

Автономная некоммерческая организация
содействия развитию современной отечественной науки
Издательский дом «Научное обозрение»

**МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
ИНТЕГРАЦИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО
И ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА**

КОЛЛЕКТИВНАЯ МОНОГРАФИЯ

Москва
ООО «Буки Веди»
2014

УДК 614(082)
ББК 5я43+65.495я43
М74

Авторский коллектив:

Е.И. Бабушкина (введение, раздел 2, заключение, список литературы); **А. Х. Гайдарова** (введение, раздел 3, заключение, список литературы, приложение); **И.Г. Долгова** (введение, раздел 1, заключение, список литературы); **И. А. Кимпаев** (введение, раздел 3, заключение, список литературы, приложение), **Т.Н. Малишевская** (введение, раздел 1, заключение, список литературы); **Т. О. Разумова** (введение, раздел 3, заключение, список литературы, приложение);
Т. В. Чернова (введение, раздел 2, заключение, список литературы)

Рекомендовано к опубликованию ученым советом АНО содействия развитию современной отечественной науки **Издательский дом «Научное обозрение»** (протокол от 20.01.2014 № 1)

Рецензенты:

О.И. Фролова, начальник Управления анализа прогноза и развития здравоохранения, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО «Тюменская государственная академия Минздрава РФ»;
О. А. Беляева, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей и неотложной хирургии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П. Л. Шупика, г. Киев, Украина

ISBN 978-5-4465-0342-1

- © Бабушкина Е.И., Чернова Т.В., введение, раздел 2, заключение, список литературы, 2014
- © Гайдарова А.Х., Кимпаев И.А., Разумова Т.О., введение, раздел 3, заключение, список литературы, приложение, 2014
- © Долгова И.Г., Малишевская Т.Н., введение, раздел 1, заключение, список литературы, 2014
- © АНО содействия развитию современной отечественной науки **Издательский дом «Научное обозрение»**, 2014
- © Оформление. ООО «Буки Веди», 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	7
---------------	---

Раздел 1

ОРГАНИЗАЦИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ

Глава 1. ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ОРГАНИЗАЦИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ.....	14
1.1. Нормативные документы, регламентирующие организацию и работу Центров здоровья.....	14
1.2. Алгоритм проведения организационных мероприятий по созданию офтальмологических кабинетов в Центрах здоровья Тюменской области.....	17
1.3. Модель регионального стандарта «Офтальмологическое обследование в Центре здоровья».....	20
1.3.1. Карта офтальмологического статуса (результат обследования в Центре здоровья)	27
Глава 2. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	28

2.1. Порядок анкетирования посетителей офтальмологических кабинетов Центров здоровья для взрослых	28
2.1.1. Анкета для выявления риска развития глаукомы.....	29
2.1.2. Анкета для выявления риска развития возрастной макулярной дегенерации (ВМД) .	30
2.1.3. Анкета для выявления риска развития Компьютерного Зрительного Синдрома и Синдрома Сухого Глаза	32
2.2. Интерпретация результатов проведенного анкетирования и алгоритм действия	33
2.3. Маршрутизация пациентов, обратившихся в офтальмологический кабинет Центра здоровья	34
2.4. Организация методической работы и взаимодействия офтальмологических кабинетов Центров здоровья ЛПУ и ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер»	36
2.5. Оценка деятельности офтальмологических кабинетов Центров здоровья с учетом критериев эффективности	38
Глава 3. АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ.....	40

Раздел 2

МОДЕРНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Глава 4. МОДЕРНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ:
ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ72

Раздел 3

**ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ
В УСЛОВИЯХ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ**

Глава 5. ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ
КАДРОВЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ
В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....86

5.1. Основные направления
кадровой политики в здравоохранении86

5.2. Теоретические и методические подходы к оценке
эффективности системы отбора персонала
и сущность кадровых технологий98

Глава 6. СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ И МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ
ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ... 108

6.1. Нормативно-правовые аспекты
системы финансирования здравоохранения
в Российской Федерации 108

6.1.1. Типы систем по источнику
финансирования 109

Оглавление

6.2. Анализ кадровых технологий, применяемых в федеральных государственных бюджетных учреждениях медицинского профиля	117
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	135
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	140
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	151
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ	158

Введение

Происходящие в последние годы стремительные изменения в политической, экономической, социальной системе России не могли не затронуть такую важную сферу общественной жизни, как здравоохранение.

Здравоохранение, являясь сложной социально-экономической системой и специфической отраслью общества, призвано обеспечивать решение такой важной социальной задачи, как сохранение и улучшение здоровья граждан, оказание им высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи.

Ухудшение демографической ситуации и показателей здоровья населения в последние годы связано как с социально-экономическими переменами, так и накопившимися проблемами в здравоохранении.

Существенными недостатками системы здравоохранения являются ослабление профилактической направленности и пропаганды здорового образа жизни. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятый Государственной Думой 1 ноября 2011 г. [16], впервые закрепил приоритет профилактических мероприятий в здравоохранении, определил в качестве ключевого элемента формирование здорового образа жизни у населения.

По оценке экспертов ВОЗ, основными факторами, влияющими на здоровье и продолжительность жизни человека, являются: генетическая предрасположенность к тем или иным заболеваниям – 8–10 %, обеспечение населения качественной и доступной медицинской помощью – 9–11 %, влияние факторов окружающей среды на организм человека – 24–26 %, образ жизни каждого конкретного человека – 50–60 %.

Обращает на себя внимание то, что в совокупности факторов качество медицинской помощи способно улучшить здоровье человека менее чем на 10 %, в то время как формирование здорового образа жизни, отказ от вредных привычек в значительной степени способствуют укреплению здоровья и увеличению

активной продолжительности жизни человека [46; 49; 59; 77]. Об этом свидетельствуют и результаты реализуемого в стране приоритетного Национального проекта «Здоровье».

В совокупности причины, связанные с нездоровым образом жизни, составляют более половины (54,4 %) всех причин преждевременной смертности населения, особенно наиболее работоспособной его части. Поэтому работа по развитию и совершенствованию деятельности Центров здоровья, активная коммуникационная кампания, повышение эффективности мероприятий по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма, по борьбе с курением должна быть в центре внимания на всех этапах модернизации здравоохранения. Важной проблемой остается обеспечение преемственности в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений и Центров здоровья, налаживание взаимодействия Центров здоровья с организованными коллективами с целью привлечения их для прохождения комплексного обследования, развития выездных методов работы.

Впервые в истории России государственная политика в сфере здравоохранения не только направлена на наиболее полное обеспечение населения доступной и качественной медицинской помощью, но и охватывает вниманием здоровую часть населения, формируя систему условий, способствующих сохранению и укреплению здоровья каждого отдельного человека, повышению его активного долголетия.

Для достижения указанной цели перед Центрами здоровья поставлены следующие задачи:

- информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;
- пропаганда здорового образа жизни и формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких;
- обучение граждан гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включая помощь по отказу от потребления алкоголя и табака;
- внедрение современных медико-профилактических технологий в деятельность государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;

- обучение медицинских специалистов и граждан эффективным методам профилактики заболеваний;
- динамическое наблюдение за группами риска развития неинфекционных заболеваний;
- оценка функциональных и адаптивных резервов организма;
- прогноз состояния здоровья, консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;
- разработка индивидуальных рекомендаций сохранения здоровья;
- организация мониторинга показателей в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни.

Как показывает анализ работы 706 Центров здоровья в Российской Федерации, у 67 % обратившихся граждан выявляются факторы риска развития заболеваний и почти 40 % граждан направляются на дальнейшее обследование и лечение [34; 58; 73; 89]. Задача Центров здоровья не только выявлять факторы риска развития социально-значимых заболеваний, но и корректировать поведенческие факторы – убеждать о необходимости отказаться от алкоголя, наркотиков, табака и неправильного питания, повышать двигательную активность [13; 86; 95].

В Российской Федерации почти у каждого второго жителя отмечаются нарушения со стороны органа зрения, наибольшее медико-социальное значение среди них имеют глаукома, миопическая болезнь, катаракта и травмы глаз. Заболеваемость патологией органа зрения на территории РФ составляет около 11 тыс. на 100 тыс. населения. С учетом заболеваний глаз и аномалий рефракции число посещений к врачам-офтальмологам составляет около 65,5 млн в год, то есть за офтальмологической помощью обращается каждый второй гражданин России. В РФ количество учтенных слепых и слабовидящих составляет около 218 тыс. человек, из них слепых – 103 тыс. человек. Уровень слепоты и слабовидения – 19,08 на 10 тыс. населения. Медико-социальная значимость проблемы нарушений со стороны органа

зрения велика, так как количество больных трудоспособного возраста неуклонно увеличивается. Так, в контингенте инвалидов по зрению 22 % составляют люди молодого возраста [48].

Главный офтальмолог Минздравсоцразвития РФ В.В. Нероев на IX съезде офтальмологов России в своем докладе «Основные пути развития офтальмологической службы Российской Федерации» [90] определил основную задачу Профильной комиссии на ближайшие годы: необходимость комплексного подхода к улучшению качества и повышению доступности офтальмологической помощи населению РФ, предусматривающего оптимизацию функционирования всех звеньев отечественной офтальмологической науки и практики при приоритетном совершенствовании амбулаторно-поликлинической службы. Важным шагом в этом направлении является разработка Федеральной целевой программы «Профилактика слепоты и слабовидения в Российской Федерации» на 2011–2015 гг. [24]. Ключевыми позициями данной программы является комплексное совершенствование мер по профилактике заболеваний, повышение обращаемости пациентов за офтальмологической помощью, приближение доступной офтальмологической помощи ко всем слоям населения [48].

Профилактика заболеваний и укрепление здоровья населения – одно из важнейших направлений государственной социальной политики Российской Федерации [19; 98]. Меры по развитию профилактического направления должны быть современными, доступными и действенными и нацелены на формирование мотивации по сохранению и укреплению здоровья как среди особо уязвимых контингентов населения, так и в обществе в целом [55]. Формирование у населения здорового образа жизни и подходов ответственного отношения к собственному здоровью является очень важной задачей совершенствования современного здоровья. Основная цель организации Центров здоровья (ЦЗ) состоит в том, чтобы помочь человеку осознать важность сохранения здоровья и сделать его верным союзником здравоохранения и государства в решении проблемы личного здоровья как основы собственного благополучия и сильной нации. Создание в ЦЗ офтальмологических кабинетов обеспечит раннюю диагностику офтальмологических заболеваний и позволит начать свое-

временное адекватное лечение пациентов, вследствие этого показатели слепоты, слабовидения и инвалидности от патологий органа зрения значительно снизятся.

Затянувшийся кризис в здравоохранении Российской Федерации, обусловленный нарастанием бюджетного дефицита, изношенностью медицинского оборудования, а также низкий уровень заработной платы медицинских работников стали причиной эмоционального истощения медицинских работников. Подрывают сегодня авторитет врача и медицинского работника средства массовой информации. Обладая средствами воздействия на общественное сознание, СМИ не столько формируют позитивное мнение по отношению к инновациям в медицинской сфере, сколько концентрируют внимание на ее недостатках.

Следует признать, что понижение статуса медицинского персонала обусловлено не только объективными причинами, но и назревшими проблемами внутри системы здравоохранения.

Одна из причин недостаточной эффективности проводимых в отечественном здравоохранении реформ является отсутствие научно обоснованных и адаптированных к современным условиям подходов к управлению человеческими ресурсами здравоохранения.

Трансформация социально-экономических отношений российского общества последних лет, вызванная переходом к рыночной экономике, привела к существенным изменениям во многих отраслях, в том числе медицинского сектора. Становление и формирование рынка медицинских платных услуг изменили экономическую основу деятельности медицинских учреждений.

Сегодня актуальны вопросы разработки методологической концепции и механизмов социального воздействия в связи с необходимостью реализации комплексного подхода к освоению методов управления кадровым потенциалом медицинских организаций в новых экономических условиях.

Не вызывает сомнения, что изыскание современных эффективных управленческих технологий в здравоохранении, учитывающих специфику отрасли и личностные особенности медицинских работников, является актуальной прикладной задачей.

Алкоголизм является одной из основных социальных проблем. Высокий уровень заболеваемости и распространенности злоупотребления алкоголем и приобщение в последнее время женщин и молодежи к этой пагубной привычке способствовали формированию в обществе тяжелых социальных последствий алкоголизма: демографических, экономических и юридических.

Использование традиционных методов лечения и профилактики алкоголизма не улучшили алкогольной ситуации в области. Рост экономического бремени алкоголизма, слабо развитая система профилактики и реабилитации наркологических больных, обусловленная недостаточными материальными и кадровыми ресурсами службы, привели к необходимости модернизации областной наркологической службы, что обозначено в Указе Президента Российской Федерации «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [9].

Раздел 1
ОРГАНИЗАЦИЯ
ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ
ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ

Глава 1

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП ОРГАНИЗАЦИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ

1.1. Нормативные документы, регламентирующие организацию и работу центров здоровья

Задачами Центров здоровья (ЦЗ) являются планирование и организация комплекса оздоровительных и образовательных мероприятий для пациента, направленных на коррекцию поведения и выработку здоровых форм жизнедеятельности с конечным результатом – формирование здорового образа жизни. На сегодняшний день государство уделяет значительное внимание данному вопросу, что находит отражение в различных нормативно-правовых документах [6; 11; 13–15; 20].

Начиная с юных лет, у человека формируется отношение к своему здоровью, которое в дальнейшем изменить достаточно сложно. Влияние клинической медицины, санитарно-гигиенических институтов не позволяет в полной мере восстановить утраченное здоровье. Необходимо в корне менять отношение человека к своему здоровью, здоровью своих близких и окружающих его людей. Это возможно исключительно в рамках государственной программы. Старт такой программе был дан 18 мая 2009 г., когда вышло постановление Правительства Российской Федерации № 413 «О финансовом обеспечении в 2009 г. за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» [11]. Вслед за этим постановлением вышел ряд документов Минздравсоцразвития РФ, регламентирующих организацию и работу Центров здоровья:

1. Приказ Минздравсоцразвития России № 302н от 10.06.2009 «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации № 413 от 18.05.2009 “О финансовом

обеспечении в 2009 г. за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака”» [6].

2. Приказ Минздравсоцразвития России № 418 от 08.07.2009 «О рабочей группе Минздравсоцразвития России по нормативно-методическому обеспечению реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» [8].

3. Приказ Минздравсоцразвития России № 597н от 19.08.2009 «Об организации деятельности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» [13].

4. Постановление Правительства Российской Федерации № 1157и от 31.12.2009 «О финансовом обеспечении в 2010 г. мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» [12].

Приказом Минздравсоцразвития России № 302н от 10.07.2009 «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 18.05.2009 № 413 “О финансовом обеспечении в 2009 г. за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака”» утверждены: перечень оборудования ЦЗ, перечень специальностей, по которым будет осуществляться подготовка медицинских кадров, требования к организации деятельности ЦЗ. Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 г. № 597н «Об организации деятельности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака», ЦЗ создаются на функциональной основе в государственных учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждениях здравоохранения муниципальных образований.

В соответствии с перечисленными приказами Минздравсоцразвития РФ, основной целью деятельности Центров здоровья является сохранение индивидуального здоровья граждан и формирование у них здорового образа жизни.

На территории Тюменской области деятельность ЦЗ регламентирована приказом Департамента здравоохранения Тюменской области и Департамента здравоохранения Администрации г. Тюмени № 142а/480 от 09.09.2010 «Об организации деятельности Центров здоровья в Тюменской области» [14]. В настоящее время в Тюменской области открыто 13 Центров для взрослых жителей региона и 3 – для детского населения. Для удобства жителей сельской местности и отдаленных территорий в Тюмени, Тобольске и Ишиме работают мобильные ЦЗ [45; 54; 121].

В целях совершенствования реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения РФ, были утверждены изменения приказа Минздравсоцразвития РФ от 19.09.2009 № 597н приказами Минздравсоцразвития РФ № 430н от 08.06.2010, № 328н от 19.04.2011, № 1074н от 26.09.2011 [13]. Согласно этим нормативным документам, ЦЗ должны быть оснащены офтальмологическими кабинетами, основными направлениями деятельности которых являются проведение скрининговых методов обследования населения РФ, выявление факторов риска развития изменений зрительного анализатора и, соответственно, их ранняя профилактика. Полученная пациентом информация об отклонениях в остроте зрения, рефракции, цифрах внутриглазного давления позволит ему своевременно обратиться к врачу-офтальмологу для полного диагностического обследования и лечения. Внедрение в регионах РФ подобных офтальмологических кабинетов шаговой доступности, на базе которых возможно проведение минимального первичного обследования силами подготовленного среднего медицинского персонала, позволит значительно улучшить качество проведения профилактических мероприятий. Кроме того, обеспечит доступность и возможность обращения работающего населения в ЦЗ и существенно уменьшит поток неоправданных очередей и консультаций в перегруженном амбулаторно-поликлиническом звене.

Постановлением Правительства РФ от 31.12.2010 № 1237 были утверждены «Правила предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на софинансирование расходных обязательств субъектов РФ, связанных с реализацией мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака» [20]. Согласно этим Правилам, субсидии предоставляются при выполнении органами исполнительной власти субъектов РФ следующих условий:

- утверждению субъектом РФ целевых показателей по реализации мероприятий, связанных с организацией деятельности ЦЗ;
- организации деятельности ЦЗ в соответствии с «Порядком организации деятельности по предупреждению слепоты у населения РФ», утвержденным Минздравсоцразвития РФ;
- обеспечении подготовки и переподготовки медицинских кадров для учреждений здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований;
- выделении помещений в ЦЗ для организации офтальмологических кабинетов и проведение при необходимости их текущих и капитальных ремонтов.

1.2. Алгоритм проведения организационных мероприятий по созданию офтальмологических кабинетов в ЦЗ Тюменской области

В целях своевременного открытия офтальмологических кабинетов в ЦЗ для взрослого населения Тюменской области в Департаменте здравоохранения перед главным внештатным офтальмологом была поставлена задача разработки алгоритма проведения организационных мероприятий по созданию офтальмологических кабинетов в ЦЗ с учетом уровневой организационной значимости структурных управленческих звеньев. Совместно с Департаментом здравоохранения Тюменской области был разработан и исполнен алгоритм проведения организационных мероприятий по созданию офтальмологических кабинетов в ЦЗ (см. рис. 1.1).

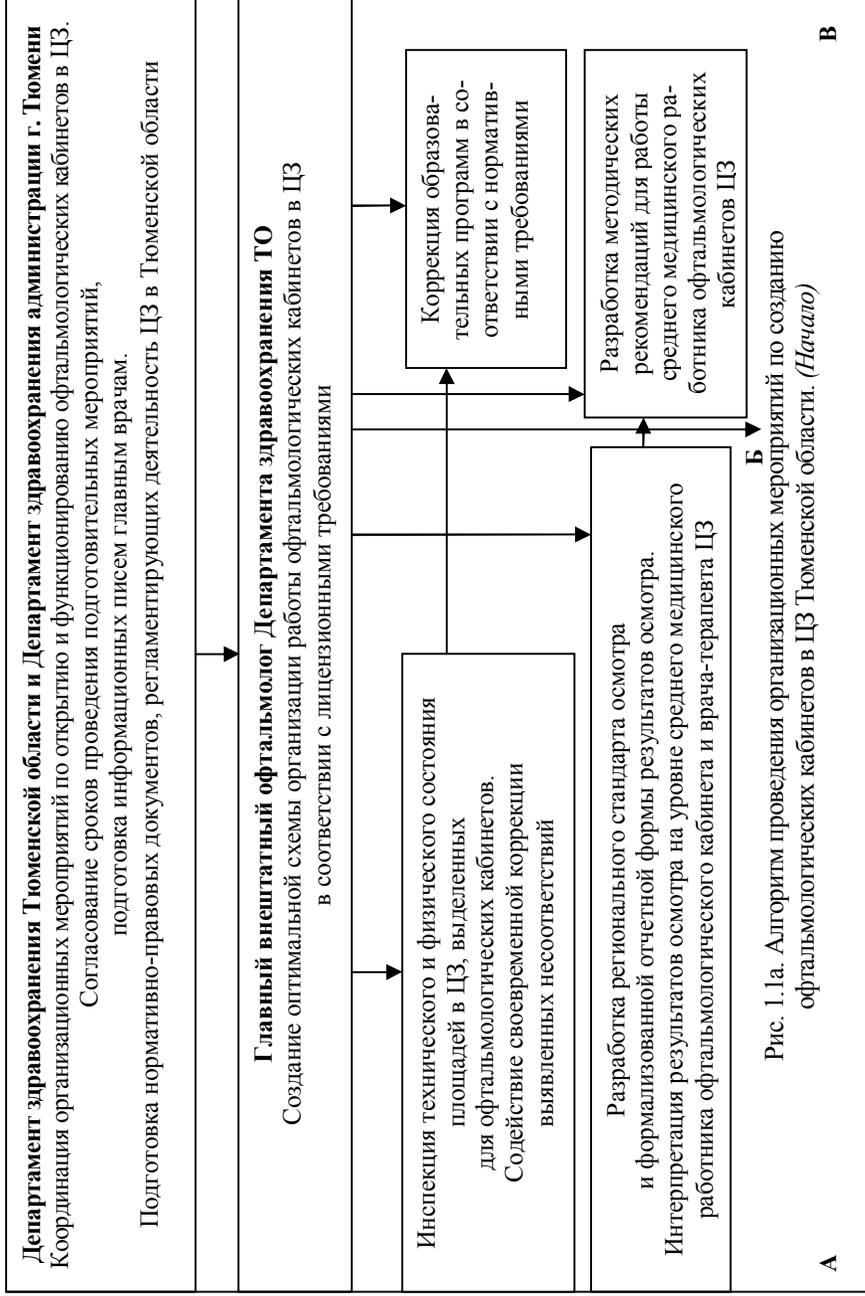


Рис. 1.1а. Алгоритм проведения организационных мероприятий по созданию офтальмологических кабинетов в ЦЗ Тюменской области. (Начало)

В

А

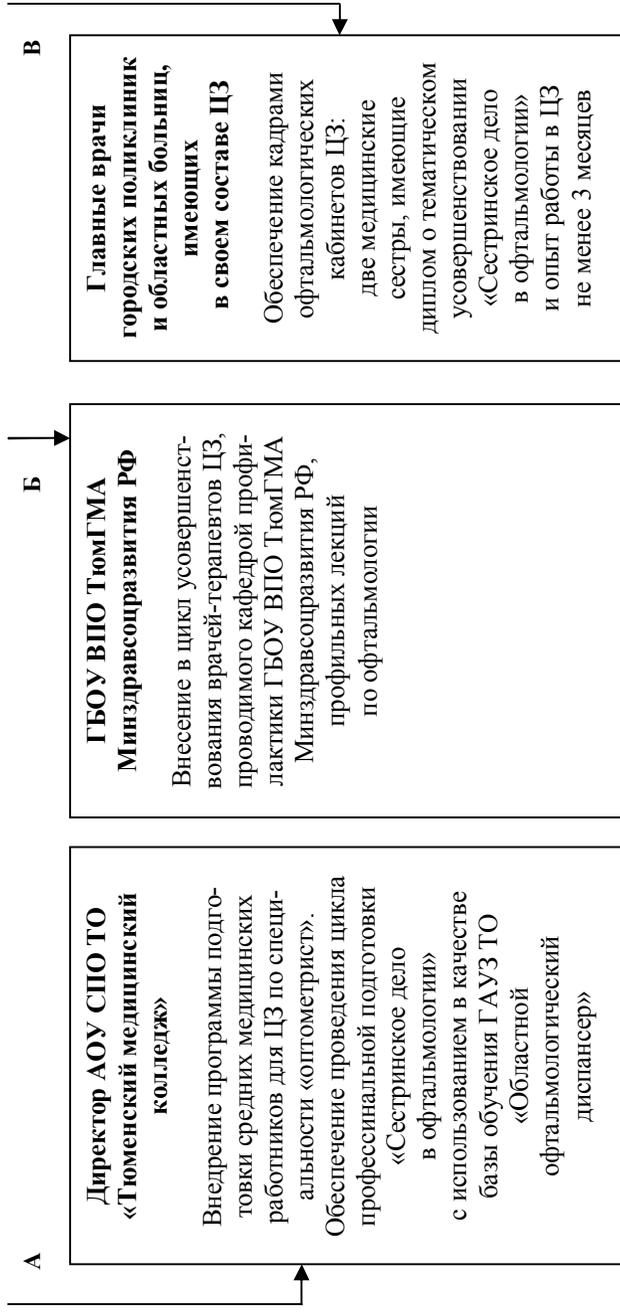


Рис. 1.16. (Окончание)

Данный алгоритм четко отражает основные задачи, поставленные перед Департаментом здравоохранения Тюменской области и внештатным офтальмологом Департамента при создании офтальмологических кабинетов в ЦЗ Тюменской области. Обеспечение координации на всех уровнях и взаимодействие с такими субъектами, как Тюменская государственная медицинская академия, главные врачи поликлиник города и т. п., приведет к своевременному выполнению поставленных задач.

За период сентябрь – октябрь 2011 г. поэтапно проведены все указанные в алгоритме мероприятия. Результат нашел отражение в совместном приказе Департамента здравоохранения Тюменской области и Департамента здравоохранения администрации г. Тюмени от 23.12.2011 № 596 ос/26-34-623 «Об организации деятельности Центров здоровья в Тюменской области» [15].

Приказом был утвержден Региональный стандарт «Офтальмологическое обследование в Центре здоровья».

1.3. Модель Регионального стандарта «Офтальмологическое обследование в Центре здоровья»

Модель пациента: № 8.

Категория возрастная: *взрослые*.

Нозологическая форма: *профилактический осмотр в офтальмологическом кабинете Центра здоровья.*

Код по МКБ-10: *Z 01.0.*

Условие и уровень оказания: *Центр здоровья для взрослых.*

Средний срок оказания медицинской помощи: *1 день.*

Данный стандарт, по сути, представляет собой руководство для специалистов, работающих в офтальмологических кабинетах ЦЗ. Он определяет модель пациента, перечни медицинских работ и услуг, гарантированных гражданам, прошедших обследование в ЦЗ, перечни необходимых лекарственных средств.

**1. Перечень диагностических работ и услуг, гарантированных гражданам
при проведении комплексного обследования в Центре здоровья**

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Частота предоставления *	Среднее количество *
A 01.26.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаз	100	1
A 01.26.002	Визуальное исследование глаз	100	1
A 01.26.003	Пальпация при патологии глаз	100	1
A 02.26.004	Визометрия	100	1

Примечание. * – на 100 случаев.

** – на весь срок оказания медицинской помощи.

II. Перечень диагностических работ и услуг, гарантированных гражданам при проведении комплексного обследования в Центре здоровья, обусловленного отклонениями от нормы
(дополнительный стандарт)

№ п/п	Наименование диагностического метода	Частота предоставления *	Среднее количество **	Показания
A 03.26.008	Рефрактометрия	80	1	Результат визометрии ниже 1,0; наличие в анамнезе аметропии
A 02.26.013	Определение рефракции с мощностью набора пробных линз	5	1	Отсутствие возможности проведения рефрактометрии
A 23.26.001		50	1	Результат визометрии ниже 1,0; наличие в анамнезе аметропии
A 02.26.015	Тонометрия (бесконтактная) ***	60	1	1) Возраст пациента 40 лет и старше; 2) Возраст 35 лет при наличии факторов риска: а) миопия более 3 Диоптр; б) сахарный диабет; в) артериальная гипертония; г) наличие глаукомы у близких родственников
A 02.26.024	Определение характера зрения, гетерофории	20	1	При снижении остроты зрения до 0,4 и ниже

Примечание. * – на 100 случаев; ** – на весь срок оказания медицинской помощи; *** – при выездной форме работы Центра здоровья тонометрия по Маклакову.

**III. Перечень медицинских работ и услуг, гарантированных гражданам,
прошедшим комплексное обследование в Центре здоровья**

Наименование медицинской услуги	Частота предоставления *	Среднее количество **
Рекомендации по профилактике заболеваний глаз, связанных с чрезмерными зрительными нагрузками (соблюдению правильного режима нагрузки и отдыха)	100	1
Рекомендации по назначению спектральных защитных очков при работе за компьютером для профилактики компьютерного зрительного синдрома	100	1
Обучение пациентов глазодвигательной гимнастике	100	1
Оформление документации	100	1

Примечание. * – на 100 случаев.

** – на весь срок оказания медицинской помощи.

IV. Перечень медицинских работ и услуг при выявлении отклонений в состоянии органа зрения у граждан, прошедших комплексное обследование в Центре здоровья

№ п/п (код)	Наименование медицинских услуг	Частота назначения *	Среднее количество **	Показания
	Обучение пациентов закапыванию капель, закладыванию мази, туалету век	50	1	Начальные проявления синдрома сухого глаза
A 25.26.001	Рекомендации по лекарственной терапии при заболеваниях органа зрения (препараты искусственной слезы)	50	1	При наличии заболевания органа зрения (из анамнеза), сопутствующей соматической патологии
A 25.26.002	Рекомендации по диетической терапии при заболеваниях органа зрения	50	1	
A 25.26.003	Рекомендации по лечебно-оздоровительному режиму при заболеваниях органа зрения	50	1	
	Направление к врачу-офтальмологу	50	1	

Примечание. * – на 100 случаев.

** – на весь срок оказания медицинской помощи.

V. Перечень лекарственных средств, гарантированных больному при проведении комплексного обследования в Центре здоровья

Фармакогруппа	МНН *	Форма применения *	Частота назначения **	ООД **	ЭКД ***
Антисептики	Спирт этиловый р-р 70 % 100 мл	Наружное	100	1 мл	3 мл
	Антисептик для рук, 1 л	Раствор	100	3 мл	6 мл

Примечание. * – международное непатентованное название.

** – ориентировочная дневная доза.

*** – эквивалентная курсовая доза.

VI. Перечень лекарственных средств, гарантированных больному при проведении комплексного обследования в Центре здоровья, обусловленного отклонениями от нормы

Группы препаратов	Частота назначения *	ООД **	ЭКД ***	Показания
Вода стерильная – 400 мл	50	0,7 мл	0,7 мл	Обучение пациентов закаливанию каплей, закаливанию мази, туалету век

Примечание. * – международное непатентованное название.

** – ориентировочная дневная доза.

*** – эквивалентная курсовая доза.

VII. Результаты проведения комплексного обследования граждан в Центре здоровья

Состояние по результатам комплексного обследования в Центре здоровья	Частота развития	Этапность медицинской помощи
Здоров	25 %	Выдача рекомендаций по режиму зрительной нагрузки
Выявление факторов риска развития заболеваний	25 %	Выдача индивидуальных рекомендаций. Направление на динамическое наблюдение в Центре здоровья
Выявленные признаки заболевания	50 %	Направление на осмотр к врачу-офтальмологу в поликлинику по месту жительства

1.3.1. Карта офтальмологического статуса (результат обследования в Центре здоровья)

Результаты проведенного офтальмологического обследования занесены медицинской сестрой офтальмологического кабинета ЦЗ в разработанную нами «Карту офтальмологического статуса» (рис. 1.2).

