



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Только лого ВОЗ или министерства тоже?

**Результаты самооценки выполнения основных
оперативных функций и услуг общественного
здравоохранения в Российской Федерации**

на основе методологии
Европейского регионального бюро
Всемирной организации здравоохранения

Технический отчет

Москва/ Копенгаген ? 2014

Содержание

| | <i>Стр.</i> |
|---|-------------|
| Список сокращений | i |
| Авторы – рабочая группа проекта | ii |
| Введение | 1 |
| ОФОЗ 1. Эпиднадзор за болезнями и оценка состояния здоровья населения | 2 |
| ОФОЗ 2. Выявление приоритетных проблемы охраны здоровья и угроз здоровью на уровне местных сообществ | 27 |
| ОФОЗ 3. Обеспечение готовности и планирование на случай чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения..... | 61 |
| ОФОЗ 4. Оперативные функции охраны здоровья (в области безопасности окружающей среды, охраны труда и безопасности пищевых продуктов и в других областях) | 77 |
| ОФОЗ 5. Профилактика заболеваний..... | 101 |
| ОФОЗ 6. Укрепление здоровья..... | 115 |
| ОФОЗ 7. Обеспечение компетентных кадров для общественного здравоохранения и оказания индивидуальной медицинской помощи..... | 145 |
| ОФОЗ 8. Основное стратегическое руководство, финансирование и гарантирование качества в общественном здравоохранении | 188 |
| ОФОЗ 9. Основная коммуникация в интересах общественного здравоохранения..... | 219 |
| ОФОЗ 10. Научные исследования в области здравоохранения | 230 |

Список сокращений

| | |
|--------|---|
| АОХВ | Аварийно-опасные химические вещества |
| ВБИ | Внутрибольничные инфекции |
| ВИЧ | Вирус иммунодефицита человека |
| ВСМК | Всероссийская служба медицины катастроф |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |
| ГСЭН | Государственный санитарно-эпидемиологический надзор |
| ЗАГС | Органы записи актов гражданского состояния |
| ЗОЖ | Здоровый образ жизни |
| ЛПУ | Лечебно-профилактическое учреждение |
| МИАЦ | Медицинский информационно-аналитический центр |
| МКБ | Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем |
| ММСП | Международные медико-санитарные правила |
| МУ | Методические указания |
| МЧС | Министерство чрезвычайных ситуаций |
| НИЗ | Неинфекционные заболевания |
| НИР | Научно-исследовательская работа |
| НИУ | Научно-исследовательские учреждения |
| ОБВ | Опасные биологические вещества |
| ОФОЗ | Оперативная функция общественного здравоохранения |
| ПС | Программное средство |
| РВ | Радиоактивные вещества |
| РСЧС | Региональная служба чрезвычайных ситуаций |
| РФ | Российская Федерация |
| СанПиН | Санитарные правила и нормы |
| СМИ | Средства массовой информации |
| ТК РФ | Трудовой кодекс Российской Федерации |
| ФЗ | Федеральный закон |
| ФСКН | Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков |
| ЧС | Чрезвычайная ситуация |

Авторы – рабочая группа проекта

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

| | |
|------------------|--|
| Михайлова Ю.В. | Первый заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России |
| Короткова А.В. | Заместитель директора по международным вопросам ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России |
| Кайгородова Т.В. | Заведующая отделением международной научно-медицинской информации ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России |
| Кирсанова Е.В. | Главный специалист отделения развития международного сотрудничества ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России |
| Новожилов А.В. | Главный специалист отделения развития международного сотрудничества ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России |
| Лисицына М.М. | Менеджер I категории отделения развития международного сотрудничества ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России |
| Вайсман Д.Ш. | Ведущий научный сотрудник отделения медицинской статистики и документалистики ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России |
| Кузнецова В.П. | Старший научный сотрудник отделения научных основ организации муниципального здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России |

Министерство здравоохранения Российской Федерации

| | |
|----------------|--|
| Габбасова Л.А. | Помощник Министра Минздрава России |
| Аксельрот С.В. | Заместитель директора Департамента международного сотрудничества и связей с общественностью Минздрава России |
| Купеева И.А. | Заместитель директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России |
| Есин П.Е. | Советник, Департамент международного сотрудничества и связей с общественностью, Министерство здравоохранения |

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения

| | |
|--------------|--|
| Сергина И.Ф. | Заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения |
| Борзик И.К. | Заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения |

**Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова**

| | |
|----------------|--|
| Камынина Н.Н. | Декан факультет высшего сестринского образования и психолого-социальной работы ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |
| Бражников А.В. | Доцент кафедры управления сестринской деятельностью и социальной работы ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России |

Введение

В рамках двухгодичного соглашения между Европейским региональным бюро ВОЗ и Российской Федерацией в 2012-2013 годах была проведена самооценка выполнения функций общественного здравоохранения в России.

Настоящее исследование представило определенный интерес для России, поскольку оно позволило продемонстрировать преимущества и определить недостатки в российском подходе к реализации функций общественного здравоохранения. Опыт России может послужить примером для государств-участников и других стран Европейского региона и ляжет в основу рекомендаций Европейского регионального бюро ВОЗ по развитию и укреплению основных функций общественного здравоохранения.

Для проведения такой оценки ЕРБ ВОЗ разработало специальный инструментарий, состоящий из опросника и интернет-приложения для обработки и анализа полученных данных.

На основании письма Минздравсоцразвития России №21-1/605 от 01.03.2012 г. была сформирована межведомственная экспертная группа и назначены эксперты для проведения самооценки выполнения основных функций общественного здравоохранения. В их число вошли представители Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека и Департамента организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития России, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, ФГБУ «Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины» Минздрава России, ФГБУ «Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России.

С целью отражения региональных особенностей реализации функций общественного здравоохранения, в каждом федеральном округе Минздравом России были определены субъекты федерации, в которые вошли Тамбовская область, Краснодарский край, Вологодская область, Приморский край, Томская область, Свердловская область, Оренбургская область, Ставропольский край.

Сотрудниками ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, на основе материалов работы экспертной группы, был подготовлен технический отчет «Результаты самооценки выполнения основных оперативных функций и услуг общественного здравоохранения в Российской Федерации»

ОФОЗ 1. Эпиднадзор за болезнями и оценка состояния здоровья населения

Раздел включает описание создания и обеспечения функционирования систем эпиднадзора для контроля за частотой и распространенностью заболеваний и информационных систем здравоохранения для оценки заболеваемости и показателей здоровья населения.

1.А.1 Надзор в области регистрации актов гражданского состояния (рождение, смерть)

Система регистрации актов гражданского состояния в Российской Федерации

В Российской Федерации существует государственная система регистрации актов гражданского состояния. Порядок государственной регистрации устанавливается и регулируется Федеральным законом от 15 ноября 1997 г. N 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния». Регистрации подлежат акты гражданского состояния: рождение, заключение брака, расторжение брака, усыновление (удочерение), установление отцовства, перемена имени и смерть.

