одним из самых простых с законодательной точки зрения способов избавиться от неугодного руководителя учреждения.

При этом следует иметь в виду, что ограничение срока трудового договора одним годом не позволяет реализовать никакой стратегический проект (не только долгосрочный, но и среднесрочный и даже краткосрочный).

Статья 75 ТК РФ устанавливает: «При смене собственника имущества организации новый собственник не позднее трех месяцев со дня возникновения у него права собственности имеет право расторгнуть трудовой договор с руководителем организации, его заместителями и главным бухгалтером».

Это положение распространяется, в частности, на ситуации массового перевода муниципальных учреждений в статус государственных региональных: областных, краевых и т.д. Эту процедуру прошла основная часть муниципальных учреждений, переходящих в статус государственных региональных учреждений. И это стало основанием для немотивированной смены большого числа руководителей учреждений здравоохранения.

Новые основания для расторжения трудового договора с руководителем.

В последние годы (в связи с реформированием бюджетной сферы, а также введением эффективного контракта) появились новые (ранее отсутствовавшие) требования к руководителям учреждений.

В соответствии с ч. 4 ст. 13 Федерального закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» (в ред. Федерального закона № 83-ФЗ) руководитель бюджетного учреждения несет перед бюджетным учреждением ответственность в размере убытков, причиненных бюджетному учреждению в результате совершения крупной сделки с нарушением установленных в этой статье требований, независимо от того, была ли эта сделка признана недействительной.

Пунктом 3 ст. 27 Федерального закона № 7-ФЗ в отношении руководителей бюджетных учреждений введено понятие «конфликт интересов» (в отношении руководителей автономных учреждений – ст. 25 Федерального закона «Об автономных учреждениях»).

Часть четвертая ст. 275 ТК РФ (введенная Федеральным законом от 29.12.2012 № 280-ФЗ) устанавливает: «Лицо, поступающее на должность руководителя государственного (муниципального) учреждения (при поступлении на работу), и руководитель государственного (муниципального) учреждения (ежегодно) обязаны представлять сведения о своих доходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера, а также о доходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера своих супруга (супруги) и несовершеннолетних детей».

Соответственно появились новые основания для увольнения руководителя учреждения.

Например, Федеральным законом от 03.12.2012 № 231 -ФЗ (в ред. Федеральных законов от 29.12.2012 № 280-ФЗ, от 07.05.2013 № 102-ФЗ) введен п. 7.1 ч. 1 ст. 81: «непринятие работником мер по предотвращению или урегулированию конфликта интересов <...> непредставления или представления неполных или недостоверных сведений о своих доходах, расходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера <...> открытия (наличия) счетов (вкладов), хранения наличных денежных средств и ценностей в иностранных банках<...>».

Следует отметить, что ряд требований, предъявляемых к руководителю учреждения, во многих случаях вообще не выполним.

Так, постановлением Правительства РФ от 12.04.2013 № 329 «О типовой форме трудового договора с руководителем государственного (муниципального) учреждения» (далее – Постановление № 329) утверждена Типовая форма трудового договора с руководителем государственного (муниципального) учреждения (далее – Типовая форма).

Подпунктом «ч» п. 9 Типовой формы трудового договора установлено, что руководитель учреждения обязан «обеспечивать достижение установленных учреждению ежегодных значений показателей соотношения средней заработной платы отдельных категорий работников учреждения со средней заработной платой в соответствующем субъекте РФ, указанных в дополнительном соглашении, являющемся неотъемлемой частью трудового договора (в случае их установления)».

Как известно, за невыполнение трудовых обязанностей в соответствии со ст. 192 ТК РФ на руководителя может быть наложено дисциплинарное взыскание в виде замечания, выговора либо увольнения.

Закономерно возникает вопрос: насколько недостижение установленного соотношения заработной платы работников в рамках реализации майских указов Президента может рассматриваться как вина руководителя учреждения (или как вина исключительно руководителя учреждения)?

В Пояснительной записке к проекту Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год» отмечается: «Размер подушевого норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС учтен в проекте постановления Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год». В данном нормативе расходы на выплату заработной платы медицинским работникам сохранены на уровне 2015 года».

В 2016 г. планируемый рост субвенции составит всего 5,6% к уровню 2015 г., что также не обеспечит необходимый рост заработной платы для реализации "дорожных карт". В связи с этим возникают риски недостижения целевых значений размера средней заработной платы отдельных категорий медицинских работников. В связи с отсутствием в бюджете Фонда соответствующих ресурсов потребуются изыскание новых источников финансирования для привлечения дополнительных средств в целях решения указанной задачи».

То есть очевидно, что средств обязательного медицинского страхования для повышения заработной платы в соответствии с указами Президента недостаточно. На кого будет переложена ответственность за недостаток средств? На руководителя учреждения.

При этом за недостаточное повышение заработной платы может последовать увольнение (и таких примеров уже много). А повышение зарплаты путем сокращения расходов на медикаменты, продукты питания и т. д. чревато созданием кредиторской задолженности по соответствующим статьям, за что тоже может последовать увольнение.

Таким образом, в настоящее время можно уволить практически любого руководителя учреждения. Сохранение ими своих должностей – это прежде всего вопрос лояльности к вышестоящим органам.

Права руководителей учреждений фактически сведены к нулю, и их реализация полностью находится в руках вышестоящих органов.

Это подтверждается и тем, что смена руководителя субъекта РФ, муниципального образования и (или) соответствующего органа управления здравоохранением сопровождается волной смены руководителей учреждений.

Такую ситуацию никак нельзя назвать нормальной.

Оплата труда руководителя.

Одним из серьезных механизмов влияния на руководителя учреждения является оплата труда.

Приказ Минздрава России от 28.06.2013 № 421 предусматривает, что выплаты стимулирующего характера руководителю учреждения не начисляются в следующих случаях:

а) выполнения государственного заказа ниже 90%;

б) выявления нарушений по результату проверок финансово-хозяйственной деятельности за отчетный период или за предыдущие периоды, но не более чем за два года, предшествующих отчетному периоду, если данный работник исполнял обязанности руководителя в период, когда были осуществлены указанные нарушения;

в) наложения дисциплинарного взыскания в отчетном периоде;

г) выявления в учреждениях нарушения правил противопожарной безопасности;

д) наличия фактов нарушений, осуществления лицензированных видов деятельности учреждения, по результату за отчетный период или за предыдущие периоды, но не более чем за два года, предшествующих отчетному периоду, если данный работник исполнял обязанности руководителя в период, когда были осуществлены указанные нарушения».