№ п/п	Наименование обследования	Норма	Результат обследования	
			OD	OS
1	Визометрия			
2	Рефрактометрия			
3	Тонометрия (бесконтактная)			
4	Определение рефракции с помощью набора пробных линз			
5	Подбор очковой коррекции			
6	Определение характера зрения, гетерофории			
Итоговая оценка офтальмологического статуса			Здоров	
			Имеет функциональные отклонения (какие)	
			Факторы риска заболевания (какие)	
Рекомендации, назначение индивидуальных планов				
Выполнение рекомендаций				
Подпись				

Рис. 1.2. Карта офтальмологического статуса (результат обследования в Центре здоровья)

Глава 2

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РАБОТЫ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ КАБИНЕТОВ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

В целях совершенствования работы офтальмологических кабинетов Центров здоровья для взрослых, профилактики и раннего выявления риска развития инвалидирующих заболеваний органов зрения Департаментом здравоохранения Тюменской области совместно с ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер» был принят приказ от 08.12.2012 № 314ос «О совершенствовании работы офтальмологических кабинетов Центров здоровья для взрослых» [10]. Согласно приказу, для выявления факторов риска развития глаукомы, возрастной макулярной дегенерации, компьютерного зрительного синдрома и синдрома сухого глаза утверждены формы анкет и порядок анкетирования посетителей офтальмологических кабинетов Центров здоровья для взрослых.

2.1. Порядок анкетирования посетителей офтальмологических кабинетов Центров здоровья для взрослых

Анкетирование проводится в 100 % случаев посещений офтальмологических кабинетов Центров здоровья для взрослых. Посетителям офтальмологических кабинетов проводится анкетирование по выявлению рисков развития глаукомы, возрастной макулярной дегенерации (ВМД), компьютерного зрительного синдрома (КЗС) и синдрома сухого глаза (ССГ).

2.1.1. Анкета для выявления риска развития глаукомы

Возраст _____

№ поликлиники _____

1. Часто ли обращаетесь к главному врачу: «1 раз в год», «2 раза в год», «реже», «чаще» (*нужное подчеркнуть*).

2. Измеряют ли Вам внутриглазное давление при обращении к главному врачу: «да», «нет», «сам(а) отказываюсь» (*нужное подчеркнуть*).

3. Знаете ли Вы, что такое «глаукома» и почему это заболевание так опасно для зрения: «да», «нет», «не задумывался над этим» (*нужное подчеркнуть*).

А теперь проверьте свой риск развития глаукомы.

Вопросы теста	Баллы
Ваш возраст старше 40 лет	10
У Вас повышенное или пониженное артериальное давление	20
У Вас мерзнут руки, бывает онемение пальцев рук в ответ на стресс или холод. Часто бывают головные боли в одной половине головы	30
Вы страдаете сахарным диабетом	30
В прошлом у Вас были травмы глаз	30
У Вас близорукость высокой степени	40
У Ваших кровных родственников была глаукома	50

Если Вы набрали от 30 до 40 баллов – у Вас имеется низкий риск развития глаукомы.

Если Вы набрали от 50 до 70 баллов – у Вас имеется средний риск развития глаукомы.

Если Вы набрали свыше 70 баллов – у Вас имеется высокий риск развития глаукомы.

Вывод сделайте сами, а специалисты Областного офтальмологического диспансера помогут Вам в сохранении здоровья Ваших глаз.

**2.1.2. Анкета для выявления риска развития
возрастной макулярной дегенерации (ВМД)**

Ф.И.О. (по желанию) _____

Возраст _____

№ поликлиники _____

Нужное подчеркнуть и оценить в баллах:

1. Вы имеете: 100%-е зрение (0), близорукость (5 баллов), дальнозоркость (2 балла), пресбиопия (2 балла).

2. Носите ли Вы солнцезащитные очки на улице: «зимой и летом» (0), «только летом» (5 баллов), «никогда не носите» (10 баллов).

3. У Вас светлая кожа и голубые глаза (5 баллов), у Вас смуглая кожа и карие глаза (0).

4. Ваш возраст старше 45 лет (10 баллов).

5. В Ваш ежедневный рацион входят фрукты, овощи, рыба, синтетические витамины (0), Вы не употребляете достаточное количество вышеназванных продуктов, не принимаете синтетические витамины (10 баллов).

6. Вы употребляете алкоголь, никотин (5 баллов), Вы не употребляете алкоголь, никотин (0).

7. У Ваших кровных родственников была возрастная дегенерация сетчатки (10 баллов).

8. Какие из указанных жалоб Вас беспокоят:

Жалобы	Баллы
Постепенное снижение зрения	10
Изменение цветоощущения	30
Появление темного пятна перед глазом	40
Резкое снижение зрения	30
Изменения, выявленные при тесте «Сетка Амслера» *	40

Примечание. Тест «Сетка Амслера» – процедура исследования центрального поля зрения для выявления патологии центральной области сетчатки (макулярной зоны). Правила проведения теста на обратной стороне анкеты.

Если Вы набрали от 30 до 45 баллов – у Вас имеется низкий риск развития возрастной макулярной дегенерации.

Если Вы набрали от 50 до 80 баллов – у Вас имеется средний риск развития возрастной макулярной дегенерации.

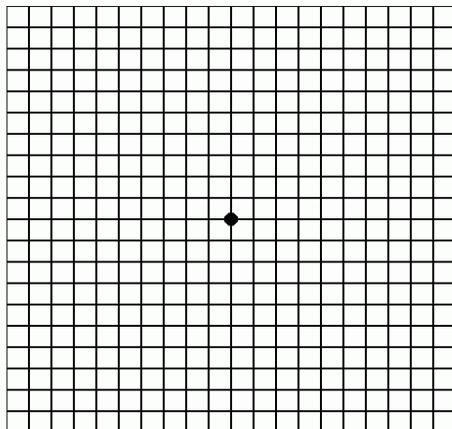
Если Вы набрали свыше 80 баллов – у Вас имеется высокий риск развития возрастной макулярной дегенерации.

Сетка Амслера.

Регулярная проверка зрения с помощью этого простого и быстрого, но эффективного средства позволит выявить проявления начальной стадии возрастной макулярной дегенерации, такие, как «затуманивание» или пятна в поле зрения, искривленность прямых линий.

Правила проведения теста:

1. Исследование проводится для каждого глаза отдельно.
2. Расположите экран с сеткой на расстоянии 30 см.
3. Если необходимо, наденьте очки, прикройте один глаз и сфокусируйте взгляд на темной точке в центре сетки.
4. Не переводя взгляда, рассмотрите все поле зрения и определите, нет ли в нем пятен, затемнений, деформаций.



**2.1.3. Анкета для выявления риска развития
Компьютерного Зрительного Синдрома
и Синдрома Сухого Глаза**

Ф.И.О. (по желанию) _____

Возраст _____

№ поликлиники (ЦЗ) _____

Нужное подчеркнуть:

1. Вы имеете: 100%-е зрение (0), близорукость (5 баллов), дальнозоркость (5 баллов), пресбиопию (3 балла).

2. Носите ли Вы очки или контактные линзы в повседневной жизни: «да» (5 баллов), «нет» (0).

3. Как часто Вы пользуетесь компьютером: «ежедневно» (10 баллов), «через день» (5 баллов), «редко» (0).

4. Сколько времени в сутки Вы проводите за компьютером: «не более 2 часов» (0), «2–6 часов» (5 баллов), «6 часов и более» (10 баллов).

5. Какие из указанных жалоб наиболее часто возникают у Вас при работе за компьютером:

Жалобы					
Зрительные (КЗС)			Глазные (ССГ)		
1	Затуманивание зрения	2 балла	1	Жжение в глазах	2 балла
2	Двоение предметов	2 балла	2	Покраснение глаз	2 балла
3	Быстрое утомление при чтении	2 балла	3	Чувство песка под веками	2 балла
4	Замедленная перифокусировка с ближних объектов на дальние и обратно	2 балла	4	Боли в области лба и при движении глаз	2 балла

Каждая позиция таблицы – 2 балла, если преобладают зрительные жалобы – имеется риск развития КЗС; если глазные – имеется риск развития ССГ; и те и другие – может развиваться КЗС + ССГ.

6. Пользуетесь ли Вы компьютерными очками при работе за компьютером: «да» (0), «нет» (5 баллов).

7. Выполняете ли Вы правильный режим зрительной нагрузки при работе за компьютером – перерывы каждые 2 часа по 10–20 минут: «да» (0), «нет» (5 баллов).

8. Оборудовано ли Ваше рабочее место специальной мебелью и креслом: «да» (0), «нет» (5 баллов).

9. Пользуетесь ли Вы дополнительной подсветкой рабочей документации при работе за компьютером: «да» (0), «нет» (5 баллов).

10. Есть ли у Вас, на Ваш взгляд, начальные проявления шейного остеохондроза: «да» (5 баллов), «нет» (0).

А теперь проверьте свой риск развития КЗС и ССГ:

– Если Вы набрали от 10 до 19 баллов – у Вас имеется низкий риск развития КЗС и ССГ.

– Если Вы набрали от 20 до 57 баллов – у Вас имеется средний риск развития КЗС и ССГ.

– Если Вы набрали свыше 58 баллов – у Вас имеется высокий риск развития КЗС и ССГ.

2.2. Интерпретация результатов проведенного анкетирования и алгоритм действия

По риску развития глаукомы:

– **низкий риск развития глаукомы** – пациенты приглашаются в ЦЗ через год;

– **средний риск развития глаукомы** – пациенты приглашаются в ЦЗ через 0,5 года;

– **высокий риск развития глаукомы** – пациентам рекомендуют пройти обследование у офтальмолога поликлиники, где функционирует Центр здоровья.

По риску развития возрастной макулярной дегенерации (ВМД):

– **низкий риск развития ВМД** – пациенты приглашаются в ЦЗ через год;

– **средний риск развития ВМД** – пациенты приглашаются в ЦЗ через 0,5 года;

– **высокий риск развития ВМД** – пациентам рекомендуют пройти обследование у офтальмолога поликлиники, где функционирует Центр здоровья.

По риску развития компьютерного зрительного синдрома (КЗС) и синдрома сухого глаза (ССГ):

– **низкий риск развития КЗС и ССГ** – пациенты приглашаются в ЦЗ через год;

– **средний риск развития КЗС и ССГ** – пациентам рекомендуют соблюдать режим зрительных нагрузок, двигательная гимнастика, упражнения с меткой на стекле, назначаются слезозаменители и любреканты;

– **высокий риск развития КЗС и ССГ** – пациентам рекомендуют пройти обследование у офтальмолога поликлиники, где функционирует Центр здоровья.

2.3. Маршрутизация пациентов, обратившихся в офтальмологический кабинет Центра здоровья

На основе результатов аппаратно-программного тестирования и дополнительного обследования специалист офтальмологического кабинета ЦЗ определяет дальнейшую маршрутизацию пациентов, обратившихся в офтальмологический кабинет ЦЗ. На этом этапе возникает очень важный вопрос взаимодействия специалиста офтальмологического кабинета ЦЗ и офтальмолога первичного звена поликлиники по обеспечению преемственности в ведении обследованных граждан и разработке совместных профилактических программ, направленных на мотивирование пациентов к здоровому образу жизни. Для решения этой задачи мы разработали схему маршрутизации пациентов, обратившихся в офтальмологический кабинет ЦЗ.

Разработанная нами схема маршрутизации представлена на рисунке 1.3.

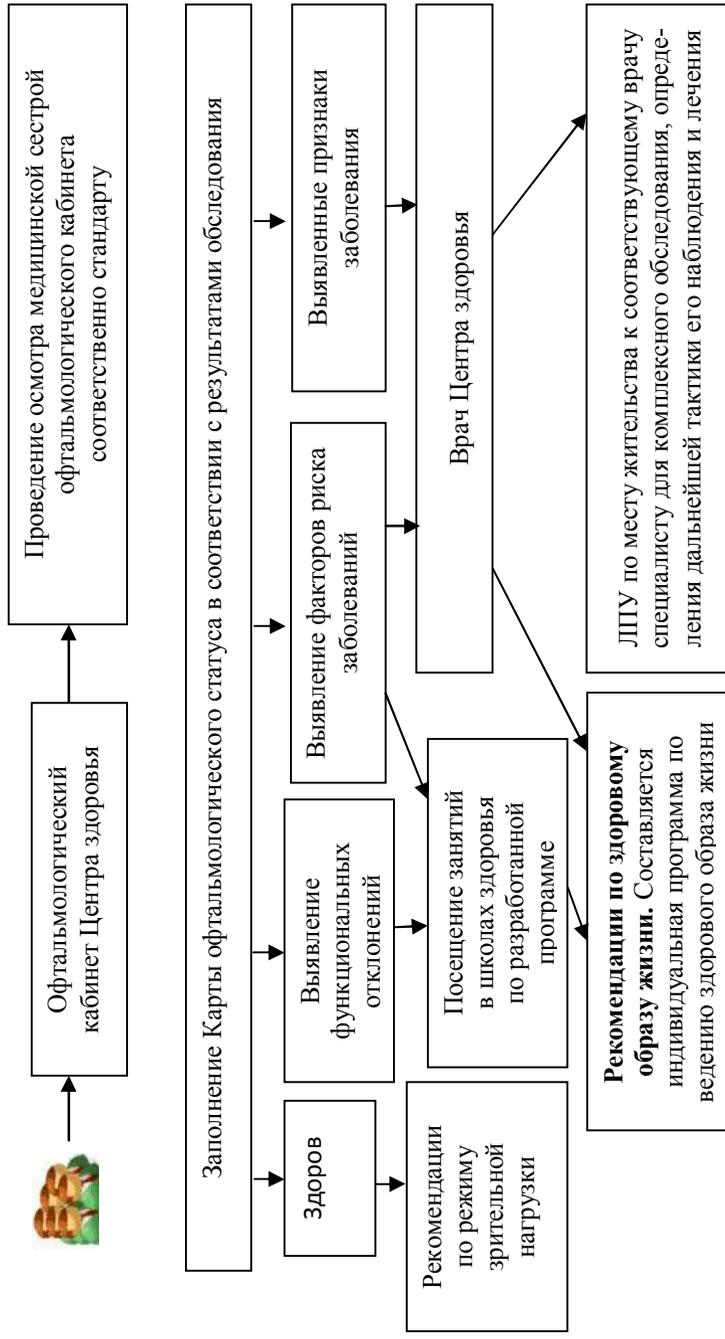


Рис. 1.3. Маршрутизация пациентов, обратившихся в офтальмологический кабинет Центра здоровья

Схема маршрутизации пациентов отражает движение потока пациентов от начальной точки – обращения в ЦЗ – до конечного звена в зависимости от результатов обследования и состояния человека. При выявлении факторов риска офтальмологического заболевания или наличия патологии больной направляется в ЛПУ по месту жительства, также немаловажным является направление пациентов в Школы здоровья и составление индивидуальных программ по ведению здорового образа жизни.

2.4. Организация методической работы и взаимодействия офтальмологических кабинетов Центров здоровья ЛПУ и ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер»

ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер» является организационно-методическим центром, в котором анализируется эффективность деятельности офтальмологических кабинетов.

Организация методической работы и взаимодействия офтальмологических кабинетов Центров здоровья ЛПУ и ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер» представлена на рисунке 1.4.

Офтальмологический диспансер в данном случае представляет собой связующее звено, выполняющее функции организации, контроля, координации при работе офтальмологических кабинетов в ЦЗ Тюменской области.

Организация методической работы и взаимодействия офтальмологических кабинетов Центров здоровья ЛПУ и ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер»

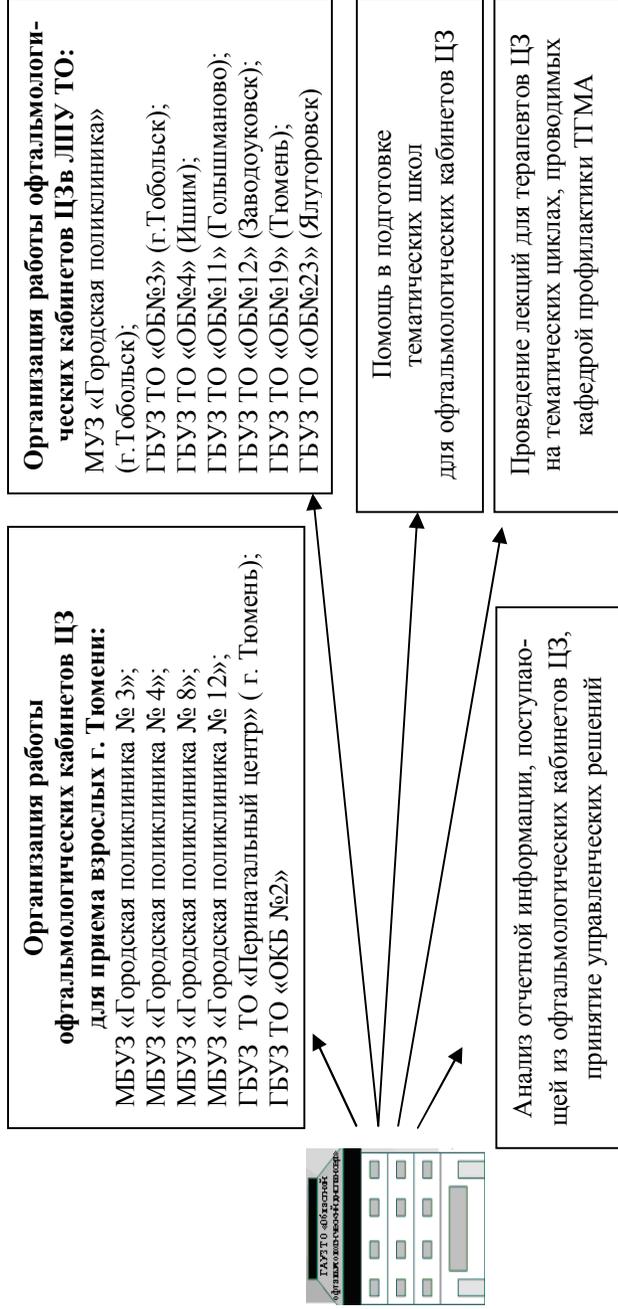


Рис. 1.4. Организация методической работы и взаимодействия офтальмологических кабинетов Центров здоровья ЛПУ и ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер»

2.5. Оценка деятельности офтальмологических кабинетов Центров здоровья с учетом критериев эффективности

В соответствии с письмом № 10-128 от 03.05.2012 во исполнение решения по результатам рабочего совещания «Анализ функционирования Центров здоровья в Тюменской области в 2011 году. Основные направления деятельности в 2012 году» от 12.04.2012 № 1, организационно-методическим отделом ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер» совместно с Департаментом здравоохранения Тюменской области (ДЗ ТО) были разработаны критерии эффективности работы Центров здоровья (по профилю) для формирования сводного документа заболеваний по профилю «Офтальмология».

Информация предоставляется сотрудником офтальмологических кабинетов Центров здоровья в ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер» в ежемесячном режиме в соответствии с отчетной формой (см. ниже).

*Приложение № 2 к приказу
Департамента Здравоохранения
Тюменской области от 08.08.12 г. № 314 ос*

**Форма Отчета по оценке деятельности офтальмологического кабинета Центра здоровья
с учетом критериев эффективности ММАУ «Городская поликлиника № 4»
за _____ декабрь 2012 _____ (указать период)**

Количество граждан, обратившихся в офтальмологический кабинет ЦЗ	Количество граждан, у которых были выявлены факторы риска	Количество граждан, имеющих факторы риска по определенным направлениям		Количество граждан, имеющих факторы риска, повторно посетивших ЦЗ	Количество граждан с выявленными заболеваниями	% обособленности направления к офтальмологу поликлиники	Количество граждан, посещавших школы здоровья по профильному направлению (профилактика развития патологии органа зрения)
		Глаукома	ВМД КЭС и ССТ				

Примечание. * – Предоставление информации в ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер» в ежемесячном режиме на электронный адрес: glaza@inbox.ru – в соответствии с отчетной формой до 5-го числа месяца, следующего за отчетным.

Медицинский работник офтальмологического кабинета ЦЗ _____

Главный врач _____ Дата _____

Глава 3

**АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА
В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ
ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ**

I. Сбор анамнеза и жалоб при патологии глаз.

У офтальмологических больных возникают разнообразные неприятные ощущения: сухость, резь, жжение, чувство инородного тела в глазу, слезотечение, светобоязнь. Многие глазные заболевания сопровождаются болью в глазу, орбите, головной болью.

Анализ жалоб пациента позволяет установить характер заболевания: возникло ли оно остро или развивалось постепенно. При этом среди жалоб, свойственных многим общим заболеваниям организма, необходимо выделить жалобы, свойственные только глазным заболеваниям.

Некоторые жалобы настолько характерны для того или иного заболевания глаз, что на их основании уже можно поставить предположительный диагноз. Например, ощущение соринки, песка или инородного тела в глазу и тяжесть век указывают на патологию роговицы или хронический конъюнктивит, а склеивание век по утрам в сочетании с обильным отделяемым из конъюнктивальной полости и покраснением глаза без заметного снижения остроты зрения свидетельствуют о наличии острого конъюнктивита; покраснение и зуд в области краев век – о наличии блефарита. При этом на основании некоторых жалоб легко определить локализацию процесса. Так, светобоязнь, блефароспазм и обильное слезотечение характерны для повреждений и заболеваний роговицы, а внезапно и безболезненно наступающая слепота – для повреждений и заболеваний световоспринимающего аппарата. Но в таких случаях сама жалоба еще не позволяет определить характер заболевания, это только начальный ориентир. Некоторые жалобы, например заболевание сетчатки и зрительного нерва, связаны с гипертонической болезнью, диабетом, с новообразованиями головного мозга и т. д. По-

степенное снижение и потеря зрения характерны для медленно развивающихся патологических процессов (катаракта, открытоугольная глаукома, хориоретинит, атрофия зрительного нерва, аномалии рефракции), а внезапная утрата зрительных функций связана с расстройством кровообращения в сетчатке (спазм, эмболия, тромбоз, кровоизлияния), острыми воспалительными процессами (невриты зрительного нерва, центральные хориоидиты и хориоретиниты), тяжелыми травмами, отслойкой сетчатки и др. Резкое снижение остроты зрения с сильными болями в глазном яблоке характерно для острого приступа глаукомы или острого иридоциклита.

Для каждого глазного заболевания характерно определенное сочетание этих жалоб. Поэтому сбор анамнеза заболевания необходимо проводить поэтапно. План расспроса офтальмологического больного не отличается от такового при других заболеваниях, необходимо выяснить, когда началось заболевание, уточнить самые ранние его признаки. Важно узнать, как возникла болезнь – внезапно или постепенно, в какое время суток; выяснить предполагаемую причину заболевания – предшествовали ли ему охлаждение организма, зрительное переутомление или эмоциональные переживания, травма. Далее выясняется последовательность возникновения отдельных симптомов, были ли улучшения и ухудшения, какое проводилось лечение.

Следует помнить, что иногда при хроническом заболевании сроки начала болезни, указанные больным, не всегда соответствуют действительным. Нередко, например при первичной глаукоме, больные считают началом болезни тот момент, когда обнаружилось расстройство зрения. При более тщательном опросе можно выяснить, что признаки заболевания проявлялись намного раньше. Важно установить, как происходило снижение функции: постепенно или зрение упало сразу, при каких обстоятельствах больной обнаружил ухудшение центрального зрения или нарушение других функций. Не менее важен вопрос о характере начала заболевания: острое, бурное или постепенное развитие болезни.

Для выяснения этиологии очень важно, какие общие заболевания перенес больной до болезни глаз. Нельзя забывать о роли профессиональных факторов в патологии органов зрения.

При сборе анамнеза жизни, личного и семейного, необходимо обратить внимание на условия труда, так как некоторые заболевания органа зрения могут быть связаны с воздействием профессиональных вредностей (бруцеллез у работников сельского хозяйства, прогрессирующая миопия у пациентов, имеющих постоянную зрительную нагрузку при неблагоприятных условиях труда, электроофтальмия у электросварщиков и т. д.); жилищно-бытовые условия, питание и образ жизни больного. Болезни глаз нельзя отделить от патологии организма в целом. Большинство заболеваний глаз эндогенного происхождения и, кроме того, общее состояние организма оказывают большое влияние на течение глазного процесса, поэтому необходимо тщательное клиническое и лабораторное изучение организма больного.

Очень большое значение в патогенезе глазных болезней имеет общее состояние организма больного: пищеварительной системы (начиная с полости рта), сердечно-сосудистой системы, особенно кровяного давления, состояние капилляров, лор-органов, нервной системы и психики больного. Обязательно собирают аллергологический анамнез, чтобы затем проводить медикаментозное лечение больного. Все эти сведения могут указать направление, по которому должно идти дальнейшее исследование, а иногда дают возможность сразу же составить определенную рабочую гипотезу о характере заболевания.

II. Визометрия с помощью проектора знаков.

Цель: определение остроты зрения.

Показания:

Профилактический осмотр.

Жалобы на снижение зрения.

Оснащение:

Автоматический проектор знаков.

Стул для пациента.

Условия:

Проектор знаков может работать на расстоянии от 2,9 и 6,1 метра. Пациент должен сидеть рядом с проектором так, чтобы находиться на одинаковом расстоянии от проекционного эк-

рана. Отрегулировать положение оси экрана так, чтобы проецируемый свет, отражаясь от экрана, попадал в глаза пациента. Чтобы определить точное место отражения света, можно воспользоваться вместо экрана обычным зеркалом.

Методика и интерпретация исследования.

Перед процедурой больному объясняют порядок проведения исследования.

Пациент сидит напротив экрана проектора знаков. Исследование проводят попеременно: сначала для правого (OD), затем для левого (OS) глаза, не участвующий в исследовании, закрывают окклюдором.

Включить прибор в сеть, кнопкой «ON» вывести проекцию на экран.

Менять проецируемые цифровые или буквенные таблицы, соответствующие остроте зрения 0,1, 0,2 и так далее до 1,0. Знаки таблицы предъявляют в течение 2–3 с и просят обследуемого назвать их. Остроту зрения характеризуют знаки наименьшего размера, которые различает пациент.

Если пациент читает все знаки таблицы, переходим к следующей таблице. При чтении знаков первых 7 таблиц ошибок быть не должно; начиная с 8-й строки, одной ошибкой в строке пренебрегают.

Пример регистрации данных:

Visus OD = 1,0; Visus OS = 0,6.

При остроте зрения менее 0,1 (пациент не видит с расстояния 5 м знаки 1-го ряда 1-й таблицы) следует подвести его на расстояние (d), с которого он сможет назвать знаки 1-го ряда 1-й таблицы. Если $d = 1$ м от таблицы, то острота зрения будет соответствовать 0,02, если $d = 2$ м – 0,04, если $d = 3$ м – 0,06, если $d = 4$ м – 0,08.

Если пациент не видит знаков 1-го ряда 1-й таблицы с расстояния менее 50 см от проектора знаков, то остроту зрения определяют по расстоянию, с которого он может сосчитать предъявленные медработником раздвинутые пальцы руки (*пример*: Visus OD = счет пальцев с расстояния 15 см от лица).

Если обследуемый не может сосчитать пальцы, но видит движение руки у лица, то данные обследования записывают следующим образом: Visus OS = движению руки у лица.

Аналогично проводится исследование левого глаза.

Результат фиксируется в карте.

III. Визуальное исследование глаз.

Цель: осмотр переднего отрезка глаза и век.

Оснащение: настольная лампа.

Методика и интерпретация исследования.

Наружный осмотр органа зрения, независимо от жалоб пациента, необходимо проводить последовательно, по анатомическому признаку. Осмотр глаз начинают после визометрии, так как после осмотра острота зрения может снизиться.

Начинать осмотр следует с правого глаза.

Усадить пациента, сесть напротив него и установить лампу на уровне глаз сидящего пациента, на расстоянии 40–50 см, слева и немного спереди от него. Голову пациента поворачивают в сторону источника света.

В ходе исследования осмотреть:

Веки: оценить их положение, подвижность, величину глазной щели, состояние кожного покрова, переднего и заднего ребра, форму, рост ресниц, наличие новообразований, травматических повреждений.

Положение глазного яблока в орбите: обратить внимание на выстояние, западение или смещение глазного яблока.

Подвижность глазного яблока определяют следующим образом: пациент смотрит в разные стороны или следит за движением пальца медработника, который перемещается из центрального положения вправо, влево, вверх, вниз. Медработник наблюдает, до какого предела доходит глазное яблоко во время исследования, а также за симметричностью движения глаз.

Конъюнктивa век и глазного яблока: цвет, поверхность, прозрачность, отделяемое.

Выделяют три отдела конъюнктивы: конъюнктиву век, конъюнктиву глазного яблока и конъюнктиву свода или переходных складок.

Конъюнктиву нижнего века исследуют при оттянутом вниз крае века, при взгляде пациента вверх. При этом видна конъюнктура нижнего века, нижней переходной складки, нижней половины глазного яблока.

Для исследования конъюнктивы верхнего века:

- попросить обследуемого посмотреть вниз;
- большим пальцем левой руки поднять верхнее веко;
- большим и указательным пальцами правой руки фиксировать веко за край ресницы, оттягивая его вниз и вперед;
- большим или указательным пальцем левой руки сместить верхний край хряща вниз;
- вывернутое веко за ресницы прижать к верхнему краю орбиты и удерживать в таком положении до окончания осмотра.

В норме – конъюнктура бледно-розовая, прозрачная, без отделяемого.

Для воспаления конъюнктивы характерно: ярко-красная конъюнктивальная инъекция, появление отделяемого (серозное, гнойное, слизистое, геморрагическое). Необходимо оценить скудное отделяемое или обильное.

Роговая оболочка: оценить прозрачность. В норме – прозрачная, блестящая, сферичная.

Склера – цвет, наличие очагов. В норме – белая и гладкая.

Зрачок – положение, величина, цвет, форма. В норме – зрачок располагается в центре. Имеет круглую форму, черный цвет. Диаметр около 3–4 мм. При освещении одного глаза происходит сужение зрачка (прямая реакция зрачка на свет), а также сужение зрачка другого глаза (содружественная реакция зрачка на свет). Сужение зрачка называется миозом, расширение – мидриазом, разность в величине зрачков – анизокорией.

Радужная оболочка – определяет цвет глаз и обычно одинакова на двух глазах. Оценить цвет, может быть дрожание радужки при движении глаз (при подвывихе хрусталика и афакии).

IV. Пальпация при патологии глаз.

Цель:

Определить тонус глазного яблока.

Выявить болезненные точки выхода тройничного нерва.

Подготовка к процедуре.

Пациент сидит, смотрит вниз сквозь прикрытые веки.

Выполнение процедуры.

Определение тонуса глазного яблока.