Полномочия на государственную регистрацию актов гражданского состояния являются полномочиями Российской Федерации, которые передаются органам государственной власти субъектов Российской Федерации (с возможностью делегирования органам местного самоуправления), финансирование которых осуществляется за счет субвенции из федерального бюджета. Средства на реализацию полномочий на государственную регистрацию актов гражданского состояния носят целевой характер и не могут быть использованы на другие цели.

Государственная регистрация актов гражданского состояния производится органами записи актов гражданского состояния (далее – ЗАГС), образованными органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Вопросы образования и деятельности органов записи актов гражданского состояния на территориях субъектов Российской Федерации решаются субъектами Российской Федерации самостоятельно на основании настоящего Федерального закона. Полномочия на государственную регистрацию актов гражданского состояния осуществляются в соответствии с административным регламентом, утвержденным приказом Минюста России от 29 ноября 2011 года № 412 «Об утверждении Административного регламента предоставления государственной услуги по государственной регистрации актов гражданского состояния органами, осуществляющими государственную регистрацию актов гражданского состояния на территории Российской Федерации».

«Полномочия на государственную регистрацию актов гражданского состояния осуществляются в соответствии с административными регламентами, принимаемыми на основании законодательства об актах гражданского состояния уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере государственной регистрации актов гражданского состояния.

До принятия административных регламентов уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере государственной регистрации актов гражданского состояния, полномочия на государственную регистрацию актов гражданского состояния могут осуществляться на основе административных регламентов, принимаемых органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Указанные административные регламенты "не могут противоречить законодательству об актах гражданского состояния, в том числе не могут содержать не предусмотренные таким законодательством дополнительные требования и ограничения в части реализации прав и свобод граждан, прав и законных интересов организаций, и разрабатываются с учетом требований к административным регламентам предоставления федеральными органами исполнительной власти государственных услуг и исполнения государственных функций" (Федеральный закон от 15.11.1997 №143-ФЗ).

Государственная регистрация актов гражданского состояния граждан Российской Федерации, проживающих за пределами территории Российской Федерации, производится консульскими учреждениями Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Контроль за деятельностью по государственной регистрации актов гражданского состояния осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере государственной регистрации актов гражданского состояния (в настоящее время Министерство юстиции Российской Федерации).

Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере государственной регистрации актов гражданского состояния:

- координирует деятельность по государственной регистрации актов гражданского состояния и осуществляет ее методическое обеспечение;
- осуществляет контроль за осуществлением полномочий Российской Федерации на государственную регистрацию актов гражданского состояния;
- осуществляет надзор за соблюдением законодательства Российской Федерации при государственной регистрации актов гражданского состояния, в том числе проводит проверки деятельности органов, осуществляющих государственную регистрацию актов гражданского состояния, истребует документы и вносит предписания об устранении нарушений законодательства Российской Федерации.

Для составления записи акта гражданского состояния должны быть представлены документы, являющиеся основанием для государственной регистрации акта гражданского состояния, и документ, удостоверяющий личность заявителя.

Документы иностранных граждан и лиц без гражданства, выданные компетентными органами иностранных государств и предъявленные для государственной регистрации актов гражданского состояния, должны быть легализованы, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации, и переведены на государственный язык Российской Федерации (русский язык). Верность перевода должна быть нотариально удостоверена.

Запись акта гражданского состояния составляется в двух идентичных экземплярах.

Каждая запись акта гражданского состояния должна быть прочитана заявителем, подписана им и составляющим запись работником органа записи актов гражданского состояния, скреплена печатью органа записи актов гражданского состояния.

Первые экземпляры записей актов гражданского состояния (по каждому типу записей актов гражданского состояния отдельно), составленные в пределах года, собираются в хронологическом порядке в книгу государственной регистрации актов гражданского состояния (актовую книгу). В таком же порядке собираются в актовую книгу вторые экземпляры записей.

Отказ в государственной регистрации акта гражданского состояния допускается в случаях, если:

- государственная регистрация противоречит настоящему Федеральному закону;
- документы, которые представлены в соответствии с настоящим Федеральным законом, не соответствуют требованиям, предъявляемым к ним настоящим Федеральным законом и иными нормативными правовыми актами.

Существование данных о причинах смерти с поправкой на данные о смертности и заболеваемости

Основанием для государственной регистрации смерти является:

- документ установленной формы о смерти, выданный медицинской организацией или частнопрактикующим врачом, в случае, установленном Федеральным законом "О регулировании деятельности российских граждан и российских юридических лиц в Антарктике", другими уполномоченными лицами;
- решение суда об установлении факта смерти или об объявлении лица умершим, вступившее в законную силу;
- документ, выданный компетентными органами, о факте смерти лица, необоснованно репрессированного и впоследствии реабилитированного на основании закона о реабилитации жертв политических репрессий.

В настоящее время, документом установленной формы о смерти являются учетная форма N 106/у-08 "Медицинское свидетельство о смерти" и учетная форм N 106-2/у-08 "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти", утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 декабря 2008 г. N 782н "Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти". Данные учетные формы содержат сведения о причинах смерти и заполняются в соответствии с требованиями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (далее - МКБ-10) и методических рекомендаций (письмо Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2009 № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти»). В случае смерти от заболеваний должны проставлять один код первоначальной причины смерти, в случае смерти от травм или отравлений - два кода: один - по характеру

травмы (отравления), второй - внешней причины. Для анализа по множественным причинам проставляют коды всех остальных причин смерти. При отборе причин смерти и выбора первоначальной причины смерти руководствуются инструкциями по кодированию заболеваемости и смертности (том 2 МКБ-10).

Помимо фамилии, имени, отчества, причин смерти указываются так же возраст, пол, профессия, образование, семейное положение, социальный статус, место жительства умершего, что способно дать достоверную статистику патологии на конкретной территории.

Органы ЗАГС в запись акта о смерти вносятся следующие сведения:

- фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, последнее место жительства, пол, гражданство, национальность (если сведения о национальности указаны в документе, удостоверяющем личность умершего), дата и место смерти умершего;
- причина смерти (на основании документа, подтверждающего факт смерти);
- реквизиты документа, подтверждающего факт смерти;
- фамилия, имя, отчество, место жительства заявителя либо наименование и юридический адрес органа, организации или учреждения, сделавшего заявление о смерти;
- серия и номер выданного свидетельства о смерти;
- фамилия, имя, отчество, место жительства лица, которому выдано свидетельство о смерти.