Ограничения прав руководителя.

Действующее законодательство и подзаконные нормативные правовые акты противоречивы и зачастую не только необоснованно ограничивают права учреждений на самостоятельное распоряжение ресурсами, но и создают ситуации, в которых руководитель учреждения виновен любом случае.

Не бывает проверок финансово-хозяйственной деятельности учреждений, в ходе которых невозможно было бы найти нарушения.

Так, перед руководителями учреждений (например, в случае задержки оплаты счетов со стороны страховой медицинской организации) часто встает дилемма: задерживать оплату сотрудникам по обязательному медицинскому страхованию (далее – ОМС), нарушив при этом ТК РФ, или использовать на выплату зарплаты бюджетные средства с последующим восстановлением (нарушив Бюджетный кодекс – нецелевое использование бюджетных средств)? Любое действие в подобной ситуации приводит к нарушению, бездействие – тоже.

Более того, предостаточно случаев нарушения законодательства в отношении учреждений со стороны самих вышестоящих и иных органов.

В первую очередь это касается использования средств ОМС. Во многих регионах территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации (СМО) пытаются контролировать постатейную структуру расходов средств ОМС, хотя никакими нормативными документами это требование не установлено.

По сути, тем самым территориальные фонды или СМО принимают на себя функции учредителя, с чьей стороны подобный контроль был бы более обоснованным. Но и сама целесообразность подобного контроля даже со стороны собственника должна определяться статусом учреждений. Подобный контроль оправдан в отношении казенных учреждений, но не вписывается в статус бюджетных и автономных учреждений.

Не вписывается он и в систему договорных отношений в системе ОМС.

Суть этих отношений заключается в том, что медицинские организации принимают на себя обязательства оказать определенный объем услуг определенного качества, а страховые медицинские организации – оплатить эти услуги.

Эта система аналогична системе государственного заказа (никто не требует у подрядчика отчета о том, на какие цели использованы полученные в рамках контракта средства).

Дополнительный контроль за направлениями использования средств, полученных учреждением от оказания услуг, излишен. Тем более, со стороны территориальных фондов ОМС – учреждения не имеют перед ними никаких обязательств, ни в какие прямые взаимоотношения с ними не вступают.

Часто от учреждения требуют не заключать договоры определенного вида в рамках ОМС (по доплате за более качественные расходные материалы и т. д.), не заключать договоры с коммерческими лабораториями и т. д. Это нарушение антимонопольного законодательства и прав руководителей учреждений, которые в соответствии с действующим законодательством и уставами самостоятельны в вопросах заключения договоров.

Другой пример – в одном из субъектов РФ, где практически все государственные учреждения здравоохранения переведены в статус автономных, от этих учреждений в нарушение законодательства требуют проведения государственных закупок не в соответствии с Федеральным законом № 223-ФЗ, а в соответствии с Федеральным законом № 44-ФЗ.

Вмешательства в дела руководителя.

Почти повсеместно встречаются те или иные не предусмотренные законодательством РФ ограничения на право автономных и бюджетных учреждений самостоятельно распоряжаться доходами от приносящей доход деятельности.

Есть еще одна сфера незаконного вмешательства во внутренние дела учреждений – это формирование структуры и штатного расписания учреждений.

Пункт е) Типовой формы трудового договора устанавливает, что к правам руководителя учреждения относится «утверждение в установленном порядке структуры и штатного расписания учреждения». Вопреки этому многие вышестоящие органы пытаются протащить не предусмотренную нормативными правовыми актами процедуру согласования штатного расписания.

Что же касается структуры учреждения, то много ли найдется ситуаций, когда руководители учреждений действительно самостоятельно определяют структуру своего учреждения? Обычно приходится сталкиваться с так называемыми профильными приказами которые устанавливают количество коек по соответствующим специальностям в подведомственных учреждениях и т. д.

Между тем фраза Типовой формы трудового договора с руководителем, установленной постановлением Правительства, о праве на самостоятельное установление структуры и штатного расписания учреждения, имеет очень логичное обоснование.

В рамках бюджетного финансирования для учреждений устанавливается государственное (муниципальное) задание в виде объема оказанных услуг.

В рамках ОМС в договоре с учреждением также устанавливается объем оказанных услуг. Ресурсы, необходимые для выполнения этих объемов услуг (количество коек, количество штатных должностей и т. д.), определяются с учетом сроков пребывания пациентов на койке, установленных норм труда и т. д.

По разным учреждениям эти показатели могут сильно различаться. С учетом всего этого именно руководитель учреждения должен определять и структуру, и штатное расписание учреждения. И тем более подобное право должно касаться сферы приносящей доход деятельности.

Распространены и другие ситуации, когда вышестоящие органы, формально не нарушая законодательство, тем не менее устанавливают необоснованные ограничения на деятельность государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения.

Так, к сожалению, на практике часто приходится сталкиваться с недальновидной политикой вышестоящих органов, формально не нарушающих законодательство, заключающейся, например, в сдерживании цен на платные услуги, минимизации уровня рентабельности и т.д. Доходит до парадоксальных ситуаций: в приказах многих ведомств, регламентирующих порядок определения платы за оказание платных услуг, вообще не предусматривается включение в цены услуги прибыли.

Полномочия вышестоящих органов.

Сам по себе статус вышестоящих органов (органов управления здравоохранением, учредителей и т. д.) не дает им оснований предъявлять какие-либо требования к подведомственным учреждениям (например, о согласовании с ними штатных расписаний). Они могут это делать только в рамках полномочий, которыми их наделили в соответствии с положениями об этих органах.

Не случайно в настоящее время в нормативных документах говорится не о вышестоящем органе, а об «органе, осуществляющем функции и полномочия учредителя» (применительно к казенным учреждениям – еще и о распорядителе бюджетных средств).

Пункт 7 Типового договора, утвержденный Постановлением № 329, устанавливает: «Руководитель самостоятельно осуществляет руководство деятельностью учреждения в соответствии с законодательством РФ, законодательством субъекта РФ, нормативными правовыми актами органов местного самоуправления, уставом учреждения, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, настоящим трудовым договором, за исключением вопросов, принятие решений по которым отнесено законодательством РФ к ведению иных органов и должностных лиц».