Подушечки указательных пальцев одновременно опустить на веко исследуемого глаза выше края хряща. Попеременно несколько раз надавить через глазное яблоко на веко. Сила надавливания должна возрастать с каждым разом до появления проминания склеры под одним из пальцев, при этом второй, контролирующий палец – на исходную позицию расправляющейся склерой с той же силой.

Оценка результата.

T (++) очень высокое давление – сопротивление пальцам сильно увеличено.

T (+) повышенное давление – глаз под пальцами проминирует, но для этого нужно приложить усилия.

T (N) нормальное давление – при легком нажатии пальцев глаз проминирует.

T (-) пониженное давление глаз на ощупь мягкий.

Выявление болезненных точек выхода тройничного нерва.

Проверить места выхода веточек тройничного нерва по верхнему краю орбиты на границе внутренней и средней трети, где она определяется в виде небольшого углубления, и по нижнему краю, где место выхода примерно соответствует углублению на середине нижнего края орбиты. Болезненность при пальпации этих точек указывает на вовлечение в патологический процесс тройничного нерва.

V. Авторефрактометрия.

Цель:

Определение рефракции глаза.

Показания:

Визометрия менее 1,0.

Оснащение:

Авторефрактометр.

Винтовой табурет.

Условия:

Перед проведением манипуляции обработать ватным спиртовым шариком части аппарата, соприкасающиеся с кожей пациента.

Подготовка к работе.

Включить прибор в сеть.

Снять наконечник и включить переключатель «ON».

Начальное тестирование аппарата проводится автоматически.

После тестирования выбирается режим «Авто», и измерительная головка перемещается к правому глазу.

Попросите пациента снять очки или контактные линзы.

Методика и интерпретация исследования.

Усадить пациента и проследите за правильностью расположения лба и подбородка.

Отрегулировать высоту подбородка при помощи кнопки «CHIN REST» так, чтобы глаз пациента был на уровне регулировочной метки.

Попросить пациента широко открыть глаза и зафиксировать взгляд на фиксирующем объекте.

После появления на экране изображения глаза пациента нажать кнопку «START», аппарат автоматически произведет настройку, фокусировку и измерение. После измерения аппарат автоматически переходит к измерению второго глаза.

После окончания измерений нажмите кнопку «PRINT» для распечатки данных.

VI. Определение рефракции с помощью набора пробных линз.

Цель:

Субъективное определение рефракции.

Показание:

Острота зрения менее 1,0.

Оснащение:

Автоматический проектор знаков.

Набор пробных очковых линз.

Оправа пробная.

Подготовка к работе.

Проектор знаков может работать на расстоянии от 2,9 и 6,1 метра. Пациент должен сидеть рядом с проектором так, чтобы находиться на одинаковом расстоянии от проекционного экрана.

Методика и интерпретация исследования.

Определение рефракции проводится по очереди на каждый глаз.

На исследуемый глаз в пробную оправу ставится слабopоложительное стекло (+ 0,5), такая линза ухудшит зрение пациента с нормальным зрением (эметропа) и с близорукостью (миопа) и улучшит зрение пациента с дальнозоркостью (гиперметропа). Слабоотрицательная линза (-0,5) улучшит зрение миопу и ухудшит гиперметропу. Эметроп может не заметить каких-либо изменений.

VII. Подбор очковой коррекции.

Цель:

Максимальное приближение остроты зрения к 1,0.

Показание:

Острота зрения менее 1,0.

Оснащение:

Автоматический проектор знаков.

Набор пробных очковых линз.

Оправа пробная.

Подготовка к работе.

Проектор знаков может работать на расстоянии от 2,9 и 6,1 метра. Пациент должен сидеть рядом с проектором так, чтобы находиться на одинаковом расстоянии от проекционного экрана.

Проведение манипуляции.

Очковая коррекция проводится по очереди на каждый глаз.

Для подбора очковой коррекции в пробную оправу устанавливаем линзы (отрицательные для миопов и положительные для гиперметропов) от 0,5Д, постепенно увеличивая их силу линз до достижения максимальной остроты зрения.

VIII. Тонометрия бесконтактная.

Цель:

Измерение внутриглазного давления.

Показания:

Возраст 40 и более лет.

Отягощенный анамнез.

Миопия средней и высокой степени.

Сахарный диабет.

Оснащение:

Пневматический тонометр.

Винтовой табурет.

Условия:

Перед проведением манипуляции обработать ватным спиртовым шариком части аппарата, соприкасающиеся с кожей пациента.

Подготовка к работе.

Включить прибор в сеть.

Снять наконечник и включить переключатель «ON».

Начальное тестирование аппарата проводится автоматически.

После тестирования появляется окно измерения.

Расскажите пациенту о предстоящей процедуре, чтобы он не испугался внезапного потока воздуха. При помощи кнопки «CLEAR (DEMO)», которую нужно придержать две секунды, продемонстрируйте пациенту силу потока воздуха. Попросите пациента снять очки или контактные линзы.

Выполнение манипуляции.

Усадить пациента и проследить за правильностью расположения лба и подбородка.

Отрегулировать высоту подбородка при помощи кнопки «CHIN REST» так, чтобы глаз пациента был на уровне регулировочной метки.

Нажать кнопку «LIMITER» и убедиться, что наконечник не двигается далее точки зафиксированной остановки.

Попросить пациента широко открыть глаза и зафиксировать взгляд на зеленом объекте.

Нажать кнопку «START» после появления на экране изображения глаза пациента на мониторе. Аппарат автоматически произведет настройку, фокусировку и измерение. После измерения аппарат автоматически переходит к измерению второго глаза.

После окончания измерений нажмите кнопку «PRINT» для распечатки данных.

IX. Определение характера зрения, гетерофории с помощью проектора знаков.

Цель:

Определение характера зрения, гетерофории.

Показания:

Профилактический осмотр.

Жалобы на двоение зрения, косоглазие, зрительное утомление, произвольные движения глаз (нистагм).

Оснащение:

Автоматический проектор знаков.

Стул для пациента.

Условия:

Проектор знаков может работать на расстоянии от 2,9 и 6,1 метра. Пациент должен сидеть рядом с проектором так, чтобы находиться на одинаковом расстоянии от проекционного экрана.

Методика и интерпретация исследования.

Перед процедурой больному объясняют порядок проведения исследования.

Пациент сидит напротив экрана проектора знаков. Исследование проводят попеременно: сначала для правого (OD), затем для левого (OS) глаза. Глаз, не участвующий в исследовании, закрывают окклюдором.

Включить прибор в сеть, кнопкой «ON» вывести проекцию на экран.

Выбрать проецируемые таблицы с цветными обозначениями для определения бинокулярного зрения и гетерофории. Знаки таблицы предъявляют в течение 2–3 с и просят обследуемого назвать их. Если пациент правильно называет все символы таблицы, то у него бинокулярное зрение и нет гетерофории.

Аналогично проводится исследование левого глаза.

Результат фиксируется в карте.

Х. Рекомендации по профилактике заболеваний глаз, связанных с чрезмерными зрительными нагрузками (соблюдению правильного режима нагрузки и отдыха).

Подготовлено в качестве материала для школ здоровья.

Как сохранить зрение.

Острота зрения наиболее высока при естественном освещении. Когда вы читаете, пишете, рисуете, занимаетесь рукоделием, одного верхнего света мало, включайте дополнительно настольные светильники, бра, торшеры. Очень удобна лампа на гибкой ножке, она позволяет менять направление света. Включив местное освещение, не выключайте верхний свет. Иначе *глаза* будут быстро уставать. Всякий раз, когда мы переводим взгляд с ярко освещенной поверхности стола или от рукоделия в темноту (если выключен верхний свет), происходит резкая перестройка светочувствительного аппарата глаз. Наступает так называемое скрытое ослепление, очень вредное для глаз.

Пользоваться для освещения «голыми» лампочками, не защищенными абажурами, не рекомендуется. Расстояние от глаз до текста книги или листа бумаги, на котором вы пишете, должно составлять 30–35 см. Это расстояние легко определить и без линейки: оно примерно равно длине руки от локтя до пальцев.

Если держать книгу, тетрадь дальше или ближе этого, глаза будут сильно уставать.

Чтобы сохранить хорошее зрение надолго, при чтении старайтесь держать книгу или журнал наклонно, под углом 35–45 градусов. Школьникам рекомендуется обязательно при выполнении уроков пользоваться подставкой для книг.

Не следует класть на стол стекло: лучи, которые оно отражает, дают слепящие блики. Вместо стекла лучше постелить плотную бумагу желтовато-зеленого или светло-зеленого цвета. Эти цвета, как известно, снижают зрительное утомление.

Работая за письменным столом, делайте перерывы. Во время перерыва очень хорошо проветрить комнату, сделать несколько легких упражнений (потягивания, приседания, наклоны туловища) или просто походить по комнате, посмотреть вдаль.

Очень серьезный вопрос: как сохранить зрение и сколько времени смотреть телевизор? В комнате, где включен телевизор, не должно быть темно. Так глаза будут меньше утомляться. Достаточно включить для освещения комнаты торшер или настольную лампу. И расположите их сбоку или за спиной, иначе свет будет падать в глаза или отражаться на экране телевизора.

И еще один совет. Смотрите телевизор на расстоянии 2–3 м от экрана. Глаза меньше утомляются, если Вам не будут заметны точки и линии телевизионного изображения. Не сидите у телевизора более 2–3 часов, не смотрите все передачи подряд, даже если зрение у вас нормальное. А тем, кто страдает близорукостью, надо обязательно делать перерывы через каждые 40 минут.

Если врач рекомендует носить очки, то этой рекомендации надо обязательно следовать. Тем, кому необходимо, очки выписывают строго индивидуально. Их получают в аптеке по рецепту. Чужими очками пользоваться нельзя. Очки не только берегают зрение, но и нередко предупреждают развитие некоторых глазных болезней, избавляют от головной боли и других неприятных явлений, которые порой появляются у людей с плохим зрением. Обращаться с очками надо бережно. Ведь это «вторые глаза». Храните их в футляре, чаще протирайте стекла, а если на них появились царапины, такие стекла надо заменить. Особо надо сказать о темных очках. Они необходимы всем в яркий солнечный день, особенно на пляже, на берегу водоема:

солнечные блики от воды ослепляют. В солнечный день надо читать либо в темных очках, либо в тени. Но в пасмурные дни и в помещении темные очки носить нельзя. Это вредит зрению.

Комплекс гимнастики должен занимать 5–10 минут, один раз в день, лучше утром, в течение 15–30 дней. Затем надо сделать перерыв на 2–3 месяца и повторить комплекс упражнений.

Упражнения, включенные в комплекс, нужно время от времени менять.

Упражнение 1. Выполняется сидя. Крепко зажмурить глаза на 3–5 секунд, а затем открыть глаза на 3–5 секунд. Повторить 6–8 раз.

Упражнение 2. Выполняется сидя. Быстрые моргания в течение 1–2 минут.

Упражнение 3. Выполняется стоя. На счет «1» – смотреть вдаль прямо перед собой 2–3 с, «2» – поставить палец руки по средней линии лица на расстоянии 25–30 см от глаз, «3» – перевести взгляд на конец пальца и смотреть на него 3–5 с, «4» – опустить руку. Повторить 10–12 раз.

Упражнение 4. Выполняется стоя. На счет «1» – вытянуть руку вперед, «2» – смотреть на конец пальца вытянутой руки, расположенной на средней линии лица, «3» – медленно приближать палец, не сводя с него глаз до появления двоения. Повторить 6–8 раз.

Упражнение 5. Выполняется сидя. На счет «1» – закрыть веки, «2» – массировать их с помощью круговых движений пальцев. Повторять в течение 1 минуты.

Упражнение 6. Выполняется стоя. На счет «1» – поставить палец правой руки по средней линии лица на расстоянии 25–30 см от глаз, «2» – смотреть двумя глазами на палец 3–5 с, «3» – прикрыть ладонью левой руки левый глаз на 3–5 с, «4» – убрать ладонь, смотреть двумя глазами на конец пальца 3–5 с, «5» – поставить палец левой руки по средней линии лица на расстоянии 25–30 см от глаз, «6» – смотреть обоими глазами на конец пальца 3–5 с, «7» – прикрыть ладонью правой руки правый глаз на 3–5 с, «8» – убрать ладонь, смотреть двумя глазами на конец пальца 3–5 секунд. Повторить 5–6 раз.

Упражнение 7. Выполняется сидя, веки закрыты. На счет «1» – поднять глаза кверху, «2» – опустить вниз, «3» – повернуть глаза вправо, «4» – повернуть глаза влево. Повторить 6–8 раз.

Упражнение 8. Выполняется стоя. На счет «1» – отвести руку в правую сторону, «2» – медленно передвигать палец полусогнутой руки справа налево и при неподвижной голове следить глазами за пальцем, «3» – медленно передвигать палец полусогнутой руки слева направо и при неподвижной голове следить глазами за пальцем. Повторить 10–12 раз.

Упражнение 9. Выполняется сидя. На счет «1» – тремя пальцами каждой руки легко нажать на верхнее веко, «2» – спустя 1–2 секунды снять пальцы с век. Повторить 3–4 раза.

Упражнение 10. Выполняется сидя. На счет «1» – поднять глаза вверх, «2» – сделать ими круговые движения по часовой стрелке, «3» – сделать ими круговые движения против часовой стрелки. Повторить 3–6 раз.

Упражнение 11. Выполняется сидя. На счет «1» – смотреть прямо перед собой 2–3 с, «2» – перевести взгляд на кончик носа на 3–5 секунд. Повторить 6–8 раз.

Упражнение 12. Выполняется стоя. На счет «1» – поднять правую руку вверх, «2» – медленно передвигать палец полусогнутой руки сверху вниз и при неподвижной голове следить глазами за пальцем. Повторить 10–12 раз.

Упражнение 13. Выполняется сидя. Голова неподвижна. На счет «1» – вытянуть полусогнутую руку вперед и вправо, «2» – производить рукой на расстоянии 40–50 см от глаз медленные круговые движения по часовой стрелке и следить при этом глазами за кончиком пальца, «3» – проделать то же упражнение, сменив правую руку на левую и совершая ею круговые движения против часовой стрелки. Повторить 3–6 раз.

XI. Рекомендации по назначению спектральных защитных очков при работе за компьютером для профилактики компьютерного зрительного синдрома.

XII. Обучение пациентов глазодвигательной гимнастике.

ГИМНАСТИКА ДЛЯ ГЛАЗ.

Вы устали? Увеличилось число ошибок, снизился темп работы? Сделайте паузу и выполните предложенный ниже ком-

плекс упражнений. Особенно рекомендуется он тем, кто работает на компьютере.

Посидите с закрытыми глазами, облокотившись на спинку стула и положив руки на бедра, мышцы лица расслаблены (10–15 с).

Закройте глаза и легкими круговыми поглаживаниями от носа наружу помассируйте надбровные дуги и нижние части глазниц (20–30 с). Затем посидите с закрытыми глазами (15 с).

Руки согнуть перед грудью, кисти плотно соединить, скрестить пальцы. Повернуть кисти пальцами вперед. Повторить 4–6 раз. Затем опустить руки вниз и потрясти расслабленными кистями.

Руки согнуть в локтях, ладони вверх и вперед. Выполнить поочередно щелчки пальцами, начиная с указательного (большой палец сверху). То же в обратном порядке. Повторить 2–3 раза. Затем опустить руки вниз и потрясти кистями.

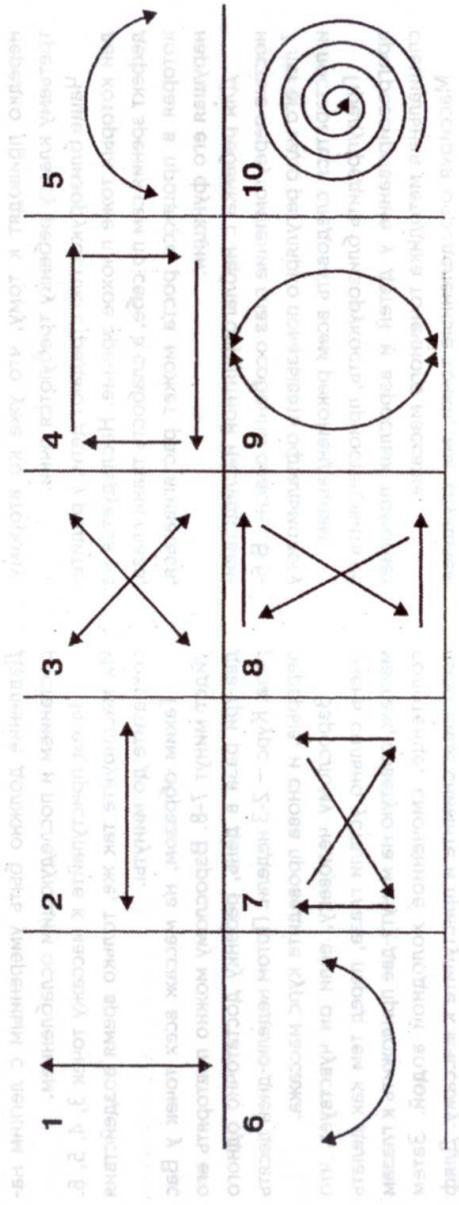
Наклоните голову на грудь, затем отведите назад и опять вперед. Прodelайте пять вращений головой. Повторите 4–6 раз в медленном темпе.

Посмотрите перед собой (2–3 с). Переведите взгляд на кончик носа или на вытянутый палец (3–5 с). Повторите 6–8 раз.

Встаньте. Поверните туловище влево и поднимите руки вверх. Разведите пальцы и напрягите все мышцы тела. Задержите дыхание на 7–8 секунд. Вернитесь в исходное положение и, уронив руки вниз, расслабьте все тело (7–8 с). Повторите повороты в разные стороны по 3–4 раза в каждую сторону.

УПРАЖНЕНИЯ С МЕТКОЙ НА СТЕКЛЕ.

Тренирующийся (в назначенных очках для дали) встает у окна на расстоянии 30–35 см от оконного стекла. На этом стекле на уровне глаз прикрепляют круглую метку диаметром 3–5 мм. Вдали на уровне зора, проходящей через метку, он намечает какой-либо предмет и затем поочередно переводит взгляд то на метку на стекле, то на этот предмет. Упражнения проводят 2 раза в день в течение 15–20 дней. В первые 2 дня продолжительность сеанса упражнений 3 мин, в последующие 2 дня – 5 мин, в остальные дни – 7 минут. Такие упражнения повторяют систематически с перерывами в 10–15 дней.



Г. Демірчоғлян, профессор

ТОЧЕЧНЫЙ МАССАЖ ДЛЯ БЛИЗОРУКИХ.

А.И. Назиев, врач-рефлексотерапевт

Надо, наверное, добавить, что точечный массаж полезен, не только для близоруких, но и для предрасположенных к близорукости, потому что с каждым днем растет количество людей, которых поражает этот недуг. Особенно страдают дети. Ребенок идет в первый класс, и сразу резко увеличивается нагрузка на глаза. Если раньше первоклассники читали, рисовали по часу-полтора в день, то теперь по несколько часов проводят, склонившись над партой и письменным столом.

Вот эта возросшая нагрузка, переутомление в сочетании со слабыми глазными мышцами у детей нередко приводят к тому, что уже ко второму, третьему классу ребенку требуются очки.

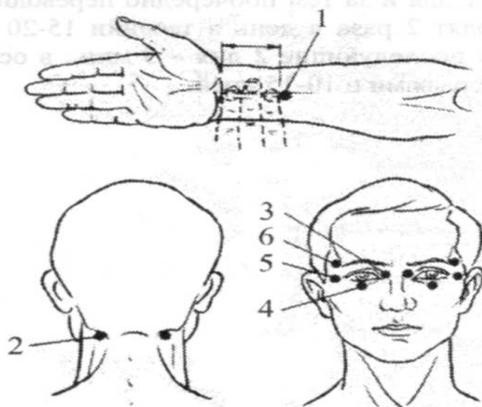
Чаще близорукостью страдают дети, у родителей которых тоже плохое зрение. Наследуется не дефект зрения сам по себе, а слабость ткани глаза, которая в процессе роста может растягиваться, нарушая его функции.

Для ребенка с неблагоприятной наследственностью переутомление глаз особенно опасно. В 6–7 лет его надо регулярно показывать офтальмологу и постараться следовать всем рекомендациям.

Предупредить близорукость, приостановить ее прогрессирующее у детей и взрослых помогает специальная методика точечного массажа.

Массируя определенные точки, мы улучшаем кровоснабжение глаза, снимаем напряжение глазных мышц, улучшая тем самым остроту зрения.

Самомассаж точек можно проводить в положении сидя и лежа. Перед процедурой кончиком указательного пальца нащупайте точки, указанные на рисунках. При надавливании на них Вы должны ощутить болезненность, чувство ломоты или распирания. В точках, расположенных вблизи глаза, добиваться сильных болевых ощущений не надо. Этой же рекомендации следуйте, проводя массаж детям. Их, кстати, легко можно обучить самомассажу акупунктурных точек.



Начинайте массаж с *точек 1 и 2*. Массируйте одновременно каждую точку (кроме точек на руках) справа и слева кончиками указательных или больших пальцев в течение 2–3 минут. Движение пальца вращательное или слегка вибрирующее. Давление должно быть умеренным с легким нарастанием и последующим ослаблением.

Затем приступайте к массажу *точек 3, 4, 5, 6*. Их массируйте так же, только время воздействия сократите до минуты.

Таким образом, на массаж всех точек у Вас уйдет минут 7–8. Взрослому можно повторять его два-три раза в день, ребенку достаточно одного раза. Курс – 2–3 недели. Потом сделайте недельный перерыв и снова проведите курс массажа.

Взрослому человеку, если он чувствует, что очень сильно устали глаза, перед тем как делать массаж, советую на минутку-две приложить к глазам полотенце, смоченное холодной водой. Затем полотенце снимите и приступите к массажу. Для расслабления глазных мышц желательно промассировать все акупунктурные точки 2–3 раза подряд.

Точка 1 – на внутренней поверхности предплечья на расстоянии трех пальцев выше складки запястья.

Точка 2 – на задней поверхности шеи между мышцами и затылочной костью.

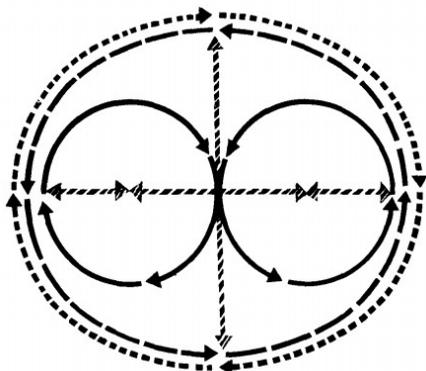
Точка 3 — на расстоянии 0,3 см от внутреннего угла глаз.

Точка 4 – на нижнем крае орбиты глаза на уровне зрачка.

Точка 5 – на расстоянии 0,5 см от наружного угла глаз.

Точка 6 – на расстоянии 0,5 см от наружного конца бровей в углублении глаза.

Для снятия зрительного утомления в середине каждого часа зрительной работы необходимо проводить физкультминутку для глаз. Она выполняется по нижеприведенной схеме и состоит из 5 упражнений, разработанных *В.Ф. Базарным*.



Первое: 15 колебательных движений глазами по горизонтали справа налево, затем слева направо.

Второе: 15 колебательных движений глазами по вертикали сверху вниз, затем снизу вверх.

Третье: 15 круговых вращательных движений глазами слева направо.

Четвертое: 15 круговых вращательных движений глазами справа налево.

Пятое: 15 круговых вращательных движений глазами в правую, затем в левую сторону, как бы вычерчивая взором уложенную набок цифру 8.

Эта методика направлена на снятие зрительного утомления, против формирования рефлекса низко склоненной головы и возникающих на этой основе нарушений осанки. Опыт красноярских ученых (В.Ф. Базарный) убеждает в том, что разделение

урока на две равные части заметно уменьшает зрительное утомление и способствует лучшему восприятию учебного материала.

Этот комплекс наиболее прост и доступен. Его следует проводить и дома через каждые 20–25 мин зрительной работы.

ХIII. Алгоритм закапывания капель, закладывание мази, туалета век.

Обучение пациентов закапыванию капель, закладыванию мази, туалету век.

Цель:

Оказание медицинской помощи.
Диагностические обследования.

Оснащение:

Стерильные марлевые салфетки.
Стерильные глазные пипетки.
Стерильные глазные капли.

Условия:

Мытье рук, обработка рук кожным антисептиком перед проведением процедуры.
Глазные пипетки должны быть стерильными и индивидуальными.

Выполнение манипуляции.

Пациент сидит, слегка отклонив голову назад, и смотрит вверх. Оттянув большим пальцем левой руки нижнее веко пациента, правой рукой при помощи пипетки в нижний свод закапываем 1–2 капли, не касаясь ресниц. Стерильной салфеткой просушить веки по направлению от наружного угла к внутреннему.

Использованный материал погружается в емкость с дезинфицирующим средством.

Алгоритм закладывания глазной мази.

Цель:

Оказание медицинской помощи по назначению врача.

Показания:

Наличие воспалительного заболевания переднего отрезка глаза.

Оснащение:

Стерильная марлевая салфетка.
Стерильная стеклянная палочка.
Стерильная глазная мазь.

Условия:

Мытье рук, обработка рук кожным антисептиком перед проведением процедуры.
Индивидуальная стерильная стеклянная палочка.

Выполнение манипуляции.

Пациент сидит, слегка отклонив голову назад, и смотрит вверх. Стерильной глазной палочкой набрать глазную мазь. Оттянув большим пальцем левой руки нижнее веко, уложить палочку с мазью в нижний свод. Отпустить нижнее веко, плавными движениями по направлению к наружному краю вывести стеклянную палочку из конъюнктивального свода. Стерильной салфеткой через сомкнутые веки провести легкий круговой массаж. Стерильной марлевой салфеткой протереть веки по направлению от наружного угла к внутреннему.

Использованный материал погружается в емкость с дезинфицирующим средством.

Туалет век.

Цель:

Оказание медицинской помощи и проведение лечения по назначению врача.

Показания:

Воспалительные заболевания век и конъюнктивы.

Оснащение:

Стерильные марлевые салфетки, марлевые шарики.
Раствор фурацилина 1:5000.
Перчатки.

Обязательные условия:

Гигиеническое мытье рук с применением кожного антисептика.
Индивидуальные перчатки однократного использования.
Стерильный материал.

Подготовка к процедуре.

Пациент сидит, чуть отклонив голову назад. Обильно смоченным раствором фурацилина стерильным марлевым шариком удалить выделения, сухие корочки по направлению от наружного угла к внутреннему.

Промокнуть стерильной марлевой салфеткой.

XIV. Рекомендации по лекарственной терапии при заболеваниях органа зрения (препараты искусственной слезы).

Почему слезы так важны?

Слезы защищают глаза от инфекции и раздражения и сохраняют их влажными, формируя постоянно обновляющийся защитный слой на поверхности глаза. Если глаз больного не может сам выработать слез, необходимых для увлажнения, возникает состояние, называемое сухостью глаза. Глаз становится сухим и чувствительным к свету, появляется неясность зрения («пелена перед глазами»), зуд, жжение или ощущение в глазу инородного тела.

В уголках глаза могут собираться вязкие белые частички слизи. Воспаление слизистой оболочки глаза и его сухость приводят к тому, что роговица лишается своей естественной защиты, и риск ее механического повреждения сильно возрастает. Слезы предотвращают высыхание роговицы. Также слезы промывают и края век. При недостаточном увлажнении увеличивается риск занесения инфекции. При обезвоживании организма ребенка из-за высокой температуры, болезни или недостаточного питания, количество вырабатываемых слез может уменьшиться. Почему иногда слезоточивость увеличивается? Избыточное слезотечение может быть признаком повышенной чувствительности к свету, ветру или перепадам температуры. Во многих случаях эту проблему помогут решить солнцезащитные очки.

Повышенная слезоточивость может также сигнализировать о более серьезных проблемах, таких, как глазная инфекция или засоренность слезного канала. Раздраженный глаз также отличается избыточным слезотечением – это естественная реакция организма на раздражение.

Что необходимо сделать, чтобы глаза всегда были увлажнены?

Увлажнение глаза можно улучшить за счет регулярного использования специальных увлажняющих глаза препаратов. Увлажняющие препараты в форме глазных капель или мазей сохраняют поверхность глаза увлажненной и предотвращают появление царапин на внутреннем веке. Увлажняющие препараты необходимо применять несколько раз в день и обязательно – на ночь. Днем лучше использовать увлажняющие капли. Мази могут затуманить зрение, и их рекомендуется использовать ночью.

ПОМНИТЕ: КАПЛИ – ДНЕМ, МАЗИ – НОЧЬЮ!

Будьте бдительны! Продаваемые без рецепта глазные капли могут подчас содержать антигистаминные препараты, уменьшающие естественную выработку слез, чем только усугубляют сухость глаз. А некоторые «безрецептурные» препараты могут содержать и консерванты, вызывающие еще большее раздражение. Обязательно консультируйтесь с врачом-педиатром перед применением любого препарата.

XV. Рекомендации по диетической терапии при заболеваниях органа зрения.

Роль витаминов в профилактике заболеваний глаз огромна. В ежедневный рацион надо включать продукты, богатые витаминами. Их нехватка ухудшает зрение, а может даже привести к некоторым *заболеваниям*.

При недостатке *витамина А* появляется светобоязнь, иногда и повышенная сухость глаз. Снижается зрение при слабом освещении, в сумерках (куриная слепота). Витамина А больше всего в яйцах, молоке, сливочном масле, сыре; а каротина – в моркови, томате, зелени, облепихе, абрикосах.

Недостаток *витамина В2* может привести к воспалению слизистой оболочки глаз, слезотечению, снижению остроты зрения. Много этого витамина в молоке, твороге, сыре, яйцах, бородинском и ржаном хлебе.

Витамин С способствует повышению сопротивляемости организма к заболеваниям. Наиболее богаты этим витамином – иначе

его называют «аскорбиновая кислота» – ягоды, овощи и фрукты, особенно черная смородина, шиповник, красный перец, зеленый лук, томаты, а зимой – апельсины, лимоны, квашеная капуста.

Есть противопоказания. Посоветуйтесь с врачом.

Как правильно подобрать питание для тех, кто страдает болезнями глаз: катарактой, глаукомой, близорукостью, дальностью, дальтонизмом? Советами делится заведующая отделением рефлексологии, гомеопатии и физических методов лечения Московского научно-исследовательского института имени Гельмгольца Марина Сергеевна Матевосова.

Важное условие сохранения зрения и поддержания функций глаза – правильное питание. Оно прежде всего заключается в соблюдении нескольких принципов:

- 1) умеренность в еде;
- 2) полноценная, сочетаемая, легкоусваиваемая и разнообразная пища;
- 3) повышенное добавление в рацион продуктов, богатых витаминами А, Е и С.