Отдел ЗАГСа районной (городской, районной в городе) администрации ежемесячно, не позднее 7 числа следующего за отчетным месяца, направляет форму № 1-У "Сведения об умерших" территориальному органу Федеральной службы государственной статистики в субъекте Российской Федерации по установленному им адресу в электронном деперсонифицированном виде.

Отчет представляется ежемесячно. В отчетность не включаются сведения актовых записей на лиц, признанных умершими и умершими более года назад, а также восстановленные записи актов о смерти.

Общая оценка собираемых данных и их оценка с точки зрения качества и охвата населения

Существующая система регистрации актов гражданского состояния (рождение, смерть) позволяет собирать данные, необходимые для осуществления надзора и анализа за рождаемостью и смертностью. Наличие единой нормативной и методологической базы позволяет обеспечить качественный сбор информации и полный охват населения.

Вместе с тем, в отдельных регионах и группах населения возможен недоучет, как случаев рождений, так и смерти, что искажает реальный уровень рождаемости и смертности в этих территориях, группах населения. Наиболее выразительный пример недоучета характерен для некоторых республик Северного Кавказа. Наибольшие

источники недоучета характерны для детских возрастов, а также пожилых. В детских возрастах имеет место недоучет, как рождений, так и смертей, главным образом из-за детей умерших на первой неделе жизни, что занижает показатели рождаемости, а также перинатальной, младенческой и общей смертности. В пожилых возрастах имеет место недоучет смертей, что занижает смертность этих групп населения.

С точки зрения качества собираемых данных, то в объеме, предусмотренным Федеральным законом, информация актовых записей является достаточно полной, поскольку ее сбор регламентируется четкими процедурами, прописанными в законодательной и нормативной базе.

Вместе с тем, и в отношении актовых записей о рождении, и в отношении записей о смерти возможны дефекты, связанные, прежде всего, с качеством и полнотой заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти соответственно, поскольку именно из них в актовую запись вносится важнейшая информация, например, причина смерти. Достоверность причин смерти обеспечивается на уровне классов причин смерти, однако на уровне отдельных причин, она не всегда достаточна.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Область действия* (отметить «+») <i>*может содержать несколько вариантов</i> | | | |
|---|---|--|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| | | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
| 1 | Государственный характер системы регистрации актов гражданского состояния | + | | | |
| 2 | Регулирование системы регистрации актов гражданского состояния на уровне федерального законодательства | + | | | |
| 3 | Единой нормативно-правовая и методологическая база системы регистрации актов гражданского состояния | + | + | | |
| 4 | Целевое финансирование полномочий на государственную регистрацию актов гражданского состояния за счет субвенций из федерального бюджета | | + | + | |
| 5 | Осуществление государственной регистрации актов гражданского состояния в соответствии с административными регламентами | | | | + |
| 6 | Контроль и надзор в сфере государственной регистрации актов гражданского состояния федеральным органом исполнительной власти | + | | | + |
| 7 | Процесс информатизации органов ЗАГС. | | + | | + |
| 8 | Отсутствие барьеров для записи актов гражданского состояния: территориальных, социальных, национальных, культурных, конфессиональных, связанных с постоянным или временным характером пребывания на территории страны и т.д., что обеспечивает полноту собираемых данных. | + | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Возможные ошибки при формировании посмертного диагноза, кодировании причин и выборе первоначальной причины смерти, связанные с недостаточной подготовкой медицинского персонала по использованию МКБ-10 | | + | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Дальнейшая информатизация системы записей актов гражданского состояния. Переход от локальных сетей отдельных органов ЗАГС и их филиалов к созданию единой базы данных записей актов гражданского состояния. | | + | | + |
| 2 | Обеспечить доступ для исследователей деперсонифицированных полицейских сведений электронной базы актов записей о рождениях и смертях. Необходимо узаконить передачу копий деперсонифицированных свидетельств о смерти в Росстат для получения статистических данных | + | | | + |
| 3 | Создание единого учебного центра в Российской Федерации по регистрации случаев рождения и смерти | + | | | + |
| 4 | Ввести лицензирование деятельности по выдаче документов, удостоверяющих случаи рождения и смерти. | + | | | + |

Оценка функции – 8 баллов

1.А.2 Система эпиднадзора и регистры заболеваний по разделам инфекционных болезней, неинфекционных заболеваний (НИЗ) и пищевых токсикоинфекций

Существование нормативно-правовой базы отчетности об инфекционных болезнях и эпиднадзора за ними

В основе мониторинга инфекционной заболеваемости лежит учет случаев инфекционных заболеваний. В Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» учет инфекционных заболеваний носит государственный характер, статистическое наблюдение за инфекционной заболеваемостью, так же как и за другими факторами, влияющими на санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, осуществляется на федеральном уровне и относится к функциям государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Порядок регистрации и учета инфекционных заболеваний определяется санитарно-эпидемиологическими правилами "Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней. СП 3.1./3.2.1379-03", утвержденными Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 07.06.2003 и введенными в действие его Постановлением № 129 от 09.06.2003.

Все медицинские данные о больном, а также о случаях необычных реакций на прививки, подозрительном на заболевание, заносятся в медицинскую документацию, соответствующую специфике учреждения.

Для персонального учета больных инфекционными заболеваниями сведения вносятся в "Журнал учета инфекционных заболеваний" (форма N 060/у) Журнал ведется во всех лечебно-профилактических учреждениях, предприятиях и организациях, включая специализированные (кожно-венерологических, противотуберкулезных диспансерах и др.), независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, дошкольных детских учреждений, школах, летних оздоровительных и др.

О каждом случае инфекционной болезни, носительстве возбудителей инфекционной болезни или подозрении на инфекционную болезнь в течение 2 часов сообщают по телефону, а затем в течение 12 часов в письменной форме посылают экстренное извещение по установленной форме (форма 058/у "Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку") в территориальное учреждение государственной санитарно-эпидемиологической службы по месту регистрации заболевания (независимо от места проживания больного).

Лечебно-профилактическая организация, изменившая или уточнившая диагноз, в течение 12 часов подает новое экстренное извещение на этого больного в учреждение государственной санитарно-эпидемиологической службы по месту выявления заболевания, указав измененный (уточненный) диагноз, дату установления, первоначальный диагноз.

Учреждение государственной санитарно-эпидемиологической службы при получении извещения об измененном (уточненном) диагнозе ставит в известность лечебно-профилактическую организацию по месту выявления больного, приславшую первоначальное экстренное извещение.

Сведения о заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями входят в формы федерального государственного статистического наблюдения N1 и N2 "Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях".

В отчет включаются сведения обо всех больных, зарегистрированных (выявленных) лечебно-профилактическими учреждениями здравоохранения, расположенными на территории деятельности территориального органа осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, независимо от места жительства больного. Отчет по формам N1 и N2 "Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях" составляют на основании данных первичного учета ("Журнал учета инфекционных заболеваний" (форма N 060/у) и иные первичные учетные документы, утвержденные в установленном порядке).