То есть положения о соответствующих органах власти, ограничивающие права руководителей учреждений (в т. ч. и в вопросах утверждения штатных расписаний и т. д.) могут содержать подобные пункты только если это прямо предусмотрено законодательством, причем, федеральным!

Главный врач или главный менеджер?

Сложившаяся ситуация имеет целый ряд негативных последствий.

Понятие «кадровый резерв руководителей» на практике теряет смысл.

Действительно, как формировать кадровый резерв в условиях непредсказуемости назначения руководителей учреждений, если назначение определяется не профессиональными качествами, а личной преданностью, кумовством и т. д.?

Одно из негативных последствий нынешнего положения с правами руководителя учреждения заключается в том, что главные врачи, не имеющие никаких гарантий продолжения работы в своей должности, вынуждены подстраховываться, сохраняя свою основную врачебную специальность. Они продолжают активно оперировать, лечить пациентов, что не может не сказаться негативно на качестве управления учреждением.

Подпункт б) п. 9 Типового договора устанавливает обязанность руководителя: «обеспечивать эффективную деятельность учреждения и его структурных подразделений, организацию административно-хозяйственной, финансовой и иной деятельности учреждения».

Однако требовать эффективность деятельности можно только тогда, когда имеется необходимая свобода действий самого руководителя. Если регламентируется каждый шаг, то и ответственность за результаты деятельности руководителя должна ложиться не на руководителя, а на орган, устанавливающий эту регламентацию.

Выводы и предложения.

В настоящее время отсутствует сбалансированность прав и ответственности руководителя учреждения, необходимая для эффективного управления учреждениями здравоохранения. Это не позволяет достигать целей, предусмотренных реформой бюджетной сферы, – законодательный статус автономных и бюджетных учреждений не реализуется.

Для того чтобы определиться с правами и ответственностью руководителя государственного (муниципального) учреждения необходимо четко определить, что мы хотим получить: послушного исполнителя при сохранении административного контроля за процессом его работы или профессионального управленца, имеющего высокую степень независимости и отвечающего за конкретные конечные результаты деятельности учреждения?

В сложившихся условиях необходимо не столько уменьшение степени ответственности руководителя, сколько принятие мер по защите руководителя от неправомерного преследования со стороны вышестоящих органов

Для этого следует установить минимальный срок, на который заключается срочный трудовой договор с руководителем учреждения, не менее 3 лет.

Целесообразно также установить законодательные ограничения по смене руководителей учреждений при смене руководителя публично-правового образования (губернатора, главы муниципального образования и т. д.), а также руководителя органа управления здравоохранением, например, установив недопустимость прекращения трудового договора с руководителем государственного (муниципального) учреждения в связи с принятием уполномоченным органом юридического лица решения о прекращении трудового договора (п. 2 ст. 278 ТК РФ) в течение первых двух лет избрания (назначения на должность) нового руководителя публично-правового образования и/или руководителя органа управления

здравоохранением. Это обеспечило бы определенный иммунитет руководителям учреждений, выступая при этом важной антикоррупционной мерой.

В идеале нужно было бы установить, что п. 2 ст. 278 не распространяется на руководителей государственных (муниципальных) учреждений.

В отличие от частных организаций, где это положение логично (частное дело частной организации), в государственно секторе увольнение руководителя учреждения без объяснения причин недопустимо: граждане, потребители государственных (муниципальных) услуг должны знать почему это происходит.

Это стало бы важной антикоррупционной мерой, снижающей возможности его вора в силу кумовства и т. д.

При этом полномочия учредителей по контролю за деятельностью подведомственных учреждений страдать не будут: по-прежнему сохранится возможность увольнения руководителя учреждения за допущенные нарушения и т. д.

Следует исключить меры ответственности руководителя в случаях, когда достижение установленных показателей не обеспечено соответствующим финансированием.

Например, речь идет о таком показателе, как «Выполнение планов по достижению соотношений заработной платы по всем категориям медицинских работников со средней заработной платой в субъекте», предусмотренном приказом Минздрава России от 28.06.2013 № 421. Это положение получило отражение в требовании «обеспечивать достижение установленных учреждению ежегодных значений показателей соотношения средней заработной платы отдельных категорий работников учреждения со средней заработной платой в соответствующем субъекте РФ, указанных в дополнительном соглашении, являющемся неотъемлемой частью трудового договора (в случае их установления)» (подп. «ч») п. 9 Типовой формы трудового договора).

Поскольку трудовой договор с руководителем учреждения регулируется Трудовым кодексом, то очевидно, и в случае невыполнения руководителем учреждения подобных обязанностей, следует руководствоваться ст. 155 ТК РФ «Оплата труда при невыполнении норм труда, неисполнении трудовых (должностных) обязанностей», которая определяет следующие ситуации:

- неисполнение трудовых (должностных) обязанностей по вине работодателя;
- неисполнение трудовых (должностных) обязанностей по причинам, не зависящим от работодателя и работника;
- неисполнение трудовых (должностных) обязанностей по вине работника.

В связи с этим следует на законодательном уровне определить требования к учредителю (главному распорядителю бюджетных средств - применительно к казенному учреждению), в т. ч. в качестве работодателя по обеспечению нормальных условий для работы учреждения - по аналогии с тем, как это предусмотрено ст. 163 ТК РФ в отношении обеспечения нормальных условий работы для выполнения норм выработки.

Иванов, И. В. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности: основные подходы и источники информации // Здравоохранение. – 2016. – № 6. – С. 38-43.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах:

1. государственный контроль;
2. ведомственный контроль;
3. внутренний контроль.

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в порядке, который устанавливается руководителями этих организаций.

По данным, предоставленным органами государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросу организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в 2014 г., 59 субъектов РФ (69%) разработали рекомендации регионального уровня по порядку организации и проведения внутреннего контроля качества и

безопасности медицинской деятельности. В 26 субъектах РФ (31%) региональные нормативные правовые акты по внутреннему контролю отсутствуют.

Представленные субъектами РФ инструктивно-методические документы по организации внутреннего контроля качества включают:

- критерии;
- организационные технологии; структуру;
- порядок проведения; регистрацию результатов; деятельность по итогам контроля качества и безопасности меддеятельности;
- взаимодействие с контрольно-надзорными органами.

Уровни внутреннего контроля.

Организация деятельности по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской помощи, помимо самоконтроля лечащего врача, осуществляется на трех уровнях (рисунок):

1. заведующего отделением (подразделением);
2. заместителей руководителя;
3. врачебной комиссии.