Начнем с последнего принципа. Витаминный дефицит в наши дни свойственен большинству женщин. При заболеваниях глаз организм требует определенных витаминов, о которых мы сказали выше. Напомним, *витамин А* содержится в моркови, дыне, помидорах, салате, зеленом горошке, зеленом луке, твороге, печени. *Витамин В* – в овощах, грибах, кисломолочных продуктах. *Витамин С* – в шиповнике, картофеле, квашеной капусте, цитрусовых. Щедро включайте в рацион блюда из этих продуктов.

Отлично питает всю глазную систему морковный сок – самый богатый источник *витамина А*. Быстро и хорошо усваивается. Этот сок можно пить, когда хочется, но два раза в год необходимо пить морковный сок как лекарство, курсом. стакан сока каждое утро в течение месяца. Кстати, морковный сок укрепляет и нервную систему, лечит раковые заболевания на начальной стадии и способен привести весь организм в бодрое состояние. В сезоны, когда морковь теряет свою сочность и уже непригодна для соков, пейте отвар моркови. Он же может составить основу овощных супов. Не следует забывать, что тушеную морковь, морковный салат, сок следует употреблять обязательно

со сметаной или маслом, так как *витамин А* является жирорастворимым. Вполне достаточно небольшой ложки жира.

При заболевании глаз и зрительного нерва, изъязвлении роговой оболочки глаза, катаракте и конъюнктивите эффективен сок петрушки – один из самых сильнодействующих соков, поэтому его не стоит пить более чем 30–40 мл в день. Количество сока за один прием должно быть не больше одной столовой ложки. Сок петрушки лучше смешивать с водой или с другим овощным соком. Исключительно полезна смесь сока петрушки и моркови. Имеющиеся в соке петрушки элементы содержатся в таком сочетании, что способствуют укреплению кровеносных сосудов, особенно капилляров и артерий. Сок петрушки – сильнодействующее средство для восстановления остроты зрения, пониженного при напряженной работе глаз.

Отлично «освежает» глаза, очищает кровь и вообще весь организм свекла. Две столовые ложки ее сока стоит добавлять к смеси морковно-петрушечного сока.

Положительно воздействуют на сосуды глаз абрикосы в любом виде: натуральные, свежие плоды, сок, сушеные – курага и урюк.

Из летних ягод улучшает зрение черника. В сезон ее следует съедать не менее 10 стаканов. Черника неплохо сохраняет свои уникальные свойства в виде сырого варенья. Перетирать чернику следует в пропорциях: один стакан ягод на один стакан сахарного песка. Если заготовленная черника хранится в холодильнике, порцию сахара можно уменьшить вдвое. Обязательно пейте шиповник – по содержанию *витамина С* ему нет равных. Его ежедневное употребление обеспечивает прочность и эластичность сосудов. Людям, страдающим близорукостью, стоит заготовить боярышник. Он богат аскорбиновой кислотой и каротином. Сушеные плоды боярышника, перемолотые в муку, размешанные с медом, можно есть как варенье. Сушеные листья и плоды боярышника хорошо использовать в качестве заварки вместо чая. Настой боярышника и шиповника, черничный морс и кисель, зеленый чай должны ежедневно разнообразить ваш рацион, составляя около половины выпиваемой жидкости.

Богата каротином, необходимым для ослабленных глаз, тыква. Ограничений в ее потреблении нет. Тыкву непременно следует добавлять в салаты, супы, пюре.

Тем, кто страдает болезнями глаз, стоит один раз в год пить рыбий жир, а два раза в год – витаминный препарат «Аевит». Обычно он применяется десять дней по одной капсуле два раза в день, за двадцать минут до еды. Каждый прием пищи должен включать фрукты, овощи, салаты, соки. Из всех крупяных каш овсяная и гречневая особенно богаты витаминами, которые хорошо усваиваются и необходимы нашим глазам.

Как можно меньше следует есть белого хлеба и сладостей. Ограничивайте себя в употреблении соли, но ни в коем случае не исключайте ее из рациона полностью.

Однообразная пища не только снижает аппетит, но и трудна для усвоения. Питание должно быть полноценным по всем составляющим. Дело не столько в том, какие блюда есть, а в том, как сочетаются продукты при одновременном их употреблении. Вспомните, какая неприятная тяжесть в желудке, да и во всем организме появляется, когда ешь все подряд. Неприятное чувство дискомфорта вызвано перенапряжением всех органов пищеварения.

Это ощущение вызвано одновременным употреблением концентрированных белков и углеводов. Такая смешанная пища переваривается с трудом, отбирая все силы. Еда становится балластом и не приносит никакой пользы. Продукты, богатые белком, не стоит смешивать с продуктами, насыщенными углеводами. Нейтральные же продукты можно смешивать и с теми, и с другими.

Белок – это мясо, птица, вареные колбасы, рыба, все соевые продукты, яйца, молоко, все сорта сыра жирностью более 50 %.

Углеводы – хлеб и любая выпечка, картофель, все крупы, макароны.

К нейтральным продуктам относятся растительные масла, нежирные сорта маргарина и сливочного масла, все кисломолочные продукты: кефир, творог, йогурт, простокваша, сметана, пахта, все сырокопченые продукты: рыба, мясо, колбасы, благородные сорта грибов, овощи и фрукты.

Не стоит злоупотреблять чрезмерным употреблением мяса, колбас, сливочного масла, соленостей и копченостей.

Гарниром к мясным блюдам должны являться салаты, а картофель или рис вы можете съесть не только с овощами, но и со слабосоленой рыбой или кусочком копченого мяса.

При любых заболеваниях, связанных с глазами, следует употреблять пищу, которая легко переваривается. Основой должна стать натуральная пища, не подвергающаяся тепловой обработке. Суточный рацион не менее чем на 60 % должен состоять из продуктов растительного происхождения.

Предлагаем *два варианта дневного рациона питания*: белкового и состоящего из продуктов, насыщенных углеводами.

Завтрак, богатый углеводами, может включать: хлеб, выпечку, копченую колбасу, кашу, творог, мед, варенье, овсяные хлопья.

Но если *в ваш завтрак как основа входит белковая пища*: яйца, вареная колбаса или сосиски, то Вы должны отказаться от каши и хлеба. А вот творог, особенно нежирный, вполне допустим. Если Вам трудно обойтись без хлеба, то замените его одним или двумя ломтиками подсушенного на сковороде хлеба грубого помола.

Белковый обед включает суп или ненаваристый бульон, заправленный любыми овощами, кроме картофеля. Без добавления круп и макаронных изделий. На второе – мясо, рыба, яйца, овощи в любом виде.

Обед с углеводами. Постный крупяной или макаронный суп, вегетарианские овощные супы, борщ или щи. В первое можно добавить сметану. На второе – картофель, рис или макароны с овощами. Можно разнообразить обед любыми добавками из нейтральной группы. Количество хлеба не ограничено. Вечером не стоит перегружать организм перевариванием белковой пищи. Лучше съесть кашу с фруктами, хлебобулочные изделия, макароны с сыром или картофель с овощами и выпить стакан кефира или простокваши. Продукты первой и второй группы несовместимы в один прием пищи, зато и первые, и вторые прекрасно сочетаются с продуктами третьей группы.

Состояние глаз, острота зрения во многом зависят от работы кишечника. Нарушение его функций для многих женщин стало уже привычным. Пища в зашлакованном организме пере-

варивается и усваивается неправильно, *витамины* «не доходят» до сосудов. Общая засоренность приводит к нарушению всасывания витаминов, прежде всего *витаминов А и Е*. Это влияет и на общее состояние здоровья, и на состояние глаз.

Очищенный организм и здоровая витаминизированная пища пойдут на благо вашему зрению, во всяком случае, стабилизируют остроту зрения и предохранят ваши глаза от многих заболеваний.

Продукты, богатые углеводами:

- мучные изделия;
- картофель;
- крупы;
- сладости;
- варенье.

Продукты, богатые белками:

- мясо;
- рыба;
- яйца;
- бобовые;
- вареные колбасы.

Нейтральные продукты:

- ягоды;
- фрукты;
- овощи (кроме картофеля);
- кисломолочные продукты;
- сырокопченые нежирные колбасы и мясо;
- слабосоленая и копченая рыба.

XVI. Рекомендации по лечебно-оздоровительному режиму при заболеваниях органа зрения.

Режим дня – залог вашего здоровья и хорошего зрения.

С возрастом мы ощущаем недостаток движения. Старайтесь в день делать не менее 10 тыс. различных движений. Сюда включите и ежедневную 10–20-минутную (в зависимости от возраста) утреннюю гигиеническую гимнастику, дневную и вечернюю прогулки – все это суммарно должно составлять не ме-

нее 3 часов в день. Сохранению вашей работоспособности будет способствовать и последовательность в чередовании зрительных нагрузок и отдыха для глаз. Если Вы работаете целый день со значительными зрительными нагрузками, то в вечернее время необходимо максимально разгрузить глаза (не вышивать, дозировано смотреть телевизор, исключить чтение мелких текстов при плохом освещении). Чтение художественной литературы по нагрузке на зрение и центральную нервную систему приравнивается к любой зрительной работе. Обращаем ваше внимание на то, что читать за едой, в транспорте не рекомендуется.

Режим дня включает в себя пассивный отдых – дневной и ночной сон. Продолжительность дневного отдыха не более 1 часа, ночного – 9–12 часов, при этом отход ко сну должен быть в одно и то же время, но не позднее 22.00. Сон должен быть глубоким и спокойным. Этому способствуют свежий воздух в спальне, чистая постель, отсутствие шума и яркого света.

XVII. Оформление документации.

Выводы

За двенадцать месяцев работы офтальмологические кабинеты Центров здоровья в Тюменской области посетили 68 430 граждан, это составило 91,92 % от всех первично обратившихся в ЦЗ. Всего проведено 74 439 комплексных осмотров. Повторно посетили офтальмологические кабинеты 1 752 пациента. Среди обратившихся в ЦЗ пациентов 26 738 человек имеют факторы риска развития офтальмологических заболеваний, что составляет 39 % от общего числа обратившихся. Всем обратившимся были проведены мероприятия, направленные на дальнейшее обследование и последующее адекватное лечение в соответствии с разработанными алгоритмами.

Ежемесячно осуществляется анализ полученных результатов в соответствии с критериями эффективности. На основании полученных результатов оценивается качество работы офтальмологических кабинетов ЦЗ и в соответствии с результатами принимаются своевременные управленческие решения по по-

вышению качества работы офтальмологических кабинетов ЦЗ. Внедрены в практику работы офтальмологических кабинетов ЦЗ три тематические школы по профилактике глаукомы, ВМД и КЗС, подготовлены комплекты справочной литературы, включающие рекомендации по работе с персональным компьютером, глазодвигательной гимнастике, информация по профилактике и лечению ККЗ и ССГ – для каждого Центра здоровья.

Постановка или уточнение диагноза не является целью деятельности ЦЗ. Специалисты офтальмологических кабинетов ЦЗ призваны выявлять факторы риска заболеваний органа зрения (при их наличии) и подробно объяснять пациенту, к каким последствиям они могут привести, мотивировать его к личной ответственности за свое здоровье, пропагандировать ЗОЖ и, что не менее важно, осуществлять коррекцию факторов риска (соблюдение режима зрительной нагрузки, рационального питания, глазодвигательной гимнастики и т. д.).

Анализируя полученные данные, можно утверждать, что почти у каждого 3-го посетителя офтальмологического кабинета выявлены факторы риска развития заболевания органа зрения. Противоречит общеизвестным статистическим данным приблизительно одинаковый процент выявления факторов риска глаукомы, ВМД, ККЗ и ССГ – 19 %, 28 % и 33 % соответственно. Доказанным является факт более широкого распространения в популяции ССГ и ККЗ, по сравнению с глаукомой и ВМД. Объяснить полученные результаты можно с позиции возраста обратившихся пациентов. Посещение ЦЗ граждан старшего и преклонного возраста объясняет такой высокий процент факторов риска развития возрастных заболеваний органа зрения. Деление обратившихся по возрасту даст более объективную картину распространения указанных заболеваний и позволит выработать профилактическую стратегию. За последние три месяца в 2,6 раза выросло количество граждан, посетивших профильные школы здоровья, разработанные организационно-методическим отделом ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер» и размещенные на сайте учреждения.

Раздел 2

**МОДЕРНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ:
ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ**

Глава 4

МОДЕРНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Необходимость модернизации наркологической службы обусловлена несколькими причинами:

- приобщением к алкоголю новых контингентов населения и низкой укомплектованностью специалистами;
- оттоком пациентов из государственных в негосударственные ЛПУ;
- снижением количества больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии;
- незначительным количеством пациентов, вовлеченных в программы медико-социальной реабилитации.

Использование традиционных методов лечения и профилактики алкоголизма не изменили алкогольной ситуации в Свердловской области. В Региональной программе «Модернизация здравоохранения Свердловской области на 2011–2012 годы» [21] определены основные задачи модернизации наркологической службы, заключающиеся во внедрении новой модели первичной профилактики алкоголизма и медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом.

Наркология, как самостоятельная отрасль здравоохранения, была признана в Советском Союзе в 1975 г., тогда же впервые в номенклатуру врачебных специальностей была введена отдельная – «врач психиатр-нарколог».

В это время также развивается наркологическая служба Свердловской области. Уже в 1975 г. в регионе было развернуто 8 наркологических отделений на 520 коек, организовано 23 городских и районных наркологических кабинета, 39 наркологических кабинетов при промышленных предприятиях, а у врачей психиатров-наркологов наблюдалось 26 844 больных с хроническим алкоголизмом, что составило 6,1 случая на 1 000 человек населения [40, с. 29].

В настоящее время специализированная стационарная помощь больным алкоголизмом и наркоманией оказывается в областном наркологическом диспансере, 7 наркологических отделениях психиатрических больниц и 6 наркологических отделениях ЦРБ, ЦГБ (в том числе и на наркологических койках, развернутых в соматических отделениях). Коечный фонд наркологической службы Свердловской области составляет 741 специализированная койка. Амбулаторная специализированная помощь осуществляется в 95 наркологических кабинетах в 59 муниципальных образованиях (из них в 60 кабинетах – прием взрослого населения и в 35 кабинетах – детско-подросткового населения). В наркологической службе области работает 109 врачей психиатров-наркологов.

За длительный период существования в наркологической службе было проведено ряд организационных изменений:

- создание «промышленной наркологии» и лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП) с целью привлечения наркологических больных к труду в период прохождения стационарного лечения;
- создание системы диспансерного наблюдения;
- разработка мер принудительного лечения (амбулаторного, стационарного) больных алкоголизмом.

Также в стране на протяжении ряда лет проводились антиалкогольные кампании («косыгинская» и радикальная «горбачевская» антиалкогольные кампании).

Все эти мероприятия не изменили алкогольной ситуации, и до сих пор алкоголизм по-прежнему остается актуальной проблемой в стране.

В Свердловской области наркологическая служба также претерпела ряд организационных изменений, которые привели к потере самостоятельности службы и ее ослаблению, в частности:

- ликвидация 2 наркологических диспансеров;
- введение амбулаторных и стационарных звеньев наркологической службы в психиатрическую службу, что способствовало формированию зависимости наркологической службы от психиатрии.

В 2012 г. в Свердловской области у врачей психиатров-наркологов наблюдалось 40 994 больных алкоголизмом, алко-

гольными психозами и лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями (951,7 случая на 100 тыс. человек населения), что составляло 74,9 % от общего числа зарегистрированных больных наркологической патологией.

Большинство зарегистрированных пациентов – это больные алкоголизмом, доля которых составляет 58,3 % всех наблюдаемых, доля больных алкогольными психозами – 4,1 %, а лиц, злоупотребляющих алкоголем с вредными последствиями, – 12,8 %. Несмотря на низкий процент больных алкогольными психозами, в области наблюдается рост этой заболеваемости.

С 1991 г. показатель заболеваемости алкогольными психозами вырос в 2 раза и составил в 2012 г. 30,4 больного на 100 тыс. человек населения (1991 г. – 14,8). Также за этот период увеличился удельный вес больных с алкогольными психозами среди больных алкоголизмом, обратившихся за наркологической помощью впервые в жизни. Так, в 1991 г. этот показатель составлял 22 %, а в 2012 г. – 48 %, то есть почти половина больных алкоголизмом обращается за наркологической помощью впервые в жизни с таким серьезным осложнением алкоголизма, как алкогольный психоз.

Таким образом, число лиц, злоупотребляющих алкоголем, достигло уровня, представляющего угрозу национальной безопасности страны, поскольку влияет на сокращение трудового потенциала, рост смертности и повышение общего уровня болезненности нации.

Поэтому в «Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» отмечено, что главная угроза национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации является массовое распространение алкоголизма [22, с. 2].

За последние 20 лет потребление алкоголя в России выросло в 1,8 раза. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, в 2008 г. годовой уровень потребления составил 18 л на человека [7, с. 1].

Начиная с 2009 г. в России сформировалась тенденция снижения потребления алкоголя на душу населения. В 2009 г. подушевое потребление алкоголя составило 15,1 л в год, а в 2012 г. – 13,6 л в год. Несмотря на снижение потребления алкоголя, уровень потребления алкоголя на душу населения в

России превышает предельно допустимое значение, определенное экспертами ВОЗ. Употребление свыше 8 л чистого алкоголя в год опасно для здоровья, жизни человека и приводит к деградации нации.

В последнее время в области наблюдается рост потребления крепких алкогольных напитков. Так, только в 2012 г. увеличилась продажа крепких алкогольных напитков: виски – на 14,9 %, коньяка – на 14,7 %.

В связи с чем индикаторами «Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года» являются:

– снижение душевного потребления спиртных напитков на 55 % (не выше 8 л в год);

– снижение доли потребления крепких спиртных напитков [2, с. 4].

Также в области наблюдается процесс активного приобщения к алкоголю новых категорий населения. Так, за период 1990–2012 гг. на 41 % увеличилась заболеваемость алкоголизмом женщин. В 2012 г. она достигла уровня 30,0 случаев на 100 тыс. женского населения, что составило 22 % от общего числа пациентов, впервые выявленных с диагнозом алкоголизма.

За период 1976–2011 гг. увеличилась в 2,8 раза заболеваемость подростков синдромом зависимости от алкоголя, и в 2011 г. она составила 79,2 пациента на 100 тыс. человек подросткового возраста. За период 2000–2011 гг. увеличилось в 2 раза число подростков, употребляющих алкоголь с вредными последствиями (2000 г. – 176,0 случаев, 2011 г. – 361,1 случая на 100 тыс. человек подросткового возраста). Только в 2012 г. удельный вес подростков, употребляющих алкоголь с вредными последствиями, составил 68,3 % от общего числа подростков, зарегистрированных впервые.

Кроме того, злоупотребление спиртными напитками приводит к тому, что каждая четвертая смерть в России прямо или косвенно связана с алкоголем – около 30 % смертности среди мужчин и 15 % среди женщин. Среди умерших в трудоспособном возрасте основную долю (около 80 %) составляют мужчи-

ны, уровень смертности которых выше уровня смертности женщин почти в 4 раза.

Поэтому эксперты Общественной палаты Российской Федерации отметили, что алкоголь является главным фактором убыли населения России.

В «Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» отмечено, что главными целями обеспечения национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации является увеличение продолжительности жизни и снижение смертности [22. с. 4].

Таким образом, за период 1991–2011 гг. в Свердловской области численность населения снизилась на 9,8 %. Лишь в 2012 г., впервые за последние 20 лет, в области наблюдается естественный демографический рост населения, который составил 1 221 человек. Но, тем не менее, уровень рождаемости продолжает оставаться недостаточным для обеспечения воспроизводства населения.

Также за период 1990–2011 гг. в Свердловской области продолжительность жизни мужчин снизилась на 1,3 года и в 2011 г. составила 62,7 года, а продолжительность жизни женщин за аналогичный период увеличилась на один год и составила 74,9 года. Таким образом, продолжительность жизни в Свердловской области ниже, чем в России (68,7 лет) и Уральском федеральном округе (68,6 лет).

Основной причиной низкой продолжительности жизни населения является высокая смертность граждан трудоспособного возраста от внешних причин и употребления алкоголя.

Несмотря на рост продолжительности жизни, Россия по-прежнему замыкает список стран мира по уровню продолжительности жизни, составленный экспертами ВОЗ.

В «Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года» отмечено, что одной из главных угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации является массовое распространение алкоголизма, а приоритетной целью в повышение качества жизни российских граждан является снижение уровня заболеваемости алкоголизмом [там же, с. 5].

Губернатором Свердловской области и Правительством Свердловской области был принят ряд мер, направленных на улучшение наркологической ситуации, но, тем не менее, в нар-

кологической службе области наблюдаются негативные тенденции, влияющие на качество и уровень оказания помощи пациентам с наркологической патологией.

Наркология, являясь социально-ориентированной медицинской дисциплиной, продолжает сохранять свою традиционность. При этом в области 80–85 % стационарным больным применяется лишь дезоксикационный цикл лечения. Поэтому у большинства пациентов отсутствует мотивация на продолжение амбулаторного лечения, они отказываются участвовать в реабилитационных программах. Что также обусловлено слабым развитием реабилитационного звена в областной наркологической службе.

На фоне этого наблюдается рост повторных госпитализаций. Так, в 2012 г. в областные наркологические стационары повторно поступили 13,9 % больных алкоголизмом, алкогольными психозами и употреблением алкоголя с вредными последствиями. В большинстве случаев это связано с появлением в наркологии негативной практики «вращающихся дверей», вызывающей увеличение материальных затрат и ухудшение качества лечения наркологических больных.

Кроме того, в Свердловской области наблюдается отток пациентов из государственных и муниципальных ЛПУ в негосударственные учреждения, оказывающие наркологическую помощь, что способствует увеличению латентности наркологических расстройств. Так, за период 1980–2011 гг. в 2 раза уменьшилось число пациентов, обращающихся в государственные наркологические учреждения (в 1980 г. – 5,8, а в 2011 г. – 2,9 посещения в расчете на одного больного, наблюдающегося у наркологов).

Причины оттока пациентов обусловлены сохранением в службе традиционной репрессивно-ограничительной модели наркологической помощи (диспансерное наблюдение пациентов, обязательное принудительное лечение больных по решению суда) и недостаточным количеством государственных наркологических учреждений, государственных реабилитационных наркологических центров.

В связи с этим часть пациентов отказывается посещать государственные ЛПУ, а обращается за помощью в негосударственные медицинские учреждения. Например, только в г. Екатеринбурге более 30 негосударственных медицинских учрежде-

ний, оказывающих неотложную наркологическую помощь на дому и амбулаторную консультативно-лечебную помощь.

Также в области сохраняется несвоевременность и «непрофильность» оказания наркологической помощи. Большое значение имеет отдаленность городских и сельских населенных пунктов от подразделений государственной наркологической службы.

На сегодняшний день первичная наркологическая помощь оказывается лишь в 59 муниципальных образованиях, что составляет 86 % от общего числа муниципалитетов области.

Специализированная медицинская помощь в Свердловской области оказывается в 15 муниципальных образованиях (Областной наркологический диспансер, 7 наркологических отделений психиатрических больницах, 4 наркологических отделения ЦРБ и ЦГБ и наркологические койки в двух соматических отделениях ЦРБ и ЦГБ), что составляет 22 % от общего числа муниципальных образований области. Таким образом, в большинстве муниципалитетов специализированная наркологическая помощь оказывается в непрофильных лечебных подразделениях (терапевтических, хирургических и др.).

Следующей негативной тенденцией в областной службе является кадровая проблема. Так, за период 2008–2011 гг. обеспеченность врачами психиатрами-наркологами снизилась на 12 % и составила в 2011 г. 0,22 специалиста на 10 тыс. человек, что ниже среднероссийского показателя на 44 % [91, с. 23; 92, с. 24]. В настоящее время в области существует потребность в 41 враче психиатре-наркологе. В связи с чем в сельской местности на самостоятельных амбулаторных приемах работает 51 фельдшер-нарколог.

Коэффициент совместительства в области превышает среднероссийский показатель на 23,5 % и в 2011 г. он составил 2,1.

Также наблюдается острая нехватка психотерапевтов, медицинских психологов, социальных работников, специалистов по социальной работе. С 2010 по 2011 г. число занятых должностей психологов снизилось на 51 % и в 2011 г. составило 30,5 должности. Также уменьшилось число занятых должностей специалистов по социальной работе. С 2010 по 2011 г. число специалистов по социальной работе снизилось на 46 % и в 2011 г. составило 20 должностей.

Рост числа негосударственных наркологических учреждений препятствует развитию сотрудничества их с государственными лечебными учреждениями, нарушает принцип «этапности» и преемственности в оказании помощи наркологическим больным, что негативно влияет на качество государственной статистики по наркологии.

Отсутствие государственных наркологических реабилитационных центров привело к появлению негосударственных наркологических реабилитационных центров. В настоящее время в Свердловской области создана сеть из негосударственных реабилитационных центров (по данным различных источников, от 18 до 36), оказывающих социально-реабилитационную помощь.

Так, в Свердловской области только у 10,5 % больных алкоголизмом наблюдаются ремиссии до 2 лет и у 9,5 % пациентов – свыше 2 лет. Причем количество их постоянно снижалось. За период 2008–2011 гг. в области на 12 % снизилось количество больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет и на 5 % – более 2 лет [91, с. 23; 92, с. 24].

Впервые в 2012 г. в области был создан государственных наркологический реабилитационный центр на 25 коек в составе психиатрической больницы. В 2013 г. открывается второй государственный реабилитационный центр на 60 коек для оказания социально-реабилитационной помощи лицам с наркологической патологией.

В государственных специализированных учреждениях и подразделениях Свердловской области развернута 741 лечебная наркологическая койка и 85 – реабилитационных наркологических.

Таким образом, основная наркологическая помощь пациентам оказывается на лечебных койках при минимальном количестве реабилитационных коек.

Поэтому в области наблюдается небольшое количество больных, вовлеченных в программы медико-социальной реабилитации.

Только в 2012 г. стационарную медико-социальную реабилитацию успешно завершили 2 679 пациентов, что составило 16,6 % от общего числа больных алкоголизмом и алкогольными психозами, выбывших из стационаров.

Амбулаторную реабилитацию прошли 779 пациентов, что составило 1,9 % от общего числа больных алкоголизмом и алкогольными психозами, наблюдающихся у психиатров-наркологов. При этом только 0,5 % больных успешно завершили медико-социальную реабилитационную программу.

Актуальной проблемой для областной наркологической службы является отсутствие методологии системной мотивации больных на лечение и включение их в реабилитационные программы.

Необходимость модернизации наркологической службы Свердловской области обусловлена наличием и усугублением негативных тенденций в наркологии. Поэтому авторы сделали попытку определения путей реформирования наркологической службы.

1. В настоящее время в области наблюдается значительное преобладание лечебных наркологических коек над реабилитационными койками, которых 11,5 %.

В связи с этим назрела необходимость увеличения количества реабилитационных коек, предназначенных для проведения медико-социальной реабилитации наркологических больных. Это позволит увеличить количество больных, вовлеченных в программы медико-социальной реабилитации, сформировать систему мотивации больных на лечение и медико-социальную реабилитацию, увеличить длительность участия больных в программах медико-социальной реабилитации, а также число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии более 2 лет.

Эти тенденции отражены в «Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года» [3, с. 7], а также в Региональной программе «Модернизация здравоохранения Свердловской области на 2011–2012 годы» [21, с. 76]. В этих законодательных актах сделан акцент на усиление профилактических мероприятий, на развитие реабилитационной структуры и реабилитационных технологий. Кроме того, в Региональную программу был введен дополнительный показатель, характеризующий эффективность областной наркологической службы, – «Доля мотивированных пациентов».

2. Назрела необходимость совершенствования государственной системы учета наркологических больных. Сейчас из системы учета «выпадают» пациенты, обращающиеся в негосударственные наркологические центры и к врачам частной практики, а также пациенты с наркологической патологией, госпитализированные в соматические отделения ЦГБ, ЦРБ. Кроме того, «выпадают» из системы учета больные с наркологической патологией в территориях, где отсутствуют врачи психиатры-наркологи (наркологическая помощь оказывается врачами общей медицинской практики, терапевтами, хирургами, неврологами и другими специалистами).

3. Развитие сотрудничества и преемственности государственных и негосударственных лечебных учреждений и реабилитационных центров.

4. Совершенствование системы диспансерного наблюдения наркологической службы с сохранением прав пациентов.

5. Изменение и совершенствование кадровой политики в наркологии. Это решение вопроса по первичной подготовке врачей психиатров-наркологов (прохождение интернатуры по наркологии или же обучение на цикле первичной переподготовки по наркологии после прохождения интернатуры по психиатрии). Также необходимо ввести дополнительные часы в учебные планы врачей общей практики и узких специалистов по наркологии.

6. Развитие и совершенствование преемственности между стационарным и амбулаторным звеном наркологической службы, что является весьма актуальным для территорий, в которых отсутствует стационарная специализированная помощь.

7. Создание наркологических бригад как в стационарном, так и амбулаторном звеньях службы с целью мотивации больных на лечебно-реабилитационный процесс, а также выявление лиц групп риска и проведение первичной, вторичной и третичной профилактики, развитие информационного пространства («телефон доверия», «горячие линии»), проведение просветительной работы.

8. Внедрение в областную наркологическую службу нового научного направления – реабилитологии, как системы научных знаний о медико-социальном восстановлении наркологических больных. Наличие двух государственных наркологических реабилитационных центров в Свердловской области крайне не

достаточно для проведения медико-социальной реабилитации. Поэтому в области планируется открытие дополнительно еще 4 реабилитационных центров.

В «Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года» отражены показатели результативности службы [3, с. 4]: количество больных, вовлеченных в программы медико-социальной реабилитации, и длительность участия больных в этих программах, а также число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет и более двух лет.

Также и в Региональной программе «Модернизация здравоохранения Свердловской области на 2011–2012 годы» сделан акцент на усиление профилактических мероприятий, развитие реабилитационной структуры и реабилитационных технологий [21, с. 16].

9. Выведение наркологии из состава областной психиатрической службы и придание ей статуса самостоятельности с образованием государственных наркологических диспансеров и государственных реабилитационных наркологических центров.

10. Открытие наркологических отделений в соматических больницах, где специализированную помощь должны оказывать врачи, имеющие подготовку по наркологии. Это будет способствовать приближению наркологической помощи к населению.

11. Проведение лекций и занятий с врачами общей практики по вопросам наркологии (оказание неотложной помощи, организация наблюдения за пациентами, проведение профилактического лечения и медико-социальной реабилитации) и взаимодействия с врачами психиатрами-наркологами.

12. Вовлечение сообществ и общественных организаций в проведение профилактической и санитарно-просветительной работы по пропаганде здорового образа жизни среди населения области. В области используется интегративная копинг-модель первичной профилактики алкоголизма, которая основывается на взаимодействии человека с социальной средой. Данная модель первичной профилактики уменьшает число лиц, у которых может быть запущен патологический процесс – формирование зависимости.