Территориальные учреждения государственного санитарно-эпидемиологического надзора субъекта Российской Федерации представляют отчет Федеральному центру гигиены и эпидемиологии, а на уровне субъекта федерации территориальному органу Федеральной службы государственной статистики в субъекте Российской Федерации и органу управления здравоохранением субъекта Российской Федерации. Федеральный центр гигиены и эпидемиологии обобщает полученные сведения и представляет их Министерству здравоохранения Российской Федерации и Федеральной службе государственной статистики.

Особенности эпидемиологического надзора в отношении отдельных инфекций и регламентируются санитарно-эпидемиологическими правилами, утверждаемыми Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации.

Наличие перечня заболеваний, подлежащих уведомлению, по соответствующим разделам (инфекционные, НИЗ, пищевые токсикоинфекции)

Перечень инфекционных заболеваний, подлежащих уведомлению, изложен в приказе Минздрава СССР от 13 декабря 1989 г. N 654 "О совершенствовании системы учета отдельных инфекционных и паразитарных заболеваний". Данный перечень включает в себя и пищевые токсикоинфекции.

Уведомления осуществляются путем направления извещений установленной формы:

- "Экстренное извещение об инфекционном заболевании: пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку" - Ф. 058/у;
- "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза" - Ф. 089/у-туб;
- "Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки" - Ф. 089/у-кв.

Некоторые заболевания из Ф. 089/у-кв учитываются и как инфекционные заболевания по Ф. 058/у.

Из числа неинфекционных заболеваний в целях государственного статистического наблюдения уведомлению подлежат впервые жизни установленные диагнозы злокачественных новообразований, впервые жизни установленные диагнозы наркомании и установленные заключительные диагнозы диагноза острого или хронического профессионального заболевания (отравления).

Уведомления осуществляются путем направления извещений установленной формы:

- "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования" - Ф. 090/у;
- "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании" - Ф. 091/;
- "Извещение об установлении заключительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания (отравления)" (ф. 388/ 2у-01).

В Российской Федерации ведутся следующие регистры больных:

- Государственный раковый регистр;
- Государственный регистр больных сахарным диабетом;
- Федеральный регистр больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолойкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей.

Существование систем мониторинга микробиологического и химического заражения в пищевой цепи.

Мониторинг микробиологического и химического заражения в пищевой цепи осуществляется в ходе социально-гигиенического мониторинга, ведущегося на основании Федерального закона №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». В соответствии с «Положение о проведении социально-гигиенического мониторинга», утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 февраля 2006 г. N 60. наблюдения осуществляются Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Федеральной службой по ветеринарному и фитосанитарному надзору.

Возможности представления данных в заинтересованные международные учреждения (ВОЗ, ECDC, EFSA, Евростат и т.д.).

Информация предоставляется ВОЗ и Европейскому Бюро ВОЗ. Данные о заболеваемости и смертности в Российской Федерации содержатся в Статистической информационной системе ВОЗ (WHOSIS), Европейской базе данных 'Здоровье для всех' (HFA-DB), Европейской базы детализированных данных о смертности (DMDB).

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Регулирование системы эпиднадзора за инфекционной заболеваемостью на уровне федерального законодательства | + | | | |
| 2 | Государственный характер эпиднадзора | + | + | | |
| 3 | Единая нормативно-правовая и методическая база эпиднадзора | + | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | В перечень заболеваний, подлежащих уведомлению, преимущественно включены инфекционные заболевания и пищевые токсикоинфекции | | | | + |
| 2 | Государственные регистры ведутся по ограниченному числу социально-значимых заболеваний | + | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Расширения перечня заболеваний, подлежащих уведомлению за счет социально-значимых заболеваний | + | | | |
| 2 | Разработка нормативно-правовой базы ведения государственных регистров социально-значимых заболеваний и их создание | + | + | + | + |

Оценка функции – 8 баллов

1.А.3: Текущие обследования состояния здоровья и поведения в отношении собственного здоровья, в том числе исследования взаимосвязи между здоровьем и питанием, проводимые с целью изучения таких проблем, как ожирение и фактическое питание

Существующие общие цели и определения подлежащих изучению вопросов, касающихся здоровья населения

Оценка состояния здоровья населения предусмотрена Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 25.06.2012 N 89-ФЗ, от 25.06.2012 N 93-ФЗ) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и осуществляется в ходе проведения профилактических и иных медицинских осмотров, ***диспансеризации и диспансерного наблюдения.***

Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, общей целью которых выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

Закон определяет 5 видов медицинских осмотров, каждый из которых имеет свои цели:

- профилактический медицинский осмотр, проводимый в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов;
- предварительный медицинский осмотр, проводимый при поступлении на работу или учебу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, соответствия учащегося требованиям к обучению;
- периодический медицинский осмотр, проводимый с установленной периодичностью, в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, учащихся, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового, учебного процесса на состояние здоровья работников, учащихся, в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, продолжению учебы;
- предсменные, предрейсовые медицинские осмотры, проводимые перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения;
- послесменные, послерейсовые медицинские осмотры, проводимые по окончании рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работников, острого профессионального заболевания или

отравления, признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения.

После завершения осмотра гражданину определяется группа здоровья.

Гражданам, отнесенным к I и II группам состояния здоровья, рекомендуется посещение центров здоровья для дальнейших рекомендаций врачей-специалистов по здоровому образу жизни. Гражданам, отнесенным к III, IV, V группам состояния здоровья, в зависимости от выявленных заболеваний составляется индивидуальная программа лечения, при необходимости за ними устанавливается диспансерное наблюдение по месту жительства.

Существующие определения групп населения, подверженных повышенному риску, например, люди, живущие в бедности, дети, беременные женщины и кормящие матери и народность рома

Профилактические медицинские осмотры предусмотрены для всего населения России.

Выделяются отдельные группы населения подверженные повышенному риску. К ним относятся: дети; дети-сироты, находящиеся в стационарных учреждениях; дети, беременные женщины и кормящие матери, работающее население, лица, работающие с вредными и (или) опасными факторами.

Стандартная методика проведения обследований, в том числе ее варианты, адаптированные согласно с особенностями исследуемой группы населения

Обследование проводится по стандартным методикам, утверждаемым Минздравом РФ. Возможны варианты, учитывающие пол, возраст и особенность группы населения.

Связь внутри интегрированных информационных систем и между ними.