Объемы проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности определяются по утвержденным перечням случаев, подлежащих контролю в обязательном порядке, а также совокупностью всех случаев с охватом всех структурных подразделений медорганизации, в соответствии с закреплением обязанностей по контролю за должностными лицами.

Следует отметить, что требования к должностным лицам, уполномоченным осуществлять мероприятия по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях, определены не во всех субъектах РФ.

Перечислим особенности реализации внутреннего контроля в зависимости от уровня.

Самоконтроль лечащего врача при приеме пациента предполагает оценку:

- качественных и количественных характеристик состояния здоровья пациента;
- своевременности поступления пациента в учреждение здравоохранения;
- технологии оказания медицинской помощи на ее предыдущих этапах;
- основной и сопутствующей патологии пациента;
- правильности тактики обследования и лечения пациента;
- дефектов медицинской помощи на предыдущих этапах и их влияние на состояние

пациента.

Задачи первого уровня контроля (ответственный - заведующий отделением, подразделением):

- оценка соблюдения стандартов медицинской помощи;
- оценка соблюдения требований к качеству оформления и ведению медицинской документации;
- оценка качества выполнения диагностических технологий в соответствии с современными требованиями;
- оценка и анализ деятельности врачей, среднего медицинского персонала отделения;
- выявление дефектов оказания медицинской помощи;
- принятие мер по устранению и предупреждению дефектов оказания медицинской помощи.

На втором уровне внутреннего контроля заместители руководителя медицинской организации осуществляют:

- оценку качества медицинской помощи в соответствии с утвержденными стандартами;
- анализ работы структурных подразделений по качественным и количественным показателям;
- экспертизу сложных клинических случаев и случаев, подлежащих обязательному экспертному контролю;
- контроль качества выполнения диагностических исследований в соответствии с требованиями;
- оценку организации лечебного питания и противоэпидемического режима;
- оценку обеспечения и обращения в медицинской организации лекарственных средств и медицинских изделий;
- оценку удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи;
- выявление и анализ дефектов оказания медицинской помощи;

- разработку и проведение мероприятий по устранению и предупреждению дефектов оказания медицинской помощи;
- контроль за соблюдением требований к качеству оформления медицинской документации.

Следующий уровень внутреннего контроля осуществляет врачебная комиссия медицинской организации. Она действует в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

По результатам проводимого внутреннего контроля в медицинских организациях планируются и реализуются следующие мероприятия:

- организационные (проведение совещаний, конференций, инструктажей, издание приказов, регламентов, мероприятия по комплектованию профессиональными кадрами и др.);
- образовательные (проведение клинических разборов, направление медицинских работников на повышение квалификации, научно-практические конференции, обеспечение медицинских работников современной медицинской литературой);
- дисциплинарные (применение мер дисциплинарной ответственности в отношении медицинских работников в соответствии с Трудовым кодексом РФ);
- экономические (совершенствование материально-технической базы и информатизации медицинской организации и проч.).

Результаты проводимого внутреннего контроля фиксируются в журналах, картах экспертной оценки, отчетах, актах и других утвержденных формах с последующим учетом и разработкой управленческих решений по совершенствованию обеспечения условий для реализации прав граждан в получении медицинской помощи надлежащего объема и качества.

Анализ данных о состоянии ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, предоставленных органами государственной власти субъектов РФ по запросу Росздравнадзора в 2015 г., позволил сформулировать основные проблемы в существующей системе внутреннего контроля:

- Недостаточно используются системный, последовательный подход при планировании контроля качества, взаимосвязи последующих проверок с проведенными ранее, а также с обращениями граждан.
- Отсутствует система мониторинга результатов деятельности каждого учреждения, медицинских организаций в пределах региона и в целом по стране.
- Отсутствуют единые, согласованные со всеми заинтересованными сторонами подходы к организации и проведению эффективного контроля и Управления качеством на уровне МО.
- Большая часть руководителей учреждений, специалистов, ответственных за осуществление внутреннего контроля, не обладают достаточными знаниями в вопросах организационного менеджмента, управления качеством и безопасностью медицинской деятельности.

Источники информации для проведения внутреннего контроля.

Одним из существенных недостатков внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности является то, что при его проведении используется единственный источник информации, – медицинская документация.

Одним из способов повышения объективности информации является увеличение количества ее источников.

Используя несколько источников информации для оценки исполнения того или иного требования (стандарта, показателя качества и безопасности) и затем сравнивая полученные результаты между собой, специалист сможет более точно оценить степень соответствия существующей практики определенным требованиям.

Общепризнанным в мировой практике способом оценки качества и безопасности медицинской деятельности является аудит.

Это процедура улучшения качества медицинской деятельности путем систематического анализа всех ее аспектов (включая ресурсы, процессы и результаты) на соответствие согласованным критериям (стандартам, требованиям) с последующим внедрением изменений.

По нашему мнению, именно аудит может стать основополагающим методом функционирования системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Основной задачей аудита является сбор объективной информации и ее анализ, который позволит правильно определить слабые звенья в медицинской деятельности организации и разработать эффективный план корректирующих действий

При проведении внутреннего контроля в медицинской организации мы предлагаем использовать четыре источника информации:

1. Документация – наличие локальных нормативных актов (приказов главного врача, должностных инструкций, отчетов о проведении аудитов, планов обучения персонала и т. д.), качество заполнения медицинской документации (историй болезни, амбулаторных карт, отдельно листов назначений или наблюдений, бланков направлений на исследования и т. п.), в том числе с точки зрения исполнения клинических рекомендаций.

2. Интервью персонала – знание регламентирующих актов (например, порядков оказания медицинской помощи, клинических протоколов и т. д.), его собственная оценка организации работы учреждения и т. д.

3. Интервью пациентов и членов их семей – подтверждение проведения той или иной манипуляции, качественная оценка информирования персоналом, мнение об условиях пребывания в медицинской организации и т. д.

4. Прямое наблюдение медицинской практики – наиболее затратный и одновременно самый ценный метод для оценки процессов оказания медицинской помощи в учреждении.

Каждый из перечисленных источников информации имеет свои преимущества и недостатки.

Документация является традиционным источником информации. Его преимущество – доступность и объективность. Однако имеется и ряд существенных недостатков. Так, наличие приказов или иных распорядительных документов не означает их исполнение вообще или правильное исполнение.