Поэтому в области создано более 30 муниципальных Центров здоровья, на которые возложена функция раннего выявления пациентов с зависимостью и направление их в первичные наркологические кабинеты для обследования, лечения и проведения медико-социальной реабилитации. Кроме того, специалисты Центров здоровья активно занимаются вопросами профилактики алкоголизма и пропаганды трезвого образа жизни.

В области принят ряд законодательных актов, в которых отражены вопросы первичной профилактики.

Областная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в Свердловской области на 2011–2015 годы», направленная на увеличения на 30 % доли жителей области, систематически занимающихся физкультурой и спортом [18, с. 14].

В рамках Целевой областной программы «Молодежь Свердловской области» на 2011–2015 гг. планируется реализация проекта «Формы и методы работы с молодыми семьями», а также развитие программы по поддержке волонтерских отрядов, деятельность которых направлена на профилактику алкоголизма [25, с. 14].

В рамках Целевой областной программы «Совершенствование оказания медицинской помощи населению, предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на территории Свердловской области» на 2011–2015 гг. планируется проведение профилактических мероприятий среди молодежи, изготовление видеопроодукции, плакатов по профилактике алкоголизма [26, с. 8].

В «Концепции формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний в Свердловской области на период до 2020 года» предусматривается снижение распространенности поведенческих факторов риска, а также повышение уровня информированности населения о здоровом образе жизни [4, с. 4].

Планируется проведение в Свердловской области Уральского конгресса по здоровому образу жизни, выездных методических практикумов для специалистов культурно-досуговой сферы по организации профилактической работы (в рамках Областного социально-культурного проекта «Здоровое поколе-

ние)), проведение обучающихся семинаров для работающего населения области «Здоровый образ жизни».

Кроме того, в Свердловской области в 2008 г. было создано Общественно-государственное движение «Попечительство о народной трезвости» с целью проведения просветительной работы и пропаганды трезвого образа жизни среди жителей области.

Также под патронажем Правительства Свердловской области и Екатеринбургской митрополии в течение 5 лет в области успешно работает социально-педагогический проект «Будь здоров», направленный на формирование у школьников установок здорового образа жизни.

Правительством Российской Федерации принята «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 года», в которой сделан акцент на профилактику алкоголизма.

Кроме того, рекомендовано интегрировать противоалкогольные материалы во все обучающие программы, развивать спорт и различные виды творчества детей, повышать профессиональную занятость молодежи, поощрять создание общественных организаций, деятельность которых представляет собой альтернативу алкогольной культуре.

Индикаторами Концепции являются – снижение на 55 % уровня потребления спиртных напитков на душу населения и создание условий для дальнейшего постоянного уменьшения душевого потребления алкоголя, а также снижения первичной заболеваемости и смертности от алкоголя [2, с. 8].

Таким образом, создание единого организационно-технологического процесса оказания наркологической помощи будет способствовать реформированию наркологической службы Свердловской области, которая, согласно Указу Президента РФ «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», должна завершиться к 1 января 2016 г. [9, с. 4].

Раздел 3

**ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ
В УСЛОВИЯХ ФЕДЕРАЛЬНОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ**

Глава 5

**ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ
КАДРОВЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ
В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**5.1. Основные направления кадровой политики
в здравоохранении**

Успешное развитие любой сферы человеческой деятельности немислимо без управления, то есть систематического процесса использования ресурсов для достижения определенных целей.

Можно выделить шесть основных ресурсов управления: люди, деньги, материальные средства, помещение, информация, время. Основной из них – это люди (кадры, персонал), поскольку именно они приводят в действие все остальные ресурсы.

В системе здравоохранения исключительно важная роль отведена непосредственно медицинскому работнику, поэтому управление развитием кадров во всем мире признается приоритетной задачей менеджмента в области здравоохранения. Не будет преувеличением сказать, что это одно из главных направлений перестройки отечественного здравоохранения.

Управление кадрами включает три взаимосвязанных компонента: планирование, подготовку и использование персонала. Первым условием успешного управления кадрами является взаимозависимое функционирование названных компонентов: планирование развития кадров – как количественное, так и качественное – не будет иметь смысла, если система подготовки и усовершенствования специалистов не будет способна обеспечить оба этих аспекта. Вместе с тем подготовленные кадры должны найти себе практическое применение, соответствующее их профессиональной квалификации. В противном случае ни

планирование, ни подготовка кадров не имеют смысла как ресурс развития системы здравоохранения.

Вторым непременным условием эффективного управления кадрами является реализация концепции «интегрированного развития медицинских кадров» и самой системы здравоохранения. Кадры необходимы для развития данной системы и должны соответствовать своему назначению.

Международный опыт управления кадрами здравоохранения дает основание утверждать, что при несоблюдении вышеупомянутых условий о действенности управления кадрами речи идти не может.

Как показывает опыт, плохо организованное управление кадрами в государственном секторе здравоохранения проявляется во многих симптомах неблагополучия, в частности в неадекватном использовании персонала, в низкой его продуктивности, несбалансированности структуры персонала с потребностями системы и др. Все это чревато экономическими потерями, снижением эффективности капиталовложений в здравоохранение, которые и без того достаточно ограничены.

Управление кадрами становится наиболее эффективным, если определяющим принципом является экономическая эффективность принимаемых решений. Уровень же экономической эффективности, в свою очередь, определяется действующими в этой сфере рынками.

Экономическая модель перманентно конкурирующих рынков в здравоохранении представляет собой систему функционирования трех взаимосвязанных рынков:

– **служб здравоохранения** – определяющего количество различных видов медицинских услуг, потребляемых населением, и цены на них;

– **кадров здравоохранения** – устанавливающего количество категорий работающего персонала и уровень его заработной платы;

– **медицинского образования** – предлагающего количество выпускников каждого вида персонала и стоимость образования.

В рамках рынка количество и цена устанавливаются в зависимости от спроса и предложения. В свою очередь, спрос и

предложение определяются ценой. В условиях постоянной рыночной конкуренции ресурсы здравоохранения реализуются через спрос и предложение, определяя в каждом из трех рынков цену, служащую механизмом уравнивания. Все три рынка функционируют в тесной взаимосвязи друг с другом и находятся в динамическом процессе развития.

Изменения в спросе и предложении на рынках находятся под влиянием политики здравоохранения и экономики общества в целом, изменений социальных и демографических факторов.

Изменения политики здравоохранения, затрагивающие интересы одного рынка, неминуемо влекут изменения в других рынках – и не только в пределах сектора здравоохранения. Поэтому при выработке политики развития кадров здравоохранения необходимо предварительно оценить все прямые и косвенные последствия для системы от реализации этой политики. Управление кадрами здравоохранения является органической составной частью управления системой здравоохранения в целом, подчиненной тем же целям и направленной на их достижение благодаря конкретной деятельности медицинского персонала.

Таким образом, формирование эффективной системы кадровых технологий в современных условиях экономического развития, на фоне жесточайшей конкуренции со стороны коммерческих организаций, является жизненно необходимой задачей государственных медицинских учреждений.

Активное развитие в современных условиях рынка платных медицинских услуг, своего рода предпринимательства, позволяет не только получение прибыли в объеме, необходимом и достаточном для организации своей деятельности и получения дохода, но и вносит существенные коррективы в систему управления медицинским персоналом (см. выписку из приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1631н).

В новых экономических условиях, когда перед учреждением поставлены не только научно-исследовательские и лечебно-диагностические задачи, но и задачи получения экономической прибыли, необходимо формирование эффективной системы внутреннего управления персоналом и кадрового менеджмента, который представляет собой систему, ориентированную на управление трудовыми кадрами организации [47, с. 12] с це-

лю повышению качества предоставляемых медицинских услуг и получения прибыли.

Зарегистрировано в Минюсте России 18 апреля 2013 г. № 28186

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 29 декабря 2012 г. № 1631н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА
ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕН (ТАРИФОВ) НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ,
ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ,
ЯВЛЯЮЩИМИСЯ БЮДЖЕТНЫМИ И КАЗЕННЫМИ
ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ,
НАХОДЯЩИМИСЯ В ВЕДЕНИИ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В соответствии с пунктом 8 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 (Собрание законодательства Российской Федерации. 2012. № 41, ст. 5628), приказываю:

Утвердить прилагаемый Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Министр В.И. СКВОРЦОВА

Рис. 5.1. Выписка из приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации

Организация представляет собой определенную хозяйственную единицу в форме обособленного рыночного субъекта, который обладает определенной производственно-финансовой

обособленностью, зарегистрированный в государственных органах в форме юридического лица и подчиняющийся нормам права [101, с. 105].

Предпринимательство в рамках медицинского федерального государственного бюджетного учреждения (ФГБУ) оказывает положительное влияние на экономику страны по следующим направлениям:

- содействует снижению уровня безработицы, предоставляя гражданам страны дополнительные рабочие места;
- расширяет сферу деятельности предприятия, предоставляя гражданам дополнительные сервис и услуги;
- позволяет увеличить доход работников и, как следствие, сокращает уровень бедности в стране;
- способствует развитию наиболее прибыльных и продуктивных отраслей здравоохранения;
- способствует росту валового внутреннего продукта страны.

С другой стороны, новые условия финансирования и самофинансирования ломают давно сформированную систему управления в медицине, вызывая сопротивление традиционной медицинской общественности. «Мы врачи и исследователи, а не бухгалтеры и экономисты!» – недоумевают врачи, и отчасти они правы. Отсутствие современной системы менеджмента ставят многие академические учреждения на грань выживания.

Сложившаяся за долгие годы в нашей стране система здравоохранения – образцовая во многих формах модель устройства общественной медицины – представляет собой уникальную устоявшуюся сеть государственных лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь бесплатного характера. Характер развития отечественного здравоохранения предопределил его иерархическую структуру, предполагающую единую государственную политику, накладывающую отпечаток на характер труда и управления в отрасли.

Вместе с тем действующие механизмы костного централизованного строго иерархического управления ФГБУ сдерживают позитивные изменения в отрасли, усугубляют состояние материально-технической базы здравоохранения недофинанси-

рованием (недополученная прибыль), что значительно снижает мотивацию труда врача, увеличивает текучесть кадров, способствует падению престижа медицинского труда и, как следствие, ограничивает качество предоставляемых медицинских услуг населению.

Активно развивающийся частный сектор здравоохранения широко использует принципы менеджмента, применяя на практике все законы и принципы рыночных отношений. Однако погоня за прибылью зачастую сводит на нет основополагающие принципы, декларируемые отечественной медицинской наукой, – принципы гуманизма, социальной справедливости, этики, прав человека, социальных гарантий, ответственности, признания здоровья как высшего национального приоритета.

В этих непростых условиях перед руководителем муниципального медицинского учреждения, вынужденного ежедневно решать медицинские, управленческие и экономические задачи, осуществлять преобразования в большинстве случаев методом проб и ошибок, встает задача максимально эффективного использования всех ресурсов, и, прежде всего – человеческих. В современных условиях руководителям ФГБУ отводится ключевая роль в реформировании отечественного здравоохранения. Назрела необходимость привести в соответствие новым условиям развития ФГБУ здравоохранения процесс организации и управления трудом.

Эффективная кадровая политика формируется руководителем учреждения, к которому, прежде всего, и предъявляются высокие требования.

Кадровая политика тесно связана с системой властных отношений и полномочий, в ее задачи входит согласование интересов различных субъектов социально-трудовых отношений, она целенаправленна, связана со стратегией развития организации, имеет многоуровневую структуру, институциональную природу.

При анализе кадровой политики ФГБУ здравоохранения необходимо исходить из того, что ее особенности обусловлены спецификой отрасли, характером и содержанием труда в здравоохранении, их влиянием на систему управления в целом, в том числе на систему управления персоналом. Необходимо оп-

ределить и проанализировать особенности труда медицинского персонала со стороны предмета труда, средств труда, затрат и результатов труда. Специфический предмет медицинского труда – человек во многом определяет особенности труда работников здравоохранения, его сложность, содержательность, интеллектуальную и эмоциональную насыщенность, необходимость высокой квалификации и специализации, повышенную ответственность, связанную с ценой риска, необходимость постоянных изменений, адаптивности, повышения квалификации.

Большинством авторов научных публикаций управление персоналом признается одной из наиболее важных сфер жизни организации, способной многократно повысить ее эффективность, а само понятие «управление персоналом» рассматривается в достаточно широком диапазоне: от экономико-статистического до философско-психологического.

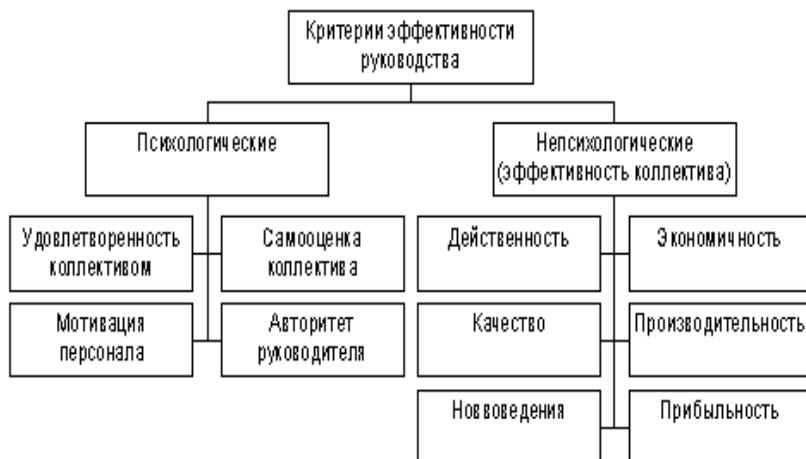


Рис. 5.2. Критерии эффективности управления персоналом [67, с. 39]

Из личностных качеств руководителя складывается стиль руководства и, следовательно – управления [117, с. 11]. На первый план выходят такие составляющие, как интеллект, профессионализм, опыт, система ценностей, темперамент, стрессоустойчивость, состояние здоровья, физическая выносливость, социально-бытовые, семейные, религиозные и другие факторы

его жизни. От этого содержания зависят манера поведения руководителя, тон его обращения к подчиненным и слова, в которые облечены его инструкции.

Стиль управления – это способ, которым руководитель управляет сотрудниками, а также независимый от конкретной ситуации управления образец поведения руководителя [28, с 16].

Диапазон изменения стиля руководителя зависит от пяти факторов [76, с. 19]:

- личные ценности и опыт;
- уверенность в своих подчиненных;
- потребность в определенности;
- вклад в решение проблемы;
- стресс.

Говорить о достоинстве того или иного стиля управления, можно только для конкретной ситуации управления [78, с. 2]. Среди существующих в современном менеджменте подходов к определению стилей руководства наиболее общей и самой распространенной остается типология, различающая ориентированный на задачу, личностно-ориентированный, авторитарный, демократический, нейтральный стили деятельности руководителя.

Управленческая решетка Блейка и Мутона – это двухмерная модель, которая выявила 5 различных стилевых ситуаций (см. рис. 5.3).

В России исторически сложился стиль, ставший традиционным для большинства отраслей народного хозяйства, включая здравоохранение, – тяжеловесный, строго иерархический стиль, нацеленный на задачу.

Но современное российское общество значительно изменилось. Глобализация коснулась не только всех сфер деятельности человека, но и его сознания, мышления.

Научное сообщество постепенно теряет национальную и региональную идентичность и становится единым общемировым обществом. Современные технические и информационные возможности позволяют формировать международную единую научную команду, нацеленную на получение общего результата.

Личность ученого, личность врача становятся осью, вокруг которой выстраивается научная и медицинская надстройка.



Рис. 5.3. Стили управления по Блейку – Моутон [83, с. 31]

Молодые люди получают блестящее образование за рубежом, имеют возможность повышать свою квалификацию в лучших клиниках по всему миру. Знание иностранных языков позволяет российским специалистам завоевывать любые международные научные площадки. И с этим нельзя не считаться!

Реформирование отечественной медицинской науки, использование экономических рычагов управления, изменение системы управления согласно потребностям людей и условиям рыночных отношений [51, с. 12] являются одной из стратегических задач, стоящих перед государством.

В современном подходе к определению термина «управление персоналом» делается акцент на вкладе персонала, удовлетворенного работой, в достижение корпоративных целей, таких, как лояльность потребителей, экономия издержек и рента-

бельность. Это обусловлено пересмотром концепции «управления персоналом» в последнем десятилетии XX в. (см. табл. 5.1). На смену противоречивым отношениям между работодателями и наемными работниками, при которых в рабочей обстановке организации доминировала жесткая регламентация процедур взаимодействия с работниками, пришла атмосфера сотрудничества, которая имеет следующие особенности:

- сотрудничество в рамках небольших рабочих групп;
- ориентация на удовлетворение потребителей;
- значительное внимание уделяется целям бизнеса и вовлечению персонала для достижения этих целей;
- расслоение организационных иерархических структур и делегирование ответственности лидерам рабочих групп.

Таблица 5.1

Современные концепции «управления персоналом» [36, с. 312]

	Период	Концепции	Подходы
1	20–40-е гг. XX в.	Использование трудовых ресурсов (labour resources use)	Экономический (работник – носитель трудовой функции, «живой придаток машины»)
2	50–70-е гг. XX в.	Управление персоналом (personnel management)	Органический (работник – субъект трудовых отношений, личность)
3	80–90-е гг. XX в.	Управление человеческими ресурсами (human resource management)	Органический (работник – ключевой стратегический ресурс организации)
4	XXI в.	Управление человеком (human being management)	Гуманистический (не люди для организации, а организация – для людей)

На основании этого можно выделить следующие отличия между понятиями «управление персоналом» и «управление человеческими ресурсами» (см. табл. 5.2, рис. 5.4, 5.5).

**Основные отличительные особенности понятий
«управление персоналом»
и «управление человеческими ресурсами»**

Управление персоналом	Управление человеческими ресурсами
<p>Реактивная, вспомогательная роль Акцент на выполнение процедур Специальный департамент Сосредоточение на потребностях и правах персонала Персонал рассматривается как издержки, которые необходимо контролировать Конфликтные ситуации регулируются на уровне топ-менеджера Согласование оплаты и условий труда происходит в ходе коллективных переговоров Оплата труда определяется в зависимости от внутренних факторов организации Вспомогательная функция для других департаментов Содействие переменам Постановка коммерческих целей в свете последствий для персонала Негибкий подход к развитию персонала</p>	<p>Проактивная, инновационная роль Акцент на стратегию Деятельность всего менеджмента Сосредоточение на требованиях к персоналу в свете целей бизнеса Персонал рассматривается как инвестиции, которые необходимо развивать Конфликты регулируются лидерами рабочих групп Планирование человеческих ресурсов и условий занятости происходит на уровне руководства Устанавливается конкурентная оплата труда и условия занятости для того, чтобы опережать конкурентов Вклад в добавочную стоимость бизнеса Стимулирование перемен Полная приверженность целям бизнеса Гибкий подход к развитию персонала</p>

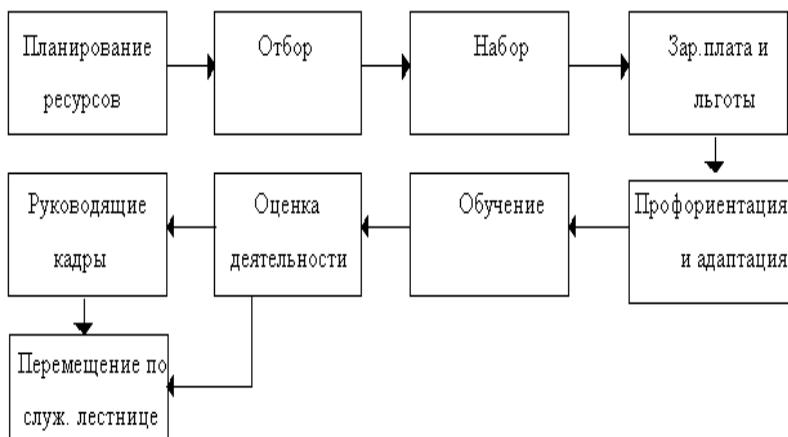


Рис. 5.4. Компоненты управления трудовыми ресурсами [53, с. 216]



Рис. 5.5. Современные модели управления персоналом

На сегодня многие признают концепцию «управления персоналом» известного российского ученого в области менеджмента Л.И. Евенко [57], выделявшая четыре концепции,

развивавшиеся в рамках трех основных подходов к управлению персоналом:

- экономического;
- органического;
- гуманистического.

Таким образом, в современных условиях особое значение приобретают вопросы практического применения современных форм управления персоналом, применение кадровых технологий, позволяющих повысить социально-экономическую эффективность в организации.

5.2. Теоретические и методические подходы к оценке эффективности системы отбора персонала и сущность кадровых технологий

Инструментарием в управлении персоналом выступают кадровые технологии. Основными кадровыми технологиями являются отбор и стимулирование персонала.

Отбор специалистов – это комплексная кадровая технология, обеспечивающая соответствие качеств человека требованиям вида деятельности или должности в организации.

Основное назначение отбора заключается в создании определенного резерва кандидатов, из которого в дальнейшем организация смогла бы отобрать человека, максимально полно соответствующего требованиям должности или рабочего места.

Процесс отбора зависит от факторов внешней и внутренней среды, они определяют: интенсивность, скорость и направления набора персонала.

К факторам внешней среды относят такие показатели, как:

- «ограничения в законодательстве» (органами государственной власти разработаны определенные требования ко всем работодателям, которых они должны придерживаться при отборе специалистов, например, это запрет на дискриминационные действия по гендерному, возрастному либо национальному признаку);
- «сложившаяся на рынке труда ситуация» (количество квалифицированных кадров на рынке труда и пр.);

– «географическое месторасположение организации» (наиболее перспективными являются города Москва и Санкт-Петербург).

К факторам внутренней среды относятся:

– сформированная в организации кадровая политика и система управления трудовыми ресурсами, в частности система мотивации и стимулирования;

– сформированный имидж организации.

В современных условиях развития системы управления персоналом немаловажным становится такое понятие, так «альтернатива найму», которое включает в себя:

– лизинг персонала, который может быть определен как привлечение специальных компаний для определенного количества работы, которую они должны выполнить в определенный промежуток времени;

– организация сверхурочной работы;

– организация работы по совмещению профессий;

– применение в организации новых схем производства;

– временный наем специалистов;

– привлечение работников в организацию для выполнения определенного, заранее оговоренного массива работы.

Важно отметить, что выделяют два вида источников отбора персонала – это внутренние источники организации и источники внешние.

Внутренние источники – это источники, которые складываются из сложившегося штата организации (возможность карьерного роста, перенаправление на другую должность).

Внешние источники – это источники извне.

При подборе и отборе персонала следует руководствоваться тремя основными положениями:

1. Отбор персонала – это не только выбор наиболее подходящего кандидата, который в дальнейшем будет принят на указанную должность, но и взаимосвязь с общим планом работы персонала организации.

2. При отборе кандидата существенными являются не только его профессиональные навыки, умения, но и возможность «влиться» в коллектив, соответствовать корпоративным и социальным целям организации.

3. При отборе персонала необходимо руководствоваться нормативно-правовыми источниками и в обязательном порядке соответствовать им.

Все методы отбора условно можно разделить на две группы:

- активные методы отбора персонала, которые включают «собеседование», «наблюдение», «тестирование»;
- пассивные методы отбора персонала – «изучение личного дела», «анкетирование».

К активным методам отбора персонала прибегают в тех случаях, когда возникает ситуация превышения спроса над предложением рабочей силы. В указанной ситуации часто применяется такой метод, как вербовка персонала, который заключается в том, что организация обращается, к примеру, в учебное заведение для целей дальнейшего сотрудничества (ВУЗ представляет потенциальных работников для организации). Сравнительно дешевле обходится привлечение сотрудников с помощью личных связей работающего персонала.

Пассивные методы отбора персонала, напротив, имеют место тогда, когда возникает ситуация превышения предложения над спросом. В данном случае основными методами можно назвать размещение объявлений в газетах, журналах о вакансиях.

Весь отбор подразделяется на два направления:

- первичный;
- вторичный.

Первичный отбор начинается с анализа списка кандидатов с точки зрения их соответствия требованиям организации к будущему сотруднику.

Вторичный отбор – процесс выбора кандидатов из ограниченного списка. Наиболее распространенный метод вторичного отбора – собеседование различных типов: биографические, ситуационные, критериальные.

Далее необходимо кратко определить особенности понятий «мотивация» и «стимулирование».

Мотивация (*om lat. movere*) – это [84]:

- побуждение к действию;
- динамический процесс физиологического и психологического плана, управляющий поведением человека, определяю-

щий его направленность, организованность, активность и устойчивость;

– способность человека через труд удовлетворять свои материальные потребности.

Можно выделить следующие основные виды мотивации:

1. Интринсивная, или внутренняя, мотивация, которая представляет собой мотивацию, связанную с самим содержанием деятельности. Экстринсивная (внешняя) мотивация обусловлена внешними факторами.

2. Положительная и отрицательная мотивация: мотивация, основанная на положительных стимулах, называется положительной; мотивация, основанная на отрицательных стимулах, называется отрицательной.

Основной целью мотивации и стимулирования труда персонала является ориентация работников на повышение производительности труда. К основным задачам мотивации и стимулирования можно отнести следующие:

- повышение заинтересованности в труде;
- повышение производительности труда;
- ориентация на рост финансовых результатов деятельности компании;
- ориентация на повышение общей конкурентоспособности компании и пр.

В самом общем виде мотивацию трудовой деятельности представим в виде следующей модели (см. рис. 5.6) [119, с. 328–331].

Основные виды потребностей представлены содержательными теориями мотивации [101, с. 215].

Выделяют следующие потребности:

- потребности в самоуважении;
- потребность в самоутверждении;
- потребность в общечитии и др.

Кроме этих потребностей в процессе труда возникают потребности в справедливости и удовлетворении ожиданий – процессные потребности.

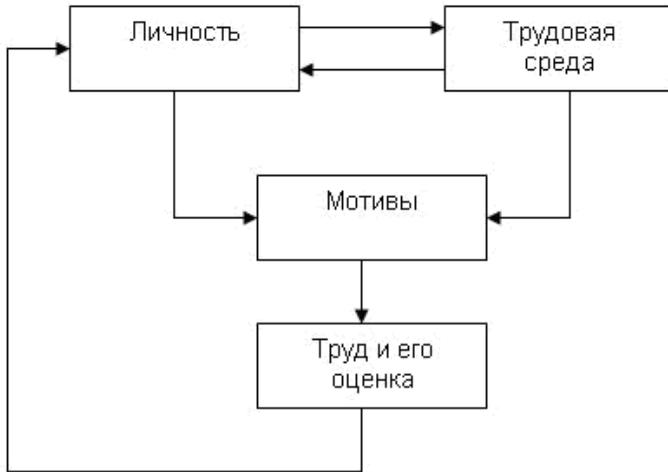


Рис. 5.6. Общая модель мотивации труда [38]

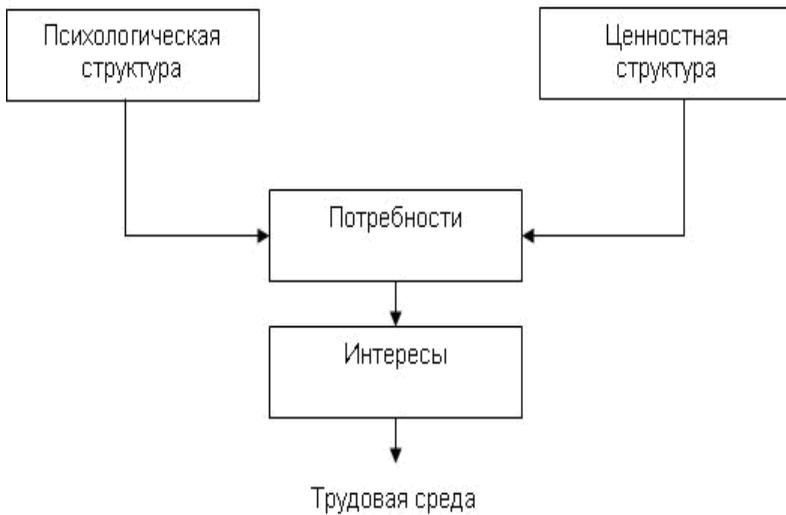


Рис. 5.7. Основные элементы личности работника [там же]

Задачей трудовой среды в модели мотивации труда является создание мотивирующих условий для эффективной работы человека в организации.

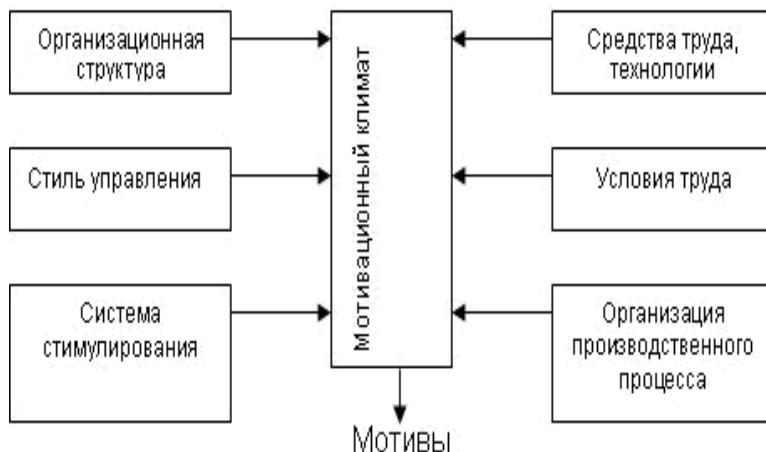


Рис. 5.8. Модель мотивации труда [38]

Мотивация осуществляется в значительной мере через стиль управления, принятый в организации.

Стимулирование можно определить как внешнее побуждение, элемент трудовой ситуации, влияющий на поведение человека в сфере труда, материальная оболочка мотивации персонала. Эволюция теорий мотивации и стимулирования представлена в приложении А [84].

С течением времени концепции мотивации и стимулирования трудовой деятельности подвергались деформации. Так, далее необходимо изучить современные концепции мотивации и стимулирования трудовой деятельности.

Подходы к объяснению причин человеческого поведения, мотивов, определяющих поступки и поведение человека, многочисленны. Каждая концепция представляет собой модель причин наследственных связей, где причиной является, например, неудовлетворенная потребность, стремление к развитию и дос-

тижениям, ожидания человека, чувство справедливости, целая группа факторов, а следствием – тот или иной по силе мотив к труду. Многообразие моделей мотивации объясняется многообразием подходов к этому исключительно сложному и субъективному явлению и субъективизмом воззрений авторов моделей.

Изучение мотивации персонала, как уже было выяснено ранее, началось с работы Ф. Тейлора в рамках концепции «научного менеджмента».

Так, наиболее мощное влияние на представления о природе трудовой мотивации персонала оказали идеи, высказанные Фредериком Тейлором в начале XX века [79].

В настоящее время в составе группы мотивационных теорий обычно называют теорию А. Маслоу, теорию Д. МакКлелланда, двухфакторную модель Ф. Герцберга, а в составе группы процессуальных – теорию ожиданий В. Врума, теорию справедливости и модель Портера – Лоулера.