Интегрированные информационные системы в обследовании состояния здоровья населения не используются.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 1 | Регулирование обследования состояния здоровья на уровне федерального законодательства. | + | | | |
| 2 | Единая нормативно-правовая и методическая база обследования здоровья | + | | | + |
| 3 | Проведение обследования состояния здоровья в рамках реализации программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи | | | + | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Низкая активность обращения населения в медицинские организации с целью оценки состояния здоровья, связанная с большими потерями времени на прохождение медицинских осмотров. | | | | + |
| 2 | Низкий уровень информатизации обследования состояния здоровья | | + | | + |
| 3 | Низкая санитарная культура населения | | | | + |
| 4 | Недостаточный уровень проведения диспансерного наблюдения (не все берутся на учет, нерегулярно осматриваются) | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Включение процесса организации оценки состояния здоровья и анализа его результатов в функции разрабатываемой и внедряемой в настоящее время Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИС-здрав) | + | + | + | + |
| 2 | Профилактическая работа среди населения | + | | | + |

Оценка функции – 7 баллов

1.А.4: Система эпиднадзора и регистры заболеваний в области охраны материнства и детства

Существование нормативно-правовой базы для сбора данных

Нормативно-правовой базой эпиднадзора и регистры заболеваний в области охраны материнства и детства является включение информации о показатели здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения в систему государственного статистического наблюдения. Основными формами для учета данных о репродуктивном здоровье и здоровье новорожденных являются:

- ф. № 13 "Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 недель)";
- ф. № 32 "Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам";
- ф. № 31 "Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам";
- ф. № 1-здрав "Сведения об организации, оказывающей услуги по медицинской помощи населению".

Существование систем информации о предоставлении услуг по охране материнства и детства (оценка процесса, продуктов и результатов)

Информация о предоставлении услуг по охране материнства и детства собирается в ходе государственного статистического наблюдения и поступает в органы государственной статистики и органы управления здравоохранением.

Система информации позволяет оценить:

- Сеть службы охраны здоровья матери и ребенка
- Структуру акушерско-гинекологического коечного фонда
- Деятельность коечного фонда
- Обеспеченность кадрами
- Профилактические осмотры
- Обращения населения в учреждения здравоохранения в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции
- Гинекологическую заболеваемость
- Профилактику аборт в России на основе современных методов контрацепции
- Динамику абортов в России
- Сравнительную характеристику абортов в Российской Федерации
- Аборты по возрастному составу женского населения.
- Заболевания и патологические состояния, предшествовавшие или возникшие во время беременности
- Исходы беременности (из числа состоявших под наблюдением)
- Роды
- Осложнения родов и послеродового периода
- Объемы и структуру акушерских операций при родоразрешении в стационарах
- Заболеваемость новорожденных детей

Система регистрации актов гражданского состояния (см. раздел 1.А.1) на основании учетных форма N 106/у-08 "Медицинское свидетельство о смерти" и N 106-2/у-08 "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти" позволяет получить и оценить информацию о материнской и перинатальной смертности.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 1 | Государственный характер статистического наблюдения в области охраны материнства и детства | + | | | |
| 2 | Единая нормативно-правовая и методическая база надзора в области материнства и детства | | + | | |
| 3 | Наличие утвержденного «Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи» | + | + | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Неполный охват системой надзора беременных женщин, связанный с наличием случаев не обращения части женщин в женские консультации в период беременности. | | | | + |
| 2 | Несовершенство системы индикаторов качества охраны материнства и детства | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Проведение активной просветительской работы с населением, направленной на стимулирование обращения женщин в сеть службы охраны здоровья матери и ребенка в период беременности, родов и послеродовой период. | | | | + |
| 2 | Совершенствование системы индикаторов качества охраны материнства и детства. | + | | | |

Оценка функции – 8

1.А.5: Система эпиднадзора и регистры заболеваний в области гигиены окружающей среды

Надзор за данными, в которых факторы окружающей среды интегрированы с показателями здоровья населения

В Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» для оценки, выявления изменений и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания, установления и устранения вредного воздействия на человека факторов среды обитания осуществляется социально-гигиенический мониторинг.

В целях ведения мониторинга используются данные осуществляемых федеральными органами исполнительной власти наблюдений:

а) за состоянием здоровья населения - наблюдения осуществляются Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития;

б) за факторами среды обитания человека, включая:

- биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные) - наблюдения осуществляются Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Федеральной службой по ветеринарному и фитосанитарному надзору;
- химические, в том числе источники антропогенного воздействия на окружающую природную среду, - наблюдения осуществляются Федеральной службой по надзору

в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной службой по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды, Федеральной службой по ветеринарному и фитосанитарному надзору и Федеральной службой государственной статистики;

- физические (шум, вибрация, ультразвук, инфразвук, тепловое, ионизирующее, неионизирующее и иные излучения) - наблюдения осуществляются Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- социальные (структура и качество питания, безопасность пищевых продуктов, водоснабжение, условия быта, труда и отдыха) - наблюдения осуществляются Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной службой по ветеринарному и фитосанитарному надзору, Федеральной службой по труду и занятости и Федеральной службой государственной статистики;
- природно-климатические факторы, в том числе источники антропогенного воздействия на окружающую природную среду, - наблюдения осуществляются Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной службой по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды, Федеральной службой по ветеринарному и фитосанитарному надзору и Федеральной службой государственной статистики.

За состоянием здоровья населения и за факторами среды обитания человека наблюдения также ведутся федеральными органами исполнительной власти, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор в Вооруженных Силах Российской Федерации, других войсках, воинских формированиях и органах, на объектах обороны и оборонного производства, органах безопасности, органах внутренних дел, а также в отдельных отраслях промышленности с особо опасными условиями труда и на отдельных территориях.

На основе данных мониторинга Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека формирует федеральный информационный фонд данных социально-гигиенического мониторинга, который представляет собой базу данных о состоянии здоровья населения и среды обитания человека, формируемую на основе постоянных системных наблюдений, а также совокупность нормативных правовых актов и методических документов по вопросам анализа, прогноза и определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания человека.

Представление данных мониторинга и обмен ими между федеральными органами исполнительной власти, учреждениями и другими организациями, участвующими в проведении мониторинга, осуществляются на безвозмездной основе в порядке, устанавливаемом Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Существование конкретных методических руководств по созданию нужных механизмов эпиднадзора за опасными факторами, угрожающими здоровью человека и окружающей среде, и заболеваниями, вносимыми в местные сообщества извне.

Надзор за опасными факторами, угрожающими ведется в соответствии с санитарным законодательством Российской Федерации. Требования к конкретным опасным факторам изложены в Санитарно-эпидемиологических правилах, Санитарных

правилах и нормативах, Гигиенических требованиях, утверждаемых Главным государственным санитарным врачом. Имеются методические указания и методические рекомендации по осуществлению надзора.

Существование нормативно-правовой базы и законодательства, интегрированного на европейском уровне

В рамках выполнения постановления Правительства Российской Федерации от 28.09.2009 №761 «Об обеспечении гармонизации российских санитарно-эпидемиологических требований, ветеринарно-санитарных и фитосанитарных мер с международными стандартами» ведется работа по гармонизации санитарно-эпидемиологических нормативов с международными стандартами.