В условиях неполного использования электронного документооборота может быть написано, но не сделано, и наоборот, сделано, но не написано. Нередко медицинские работники не согласны с протоколом и продолжают заполнять истории болезней по-своему.

Отсутствие электронного документооборота и ведения медицинской документации создают дополнительные трудности оценки из-за почерка и сокращений.

Интервью персонала является важным источником информации об организации, о ее деятельности, о соблюдении нормативных актов, порядков, протоколов лечения.

Однако и он имеет свои недостатки. Относительная недостоверность интервью возникает из-за того, что медицинские работники склонны переоценивать качество своей работы (например, качество консультирования пациентов), а также у них нет желания предоставлять негативную информацию о себе, коллегах, учреждении.

Кроме того, на интервьюирование персонала тратится довольно много времени.

Разработка специальных алгоритмов для проведения интервью и фиксации ответов позволит уменьшить субъективность ответов и максимально эффективно использовать данный вид информации.

Интервью, опросы и анкетирование пациентов и членов их семей являются наиболее ценным источником информации, позволяющим оценить степень доверия между врачом и пациентом, узнать их мнение о медицинской помощи, медицинском персонале, условиях пребывания в медицинской организации.

Интервью дают возможность пациенту выразить свое мнение, а персоналу – выявить и решить проблемы, озвучиваемые пациентами.

Однако не все показатели качества могут быть оценены с помощью этого источника информации. Для повышения эффективности данного источника следует использовать стандартизированные формы опросников и анкет. Однако не все показатели качества могут быть оценены с помощью этого источника информации.

Наблюдение за процессом оказания медицинской помощи на каждом этапе позволяет получить информацию о том, как выстроены процессы в медицинской организации, как осуществляется коммуникация персонала, как взаимодействует персонал с пациентами и членами их семей. Объективно собрать и оценить информацию в ходе наблюдения может только специалист высокой квалификации.

Сочетание всех перечисленных источников информации позволит сформировать максимально объективное представление о качестве и безопасности медицинской деятельности, а их использование в процессе проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности существенно повысит его эффективность, позволит выявить дефекты, проанализировать ситуацию и выполнить корректирующие действия.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Лудупова, Е. Ю. Сайт медицинской организации как инструмент повышения качества и доступности медицинской помощи / Е. Ю. Лудупова, Е. В. Ширибон // Здравоохранение. – 2016. – № 6. – С. 44-48.

Развитие системы управления качеством в здравоохранении – поэтапный процесс, требующий пересмотра стереотипов, сложившихся в отношении качества медицинских услуг и подходов к реформированию системы оказания медицинской помощи в целом. Обоснованные преобразования позволят не только повысить доступность и качество услуг, но и обеспечить экономическую эффективность деятельности учреждений здравоохранения.

В соответствии с Федеральными законами от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и от 09.02.2009 № 8-ФЗ «Об обеспечении доступа к информации о деятельности государственных органов и органов местного самоуправления» государственные органы исполнительной власти, ведомства и учреждения обязаны использовать свои официальные сайты в сети Интернет для публикации открытой информации, касающейся их деятельности.

Сегодня интересен опыт регионов в использовании медицинских сайтов в целях:

- повышения качества оказания медицинской помощи;
- информирования граждан о деятельности учреждения;
- развития обратной связи с пациентами;
- вовлечения сотрудников, рост их активности и участие в рабочих процессах.

Одним из ключевых факторов формирования приверженности, вовлеченности в процесс эффективного взаимодействия врача и пациента является успешная работа сайта медицинской организации, что непосредственно влияет на улучшение качества медицинской помощи посредством формирования постоянной обратной связи в режиме онлайн.

Рассмотрим опыт создания официального сайта <http://rkbsemashko.ru> ГАУЗ «РКБ им. Н. А. Семашко».

Республиканская клиническая больница им. Н. А. Семашко – ведущая медицинская организация республиканского значения с многопрофильным стационаром на 805 коек и консультативно-диагностической поликлиникой на 100 тыс. посещений в год – является центром оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи в Республике Бурятия (РБ).

Больница основана в 1924 г. Численность коллектива – 1788 работников, в том числе: 299 врачей, из них 4 доктора медицинских наук, 34 кандидата медицинских наук; 712 средних медицинских работников.

В составе больницы 50 подразделений.

Ежегодно в стационаре больницы получают лечение 25 тыс. человек, 53% из них являются жителями сельских районов республики.

В год выполняется более 1000 высокотехнологичных операций по сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии, нейрохирургии.

На базе РКБ им Н.А. Семашко успешно функционирует региональный сосудистый центр, травмоцентр 1-го уровня.

Во исполнение принятой Минздравом РБ стратегии по повышению качества медицинской помощи посредством внедрения в медорганизациях республики системы менеджмента качества (СМК) на основе сертификации ИСО 9001 в РКБ им. Н.А. Семашко с 2008 г. внедрена и совершенствуется данная управленческая технология, в 2016 г. успешно пройдена ресертификация в Британском институте стандартов.

Лояльность и приверженность пациентов формируется с помощью сайта. Работа с сайтом входит в процесс стратегического управления, за который отвечает главный врач. Определены показатели результативности процесса:

- процент удовлетворенности персонала – не менее 70%;
- процент удовлетворенности потребителей медицинских услуг – не менее 80%;
- рост количества обращений на сайт – не менее чем на 10% ежегодно.

Интересна динамика показателя «количество обращений на сайт»: с 2010 по 2013 г. наблюдался стабильный рост показателя, но в 2014 г. значения снизились (рисунок). В ходе анализа были выявлены возможные причины такой динамики:

- повышение доступности информации на сайте (пациент может самостоятельно найти информацию на сайте);
- увеличение источников распространения информации (размещение информации о РКБ в виде рекламы на других сайтах, распространение рекламы на бумажных носителях). Информационная политика сайта

- формируется на основании вышеуказанных законов, а также приказов, предписаний Минздрава России, РБ, внутренними приказами администрации ГАУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко».

Основные задачи сайта:

- предоставление пациентам оперативной и значимой информации учреждения;
- обеспечение доступа пациентов к информационным ресурсам, необходимым для удовлетворения их нужд;
- обеспечение обратной связи с пациентами и использованием различных сервисов, технических решений;
- мониторинг предпочтений пациентов, партнеров, коллег;
- формирование позитивного имиджа;
- вовлечение сотрудников в рабочие процессы.