Графическое представление теории А. Маслоу – «пирамида Маслоу» – достаточно широко известно. Современные психологи дополнительно к пяти авторским уровням потребностей добавляют в качестве самостоятельных потребностей когнитивные (познавательные) и эстетические (в порядке, справедливости, красоте) и помещают их на уровень выше потребностей в уважении, но ниже потребности в самореализации (самоактуализации) личности. В теории МакКлелланда интересна справедливая для американского общества идея о наиболее желательном (среди трех определяющих поведение стремлений – быть причастным к деятельности организации или группы, стремление к власти, стремление к успеху) для корпорации мотиве поведения – стремлении к успеху, при этом задача корпорации заключается в обеспечении увязки общей направленности работника на успех с достижением успеха именно в этой корпорации в процессе достижения целей корпорации.

Двухфакторная модель поведения Ф. Герцберга, по видимому, годится для развитого демократического общества с высоким уровнем производства и удовлетворенности первичных витальных потребностей.

Так, двухфакторная теория мотивации – психологическая теория мотивации, созданная в конце 1950-х гг. Фредериком

Герцбергом. Согласно этой теории, на рабочем месте, наряду с определенными факторами, которые вызывают удовлетворение от работы, в то же время существует отдельный набор факторов, который вызывает неудовлетворенность от работы.

Герцберг выделил две группы факторов:

1. Факторы, удерживающие на работе (гигиенические факторы):

- административная политика компании;
- условия труда;
- величина заработной платы;
- межличностные отношения с начальниками, коллегами, подчиненными.

2. Факторы, мотивирующие к работе (мотиваторы):

- достижения;
- признание заслуг;
- ответственность;
- возможности для карьерного роста.

Гигиенические факторы связаны со средой, в которой выполняется работа.

По теории Герцберга, отсутствие или недостаток гигиенических факторов приводит к неудовлетворенности человека своей работой. Но если они представлены в достаточном объеме, сами по себе они удовлетворения не вызывают и не способны мотивировать человека к нужным действиям [85, с. 216].

Теория ожиданий В. Врума в настоящее время также используется.

Она определяет мотивацию, точнее ее интенсивность, как функцию совместного действия таких факторов:

- что усилия приведут к ожидаемым результатам;
- вознаграждение определит достаточную ценность для работника.

Интересна концепция, известная как «теория ERG» (E – existence (существование), R – related-ness (причастность), G – growth (рост)) Альдерфера, разработанная на основе теории Маслоу, но без ранжирования потребностей.

По «теории ERG», наиболее конкретная потребность – в существовании, а наименее конкретная – в росте. По Маслоу – потребность будет главной движущей силой, пока не будет

Раздел 3

удовлетворена; по Альдерферу – если усилия по удовлетворению потребности какого-либо уровня вызывают постоянную фрустрацию, человек может вернуться к поведению, удовлетворяющему более конкретные потребности [104].

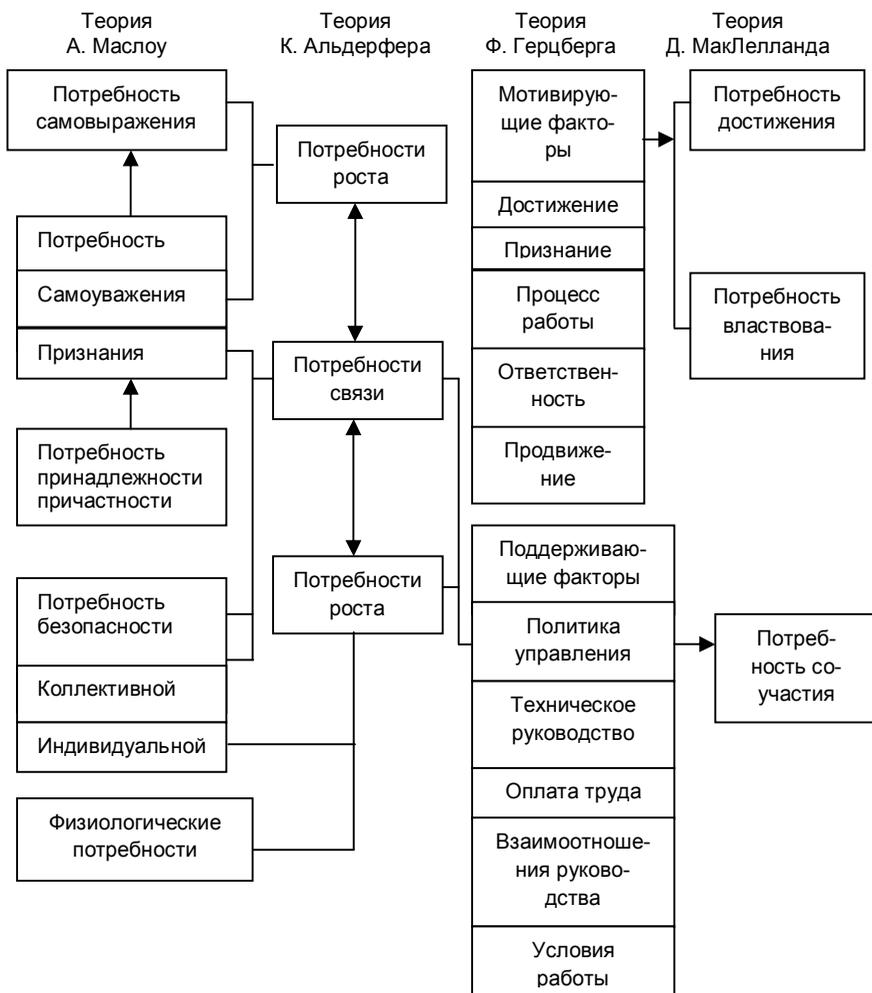


Рис. 5.9. Взаимосвязь основных содержательных теорий

Таким образом, управление медицинским персоналом – это специфическая функция управленческой деятельности, главным объектом которой является человек, специалист, исследователь.

В рамках поставленных государством больших задач перед медицинской и научной общественностью по реформированию отрасли необходимо создать современную систему «Управление человеческим ресурсом в медицине». В рамках концепции «управления человеческими ресурсами» врач, как и любой высокообразованный специалист и ученый, должен рассматриваться не как должность (элемент структуры), а как невозобновляемый ресурс – элемент социальной организации в единстве трех основных компонентов – трудовой функции, социальных отношений, состояния работника.

Глава 6

СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ И МЕТОДЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ

6.1. Нормативно-правовые аспекты системы финансирования здравоохранения в Российской Федерации

Исторически государственная система здравоохранения в России является преемницей благотворительной медицины, при которой церковь и государство принимали на себя финансирование медицинской помощи неимущим слоям населения.

Основные принципы формирования источников финансирования государственной системы управления состоят в следующем [27, с. 79]:

- Основным источником финансирования здравоохранения являются государственные налоги.
- Структурами, аккумулирующими финансовые ресурсы здравоохранения, выступают бюджеты различного уровня.
- Преимущественно структурный принцип финансирования медицинской помощи (возмещение расходов учреждения в целом, а не оплата отдельных медицинских услуг).
- Медицинские учреждения, как правило, имеют государственный некоммерческий статус и являются исполнителями социального заказа, напрямую подчиняясь государственным финансовым правилам.
- Принцип экономии при использовании ресурсов.
- Централизованное (унитарное) планирование и управление системой.
- Тарифный способ оплаты труда врачей.
- Правила найма и оплаты труда диктуются государством.
- Административный контроль за качеством оказания медицинской помощи.

Системы финансирования здравоохранения можно классифицировать по двум признакам:

- по источнику формирования средств;
- по форме их распределения.

Источники формирования средств не всегда влияют на формы их распределения, системы с одним и тем же источником формирования средств могут иметь разные характеристики распределения.

6.1.1. Типы систем по источнику финансирования

Источниками финансирования могут быть:

- общие налоговые доходы всех видов и уровней;
- целевые налоговые поступления;
- целевой взнос на обязательное медицинское страхование (или налог на заработную плату);
- личные средства граждан и иные источники.

В 2011 г. был разработан Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 августа 2011 г. № 908 «Об утверждении Программы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по повышению эффективности бюджетных расходов и качества финансового менеджмента на период до 2012 года, плана повышения эффективности бюджетных расходов и качества финансового менеджмента на период до 2012 года Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и графика его реализации» [17]. При этом Министерство участвует в достижении следующих стратегических целей страны:

- повышении эффективности государственного управления (повышение результативности деятельности органов исполнительной власти и повышение использования эффективности бюджетных средств; комплексное внедрение информационных технологий в сферу государственного управления, позволяющее преодолевать ведомственную информационную разобщенность и обеспечивать согласованное и последовательное выполнение ведомствами соответствующих проектов);
- удовлетворении потребностей граждан в здравоохранении (в части медицинского и фармацевтического образования);

- развитию научного, технического и технологического потенциала и развитию национальной инновационной системы (в части медицинской науки);

- обеспечении динамичного и устойчивого экономического развития в здравоохранении и сфере социальных услуг.

В рамках Программы Правительства Российской Федерации по повышению эффективности бюджетных расходов на период до 2012 г., начиная с 2012 г. предполагался переход к программно-целевому принципу планирования бюджетных ассигнований.

Министерство осуществляет реализацию комплекса взаимосвязанных мер по повышению эффективности системы управления в сфере здравоохранения населения, в основу которых положены программно-целевые принципы деятельности органов, исполнительной власти всех уровней, включая расширение их самостоятельности и усиление ответственности за принятые решения. Важным показателем эффективного расходования бюджетных ассигнований является структура расходной части бюджета. Основная доля расходов Министерства приходилась на здравоохранение – 51,6 %.

Функционирование государственно-бюджетной системы здравоохранения имеет ряд положительных сторон, поскольку такая система обеспечивает высокую степень социальной защищенности граждан путем установления гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи, проведения строгого государственного контроля над условиями оказания медицинской помощи. Другими преимуществами этой системы является ее высокая эффективность при воздействии на заболеваемость особо опасными инфекционными заболеваниями, а также в условиях чрезвычайных ситуаций [39, с. 27].

На рисунке 6.1 представлены данные по уровню обеспечения населения образованием, здравоохранением и жильем, составленные экспертным агентством «РА-Пресс», за период с 2008 по 2011 год.

Динамика расходов на здравоохранение в 2009–2012 гг. определена на рисунке 6.3.

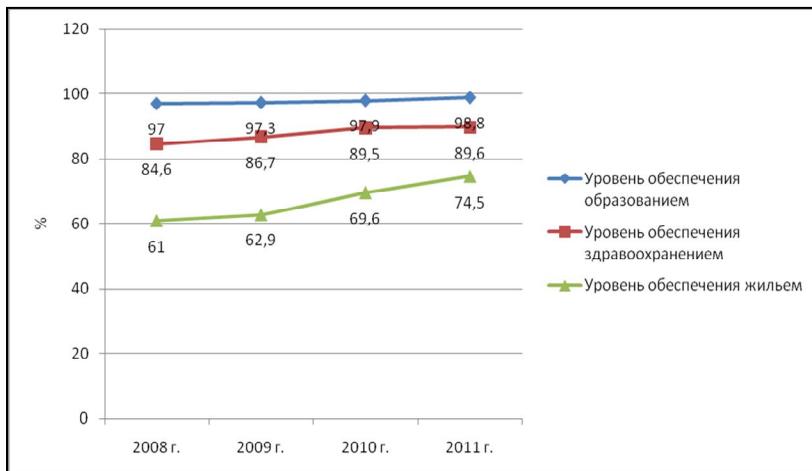


Рис. 6.1. Уровень обеспечения населения образованием, здравоохранением и жильем [114, с. 28]

На рисунках 6.2 и 6.3 можно проследить положительную динамику расходов на здравоохранение в России в 2008–2012 годах.

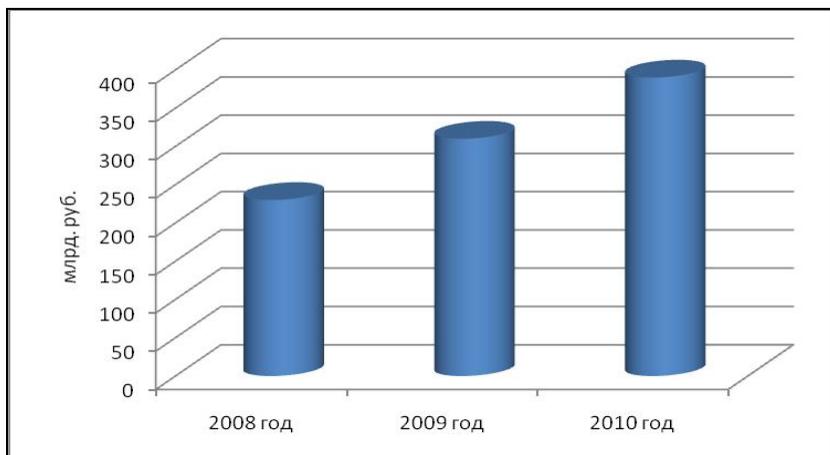


Рис. 6.2. Расходы Федерального бюджета на здравоохранение в 2008–2010 гг., млрд руб. [97, с. 34]

Раздел 3

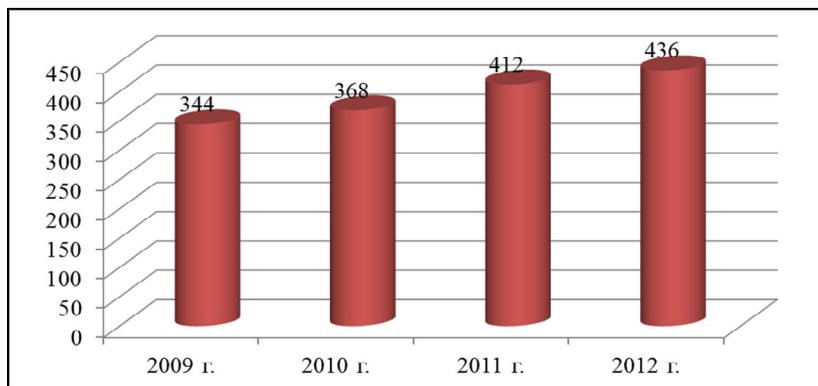


Рис. 6.3. Динамика расходов на здравоохранение в 2009–2012 гг. в млрд рублей

На основании данных таблицы 6.1 можно проследить положительную динамику финансирования отрасли здравоохранения в России. Так, в 2012 г. рост расходов федерального бюджета на здравоохранение, по сравнению с 2011 г., составил 24 млрд руб. (5,8 %), по сравнению с 2010 г. – 68 млрд руб. (18,5 %), по сравнению с 2009 г. – 92 млрд руб. (26,7 %), по сравнению с 2008 г. – 36 млрд руб. (45,3 %).

Таблица 6.1

Рост (снижение) показателей расходов федерального бюджета на здравоохранение

	2012/2011	2012/2010	2012/2009	2012/2008
Расходы показателя расходов федерального бюджета на здравоохранение в %	105,8	118,5	126,7	145,3
Расходы показателя расходов федерального бюджета на здравоохранение в млрд руб.	24	68	92	136

Система финансового мониторинга расходов на здравоохранение осуществляется Министерством здравоохранения России.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения является федеральным органом исполнительной власти Российской Федерации, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения

Финансирование здравоохранения за счет государства необходимо тесно увязывать с достижением намечаемых результатов деятельности системы здравоохранения в целом и каждого конкретного учреждения.

Что касается региональных и местных бюджетов, доля финансирования на социальные нужды в них также велика.

На рисунке 6.4 отображен удельный вес федерального, региональных и местных бюджетов в финансировании образования, социальной политики в Российской Федерации.

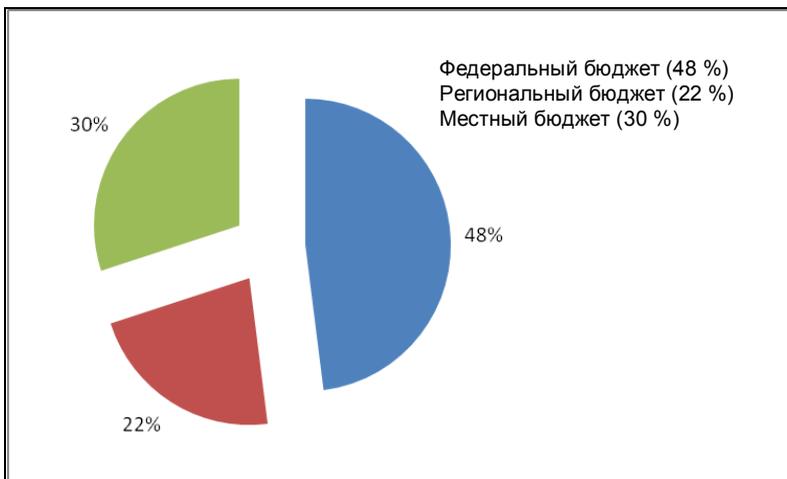


Рис. 6.4. Удельный вес федерального, региональных и местных бюджетов в финансировании образования, здравоохранения, культуры, социальной политики в Российской Федерации по состоянию на 2011 г. [17]

В соответствии с данными, отраженными на рисунке 6.4, можем сделать вывод, что основная доля финансовых средств приходится на федеральный бюджет.

В условиях современности необходимо дальнейшее стимулирование развития как в целом бюджетной системы страны и распределения расходов, так и совершенствование механизма финансового обеспечения социальной сферы и отдельных секторов из бюджетов.

По согласованию с региональными и местными органами власти за счет средств федерального бюджета, средств бюджетов субъектов Российской Федерации и средств местных бюджетов финансируются следующие виды расходов:

- государственная поддержка отраслей промышленности, строительства и строительной индустрии, сельского хозяйства, автомобильного и речного транспорта, связи и дорожного хозяйства, метрополитенов;

- правоохранительная деятельность;
- социальная защита населения;
- охрана окружающей природной среды;
- развитие рыночной инфраструктуры;
- развитие федеративных и национальных отношений;
- финансовая помощь другим бюджетам и т. д.

Что касается зарубежных стран, в отличие от США и Канады, Дания относится к группе стран Европейского региона, практикующих национальную систему здравоохранения, финансируемую из средств государственного бюджета, формируемого за счет налогообложения (см. табл. 6.2, рис. 6.5). Бесплатным медицинским обслуживанием охвачено все население страны. В ней не существует такого понятия, как «минимальный пакет медицинских услуг», или так называемый «гарантируемый государством объем помощи», – предоставляется все, что признано необходимым, чтобы сохранить жизнь и здоровье человека.

Таблица 6.2

Динамика расходов на здравоохранение в Дании

	1980	1985	1990	1995	2000	2002	2003
Общие расходы на здравоохранение на душу населения по ППС, долл. США	943	1 275	1 554	1 843	2 353	2 583	–
Общие расходы на здравоохранение в % ВВП	9,1	8,7	8,5	8,2	8,4	8,8	9,0
Государственные расходы на здравоохранение в % от общих расходов на здравоохранение	87,8	85,6	82,7	82,5	82,4	82,9	84,0
Частные расходы на здравоохранение в % от общих расходов на здравоохранение	12,2	14,4	17,3	17,5	17,6	17,1	17,0
Наличные платежи на душу населения по ППС, долл. США	107	173	249	300	373	396	–
Наличные платежи в % от общих расходов на здравоохранение	11,4	13,6	16,0	16,3	15,9	15,3	–
Частное медицинское страхование в % от общих расходов на здравоохранение	0,8	0,8	1,3	1,2	1,6	1,6	–
Среднегодовые реальные темпы роста общих расходов на здравоохранение	–	–	–	2,3	4,3	2,0	–
Среднегодовые реальные темпы роста ВВП	–	–	1,0	2,8	3,0	1,7	2,3

Примечания. ППС – паритет покупательной способности, ВВП – валовой внутренний продукт.
Составлено по: [122–124].

Раздел 3

Таким образом, основными источниками финансирования здравоохранения в Российской Федерации являются:

- федеральный бюджет;
- региональный бюджет;
- местный бюджет;
- налоговые доходы;
- целевые налоговые поступления;
- целевой взнос на обязательное медицинское страхование;
- личные средства граждан и иные источники.

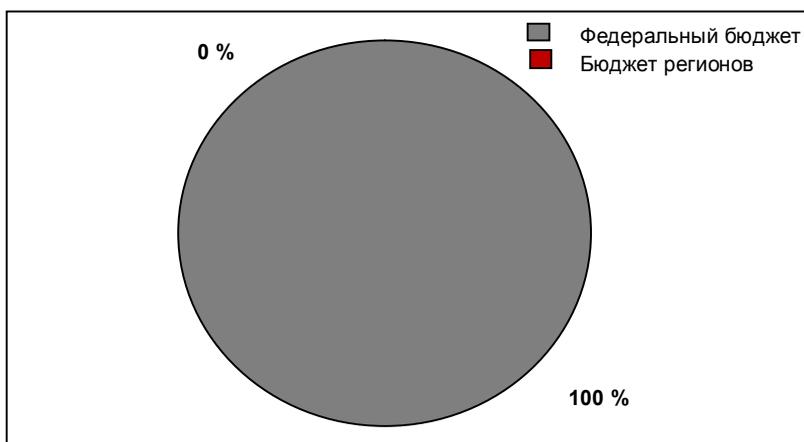


Рис. 6.5. Государственное финансирование из федерального бюджета Дании – 100 %

Наблюдается положительная динамика расходов из средств федерального бюджета на здравоохранение в России.

Можно отметить, что в современной России сформирована эффективная система финансирования здравоохранения, основанная на необходимости социальной ориентации и направленности экономической политики России.

6.2. Анализ кадровых технологий, применяемых в федеральных государственных бюджетных учреждениях медицинского профиля

Эффективная система управления подразумевает ориентацию на стратегическую составляющую медицинского учреждения (см. рис. 6.6).

Функции управления характеризуются:

- количеством видов функций управления;
- структурой функциональных подсистем системы управления;
- структурой целевых подсистем системы управления;
- распределением функций по уровням управления;
- распределением функций по функциональным подразделениям;
- уровнем автономности осуществления функций.

Организационная структура управления характеризуется:

- составом и соотношением функций управления;
- количеством и составом отделов;
- численностью и соотношением работников;
- объемом выполненных работ и т. д.

Кадровое обеспечение характеризуется:

- численностью управленческих кадров;
- функциями;
- возрастным составом кадров;
- гендерным составом кадров;
- уровнем текучести кадров и пр.

Техническое обеспечение управления характеризуется количеством и видами технических средств, их технико-эксплуатационными характеристиками и стоимостью, уровнем использования технических средств, удельным весом прогрессивных видов оргтехники.

Информационное обеспечение характеризуется уровнем информатизации и автоматизации процессов.

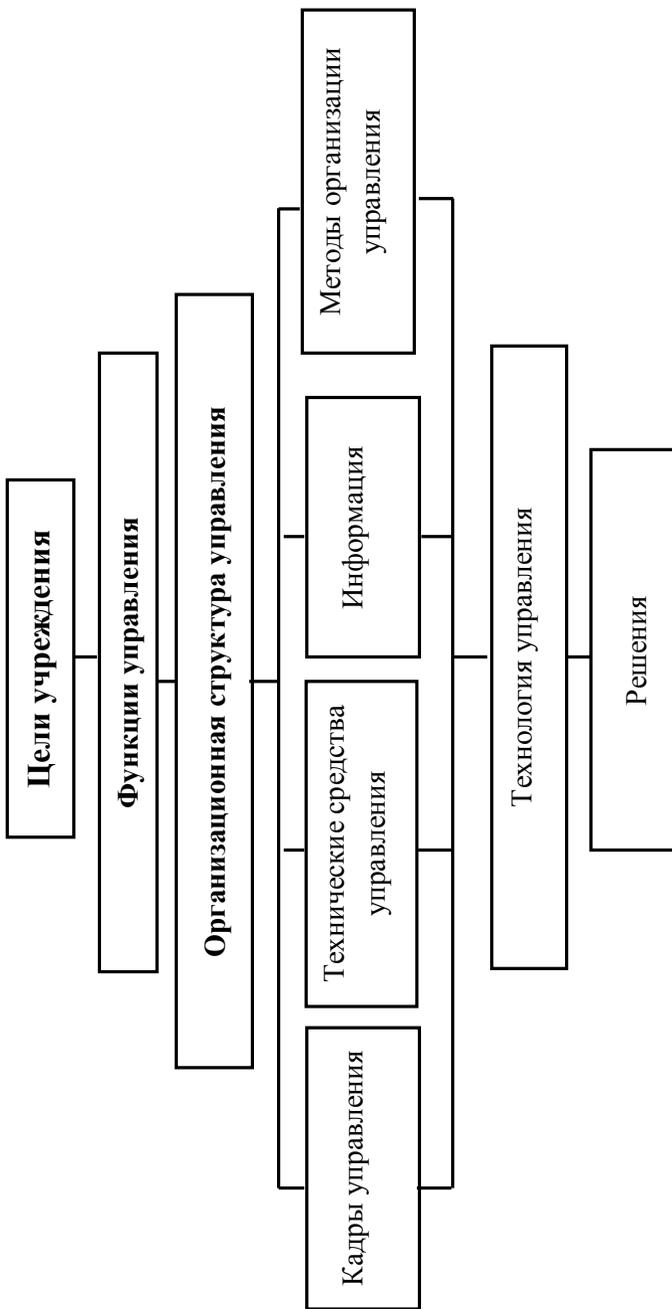


Рис. 6.6. Система управления

Методическое обеспечение характеризуется:

- уровнем обеспеченности системы управления регламентирующей и методической документацией;
- состоянием работы по подбору, расстановке и аттестации кадров;
- степенью внедрения стандартов всех категорий;
- системой мотивации и стимулирования труда и т. д.

Рассматривая систему управления персоналом, остановимся на основных ее составляющих.

В эффективном учреждении применяется, как правило, система управления «снизу – вверх», то есть решения распределяются по всем уровням.

Самая большая ценность любого научного медицинского учреждения – это его сотрудники, так как развитие зависит от их стабильного профессионального роста. Поэтому главный принцип при отборе кандидатов – готовность соискателя развиваться вместе с учреждением. Особое внимание нацелено на потенциал человека, его стремление двигаться вперед, умение и желание работать в команде.

Управляющему звену медицинского учреждения необходимо объединить людей, нацелить на общий успех. Для этого проводятся мероприятия, где сотрудники могут пообщаться в неформальной обстановке, познакомиться, лучше узнать друг друга.

Результаты анкетирования, проведенного по поручению руководства одного из российских Центров для определения морально-психологического климата в коллективе, выявили положительный настрой основного числа респондентов (см. рис. 6.7, табл. 6.3). Ответы на основные вопросы представлены в приложении В.

Для определения форм материального стимулирования в этом же Центре была использована методика «Парные сравнения» (см. табл. 6.4).

Усредненный регистрационный бланк представлен в таблице 6.5.

Раздел 3

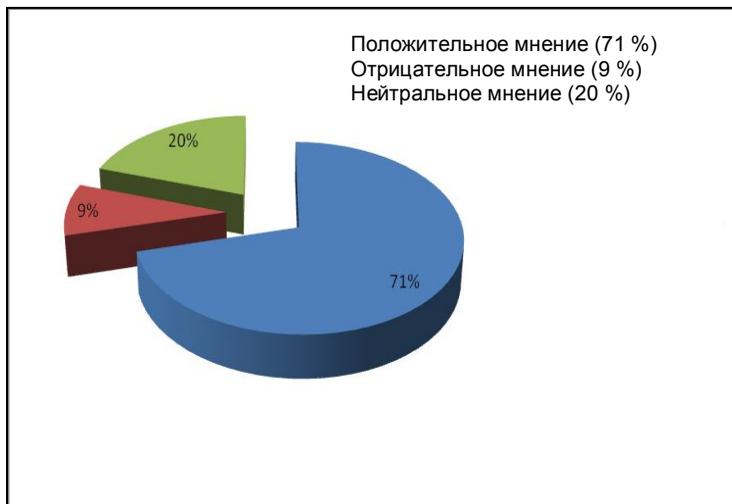


Рис. 6.7. Социологический опрос стиля управления

Таблица 6.3

Вопрос	Ответ	Отношение
Есть ли у медицинского Центра все необходимое для нормальной работы?	98 % респондентов ответили «ДА»	+
Удовлетворены ли вы объемами материального стимулирования?	Около 60 % сотрудников ответили «НЕТ»	+/-
Удовлетворены ли вы объективностью системы материального стимулирования?	99% ответили «ДА»	+
Удовлетворены ли вы системой штрафов?	«НЕТ» – 90 % респондентов считают, что принятая система штрафов слишком жесткая	-
Удовлетворены ли вы системой премирования?	90 % – «ДА»	+

Таблица 6.4

Список утверждений по методике «Парные сравнения»

1	Обеспечить свое будущее
2	Зарабатывать на жизнь
3	Упрочить свое материальное положение
4	Развивать свои силы и способности
5	Обеспечить себе материальный комфорт
6	Обеспечить себе определенное влияние в обществе
7	Покупать хорошие вещи
8	Высокая заработная плата – основной источник дохода в настоящем
9	Премиальная составляющая
10	Необходимость снижение штрафных санкций

Таблица 6.5

Регистрационный бланк

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	–	2	3	1	5	1	1	8	9	10
2	2	–	3	2	5	2	7	8	9	2
3	3	3	–	3	5	3	3	8	9	3
4	1	2	3	–	5	6	7	8	9	10
5	5	5	5	5	–	5	5	8	9	5
6	1	2	3	4	5	–	7	8	9	10
7	1	2	3	7	5	7	–	8	9	10
8	8	8	8	8	8	8	8	–	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	8	–	9
10	1	2	3	10	5	6	7	8	9	–

В соответствии с представленными данными можно судить о предпочтении повышения заработной платы сотрудников Центра.

Отдельно на рисунке 6.8 представим данные опроса по основным направлениям материального стимулирования.

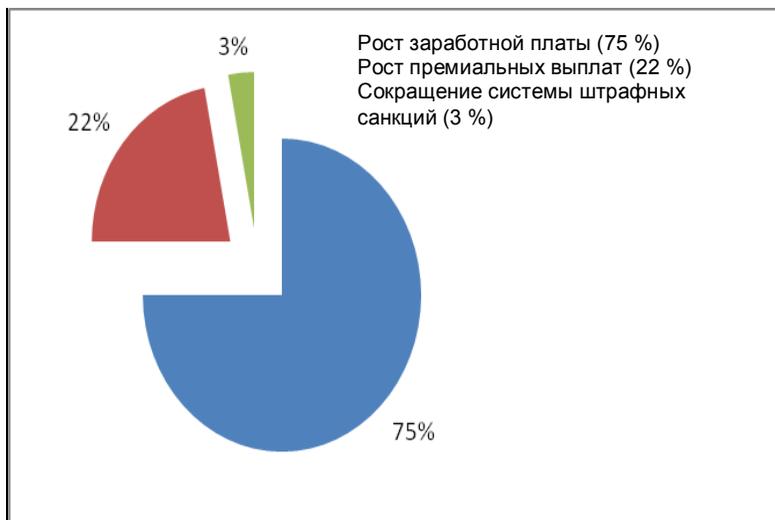


Рис. 6.8. Направления материального стимулирования

В соответствии с представленными данными, можно говорить о предпочтении роста заработной платы в качестве метода материального стимулирования сотрудников Центра.