Роспотребнадзором был издан приказ от 31.03.2010 №114 «Об организации работ по гармонизации санитарного законодательства Российской Федерации с международными требованиями».

С целью актуализации фонда нормативных документов и их гармонизации с международными требованиями Роспотребнадзором ежегодно утверждается "План пересмотра нормативных документов санитарного законодательства". В 2010 году в соответствии с указанным планом утверждено и зарегистрировано в Минюсте России 89 санитарно-эпидемиологических правил и нормативов. В настоящее время полностью гармонизированы с ЕС требования к максимально допустимым уровням остаточных количеств веществ в продуктах питания для целого ряда пестицидов и антибиотиков. Совместно с научно-исследовательскими институтами РАМН начата работа над новым списком нормативов, предложенных для гармонизации Европейской комиссией в конце 2011 года.

Наличие подразделения, занимающегося эпидемиологией окружающей среды на уровне страны.

Подразделением, занимающимся эпидемиологией окружающей среды на уровне страны является Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, на базе которого формируется Федеральный информационный фонд данных социально-гигиенического мониторинга.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Регулирование эпиднадзора в области гигиены окружающей среды на уровне федерального законодательства | + | | | |
| 2 | Государственный характер системы социально-гигиенического мониторинга | + | + | + | + |
| 3 | Единая нормативно-правовая и методическая база надзора области гигиены окружающей среды | | + | | + |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|
| 4 | Наличие подразделения, занимающегося эпидемиологией окружающей среды на уровне страны | + | | | + |
|---|---|---|--|--|---|

Недостатки

| | Описание недостатков | P | OP | Ф | OY |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Не полная интеграция нормативно-правовой базы с международными требованиями | + | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | P | OP | Ф | OY |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Реализация "План пересмотра нормативных документов санитарного законодательства" | + | | | + |

Оценка функции – 8 баллов

1.А.6: Система эпиднадзора и регистры заболеваний в области социального здоровья и психического здоровья

Существование регистра нарушений психического здоровья, в котором предусмотрены достаточные гарантии конфиденциальности.

Эпиднадзор за нарушениями психического здоровья ведется на основании государственного статистического наблюдения. Индивидуальный учет осуществляется медицинскими организациями и их структурными подразделениями, оказывающим медицинскую помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения на основании учетной формы N030-1/у-02 "Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью".

Сведения предоставляются ежегодно по формам федерального государственного статистического наблюдения № 10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)» и № 36 «Сведения о контингентах психически больных». Формы содержат обобщенные данные.

Регистров лиц, с нарушениями психического здоровья на государственном или региональном уровне не ведется.

Препятствие в получении достоверных данных о заболеваемости и распространенности нарушений психического здоровья населения является существующие в обществе настороженное отношение ко всему, что связано с психическим здоровьем. Любые нарушения психического здоровья расцениваются, как чрезвычайное явление, признак ненормальности или ущербности. Кроме того, люди избегают обращаться за психиатрической помощью, опасаясь социальных последствий (потеря работы или трудность ее получения, утрата социальных связей и т.п.). При этом врачи организаций первичной медико-санитарной помощи не всегда обращают внимание на ранние или слабовыраженные признаки нарушений психического здоровья.

Наличие показателей, касающихся сетей поддержки со стороны лиц равного статуса, или любого иного типа действенной социальной поддержки и связанной с такой поддержкой деятельности.

Показателем, касающимся социальной поддержки является информация об общежитиях для психически больных, утративших социальные связи. Учитывается число учреждений, число мест в указанных учреждениях, число больных, проживающих на конец года.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Эпиднадзор за нарушениями психического здоровья ведется на основании государственного статистического наблюдения. | + | + | + | + |
| 2 | Единая нормативно-правовая и методическая база надзора за нарушениями психического здоровья | | + | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Неполное выявление системой надзора случаев нарушения психического здоровья, связанное с предубеждениями, существующими в обществе в отношении установления психиатрических диагнозов. | | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Просветительская работа с населением, призванная изменить отношение общества к проблемам психического здоровья. | + | | | + |
| 2 | Повышение качества ранней диагностики психических расстройств и эффективности их лечения на основе взаимодействия специализированных психиатрических учреждений и учреждений первичной медико-санитарной помощи | + | | | + |

Оценка функции – 7 баллов

1.А.7: Система эпиднадзора и регистры заболеваний в области гигиены труда и эпиднадзора за травматизмом

Существование национального регистра для осуществления эпиднадзора за травматизмом (включая бытовое насилие), в который поступают данные из разнообразных источников: справочно-информационные системы больницы, отделения неотложной помощи, свидетельства о смерти и сообщения о несчастных случаях.

Эпиднадзор ведется на основании государственного статистического наблюдения. Индивидуальный учет пострадавших ведется в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь при травмах и отравлениях. На основании первичной медицинской документации, включая "Медицинское свидетельство о смерти" указанные организации предоставляют в органы управления здравоохранения по форме федерального государственного статистического наблюдения №57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин». Обобщенные данные в разрезе субъектов Федерации предоставляются в федеральный орган государственной статистики.

Существование определений производственных травм и профессиональных заболеваний, подлежащих денежной компенсации.

Федеральный закон от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" содержит следующее определение производственных травм и профессиональных заболеваний, подлежащих денежной компенсации из Фонда социального страхования:

Несчастный случай на производстве - событие, в результате которого застрахованный получил увечье или иное повреждение здоровья при исполнении им обязанностей по трудовому договору и в иных установленных настоящим Федеральным законом случаях как на территории страхователя, так и за ее пределами либо во время следования к месту работы или возвращения с места работы на транспорте, предоставленном страхователем, и которое повлекло необходимость перевода застрахованного на другую работу, временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности либо его смерть;

Профессиональное заболевание - хроническое или острое заболевание застрахованного, являющееся результатом воздействия на него вредного (вредных) производственного (производственных) фактора (факторов) и повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности;

Существование систем эпиднадзора для осуществления контроля за здоровьем работников с целью точной идентификации и предотвращения профессиональной вредности

В основе надзора за профессиональной вредностью лежит процедура аттестации рабочих мест, проводимая в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России №342н от 26 апреля 2011 г. "Об утверждении Порядка проведения аттестации рабочих мест по условиям труда". В ходе аттестации рабочих мест проводится комплексная оценка состояния условий труда на рабочем месте:

- класса (подкласса) условий труда, установленного по результатам оценки соответствия условий труда гигиеническим нормативам;
- класса условий труда по травмоопасности;
- обеспеченности работников средствами индивидуальной защиты.