Задачи по оформлению сайта, в частности должны учитывать возможность интерактивных действий с целевой аудиторией (пациентами, коллегами, партнерами) и т. д.

Основу содержательной модели сайта составляет главное меню, состоящее из 11 пунктов, самые важные из которых – «Порядок направления в РКБ» и «Платные медицинские услуги».

Самой динамичной частью является лента новостей, которая обновляется ежедневно. Она включает:

- новости о деятельности больницы;
- новости об уникальных операциях, инновационных решениях врачей, медсестер;
- анонсы предстоящих событий (научных конференций, встреч, спортивных, культурных мероприятий, где каждый сотрудник имеет возможность участвовать);
- официальная информация с других официальных сайтов (сайт Минздрава России (www.rosminzdrav.ru), Республики Бурятия (www.minzdravrb.ru), Республиканского центра медрпрофилактики минздрава РБ им. В.Р. Бояновой (<http://minzdravrb.ru>) и других ЛПУ РБ), а также используется полезная информация с сайта департамента г. Москвы (<http://www.mosgorzdrav.ru>), портал российского врача (<http://www.medvestnik.ru>) и т. д. с обязательной ссылкой на источник;

- поздравления известных деятелей здравоохранения – сотрудников больницы – со знаменательными событиями жизни (юбилеем, присуждением значимых наград, а также присуждение ученых степеней, достижениями в области спорта, культуры, социальной сферы);

- участие учреждения в выставках, благотворительных мероприятиях;
- информация о заключении договоров с предприятиями, организациями, страховыми компаниями;

- электронные версии других внутренних каналов коммуникации на бумажном носителе: внутрикорпоративной газеты «Республиканочка», ежемесячного издания «Листок качества» и других спецпроектов. Информация доступна для скачивания.

В ленте новостей размещается информация об уникальных проектах («Энергосбережение в РКБ», «Здоровое сердце», «Лучшие практики РКБ» и т. д.), а также их администрирование. Это публикация Положения проекта, адаптированного под новостной формат, мнения, награждения участников; системное освещение хода реализации проектов с установленной индивидуальной периодичностью.

Сайт является основной площадкой для вовлечения сотрудников в проекты, реализуемые в учреждении.

На главной странице расположены постоянно действующие тематические группы: анкета по независимой оценке качества услуг медорганизациями, расписание поликлиники выходного дня, службы РКБ и информация для пациентов.

Сайт активно используется врачами, сотрудниками колл-центра, отдела кадров, приемного покоя и других служб.

За администрирование, заполнение контента отвечает отдел маркетинга.

Алгоритм размещения информации следующий: после составления медиатекста отдел маркетинга согласовывает информацию с источником (зав. отделениями, ст. медсестрами, если в информации цитируется внешний эксперт – обязательно с ним), в зависимости от значимости – с руководством больницы, юристами. При этом информация должна быть свежей, интересной, актуальной и понятна каждому, не имеющему медобразования. Информация не перегружается терминами, если используется термин, аббревиатура, они обязательно расшифровываются, раскрывается значение непонятных слов, символов.

Структура сервисной модели сайта включает:

- навигационную систему по разделам;
- поисковый запрос в окне «Поиск»;
- архив новостей и проекта «Персона недели»;
- архив полезной информации.

Архив полезной информации – нужный атрибут, используется не только работниками РКБ, но и сотрудниками других учреждений здравоохранения РБ и других регионов. Об этом свидетельствует обратная связь от наших коллег из других регионов России, а также статистика за неделю «Яндекс.Метрики» показывает от 2500 до 3500 просмотров ежедневно в будние дни, география просмотров на сегодня – 108 стран мира.

В соответствии с приказом Минздрава России от 14.05.2015 № 240 в лечебных учреждениях РФ проводится независимая оценка качества медицинских услуг. Пациентам РКБ им. Н.А. Семашко также предлагается принять участие в анкетировании и оценить качество предоставляемых услуг больницы. Заполнить анкету можно на сайте www.rkbsemashko.ru в электронном виде (пациенты, находящиеся в стационаре или поликлинике, могут заполнить анкету в бумажном варианте), кликнув на баннер «Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями. Участвовать в голосовании».

Независимая оценка является одной из форм общественного контроля и проводится в целях предоставления получателям медицинских услуг информации о качестве оказания услуг учреждениями здравоохранения, а также в целях повышения качества их работы.

Независимая оценка качества оказания услуг предусматривает оценку условий оказания услуг по следующим критериям:

- открытость и доступность информации о медицинской организации;
- комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения;
- время ожидания предоставления медицинской услуги;
- доброжелательность, вежливость, компетентность работников медицинской организации;
- удовлетворенность оказанными услугами.

При проведении независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями используется общедоступная информация о медицинских организациях, размещаемая в том числе в форме открытых данных.

По итогам независимой оценки качества медицинских услуг за 2015 г. составлен рейтинг учреждений здравоохранения из 26 организаций. РКБ им. Н.А. Семашко занимает в этом рейтинге шестое место по стационарным условиям и девятое – по амбулаторным условиям (поликлиника).

Помимо независимой оценки качества услуг РКБ им. Н.А. Семашко проводится собственное открытое анкетирование о качестве оказания медицинской помощи в стационаре и поликлинике, где каждый может принимать участие.

Анкета по качеству оказания медицинской помощи в стационаре РКБ состоит из 18 вопросов, а также формы для пожеланий и замечаний.

Анкета о качестве оказания медуслуг в поликлинике состоит из 13 вопросов, а также имеет форму для пожеланий и замечаний.

Анкета разработана согласно требованиям к оформлению сайтов медицинских организаций и размещена на сайте в сентябре 2015 г. Анкетирование проводится анонимно.

Еженедельно на электронную почту отдела маркетинга поступают данные о полученных ответах, составляется инфографика полученных результатов.

По результатам анкетирования вносятся коррективы, улучшающие деятельность больницы по проблемным направлениям, принимаются предупредительные меры.

Отделом маркетинга ежемесячно предоставляются отчеты о проведенном анкетировании, результаты способствуют своевременному реагированию руководством больницы на указанные несоответствия.

Таким образом, официальный сайт может решать вопросы, быть инструментом позиционирования как на локальном, так и на глобальном уровнях. Это особенно важно сейчас, в кризисный период: сайт является экономически доступным ресурсом в сравнении с печатными и телевизионными СМИ.