С неравномерностью материального стимулирования труда персонала нередко возрастает число конфликтов в коллективе.

Наиболее частыми являются конфликты между руководством и рядовыми врачами, составляющие до 75 % всех межличностных конфликтов. Они вызваны следующими причинами (см. рис. 6.9):

- качеством деятельности (38 % от общего числа конфликтов);
- внутригрупповой борьбой за роль лидера в коллективе (23 %);
- борьбой персонала за честь и достоинство (15 %);
- оценкой результатов деятельности (7,4 %);
- внедрением новшеств в подразделении (5,2 %).

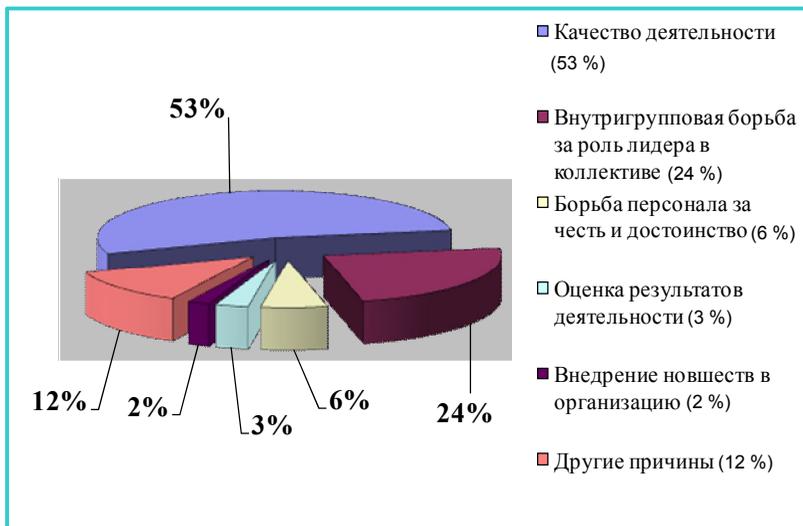


Рис. 6.9. Структура конфликтов

Негативные последствия конфликтов для Центра очевидны:

- неудовлетворенность людей общим делом;
- отход от решения назревших проблем;
- нарастание враждебности в межличностных и межгрупповых отношениях;
- ослабление сплоченности коллектива;
- снижение результатов деятельности в целом.

Позитивные последствия конфликтов сомнительны:

- снимает психическое напряжение (разрядка);
- позволяет лучше узнать друг друга;
- улучшает индивидуальную (групповую) деятельность;
- повышает статус (авторитет) участников;
- нормализует взаимоотношения в коллективе
- вооружает социальным опытом решения конфликтных ситуаций

ситуаций

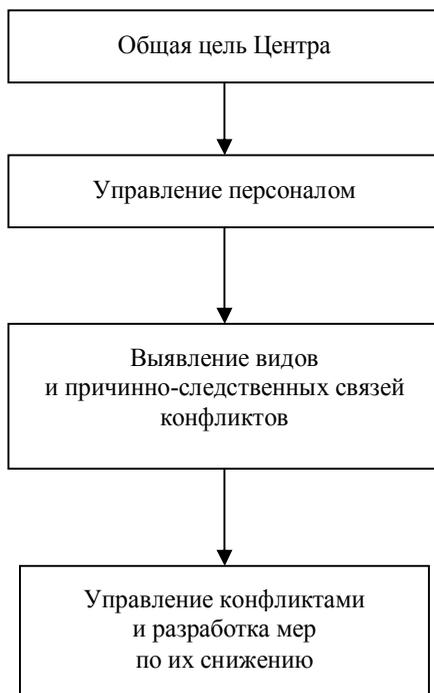


Рис. 6.10. Логическая схема управления конфликтами

Проведенный сводный анализ кадровой политики ряда крупных государственных медицинских учреждений страны выявил общие проблемы, которые мы систематизировали по этапам формирования кадровой политики.

1. Планирование персонала:

– отсутствие методики планирования внебюджетного персонала;

– количественный характер планирования персонала;

– отсутствие учета качественной составляющей (образование, профессиональные навыки персонала, мотивация, ценности и др.).

2. Отбор персонала:

– отсутствие разработанной технологии отбора;

- ограниченное количество используемых источников отбора;

- отсутствие четких критериев отбора, в зависимости от категории персонала;

- отсутствие положений и инструкций, регламентирующих работу в области подбора персонала;

- отсутствие взаимодействия и координации работы руководителей структурных подразделений и кадровой службы;

3. Адаптация персонала:

- отсутствие технологии процесса адаптации новых сотрудников;

- отсутствие закрепления разграничения полномочий, ответственности и обязанности субъектов управления процессом адаптации;

- отсутствие программы адаптации и положения об адаптации;

- отсутствие контроля над процессом протекания адаптации и анализа ее эффективности;

4. Оценка и аттестация персонала:

- отсутствие оценки персонала на внутриорганизационном уровне;

- использование субъективных критериев текущей оценки;

- недостаточное методическое обеспечение оценки;

- отсутствие официально закрепленных в документах и четко проработанных под каждую должностную позицию критериев, набора показателей и эталонных значений;

- рассмотрение аттестации исключительно как инструмента получения квалификационной категории, а не возможности развития персонала, в том числе совершенствования управленческих навыков кандидата;

- отсутствие взаимосвязи оценки с другими элементами кадрового менеджмента (планирование персонала, отбор, трудовая адаптация, развитие, карьера, кадровый резерв, стимулирование и т. п.).

5. Стимулирование персонала:

- неадекватно низкий уровень оплаты труда у большинства категорий;

- отсутствие взаимосвязи оценки персонала и стимулирования труда;
- отсутствие положения о премировании;
- ограниченное применение нематериальных стимулов;
- «непроработанность» взаимосвязи мотивации и организационной культуры;
- отсутствие системы стимулирования как таковой.

6. Развитие персонала:

- отсутствие методики определения потребности в обучении;
- отсутствие взаимосвязи обучения персонала с продвижением в должности.

7. Трудовые перемещения:

- отсутствие четких критериев оценки кандидатов, зачисляемых в кадровый резерв;
- отсутствие взаимосвязи трудовой адаптации и ротации персонала;
- отсутствие системного анализа причин высвобождения работников.

8. Организационная культура:

- стихийность формирования организационной культуры;
- отсутствие корпоративного стандарта.

9. Система управления персоналом в целом:

- отсутствие проработанных единых кадровых технологий;
- слабая координация работы субъектов управления;
- отсутствие регулирования противоречий интересов субъектов управления персоналом;
- отсутствие кадровой политики и стратегии кадровой политики, совмещенной с бизнес-стратегией развития организации;
- отсутствие системного, комплексного подхода к управлению персоналом;
- недостаток инноваций, современных технологий и подходов в области УП;
- недостаток информированности персонала, отсутствие «обратной связи».

Устранение выявленных проблем потребует проведения ряда реорганизаций кадровой политики в медицинской отрасли. Разработка кадровой политики должна осуществляться в соот-

ветствии с базовыми принципами: научностью, комплексностью (предполагает охват всех функций управления персоналом); системностью. Этот процесс займет время и потребует выделения дополнительных средств. Но уже сегодня можно сократить прямые и косвенные экономические потери МУ, эффективно используя имеющийся ресурс и время.

Календарное планирование является неотъемлемым элементом организации инновационной деятельности на всех его этапах и уровнях.

В качестве проекта совершенствования системы кадровых технологий для МУ мы предлагаем внедрение электронной системы конкурсного отбора персонала на занятие вакантной должности, которая позволит структурировать сведения о кандидате, сократить неточность информации (уровень квалификации, специализации и др.). Благодаря внедрению электронной системы конкурсного отбора персонала на занятие вакантной должности значительно повышается квалификация сотрудников.

К тому же в рамках отбора молодых специалистов целесообразно внедрение системы тренингов, которая позволит повысить эффективность организации функциональных обязанностей молодых специалистов.



Рис. 6.11. Взаимосвязь обучения персонала с другими звеньями

Для сотрудников МУ можно предложить комплексное корпоративное обучение, включающее в себя различные виды краткосрочных программ:

- управленческие тренинги;
- тематические семинары;
- курсы иностранных языков.

Отдельно рассмотрим некоторые из предложенных тренинговых программ.

1. Тренинг «От личной эффективности к эффективности профессиональной» (блок «Построение карьеры»).

На данном тренинге работа ведется по следующим блокам:

- Жизненные планы и их реализация.
- Карьера как осознанное стремление к личностному и профессиональному росту.
- Властные доминанты в организации как фактор построения карьеры.
- Карьера как социальная реализация.
- Управление временем.

2. Прохождение тестирования и интервью при устройстве на работу.

На данном тренинге менеджеры FedEx должны будут узнать о том, как побудить человека осуществить необходимые изменения в поступках, отношении к кому-то или чему-то.

Пройдя данный тренинг, менеджеры медицинского учреждения не только смогут применять знания для достижения поставленной цели, но и будут надежно защищены от «нападений» на убеждения и манипуляций.

3. Тренинг саморегуляции и личного роста.

Тренинг саморегуляции позволит работникам создать внутреннюю систему контроля личности, обеспечить регулирование собственного трудового поведения и выполняемой работы.

Тренинги саморегуляции и личного роста особенно актуальны в современных условиях роста конфликтного характера

внутри коллективов (что связано с неравномерностью оплаты труда, конфликтами с руководством, несоблюдением во многих компаниях трудового законодательства и проч.).

4. Тренинг креативности.

Тренинги креативности приобретают особую актуальность в рамках внутренних организационных процессов как российских, так и зарубежных компаний. Указанные тренинги дают возможность современным организациям обеспечить работниками, которые стремятся «привнести что-то новое и креативное» в организацию управленческого процесса. Инициатива и креативность во многих современных компаниях – залог успеха и дальнейшего развития деятельности. Не являются исключением и медицинские учреждения.

5. Тренинг мотивирования.

Тренинг направлен на развитие умения эффективно мотивировать молодых специалистов, расходуя на это минимум ресурсов.

Содержание тренинга:

- теории потребностей и мотивации;
- выявление потребностей;
- принципы мотивирования;
- факторы мотивирования;
- четыре типа восприятия подчиненных;
- виды вознаграждений;
- индивидуальная мотивационная работа.

В ходе ЛТМ-проекта (проекта по совершенствованию системы личного тайм-менеджмента) в МУ можно разработать простые Excel-формы контроля задач менеджера, включающие регламент, формы контроля задач, формы мониторинга проектов (процессов).

С этой целью может быть внедрена процедура сбора информации менеджером – целесообразно задействовать e-mail, устные распоряжения коммерческого директора, расшифровку диктофонных записей, сделанных в ходе совещаний и в нерабочее время.

Также можно предложить повысить эффективность системы мотивации сотрудников.

Целью материального стимулирования качества труда является обеспечение личной и коллективной материальной заинтересованности работников в улучшении результатов своего труда и деятельности медицинского учреждения.

Организация материального стимулирования качества труда должна предусматривать:

- разработку количественных и качественных показателей и условий оплаты труда, премирования, установления стимулирующих выплат за результаты производственной деятельности;
- установление зависимости размера заработной платы отдельных работников и коллективов от уровня выполнения показателей качества труда;
- систематическое информирование работников о достигнутых показателях качества труда;
- корректировку показателей качества труда на основе их систематического анализа.

Методической основой стимулирования качества труда являются нормативные и распорядительные документы, действующие в учреждении.

Организационной основой действующей системы стимулирования качества труда являются:

- 1) положения об оплате труда и премировании, где устанавливается порядок оплаты труда и премирования работников подразделений за выполнение основных производственных показателей;
- 2) положения о дополнительном премировании работников, которые стимулируют:
 - экономию ресурсов,
 - повышение производительности труда,
 - освоение новых видов технологий;
- 3) другие стимулирующие положения, не оказывающие влияния непосредственно на трудовой процесс, но, в конечном итоге, также положительно сказывающиеся на его результатах.

Основным источником средств для материального стимулирования качества труда является фонд заработной платы ме-

дицинского учреждения, формируемого за счет внебюджетных, заработанных средств.

К совершенствованию мотивации посредством материальных инструментов можем отнести:

- рост и стабильность заработной платы;
- применение системы бонусов (премий);
- использование компенсационного (социального) пакета;
- опцион в компании.

К совершенствованию мотивации посредством нематериальных инструментов можем отнести:

- применение системы переходящего титула на ограниченный период;
- применение системы почетных грамот, знаков отличия;
- размещение фотографий на Доске почета;
- награждение билетами в театр (с семьей);
- использование именных канцелярских принадлежностей

(бумага, папки, файлы и т. д.);

- оплату проезда;
- бесплатные обеды на неделю;
- совместные коллективные мероприятия (спорт и отдых).

Для сотрудников, основными мотиваторами которых является признание, карьера, статус, самоутверждение у руководителя, есть еще несколько вариантов нематериальных инструментов:

- участие в принятии решений;
- делегирование полномочий;
- участие в новых проектах;
- передача важного (ключевого) клиента.

В целях совершенствования мотивации сотрудников можно предложить следующие факторы воздействия:

- заработная плата;
- содержание труда;
- интенсивность труда;
- защита трудовых прав работника;
- порядок в медицинском учреждении;
- отношение руководства к сотруднику;
- взаимоотношения в коллективе;
- возможность повышения квалификации.

Улучшение условий труда для научного и медицинского персонала должно способствовать достижению следующих целей:

- повышению производительности труда, качества всей работы;
- сохранению здоровья трудящихся, снижению общей и профессиональной заболеваемости.

Необходимо оценить результативность внедрения системы мотивации.

На первом этапе, после объявления о введении системы мотивации и проведения презентации, можно отметить, что сотрудники стремились прояснить все вопросы, связанные с внедрением системы мотивации, уточняли свои должностные обязанности и принципы системы оплаты труда. Большой интерес был проявлен к параметрам нематериальной мотивации.

На этом этапе очень важно как можно лучше объяснить каждому работнику, каковы его обязанности, за что именно он будет получать константную и переменную части оплаты труда и какие задачи должен решать. Можно ожидать, что новая система мотивации побудит сотрудников к активным действиям.

Через месяц к первой зарплате, рассчитанной по новой системе, прилагается распечатка начислений, в которой будет четко указано, сколько и за что выплачено денег в этом месяце, какие списания (штрафы, авансы, НДФЛ) произведены. Подобная система удобна, поскольку дает возможность все просчитать самостоятельно. Отмечается также возросшая прозрачность и прогнозируемость зарплаты.

По прошествии шести месяцев ситуация в учреждении должна измениться в соответствии с пожеланиями, высказанными сотрудниками. Трудно провести четкую параллель между внедрением системы мотивации и произошедшими изменениями. Поскольку система мотивации рассчитана на годовой цикл, реальные результаты можно будет отследить через полтора года после внедрения. По прошествии шести месяцев можно отметить лишь некоторые положительные тенденции развития компании:

- изменение атмосферы в коллективе (предполагается уменьшение числа конфликтов);

– организационные изменения.

Сотрудники смогут вносить больше предложений по организации работы, часть которых будет использована. Сотрудникам станут понятнее принципы принятия решений и распределения финансовых средств. Отмечается также, что на решения руководителей будут больше влиять стратегические задачи компании и финансовые планы.

В заключение хотелось бы добавить, что система мотивации создается для того, чтобы сотрудник был заинтересован в выполнении задач, поставленных учреждением. Однако ни одна из созданных систем мотивации, как бы хороша она ни была, не является саморегулирующейся. Иными словами, для достижения нужного результата недостаточно одной заинтересованности сотрудника в своей работе. Любой системе нужен импульс. Система мотивации успешно работает благодаря деятельности руководителя.

Анализ выявленных проблем позволил рекомендовать для совершенствования кадровых технологий МУ два направления:

- внедрение электронной системы конкурсного отбора персонала;
- совершенствование системы мотивации на основе материальных и нематериальных инструментов.

Таким образом, можно сделать следующие выводы.

1. Социальное управление кадровым потенциалом медицинских организаций значительно отличается от управления персоналом других профессий и в других отраслях. В связи с этим и стратегия социального управления должна быть разработана с учетом, во-первых, особенностей личности медицинского работника, во-вторых, отличительных нормативных требований, в-третьих, важности и значимости деятельности каждого медицинского работника для отдельного человека и для общества в целом.

2. Кадровый потенциал в медицинских организациях системы здравоохранения – научные сотрудники, врачебный персонал, средний медицинский персонал и младший медицинский персонал – имеет свою специфику, связанную с профессиональными качествами работников, особенностями их медицинской деятельности.

3. Обобщенный сравнительный анализ социологического исследования подтверждает, что положение медицинских работников исследуемого Центра удовлетворительное, активно ведется непрерывное обучение без отрыва от работы, созданы хорошие условия для повышения профессиональной квалификации врачей и среднего медицинского персонала по всем специальностям. Повысилась мотивация труда, однако не вполне соответствует современным требованиям общества. Ответственность медицинских работников перед пациентами повысилась, чему способствовало получение дополнительных знаний этики, деонтологии и медицинского и трудового права.

4. Стресс для медицинских работников является фактором ухудшения самочувствия и негативного отношения к своей профессиональной деятельности. Для улучшения самочувствия медицинского персонала на своем рабочем месте, устранения стрессовых и конфликтных ситуаций необходима системная стратегия анализа организационных взаимодействий и выявления риск-факторов с целью своевременного принятия профилактических мер.

5. Эффективная система управления персоналом, основанная и разработанная для удовлетворения потребностей и ожиданий всех заинтересованных сторон, является важнейшей характеристикой современной медицинской организации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Создание офтальмологических кабинетов в Центрах здоровья (ЦЗ) – важный шаг в совершенствовании офтальмологической помощи в целом и реализации одного из главных направлений сохранения здоровья глаз – профилактического.

Проводимая работа и достигнутые результаты свидетельствуют о комплексном подходе и государственном видении всех структурных управленческих звеньев в реализации задач, поставленных перед здравоохранением Тюменской области.

Организация офтальмологических кабинетов в ЦЗ явилась новой возможностью населения получить информацию о ЗОЖ, узнать собственные факторы риска развития заболеваний органа зрения и получить информацию по их профилактике.

Представленный в работе алгоритм профилактического осмотра в офтальмологическом кабинете центра здоровья дает возможность медицинскому работнику провести качественный осмотр, выявить возможные риски развития офтальмологических заболеваний.

Разработанные школы здоровья пациентов по профилактике глаукомы, ВМД, компьютерного зрительного синдрома и синдрома сухого глаза позволяют мотивировать обратившихся граждан к здоровому образу жизни.

Предложена модель взаимодействия и преемственности в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений и центров здоровья для повышения качества и доступности оказания офтальмологической помощи.

Реализация программы по модернизации наркологической службы Свердловской области приведет к разрешению негативных моментов в службе. Проведение организационных мероприятий в специализированной службе помогут увеличить количество реабилитационных коек и число пациентов, вовлеченных в программы медико-социальной реабилитации, что повлияет на качество наркологической помощи, и продолжительность ремиссий у больных алкоголизмом.

Внедрение и совершенствование медико-социальной реабилитации приведет к открытию дополнительных государственных реабилитационных наркологических центров, что окажет влияние на качество реабилитационной помощи наркологическим больным.

С открытием наркологических отделений на базе соматических больниц приблизится специализированная помощь к населению территорий, отдаленных от учреждений государственной наркологической службы.

Развитие сотрудничества и преемственности государственных и негосударственных лечебных учреждений и реабилитационных центров улучшит мотивацию больных на лечебно-реабилитационный процесс. С внедрением современных методов лечения и реабилитации, в том числе создание наркологических бригад, повысит выявление лиц групп риска и проведение им качественной вторичной и третичной профилактики наркологической патологии.

Вовлечение государственных организаций (центры здоровья), сообществ и общественных организаций в проведение профилактической и санитарно-просветительской работы по пропаганде здорового образа жизни среди населения области, приведет к уменьшению числа лиц, зависимых от алкоголя.

Таким образом, комплексное создание единого организационно-технологического процесса оказания наркологической помощи будет способствовать реформированию наркологической службы Свердловской области, которая, согласно Указу Президента Российской Федерации «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», должна завершиться к 1 января 2016 года.

Управление кадрами - это непрерывный динамический процесс управления человеческими ресурсами, целью которого является оптимальная расстановка и использование сил на основе планирования, подбора, усовершенствования, распределения кадров, мотивации и регулярного объективного контроля и оценки труда. Очевидно, что цель управления персоналом состоит в непрерывном поиске путей, способствующих повышению эффективности труда. Эта цель достигается за счет внедрения прогрессивных форм организации труда и более рациональ-

ного использования имеющихся трудовых ресурсов. В известной мере, последнее подразумевает получение определенного экономического эффекта, поскольку в этом случае на достижение цели расходуется меньше материальных средств, но больше организационных усилий и управленческих способностей. Само существо деятельности по управлению персоналом фактически упраздняет конечную цель, поскольку ее целью является постоянное развитие и выявление потенциальных возможностей работников. Как всякий управленческий процесс, управление персоналом носит циклический характер. Практическую основу этой деятельности составляют регулярная и объективная информация о составе и динамике кадров, описание работ, подбор, расстановка и мотивация персонала, формулировка целей непрерывного обучения и его организация, планирование и организация развития карьеры, регулярная оценка эффективности выполняемых рабочих функций. Все эти элементы перечислены в последовательности, предполагающей их взаимную обусловленность. Однако это не абсолютное правило: следует учитывать особенности каждого конкретного случая, так или иначе, корректируя состав управленческой деятельности

Исследование процесса управления кадрами в государственных медицинских учреждениях позволяет сформулировать концептуальную модель этой деятельности, состоящую из четырех взаимообусловленных систем:

- система движения кадров,
- система вознаграждения за труд,
- система организации работы,
- система влияния сотрудников на организацию.

Внедрение в практику данной модели позволяет установить определенные рамки для проведения кадровой политики, когда любое решение, принимаемое в отношении какого-то специфического элемента в целостном процессе, должно осуществляться в тесной связи со всей совокупностью систем модели. По нашему мнению, неуспешность решений в сфере управления кадрами часто обусловлена именно тем, что те или иные компоненты подвергаются изменениям без учета взаимозависимости и взаимообусловленности всех компонентов модели.

В учреждениях здравоохранения для реализации программы развития кадров важно изучать и анализировать текущую информацию о состоянии персонала и его эффективности на уровне каждого подразделения. Для этой цели используют разные технические приемы. Мы рекомендуем вести специальные карты замены сотрудников. Такие карты очень удобны при вертикальном и горизонтальном перемещении сотрудников внутри организации, при условии компьютеризации отдела управления персоналом. Они дают возможность держать под постоянным контролем развитие карьеры каждого работающего в интересах организации. В таких картах целесообразно отражать уровень квалификации сотрудника, степень готовности к изменениям в его карьере (готовность к повышению личной ответственности, способность принимать самостоятельные решения, сотрудничать с более сложным коллективом и др.). Всей этой информацией должен владеть отдел управления персоналом, чтобы быть готовым предоставить ее по требованию руководства.

Очень важным является вопрос об исключении дискриминации при наборе персонала по половой, возрастной, религиозной, национальной и расовой принадлежности кандидатов на рабочие места. Например, в законодательстве о труде многих стран, в том числе России, предусмотрена защита прав лиц предпенсионного возраста, когда введение дискриминационных ограничений (например, при подаче объявлений о вакансиях) лишает права на труд многих из этих людей, часто имеющих высокий уровень профессиональной квалификации, жизненный опыт. Иногда единственной причиной отказа соискателям является их возраст, предпочтение отдают молодым, неопытным, малоквалифицированным работникам, которым можно установить низкую зарплату и предъявить высокие требования. Ущерб, наносимый экономике государства, очевиден, т. к. в погоне за более дешевой рабочей силой и более покладистыми работниками постоянно снижается профессиональный уровень труда, растут безработица и демотивация к творческому труду.

При формировании руководящего звена учреждения, «молодой» возраст соискателя становится основной причиной отказа. В медицине и науке, до недавнего времени специалистов

Заключение

до «предпенсионного» возраста не принимали в расчет при решении важных, в том числе кадровых задач. Средний возраст членов академии медицинских наук – 67,8 года.

Еще один вид дискриминации касается возможности получить рабочее место, т. е. быть допущенным к практической деятельности в интересующей специалиста области, когда, например, решение о допуске принимается на основании результатов тестирования качеств, не относящихся к профессиональным.

Дискриминацией можно также назвать установление очень низкого стартового уровня заработной платы или выставление обязательным условием принадлежность к какой-либо определенной категории населения (пол, регистрация, национальность и др.).

Дискриминацией можно назвать обязательное знание английского (или иного негосударственного) языка при найме в государственное медицинское учреждение.

Другим важнейшим аспектом этой проблемы является дискриминация, проявляемая в пренебрежительном отношении к работнику, несмотря на его добросовестное и квалифицированное исполнение работы. Сотруднику могут часто давать задания, не соответствующие его квалификации, тормозить процесс развития карьеры, формировать вокруг него атмосферу недоверия и скептического отношения к любой его работе и др.

Отдел управления персоналом медицинского учреждения должен постоянно держать под контролем развитие производственных отношений и стараться не допускать подобных перекосов. Опытный и грамотный кадровик всегда найдет возможность деликатно, но настойчиво и аргументировано подсказать руководителю линию поведения, устраняющую любую дискриминацию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Нормативно-правовая литература

1. Конституция Российской Федерации (в ред. от 19 янв. 2009 г.) // Рос. газ. – 2009. – 21 янв. (№ 7 (4831)).
2. Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года : распоряжение Правительства Рос. Федерации от 30.12.2009 № 2128-р. – М., 2009.
3. Концепция модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года : метод. рекомендации М-ва здравоохранения Рос. Федерации от 04.04.2013 № 14-5/10/1-1567. – М., 2013.
4. Концепция формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний в Свердловской области на период до 2020 года : постановление Правительства Свердл. обл. от 20.05.2009 № 557-ПП. – Екатеринбург, 2009.
5. О занятости населения в Российской Федерации (с изм. и доп.): федер. закон Рос. Федерации от 19.04.1991 № 1032-1 // ГАРАНТ : справ.-правовая система.
6. О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 18 мая 2009 г. № 413 «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» : приказ Минздравсоцразвития России от 10.06.2009 № 302н. // КонсультантПлюс : справ.-правовая система.
7. О надзоре за алкогольной продукцией : постановление Роспотребнадзора Рос. Федерации № 46 от 29.06.2009. – М., 2009.
8. О рабочей группе Минздравсоцразвития России по нормативно-методическому обеспечению реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака : приказ Минздравсоцразвития России № 418 от 08.07.2009 // КонсультантПлюс : справ.-правовая система.
9. О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения : указ Президента Рос. Федерации от 07.05.2012 № 598. – М., 2012. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <http://lib3.podelise.ru/docs/5622/index-118630.html>. – Загл. с экрана.

10. О совершенствовании работы офтальмологических кабинетов Центров здоровья для взрослых : приказ Департамента здравоохранения Тюменской области и ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер» от 08.12.2012 № 314ос. // КонсультантПлюс : справ.-правовая система.

11. О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака : постановление Правительства Рос. Федерации от 18.05.2009 № 413 // ГАРАНТ : справ.-правовая система.

12. О финансовом обеспечении в 2010 г. мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака : постановление Правительства Российской Федерации № 1157и от 31.12.2009. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_96320/. – Загл. с экрана.

13. Об организации деятельности Центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака : приказ Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 № 597н (в ред. приказов Минздравсоцразвития Рос. Федерации от 08.06.2010 № 430н, от 19.04.2011 № 328н, от 26.09.2011 № 1074н) // КонсультантПлюс : справ.-правовая система. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_122037. – Загл. с экрана.

14. Об организации деятельности Центров здоровья в Тюменской области : приказ Департамента здравоохранения Тюмен. обл. и Департамента здравоохранения Администрации г. Тюмени от 09.09.2010 № 142а/480 // КонсультантПлюс : справ.-правовая система.

15. Об организации деятельности Центров здоровья в Тюменской области : приказ Департамента здравоохранения Тюменской области и Департамента здравоохранения Администрации г. Тюмени от 23.12.2011 № 596 ос/26-34-623// КонсультантПлюс : справ.-правовая система.

16. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ : принят Гос. Думой 1 нояб. 2011 г. : одобрен Советом Федерации 9 нояб. 2011 г. : вступ. в силу 22 нояб. 2011 г. (ред. от 23.07.2013 с изм., вступ. в силу с 03.08.2013) // Рос. газ. – Федер. вып. № 5639. – 23 нояб.

Список литературы

17. Об утверждении Программы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по повышению эффективности бюджетных расходов и качества финансового менеджмента на период до 2012 года, плана повышения эффективности бюджетных расходов и качества финансового менеджмента на период до 2012 года Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и графика его реализации : приказ М-ва здравоохранения и соц. развития Рос. Федерации от 11 авг. 2011 г. № 908. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/55072061/> (дата обращения 20.06.2013 г.). – Загл. с экрана.

18. Областная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в Свердловской области на 2011–2015 годы» : постановление Правительства Свердл. Обл. от 11.10.2010 № 1481-ПП. – Екатеринбург, 2010.

19. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22.07.1993 (с изм. и доп.). – Ст. 61. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/1993/08/19/osnovy-zdorovya-dok.html>. – Загл. с экрана.

20. Правилами предоставления в 2010 году субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с закупкой оборудования для учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждений здравоохранения муниципальных образований в целях реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака : постановление Правительства Рос. Федерации от 31.12.2010 № 1237 // КонсультантПлюс : справ.-правовая система. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_96320/. – Загл. с экрана.

21. Региональная программа «Модернизация здравоохранения Свердловской области на 2011–2012 годы» : постановление Правительства Свердл. области от 02.11.2011 № 1525-пп. – Екатеринбург, 2011.

22. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года : указ Президента Рос. Федерации от 12.05.2009 № 537. – М., 2012.

23. Трудовой кодекс Российской Федерации (ТК РФ) : федер. закон от 30.12.2001 № 197-ФЗ : (принят Гос. Думой Федер. Собрания Рос. Федерации 21.12.2001) // ГАРАНТ : справ.-правовая система.

24. Федеральная целевая программа «Профилактика слепоты и слабовидения в Российской Федерации» на 2011–2015 гг. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <http://www.eyepress.ru/article.aspx?8467>. – Загл. с экрана.

25. Целевая областная программа «Молодежь Свердловской области» на 2011–2015 годы : постановление Правительства Свердл. обл. от 11.10.2010 № 1480-ПП. – Екатеринбург, 2010.

26. Целевая областная программа «Совершенствование оказания медицинской помощи населению, предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на территории Свердловской области» на 2011–2015 годы : постановление Правительства Свердл. обл. от 11.10.2010 № 1473-ПП. – Екатеринбург, 2010.