Но прежде всего сайт – это эффективный инструмент для совершенствования системы управления качеством, повышения экономической эффективности медучреждения, определения обоснований подходов к оказанию качественной и доступной медицинской помощи.

Краузе, А. Вместо инсулина // Медицинская газета. – 2016. – № 44. – С. 14.

Исследовательская группа американских учёных из Гарвардского университета и Медицинской школы при Вашингтонском университете предложила новый способ борьбы с диабетом. Используя стволовые клетки пациентов, страдающих сахарным диабетом 1-го типа, они сумели создать бета-клетки, способные секретировать инсулин.

Глава исследовательской группы Джеффри Миллман поясняет, что учёные надеются заменить этими клетками повреждённые бета-клетки больных диабетом. Таким пациентам больше не понадобятся инъекции инсулина, так как новые клетки будут способны продуцировать его в ответ на изменение уровня глюкозы. Методика уже была опробована на клеточных культурах и лабораторных мышах. Исследователи уверены, что она работает и на людях.

В предыдущих исследованиях для создания бета-клеток учёные использовали стволовые клетки здоровых людей, а теперь сумели получить их из клеток больных диабетом. Авторам ещё предстоит провести серию экспериментов, чтобы выяснить, не приводят ли созданные таким образом бета-клетки к образованию опухолей. Впрочем, они отмечают, что в течение года наблюдали за мышами, которым вводились такие клетки, опухоли у них не формировались.

Учёные надеются приступить к испытаниям клеток на людях с диабетом в течение 3-5 лет. Они полагают, что клетки можно будет пересаживать не только пациентам с диабетом 1-го типа, но и с другими заболеваниями, например, неонатальным диабетом, сахарным диабетом 2-го типа, синдромом Вольфрама.

Беркут, Б. На грани допустимого // Медицинская газета. – 2016. – № 44. – С. 14.

Исследователям из Великобритании и США удалось получить в лабораторных условиях человеческие эмбрионы, возраст которых составил 13 дней. Ранее возраст выращенных, что называется, «в пробирке» зародышей не превышал 9 дней.

Учёные сначала отработали технологию культивирования на мышинных эмбрионах, а потом адаптировали её для человеческих. Зародыши выращивались на гелевых подложках. Эмбрионы достигли стадии гаструляции – они обладали тремя зародышевыми листками, дающими начало всем органам и тканям. Исследователи доростили человеческие эмбрионы почти до 2-недельного возраста. При внутриутробном развитии на этой стадии происходит имплантация в стенку матки.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в течение 2 недель эмбрионы могут развиваться вне материнского организма. Али Бриванлу и другие исследователи отметили, что профиль экспрессии ряда генов существенно отличался от уровня экспрессии генов в мышинных эмбрионах и зародышах других млекопитающих, эмбриогенез которых изучен более подробно.

Авторы объясняют, что могли бы выращивать эмбрионы в течение более длительного срока, однако прекратили культивацию из-за того, что в Великобритании, США и многих других странах эксперименты с зародышами старше 14 дней запрещены.

Кириллов, О. Секретный механизм мозга // Медицинская газета. – 2016. – № 44. – С. 13.

Энзим NMNAT2 (никотинамид-мононуклеотид аденинтранс-фераза 2) – ключевой фактор поддержания работы нейронов. Он способен защищать от некоторых недугов, включая болезнь Альцгеймера, показало исследование Университета Индианы.

Энзим защищает нейроны от стресса, вызванного чрезмерным возбуждением, и борется с неправильно уложенными белками, появляющимися в мозгу по мере старения. А многие болезни – болезни Альцгеймера, Паркинсона, Хантингтона, боковой амиотрофический склероз – вызваны именно такими белками.

Из-за неправильной укладки белков те становятся клейкими и образуют отложения. NMNAT2 привязывается к неправильно уложенным белкам, тем самым предотвращая или исправляя ошибки, вызывающие формирование отложений. Проверив уровень NMNAT2 в мозгу более 500 пожилых людей, чей когнитивный статус анализировали каждый год вплоть до смерти начиная с 1997 г., учёные выяснили: высокий уровень NMNAT2 наблюдался у людей, лучше противостоявших когнитивному упадку.

А вот при сниженном уровне NMNAT2 повышался риск деменции. Значит, энзим помогает защитить нейроны, связанные с обучением и памятью. Эту взаимосвязь подтвердили эксперименты с мышами, чей мозг был повреждён токсичными тау-белками. У животных повышение концентрации NMNAT2 в гиппокампе (зона, важная для обучения и памяти) снижало уровень тау-белка.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Хисамудинова, З. А. Продвижение здорового образа жизни и обеспечение условий для его реализации // Сестринское дело. – 2016. – № 1. – С. 22-24.

Согласно Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351) главными задачами государства являются такие направления деятельности, как увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, рост рождаемости, сохранение и укрепление здоровья населения и улучшение на этой основе демографической ситуации в стране. Среди них – сокращение уровня смертности не менее чем в 1,6 раза, прежде всего в трудоспособном возрасте от внешних причин; сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности активной жизни, создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни, существенное снижение уровня заболеваемости социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями, улучшение качества жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями, и инвалидов; укрепление института семьи, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений.

Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года (утв. Указом Президента РФ от 12 мая 2009 г. № 537) диктует необходимость формирования действенных механизмов взаимодействия органов государственной власти с гражданским обществом в целях реализации гражданами РФ права на жизнь, безопасность, труд, жильё, здоровье и здоровый образ жизни, на доступное образование и культурное развитие.

В соответствии со ст. 150 Гражданского кодекса Российской Федерации жизнь и здоровье, достоинство личности, личная неприкосновенность, честь и доброе имя, деловая репутация являются нематериальными благами, принадлежащими гражданину от рождения или в силу закона, неотчуждаемыми и непередаваемыми иным способом.

Статья 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет понятие здоровья как состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма. В соответствии с этой же статьей охрана здоровья граждан – это система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического) характера, осуществляемых органами государственной власти РФ,

органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи. Таким образом, законодательно закреплена главенствующая роль развития профилактической направленности отечественного здравоохранения.

Статья 12 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подчеркивает приоритет профилактики в сфере охраны здоровья, что обеспечивается путем: 1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ; 2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий; 3) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними; 4) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством РФ; 5) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством РФ.

Кроме того, Закон содержит ст. 30 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни», в которой подчеркивается, что формирование здорового образа жизни у граждан, начиная с детского возраста, обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом.

Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) граждан, сохранение и укрепление индивидуального здоровья, улучшение общественного здоровья – стратегические направления деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Таким образом, формирование здорового образа жизни является одной из наиболее актуальных задач, стоящих перед современным обществом. Всем медицинским работникам страны важно осуществлять воспитательную работу при коммуникативном взаимодействии с пациентами, обращая внимание на ст. 27 «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья». В соответствии с данной статьей граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

По нашему мнению, важны следующие приоритетные ориентиры здоровьесберегающей деятельности: определение путей и способов здоровьесбережения для всех граждан, повышение эффективности профилактической работы, развитие личности каждого гражданина, наличие у него твердых установок на сохранение и укрепление здоровья, формирование и соблюдение принципов здорового образа жизни, формирование мотивации, поиск стимулов для соблюдения здорового образа жизни. Итогом становится расширение круга лиц, организаций, различных социальных структур, вовлеченных в позитивный процесс созидания здоровья и всеобщий охват населения ЗОЖ.

Для успешной работы с пациентами по формированию осознанного отношения к своему здоровью считаем целесообразным использовать достижения валеологии – науки о здоровье здоровых, ибо цель валеологии – формирование у людей культуры здоровья. Валеологической культурой должен обладать каждый, чтобы здоровье стало общей ценностью всех. Формирование валеологической культуры лежит в основе сохранения здоровья нации.

Остановимся на терминах, сопряженных с ЗОЖ. Образ жизни, по нашему мнению, – это определенный исторически обусловленный тип жизнедеятельности человека, основанный на личном опыте, традициях, принятых нормах поведения, знаниях законов жизнедеятельности и мотивов самореализации, характеризующийся совокупностью конкретных видов активности и их степенью выраженности (социальной, культурной, образовательной, медицинской, физической, интеллектуальной, трудовой, деятельностью в быту и других видов активности). Здоровый образ жизни – это цельный, логически взаимосвязанный, тщательно продуманный и спланированный, оптимальный для данного человека тип жизнедеятельности, который позволяет ему в повседневной жизни максимально реализовывать свои духовные и физические способности и достигать физического, психического и социального благополучия. Этот тип жизнедеятельности

определяется не по принуждению, а осознанно, осуществляется с удовольствием и при полной уверенности, что именно он дает наиболее положительные результаты.

Пути формирования здорового образа жизни: 1) создание и развитие факторов, формирующих здоровье, – это оптимальный путь; 2) преодоление и уменьшение факторов риска для здоровья – менее предпочтителен, но необходим при наличии в жизни негативных факторов. Каждый человек должен быть информирован о том, что влияет на его здоровье положительно, а что – отрицательно.

Создание и развитие факторов, формирующих здоровье, является главенствующим. Этот путь включает в себя высокую трудовую активность, удовлетворенность трудом; высокий культурный уровень; душевный и физический комфорт; гармоничное развитие духовных, физических и интеллектуальных способностей (гармония души, разума и тела); благоприятные взаимоотношения с окружающими людьми; активную жизненную позицию, социальный оптимизм; соблюдение режима дня, рациональность соотношения между работой, учебой, отдыхом и сном; высокую физическую активность; закаливание организма с использованием природных факторов; рациональное сбалансированное питание; экологическую активность, экологически грамотное поведение; дружные семейные отношения, устроенность быта; здоровую наследственность и др.

Преодоление и уменьшение факторов риска для здоровья – не наилучший путь, вместе с тем он необходим при наличии низкой трудовой активности, неудовлетворенности трудом; при невысоком культурном уровне; душевном и физическом дискомфорте; нейрорезонансной напряженности (стрессе) и риске возникновения синдрома эмоционального выгорания; низкой социальной активности, пессимизме; нерациональном режиме дня, диспропорции между работой, учебой, отдыхом и сном; низкой физической активности (гиподинамией); нерациональном несбалансированном питании; курении; употреблении алкоголя, наркотиков, токсических веществ; низкой экологической активности, экологически неграмотном поведении; напряженности семейных отношений, нездоровом быте; генетическом риске.

Медицинские организации должны стать центрами формирования мировоззренческих устоев, неотъемлемой частью которых должны стать сохранение и укрепление здоровья и формирование здорового образа жизни. Пациентам необходимо дать глубокие знания о сущности здоровья и здорового образа жизни, в доступной форме изложить причины нарушений психического и физического здоровья, научить методам сохранения, укрепления и восстановления здоровья, привить в полной мере культ здоровья и здорового образа жизни, поднять на более высокий уровень их мировоззренческую культуру.

Мировоззренческая культура – это совокупность этических и моральных норм, нравственных принципов, духовных ценностей и идеалов, выступающих в качестве важнейших мировоззренческих ориентиров общества и личности. Важно, чтобы во всех слоях общества такие ценности, как сохранение и укрепление здоровья человека и формирование ЗОЖ, являлись составляющей мировоззрения.

Культура здорового образа жизни – это наличие знаний, установок, личностных ориентиров и норм поведения, обеспечивающих сохранение и укрепление физического и психического здоровья. Медицинские работники личным примером могут продемонстрировать всему населению нашей страны оптимальный путь формирования здорового образа жизни. Мы все обязаны заботиться о сохранении своего здоровья, и мы можем управлять своим здоровьем.

Уважаемые коллеги!

Если Вас заинтересовала какая-либо статья, и Вы хотите прочитать ее полностью, просим отправить заявку на получение копии статьи из данного дайджеста через сайт МИАЦ (<http://medlan.samara.ru> – баннер «Заявка в библиотеку», «Виртуальная справочная служба»), по электронному адресу sonmb@medlan.samara.ru.

Обращаем Ваше внимание, что в соответствии с «Прейскурантом цен на платные услуги, выполняемые работы» услуга по копированию статей оказывается на платной основе (сайт МИАЦ <http://medlan.samara.ru> – раздел «Услуги»).

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ


Адрес: 443095, г. о. Самара, ул. Ташкентская, д. 159

Режим работы:


Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье – выходной день

 (846) 979-87-91 – справочно-библиографический отдел

 (846) 979-87-90 – отдел обслуживания читателей

 тел./факс: (846) 372-39-38 – заведующий библиотекой

 sonmb@medlan.samara.ru

 sonmb-sbo@medlan.samara.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>