Научная литература

27. Аладышева, А. С. Перспективы финансирования системы здравоохранения в РФ / А. С. Аладышева // Международная конференция студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов – 2008 г.» : сб. тез. – Т. II. – М., 2010. – 299 с.

28. Анашкин, О. Конфликты в воинских коллективах / О. Анашкин, О. Лебедев // Ориентир. – 2007. – № 5.

29. Андреев, В. И. Конфликтология: искусство спора, ведения переговоров, разрешения конфликтов / В. И. Андреев. – М. : Нар. образование, 1995. – 127 с.

30. Афанасьева, Е. Ю. Центры здоровья – главное направление национальной стратегии профилактики и формирования здорового образа жизни / Е. Ю. Афанасьева, В. Н. Преображенский, Т. В. Беганова, Н. А. Касимовская // Справочник врача общей практики. – 2012. – № 2. – С. 39–41.

31. Бегичев, Б. К. Трудовая правоспособность советских граждан / Б. К. Бегичев. – М. : Юрид. лит., 1972. – 154 с.

32. Бобков, В. Н. Рынок труда / В. Н. Бобков, Б. Д. Бреев, В. С. Буланов. – М. : «Филинь», 2007. – 479 с.

33. Бобылев, Ю. А. Менеджмент / Ю. А. Бобылев. – М. : «Мысль», 2008. – 547 с.

34. Бойцов, С. А. О первых результатах работы центров здоровья / С. А. Бойцов // Главврач. – 2012. – № 2. – С. 33–41.

35. Браверман, А. Интегральная оценка результативности предприятий / А. Браверман, А. Саулин // Вопросы экономики. – 2008. – № 6. – С. 3–11.

Список литературы

36. Брынцалов, Я. Ю. Управление персоналом / Я. Ю. Брынцалов. – М. : «Пересвет», 2010. – 397 с.
37. Бункина, М. К. Макроэкономика : учебник / М. К. Бункина, В. А. Семенов. – М. : ДИС, 2010. – 320 с.
38. Буранов, С. Психология межличностного общения / С. Буранов, С. Баклановский // Ориентир. – 2008. – № 4. – С. 59–63.
39. Бурдыгина, Е. А. Предложения по формированию финансовой модели социального страхования в Российской Федерации / Е. А. Бурдыгина // Всероссийская научно-техническая конференция «Реформирование экономики, социальной сферы и образования России: направления, проблемы, перспективы», г. Пенза, 2007 : сб. ст. – Пенза, 2007.
40. Бурый, И. Ф. Краткий исторический очерк развития психиатрической, наркологической и психотерапевтической службы на среднем Урале / И. Ф. Бурый, С. И. Ворошилин // Вопросы общей и пограничной психиатрии. – Екатеринбург, 1995. – С. 11–34.
41. Венедиктов, Д. Д. Очерки системной теории и стратегия здравоохранения / Д. Д. Венедиктов. – М. : [Б. и.], 2008. – 336 с.
42. Виханский, О. С. Стратегическое управление : учебник / О. С. Виханский. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Гардарика, 1998. – 296 с.
43. Виханский, О. С. Менеджмент / О. С. Виханский, А. И. Наумов. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : Экономистъ, 2006. – 670 с.
44. Вялков, Л. И. Политика и стратегия профилактики заболеваний и укрепления здоровья в современном обществе / Л. И. Вялков // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2003. – № 1. С. 3–7.
45. В центр здоровья – проверить зрение! // Тюменское детство. – 2011. – № 6 (51). – С. 3.
46. Выступление министра Татьяны Голиковой на расширенном заседании коллегии Минздравсоцразвития России 16 марта 2012 г. // Главврач. – 2012. – № 6. – С. 4–13.
47. Герчикова, И. Н. Менеджмент : учебник / И. Н. Герчикова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Банки и биржи : ЮНИТИ, 2011. – 480 с.
48. Главный внештатный специалист Владимир Владимирович Нероев // Здравоохранение. – 2010. – № 4.
49. Глазунов, И. С. Риск сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний и его оценка при массовых обследованиях населения и в профилактических программах / И. С. Глазунов // Обзорная информация : Медицина и здравоохранение. – М. : Мединформ,

1989. – 88 с. – (Серия «Социальная гигиена и управление здравоохранением»; вып. 4).

50. Голенков, А. В. Организация центра здоровья на базе городской клинической больницы / А. В. Голенков [и др.] // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – 2012. – № 11. – С. 18–25.

51. Герчигова, И. Н. Менеджмент : учебник / И. Н. Герчигова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Банки и биржи : ЮНИТИ, 2011. – 480 с.

52. Греков, М. Д. Менеджмент / М. Д. Греков. – М. : «Дело», 2009. – 509 с.

53. Гришин, Р. И. Менеджмент / Р. И. Гришин. – Кн. 1. – М. : «Аист», 2010 2009. – 465 с.

54. Департамент здравоохранения Тюменской области. Новости пресс-центра. Тюменские «Центры здоровья» пользуются большим спросом. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <http://www.dzto.ru/55/501>. – Загл. с экрана.

55. Доклад Министра Т. Голиковой на расширенном заседании коллегии Минздравсоцразвития РФ от 26.03.2009. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <http://www.minzdrBV50c.ru>. – Загл. с экрана.

56. Дробич, М. С. Экономическая теория для учащихся в ВУЗах / М. С. Дробич. – Киев : «Звин-К», 2009. – 399 с.

57. Евенко, Л. И. Эволюция концепций управления человеческими ресурсами / Л. И. Евенко // Стратегия развития персонала : материалы конференции. – Н. Новгород, 2004. – 43 с.

58. Егорова, А. Г. Здоровье сельского трудоспособного населения республики Саха (Якутия) по результатам выездных медико-социальных исследований / А. Г. Егорова, П. Ф. Кичу // Бюллетень СО РАМН. – 2010. – Т. 30, № 1. – С. 43–47.

59. Здравоохранение. Формирование здорового образа жизни. Министр Татьяна Голикова: Центры здоровья будут служить инфраструктурой для ведения здорового образа жизни. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/health/zozh/5>. – Загл. с экрана.

60. Зенцов, Ю. Управление персоналом в условиях мирового кризиса / Ю. Зенцов // Проблемы экономики. – 2009. – Апрель (№ 53).

61. Иванцевич, Дж. М. Человеческие ресурсы управления / Дж. М. Иванцевич, А. А. Лобанов. – М. : Дело, 2010. – 509 с.

62. Игнатьева, В. В. Исследование систем управления : учеб. пособие для вузов / В. В. Игнатьева, М. М. Максимцов. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2008. – 67 с.
63. Инновационная экономика: занятость, трудовая мотивация, эффективность труда / Л. С. Чижова, Е. С. Садовая, В. В. Кузьмин [и др.] ; под ред. Л. С. Чижовой. – М. : Экономика, 2011. – 430 с.
64. Калинина, А. М. Прогностическая значимость поведенческих привычек (курения, употребления алкоголя, двигательной активности) в популяции мужчин 40–59 лет Москвы / А. М. Калинина, Л. В. Чазова // Территориальный архив. – 1991. – № 1. – С. 20–24.
65. Кибанов, А. Мотивы соучастия персонала в деятельности организации и модели корпоративного управления / А. Кибанов // Кадровый менеджмент. – 2008. – № 12. – 134 с.
66. Киселёв, И. Я. Сравнительное трудовое право : учебник / И. Я. Киселёв. – М. : ТК Велби : Проспект, 2005. – 360 с.
67. Китов, А. И. Психология хозяйственного управления / А. И. Китов. – М., 2012. – 401 с.
68. Кнорринг, В. И. Теория, практика и искусство управления : учеб. для вузов / В. И. Кнорринг. – М. : АСТ, 2009. – 359 с.
69. Кодексы США. – Электрон текстовые дан. – Режим доступа: <http://www.gpoaccess.gov/uscode/browse.html> (дата обращения 20.06.2013 г.). – Загл. с экрана.
70. Колосова, Р. П. Экономика персонала / Р. П. Колосова, Т. Н. Василюк, М. В. Артамонова, М. В. Луданик. – М. : Инфра-М, 2010. – 896 с.
71. Коротков, Ю. А. Организация и функционирование современных центров здоровья / Ю.А. Коротков, А.А. Слугин, Л.А. Сковердяк // Главврач. – 2010. – № 11. – С. 25–33.
72. Кривонов, О. В. Порядок организации деятельности Центра здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака / О. В. Кривонов. – 2009. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: www.mmzdravsoc.ru. – Загл. с экрана.
73. Кутумова, О. Ю. Деятельность центров здоровья Сибирского федерального округа в свете статистики / О. Ю. Кутумова, Б. Э. Горный // Профилактическая медицина. – 2011. – № 5. – С. 36–39.
74. Куярова, Л. А. Управление брендом : учеб. пособие / Л. А. Куярова. – М. : Моск. ун-т, 2013. – 256 с.
75. Ланкин, В. Е. Менеджмент организации / В. Е. Ланкин. – Таганрог : ТРТУ, 2010. – 439 с.

Список литературы

76. Лапатин, В. Стиль руководства менеджера / В. Лапатин // Evolution. – 2009. – № 83.
77. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. пособие для вузов / Ю. П. Лисицын ; под ред. А. И. Вялкова. – 3-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 664 с.
78. Личность в системе управления // Психология управления. – 2009. – 13 июня. – С. 2.
79. Лэг, Т. Мотивация персонала / Т. Лэг // Персонал. – 2009. – 18 сент.
80. Лядов, К. В. Новые направления работы центров здоровья в Российской Федерации / К. В. Лядов [и др.] // Клиническая медицина. – 2010. – № 6. – С. 73–74.
81. Маршев, В. И. История управленческой мысли / В. И. Маршев. – М. : Инфра-М, 2005. – 731 с.
82. Маркетинг : учебник / под ред. В. В. Герасименко. – 2-е изд., доп. и перераб. – М. : Инфра-М, 2010. – 416 с. – («Учеб. экон. фак. МГУ им. М. В. Ломоносова»). – Гриф УМО вузов России.
83. Масалов, Я. Стили руководства / Я. Масалов // Психология профессионального образования. – 2007. – № 9.
84. Матюхин, О. Эволюция теорий мотивации / О. Матюхин // Директор по персоналу. – 2006. – № 1.
85. Мескон, Майкл Х. Основы менеджмента / Майкл Х. Мескон, Майкл Альберт, Ф. Хедоури : пер. с англ. – 3-е изд. – М. : ООО «И. Д. Вильямс», 2007. – 539 с.
86. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации : [офиц. сайт]. – Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru>.
87. Министерство финансов : [офиц. сайт]. – Режим доступа: http://www1.minfin.ru/ru/budget/federal_budget/ (дата обращения: 20.06.2013 г.).
88. Мошкова, В. Зарубежный опыт оценки персонала (США, Япония) / В. Мошкова // Центр кадровой технологии. – 2010. – 25 апр. (№ 23).
89. Назарьев, А. А. Деятельность центра здоровья (на примере ГОАУЗ «Мурманский областной центр восстановительной медицины и реабилитации») / А. А. Назарьев // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2012. – № 1 (11). – С. 48–50.
90. Нероев, В. В. Основные пути развития офтальмологической службы Российской Федерации : докл. Гл. офтальмолога Минздравсоцразвития Рос. Федерации на IX съезде офтальмологов России

Список литературы

/ В. В. Нероев. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <http://www.euepress.ru/>. – Загл с экрана.

91. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2008–2009 годах : стат. сб. / М-во здравоохранения и соц. развития РФ, ФГБУ «Нац. науч. центр наркологии Минздравсоцразвития России». – М., 2010.

92. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2010–2011 годах : стат. сб. / М-во здравоохранения и соц. развития Рос. Федерации, ФГБУ «Нац. науч. центр наркологии Минздравсоцразвития России». – М., 2012.

93. Патрушев, В. Д. Методологические и методические вопросы изучения бюджета времени / В. Д. Патрушев. – М. : Наука, 2000. – 219 с.

94. Перов, Н. В. Организация управленческого труда / Н. В. Перов. – М. : ИНФРА, 2011. – 569 с.

95. Пищита, А. Н. Организация деятельности центров здоровья по управлению здоровьем человека / А. Н. Пищита // Фарматека. – 2010. – № 12. – С. 101–105.

96. Пороховский, А. А. Вектор экономического развития / А. А. Пороховский. – М. : ТЕИС, 2007. – 304 с.

97. Расходы на образование в 2010 году увеличатся на 7,3 % // РИА-Новости. – 2010. – 23 дек. – С. 34.

98. Российская газета + Вести-24 : Центры здоровья. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2009/10/20/vesti-zdorovye.html>. – Загл. с экрана.

99. Рошин, С. Ю. Теория рынка труда / С. Ю. Рошин, Т. О. Разумова. – М. : Экон. фак. МГУ, 1999. – 199 с.

100. Рошин, С. Ю. Экономика труда: экономическая теория труда : учеб. пособие / С. Ю. Рошин, Т. О. Разумова. – М. : ИНФРА-М, 2001. – 400 с.

101. Румянцева, Е. Е. Новая экономическая энциклопедия / Е. Е. Румянцева. – М. : ПРИОР, 2010. – 469 с.

102. Сабуров, С. С. Менеджмент / С. С. Сабуров. – М. : АСТ-Пресс, 2010. – 399 с.

103. Савицкая, Г. В. Экономический анализ / Г. В. Савицкая. – 11-е изд., испр. и доп. – М. : Новое знание, 2010. – 651 с.

104. Серегин, П. Современные концепции мотивации / П. Серегин // Кадры. – 2009. – 21 марта.

105. Синк, С. Д. Управление производительностью: планирование, измерение и оценка, контроль и повышение / С. Д. Синк. – М. : Прогресс, 2009. – 399 с.

Список литературы

106. Служба управления персоналом организации // Webarhimed.ru : [сайт]. – 2010.
107. Современный менеджмент : учебник / под ред. М. М. Максимцева, В. Я. Горфинкеля. – М. : ИНФРА-М, 2012. – 299 с. – (Вуз. учеб.).
108. Стаховский, С. С. Кадровый менеджмент / С. С. Стаховский. – М. : Дрофа, 2011. – 999 с.
109. Токарская, Н. М. Стратегия фирмы в области управления человеческими ресурсами: зарубежный опыт / Н. М. Токарская, Н. Г. Солодова ; ИГЭА. – Иркутск, 2010. – 399 с.
110. Топурия, Н. Л. Управленец в условиях современного рынка / Н. Л. Топурия // Российское предпринимательство. – 2008. – № 9 (21). – С. 70–71.
111. Трудовое право России : учебник / под ред. А. М. Куренного. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Изд. дом «Правоведение», 2008. – 493 с.
112. Тюленева, Н. К вопросу об оптимизации стимулов к труду / Н. Тюленева // Человек и труд. – 2006. – № 3. – С. 67–81.
113. Ульянова, М. А. Менеджмент / М. А. Ульянова. – М. : «Лотос-ПроФФ», 2012. – 369 с.
114. Уровень обеспечения населения образованием, здравоохранением и жильем // РА – Пресс. – 2011. – С. 28.
115. Ухович, Д. О. Менеджмент / Д. О. Ухович. – М. : АСТ, 2012. – 408 с.
116. Фаминовский, Д. А. Управление персоналом / Д. А. Фаминовский. – М. : Дрофа, 2010. – 401 с.
117. Филина, Ф. Н. В помощь руководителю: стили управления персоналом / Ф. Н. Филина // Российский бухгалтер. – 2009. – 7 нояб. – С. 11.
118. Филонов, Я. Б. Реструктуризация предприятий / Я. Б. Филонов. – М. : «ЭУСМО-ПРЕСС», 2011. – 367 с.
119. Харитонов, С. Д. Менеджмент на предприятии / Харитонов. – М. : «Мысль-М», 2007. – 358 с.
120. Харламов, В. О. Менеджмент / В. О. Харламов. – М. : «Альфа-Пресс», 2011. – 429 с.
121. Центры здоровья Тюмени. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <http://www.nedugamnet.ru/content/tsientry-zdorov-iatiumieni-tiemy-adriesa-tsientrov-zdorov-ia-tieliefony-tsientrov-zdorov-ia>. – Загл. с экрана.
122. http://uk.fm.dk/publications/2002/the-danish-economy_-2002/5-denmark-and-the-eu/

Список литературы

123. http://copy.yandex.net/?lang=ru&fmode=envelope&tld=ru&text=Ministry%20of%20the%20Interior%20and%20Health%202005&url=http%3A%2F%2Fwww.euro.who.int%2F_data%2Fassets%2Fpdf_file%2F0006%2F80583%2FE91190R.pdf&lr=194&l10n=ru&mime=pdf&sign=b5e836669adc6b5ec8a4ad4786a98783&keyno=0

124. <http://www.oecd.org/>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Эволюция теорий мотивации и стимулирования

Период времени	Описание
330 г. до н. э.	Аристотель считал, что людьми движут 12 независимых друг от друга мотивов-целей. В его списке: уверенность, удовольствие, накопление, величие, честь, амбиции, терпение, искренность, беседа, социальный контакт, умеренность и работа
1637 г.	Декарт считал, что все человеческое поведение определяется шестью основными мотивами: любопытством, любовью, ненавистью, желанием, радостью и грустью
1911 г.	Эдуард Ли Торндайк предложил теорию вознаграждения и наказания: поведение, за которое человек получает награду, постепенно становится все более типичным. А поведение, за которое наказывают, вскоре «прекращается»
1916 г.	Зигмунд Фрейд встряхнул мир, заявив, что человеком движет стремление к сексу и власти
1926 г.	Уильям Макдугалл выделил 20 основных мотивов человеческого поведения
1938 г.	Генри Мюррей предложил новую интерпретацию теории Макдугалла, переименовав мотивы в психологические потребности (от потребностей в поддержке, сексе, опеке до потребностей в самоунижении, достижении, агрессии)
1943 год:	Кларк Халл выделил четыре мотива, определяющих человеческое поведение: голод, жажду, сексуальное влечение и стремление избежать боли
1943 год:	Пирамида потребностей Абрахама Маслоу
1945 год:	Рассел объяснил человеческое поведение стремлением получить удовольствие и избежать боли
1959 год:	Роберт Уайт предложил теорию компетентностной мотивации. Чтобы достичь самореализации, человек стремится компетентно справляться с жизненными проблемами

Приложения

Окончание приложения А

Период времени	Описание
1985 г.	Эдвард Деси и Ричард Райан считают, что у человеческого поведения есть только один внутренний мотив: люди занимаются тем, что доставляет им удовольствие
1990 г.	Михали Чикжентмихалий, сторонник идеи о том, что удовольствие – единственный внутренний мотив, который движет людьми, ввел понятие «flow» (наиболее близкое по смыслу русское слово – «блаженство»). Это особенный вид удовольствия, стремление к которому и определяет человеческое поведение
1995 г.	Винер также назвал стремление к удовольствию единственным внутренним мотивом, который движет людьми

Приложение Б

Показатели, характеризующие систему управления в медицинских учреждениях

Показатели	Ед. изм.	План	Факт
Элементы, характеризующие систему управления			
Функции управления			
Коэффициент закрепления функций		(от 0 до 1.0)	
Уровень централизации функций управления	коэффициент	(от 0 до 1.0)	
Коэффициент дублирования функций		(от 0 до 1.0)	
Коэффициент параллельности управленческих функций	коэффициент	(от 0 до 1.0)	
Организационная структура управления			
Коэффициент обеспеченности управленческими кадрами предприятия в целом	коэффициент	(от 0 до 1.0)	
Коэффициент пропорциональности оргструктуры	коэффициент	(от 0 до 1.0)	
Удельный вес управленческого персонала в общем составе работающих	%	(до 100)	
Кадровое обеспечение системы управления			
Средний возраст управленческого персонала	Лет		
Обеспечение управленческого персонала нормативно-справочной документацией	%	(до 100)	
Обеспечение плановой документацией	%	(до 100)	

Продолжение приложения Б

Показатели	Ед. изм.	План	Факт
Методическое обеспечение			
Уровень обеспеченности системы управления регламентирующей и методической документацией	%	(до 100)	
Уровень качества применяемых методов управления	%	(до 100)	
Техническое обеспечение			
Укомплектованность средствами технического обеспечения	%	(до 100)	
Затраты на приобретение средств технического обеспечения	Млн руб.		
Уровень учета и контроля исполнения управленческих решений	%	(до 100)	
Технология процессов управления			
Средняя трудоемкость выполнения процессов управления	Час	В среднем 760	
Удельный вес процедур и операций творческого характера	%	(до 100)	
Удельный вес процедур и операций рутинного характера	%	(до 100)	
Удельный вес процедур и операций выполняемых последовательно	%	(до 100)	

Окончание приложения Б

Показатели	Ед. изм.	План	Факт
Управленческие решения			
Количество принимаемых решений	Шт.	500	
Своевременность принятия решения	Коэффициент	(от 0 до 1,0)	

Приложения

Приложение В

Вопрос	Ответ	Психологический климат (положительный или отрицательный)
Каким образом построения система принятия решений?		
Как Вы можете охарактеризовать ваши отношения с руководством?		
Какое место Вы бы отвели себе в коллективе?		
Какие бы Вы охарактеризовали социально-психологический климат в вашем коллективе медицинского Центра?		
Составьте руководящий портрет вашего руководителя		
Какие наиболее яркие черты характера руководителя Вы можете выделить?		
Как ваш руководитель относится к опозданиям и мелким нарушениям?		
Как Вы можете охарактеризовать ваши отношения с руководством?		

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ



БАБУШКИНА Екатерина Ивановна, кандидат медицинских наук, врач-психиатр высшей квалификационной категории, преподаватель Уральского научно-практического центра медико-социальных и экономических проблем здравоохранения (г. Екатеринбург).

Область интересов: вопросы организации, улучшения качества и доступности наркологической помощи в субъекте Федерации, а также вопросы профилактики и реабилитации больных алкоголизмом.

30 лет проработала в здравоохранении Свердловской области.

Автор более 10 научных работ, посвященных проблемам региональной наркологии.

Регулярно участвует в международных и российских научно-практических конференциях, симпозиумах.

ГАЙДАРОВА Ажа Халидовна,

доктор медицинских наук, руководитель отдела гинекологии ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» МЗ РФ, г. Москва, Россия

Врач акушер-гинеколог, врач физиотерапевт, сертифицированный специалист по контурной пластике аногенитальной зоны у женщин и лазеротерапии.

Более 20 лет работает по специальности. За годы своей врачебной деятельности освоила все виды гинекологических операций, манипуляций, включая эндоскопические методы диагностики и лечения в гинекологии, slingовые малоинвазивные операции при стрессовом недержании мочи. Имеет смежные специализации по кольпоскопии, гинекологической эндокринологии, УЗИ диагностики в гинекологии, лазеротерапии, терапии дисфункций тазового дна. Высоквалифицированный специалист экспертного класса, постоянно повышающий свой профессиональный уровень в области оперативной и консервативной гинекологии, восстановительной медицины, медицинской реабилитации в гинекологии.

Является членом Российского общества акушеров гинекологов, членом Общества репродуктивной медицины и хирургии и Российской ассоциации эндометриоза и членом Российской ассоциации гинекологов-эндокринологов.

Является автором более 100 работ в отечественной и зарубежной литературе, организатором и участником научных конференций, форумов, круглых столов, семинаров.

Выпускница экономического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова по Программе МВА (2011–2013), специализация «Кадровая политика в государственных учреждениях медицинского профиля».





ДОЛГОВА Ирина Генриховна, главный внештатный офтальмолог Департамента здравоохранения Тюменской области, главный врач ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер», кандидат медицинских наук, доцент кафедры офтальмологии ФПК и ППС ГОУ ВПО «Тюменская государственная академия».

Область интересов охватывает вопросы организации и улучшения качества и доступности офтальмологической помощи региона.

В послужном списке: участие и патронаж Многоцентрового международного исследования «Исследование эффективности и безопасности препарата “Lucentis” путем индивидуального лечения пациентов и наблюдения за исходами заболевания», выступления на межрегиональных, областных и всероссийских научно практических конференциях, подготовка и проведение офтальмологической секции VII Терапевтического форума «Актуальные вопросы диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний внутренних органов», проведение в ежеквартальном режиме Дней офтальмологов и научно-образовательных конференций с Интернет-трансляцией на межрегиональные центры для врачей-офтальмологов учреждений здравоохранения г. Тюмени и Тюменской области, разработка и внедрение методических руководств, публикации по актуальным проблемам офтальмологии в ведущие ВАК-рецензируемые журналы РФ «Вестник офтальмологии», «Глаукома», «Клиническая офтальмология», «Офтальмологические ведомости», «Наука и образование Урала».

КИМПАЕВ Ильяс Ахмедович, выпускник ФГУ МГУ им. М.В. Ломоносова, специальность: «Государственное и муниципальное управление», аспирант кафедры экономической теории факультета государственного и муниципального управления МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия



Область научных интересов: научная и педагогическая деятельность в рамках курса «Экономическая теория», анализ рынка IPO в России в условиях мирового финансового кризиса, анализ состояния развития инфраструктуры в городах РФ, анализ деятельности российских девелоперов на фондовом рынке, сбор информации о финансовых показателях текущих проектов крупнейших девелоперов в России. Высокий уровень теоретических знаний по привлечению долевого финансирования. Свободное владение английским и немецким языками.

МАЛИШЕВСКАЯ Татьяна Николаевна, заместитель главного врача ГАУЗ ТО «Областной офтальмологический диспансер» по организационно-методической работе, кандидат медицинских наук.

Область научных интересов охватывает вопросы диспансерного наблюдения первичной открытоугольной глаукомы, анализа эпидемиологических особенностей и распространенности глаукомы в Тюменском регионе.





РАЗУМОВА Татьяна Олеговна,

доктор экономических наук, профессор, заместитель заведующего кафедрой экономики труда и персонала экономического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва, Россия.

Обладатель Почетного звания «Заслуженный преподаватель Московского Университета» (2008 г., решение Совета Московского университета).

Область интересов:

Признанный эксперт в сфере труда и социально-трудовых отношений.

Принимает активное участие в международном сотрудничестве с зарубежными учеными и специалистами, а также в реализации образовательных программ для иностранцев. Ею подготовлены и успешно читаются на английском языке курсы “Labor Economics” и “Organizational Behavior”.

Имеет успешный опыт преподавания в зарубежных университетах:
– в 2010–2011 гг. читала курс «Экономика труда» в Университете Джордж Мейсон (США),

– в 2011 г. – курс “Doing business in Russia” в Мюнхенской школе бизнеса (ФРГ),

– в 2013 г. – курс “Labor Economics” в Университете Фудан (КНР).

«Экономика труда», «Экономика», «Менеджмент», «Экономика социальной сферы, труда и народонаселения»; курс «Человеческое развитие», курс «Управление персоналом» – научная и педагогическая деятельность в рамках указанных курсов на экономическом факультете МГУ им. М.В. Ломоносова.

Под научным руководством профессора Т.О. Разумовой успешно защищены 9 диссертаций на соискание ученой степени кандидата экономических наук.

Автор более 100 научных и учебно-методических работ. Является соавтором учебных пособий «Человеческое развитие» (2008), «Формы занятости населения в инновационной экономике» (2008) и «Экономика знаний» (2008), «Основы национальной экономики» (2009), а также изданного в 2011 г. учебного пособия «Экономика и управление».

ЧЕРНОВА Татьяна Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора Уральского научно-практического центра медико-социальных и экономических проблем здравоохранения (г. Екатеринбург).

Область интересов: проблемы эффективности в системе здравоохранения, в том числе в лечебно-профилактических учреждениях.

Стаж научно-педагогической работы составляет 32 года, в том числе стаж педагогической работы в образовательных организациях высшего профессионального образования и дополнительного профессионального образования – 32 года.

Читает лекционные курсы по программам дополнительного профессионального образования «Организация здравоохранения и общественное здоровье», «Менеджмент в здравоохранении» для руководителей органов и учреждений здравоохранения.

Подготовила в качестве научного руководителя 4 кандидатов наук по специальности 14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение.

Имеет 178 публикаций, из них 34 учебно-методических работы и 144 научных, используемых в педагогической практике.

Имеет несколько международных сертификатов, прошла обучение и имеет диплом об окончании Университета г. Манчестера по программе «Программа обучения преподавателей по менеджменту в сфере здравоохранения».

Принимает постоянное участие в научно-практических конференциях, симпозиумах, в том числе международных, в коллегиях и совещаниях Министерства здравоохранения Свердловской области.



М74

Модернизация здравоохранения: интеграция отечественного и зарубежного опыта [Текст] : коллектив. моногр. / авт. коллектив: И. Г. Долгова [и др.] ; АНО содействия развитию соврем. отечеств. науки **Изд. дом «Науч. обозрение».** – М. : ООО «Буки Веди», 2014. – 164 с. – Библиогр.: с. 140–150. – Прил.: с. 151–157.

ISBN 978-5-4465-0342-1

В коллективной монографии представлены результаты научных исследований процесса модернизации здравоохранения в России. Исследованы проблемы и перспективы организации Центров здоровья, создание офтальмологических кабинетов с целью обеспечения ранней диагностики офтальмологических заболеваний и обеспечения своевременного адекватного лечения пациентов. Показаны процессы модернизации наркологической службы, изучены проблемы и пути решения проблемы алкоголизма в Свердловской области. Отражены особенности управления персоналом в условиях федерального государственного бюджетного учреждения медицинского профиля.

Предназначена для руководителей и сотрудников медицинских учреждений, научных работников, аспирантов и докторантов.

УДК 614(082)

ББК 5я43+65.495я43

Научное издание

Авторский коллектив:

Бабушкина Екатерина Ивановна, **Гайдарова** Ажа Халидовна,
Долгова Ирина Генриховна, **Кимпаев** Ильяс Ахмедович,
Малишевская Татьяна Николаевна, **Разумова** Татьяна Олеговна,
Чернова Татьяна Владимировна

МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:

ИНТЕГРАЦИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА

КОЛЛЕКТИВНАЯ МОНОГРАФИЯ

Автономная некоммерческая организация содействия развитию современной отечественной науки

Издательский дом «Научное обозрение»

127051 г. Москва, пер. Сухаревский М., д. 9, стр. 1, офис 56а.

Ст. метро «Трубная» или «Цветной бульвар».

Тел./факс: 8 (499) 638-47-04. E-mail: russian-science@mail.ru

Ответственная за выпуск *М.В. Васильева*

Компьютерная верстка и корректура *О.С. Кашук*

Подписано в печать 05.02.2014 г. Формат 60×84/16. Печать офсетная. Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman. Усл. печ. л. 9,6.

Уч.-изд. л. 10,3. Тираж 500 экз. Заказ № 304/1.

Отпечатано в ООО «БУКИ ВЕДИ»

105066 г. Москва, ул. Новорязанская, д. 38, стр. 1, пом. IV.

Тел: +7 (495) 926 63 96. E-mail: info@bukivedi.com ; www.bukivedi.com