Раннее выявление и оперативное реагирование ведется на основе Постановления Правительства РФ от 15.12.2000г. № 967 "Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний", приказа Министерства здравоохранения РФ от 28.05.2001 г. № 176 "О совершенствовании системы расследования и учета профессиональных заболеваний в РФ", приказа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека № 103 от 31.03.2008г. "Об утверждении инструкции по составлению санитарно-гигиенической характеристики условий труда работника при подозрении у него профессионального заболевания", требований СанПиН 2.2.2776-10 "Гигиенические требования к оценке условий труда при расследовании случаев профессиональных заболеваний"

Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда составляется Управлением Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации или его структурными подразделениями (далее - управление) как правило в течение 7 дней, но не позднее 2 недель со дня получения извещения об остром заболевании (отравлении), и в течение 2 недель со дня получения извещения о хроническом заболевании.

Описанная выше система надзора распространяется на заболевания, перечень которых утвержден приказ Минздравсоцразвития России от 27.04.2012 № 417н «Об утверждении перечня профессиональных заболеваний» и соответствует конвенций МОТ.

В Свердловской области с целью регулирования вопросов организации медицинских осмотров (предварительных и периодических) разработан совместный приказ Министерства здравоохранения Свердловской области и Управления Роспотребнадзора по Свердловской области от 11.04.2012 года № 360-П / № 01-01-01-01/127 «О совершенствовании системы организации и проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников Свердловской области», которым утверждены

1) методические рекомендации о проведении обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда»,

2) форма списка контингентов, подлежащих предварительным и периодическим медицинским осмотрам,

3) форма поименного списка лиц, подлежащих периодическим медицинским осмотрам в лечебно-профилактическом учреждении (центре профпатологии),

4) методические рекомендации по организации обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров работников в целях предупреждения распространения инфекционных заболеваний (декретированные контингенты),

5) номенклатура исследований, кратность проведения предварительных и периодических профилактических медицинских осмотров работников в целях

предупреждения распространения инфекционных заболеваний (декретированные контингенты).

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Государственный характер системы эпиднадзора в области гигиены труда и эпиднадзора за травматизмом | + | + | + | + |
| 2 | Единая нормативно-правовая и методическая база надзора области гигиены окружающей среды | | + | | + |
| 3 | Возможности раннего выявления и оперативного реагирования на случаи профессионального заболевания | | | | + |
| 4 | Соответствие системы надзора международным требованиям | + | + | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Несмотря на то, что в системе эпиднадзора за профессиональными заболеваниями заложена возможность раннего выявления и оперативного реагирования на случаи профессионального заболевания, уровень регистрируемой профессиональной заболеваемости не отражает истинную ситуацию и не соответствует фактическому состоянию условий труда в стране. Выявляемость профессиональной патологии неполная и происходит на поздних стадиях развития заболеваний. | | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Совершенствование системы диспансеризации работающих с вредными и (или) опасными факторами | | + | + | + |
| 2 | Усиление ответственности работодателей за организацию предварительных и повторных медосмотров работников | | | | |

Оценка функции – 7 баллов

1.А.8: Интегрирование и анализ данных (включая диагностику состояния здоровья в сообществах) для выявления потребностей населения и групп риска, а также для отслеживания прогресса в достижении целей, связанных с охраной здоровья (в областях 1.1 – 1.7)

Система эпиднадзора за болезнями и оценка состояния здоровья населения, описанная в разделах 1.А.1-1.А.7 позволяет собирать разнообразные данные, которые могут быть использованы для выявления потребностей населения и выявления групп риска, а так же для отслеживания прогресса в достижении целей, связанных с охраной здоровья.

Однако на сегодняшний день аналитическая функция является самой слабой частью надзора.

Функции интеграции и анализа данных в большинстве случаев разделены по ведомствам. Единой структуры, ответственной за оценку собираемых всех собираемых данных и их оценки с точки зрения качества на сегодняшний день нет.

В области эпидемиологии окружающей среды и гигиены труда можно выделить наличие системы социально-гигиенического мониторинга, интегрирующей и анализирующей данные собираемые различными ведомствами в целях оценки влияния на здоровье населения факторов окружающей и производственной среды.

Слабо развито методическое обеспечение анализа и интерпретации данных. Можно отметить наличие методических рекомендаций "Социально-гигиенический мониторинг. Анализ медико-демографических и социально-экономических показателей на региональном уровне", утвержденных приказом Роспотребнадзора от 20 сентября 2010 года № 341.

Отсутствует система обмена данными, имеющимися в медицинских регистрах и источниках информации, между всеми учреждениями страны (в том числе действующими вне сектора здравоохранения), в процессе которого обеспечиваются достаточные гарантии защиты частной жизни и конфиденциальности.

Программное обеспечение и специальные компьютерные программы отдельных ведомств и регионов не интегрированы между собой и в большей степени ориентированы на сбор данных для статистических отчетов, чем для анализа информации, собранной в ходе эпидемиологического надзора.

Разрабатываемые и внедряемые медицинские информационные системы в большей степени ориентированы на обеспечение функционирования системы здравоохранения, чем на анализ состояния здоровья.

Тем не менее, аппаратные средства для осуществления подобной деятельности имеются, а необходимая структура находится в стадии формирования.

Характер собираемых данных позволяет проводить поперечный и трендовый анализ данных.

Дезинтегрирование данных возможно по таким параметрам как территория, городское и сельское население, пол, возраст. Профессиональная заболеваемость может быть распределена по отраслям промышленности.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Наличие системы социально-гигиенического мониторинга, интегрирующей и анализирующей данные собираемые различными ведомствами в целях оценки влияния на здоровье населения факторов окружающей и производственной среды. | | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточное развитие аналитической функции в системе эпиднадзора за болезнями и оценки состояния здоровья населения | | + | | + |
| 2 | Недостаточность методического и ресурсного обеспечения аналитической функции. | + | + | | |
| 3 | Отсутствие системы обмена данных между заинтересованными учреждениями и ведомствами на основе современных информационных технологий | | + | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Определить совершенствование аналитической функции как одного из приоритетных направлений совершенствования системы эпиднадзора за болезнями и оценки состояния здоровья населения | + | | | |
| 2 | Совершенствовать методическую базу и нормативно-правовую базу анализа и интерпретации данных. | | + | | |

Оценка функции – 7 баллов

1.А.9: Публикация данных в разнообразных форматах для различных аудиторий (в областях 1.1 – 1.7)

Составление периодических анализов и отчетов

Периодические анализы и отчеты составляются всеми органами, задействованными в эпиднадзоре за болезнями и оценке состояния здоровья населения.

Федеральная служба государственной статистики включает данные о заболеваемости и смертности в такие ежегодные сборники как «Россия в цифрах», «Демографический ежегодник России», «Здравоохранение России».

Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) и Федеральным центром гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора публикуется Государственный доклад "О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации".

Мониторинг данных, содержащихся в различных системах эпиднадзора, интегрируемых и публикуемых периодически в различных средствах массовой коммуникации.

Учитывая высокий уровень централизации и интегрированности систем эпидемиологического надзора практика регулярного мониторинга данных, содержащихся в различных системах эпиднадзора, интегрируемых и публикуемых периодически в различных средствах массовой коммуникации отсутствует. Публикуемые периодические анализы ориентированы в большей степени на специалистов в области эпиднадзора и общественного здравоохранения, чем на широкую аудиторию.

Разумное использование основных СМИ (радио, телевидение, газеты) и социальных средств массовой коммуникации (Facebook, Twitter и др.)

Средства основных СМИ активно используются для распространения информации о факторах, влияющих на состояние здоровья населения, распространенности отдельных заболеваний, состояния окружающей среды. Информация распространяется в форме пресс-релизов органов, осуществляющих эпиднадзор за состоянием здоровья населения, и факторов, влияющих на него, интервью ведущих специалистов, рекомендаций по поведению населения в период эпидемического и экологического неблагополучия. Информация размещается в том числе и на сайтах Роспотребнадзора и Минздрава Российской Федерации. Вместе с тем, существует проблема неадекватной интерпретации предоставляемой информации представителями СМИ. Использование социальных средств массовой коммуникации не получило широкого распространения.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (У) |
|---|--|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1 | Регулярная публикация анализов и отчетов о состоянии здоровья населения и факторов, влияющих на него | + | | | + |
| 2 | Предоставление информации о результатах эпиднадзора и выявленных проблемах СМИ | + | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Обобщенный характер данных, их ориентация в большей степени на профессиональное сообщество, чем на широкую аудиторию. | | | | + |
| 2 | Ведомственный характер анализа и отчетности. Недостаточная интеграция данных, полученных различными системами эпиднадзора. | + | | | |
| 3 | Слабая представленность использования социальных средств массовой коммуникации | | + | | |
| | Неадекватная интерпретация предоставляемой информации представителями СМИ | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Разработка форм представления данных, ориентированных на разную аудиторию. | + | + | | |
| 2 | Распространение информации об имеющихся информационных ресурсах среди потенциальных заинтересованных лиц. | + | + | | + |

Оценка функции – 8 баллов

ОФОЗ 2. Выявление приоритетных проблем охраны здоровья и угроз здоровью на уровне местных сообществ

Мониторинг, выявление и прогнозирование приоритетности биологических, химических и физических угроз здоровью на работе и в окружающей среде, применение методов и средств оценки риска для измерения экологических рисков для здоровья, выпуск доступной информации и опубликование предупреждений для населения, планирование и приведение в действие вмешательств, направленных на минимизацию угроз здоровью.

Раздел А: Контроль за инфекционными заболеваниями

2.А.1: Система и методы выявления и контроля вспышек инфекционных заболеваний

Существование протоколов для врачей общей практики, медицинских сестер, врачей узких специальностей и т.д., касающихся уведомления о любых необычных группах или случаях инфекционных заболеваний.

Согласно Постановлению главного государственного санитарного врача по РФ Г. Г. Онищенко от 9 июня 2003 г. №129 "О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил", о каждом случае инфекционной болезни, носительстве возбудителей инфекционной болезни или подозрении на инфекционную болезнь врачи всех специальностей, средние медицинские работники лечебно-профилактических, детских, подростковых, оздоровительных и других организаций, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, а также врачи и средние медицинские работники, занимающиеся частной медицинской практикой, в течение 2 часов сообщают по телефону, а затем в течение 12 часов в письменной форме посылают экстренное извещение по установленной форме в территориальное учреждение государственной санитарно-эпидемиологической службы по месту регистрации заболевания (независимо от места проживания больного).

Представление внеочередных донесений о возникновении чрезвычайных ситуаций осуществляется в соответствии с Перечнем инфекционных, паразитарных болезней, поствакцинальных осложнений и необычных реакций после применения медицинских иммунобиологических препаратов (Приложение N 2) и Перечнем пищевых отравлений, в т.ч. острых групповых профессиональных отравлений людей, фактов приостановления (запрещения) реализации пищевых продуктов, продовольственного сырья, недоброкачественных товаров народного потребления, загрязнений окружающей среды (Приложение N 3), внеочередные донесения о которых представляются в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Каждый случай инфекционной болезни или подозрения на это заболевание, а также носительства возбудителей инфекционных болезней подлежит регистрации и учету в журнале учета инфекционных заболеваний установленной формы по месту их выявления в лечебно-профилактических, детских, подростковых, оздоровительных и других организациях, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Адекватность уровня уведомления, в том числе о стадии вспышки при ее выявлении.

При возникновении вспышки деятельность всех заинтересованных министерств и ведомств регламентируется Постановлением главного государственного врача по РФ Г. Г. Онищенко от 24.02.2009 № 11 О представлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера». Данным Постановлением регулируются вопросы представления внеочередных донесений о возникновении чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера (далее по тексту - чрезвычайные ситуации).

Представление внеочередных донесений о возникновении чрезвычайных ситуаций осуществляется в соответствии с Перечнем инфекционных, паразитарных болезней, поствакцинальных осложнений и необычных реакций после применения медицинских иммунобиологических препаратов и Перечнем пищевых отравлений, фактов приостановления (запрещения) реализации пищевых продуктов, продовольственного сырья, недоброкачественных товаров народного потребления, острых групповых профессиональных отравлений людей, загрязнений окружающей среды.

Лечебно-профилактическое учреждение независимо от формы собственности направляет внеочередное донесение о возникновении чрезвычайной ситуации в течение 2-х часов после установления факта чрезвычайной ситуации в территориальные органы и учреждения, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и информирует муниципальный (ведомственный) орган управления здравоохранением.

Муниципальный (ведомственный) орган управления здравоохранением в срок не позднее 2-х часов после получения донесения о возникновении чрезвычайной ситуации информирует орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации о возникновении чрезвычайной ситуации.

Порядок сбора и представления информации о возникновении чрезвычайной ситуации санитарно-эпидемиологического характера в субъекте Российской Федерации определяется на основании нормативных документов Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъекту Российской Федерации, по согласованию с органами управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъекту Российской Федерации направляет внеочередное донесение о возникновении чрезвычайной ситуации в срок не позднее 24 часов после установления факта чрезвычайной ситуации в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъекту Российской Федерации в ежедневном режиме информирует Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и о проводимых мероприятиях по ликвидации последствий чрезвычайной ситуации санитарно-эпидемиологического характера.

Окончательное донесение о причинах возникновения чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера и проведенных мероприятиях направляется Управлением Федеральной службы по надзору

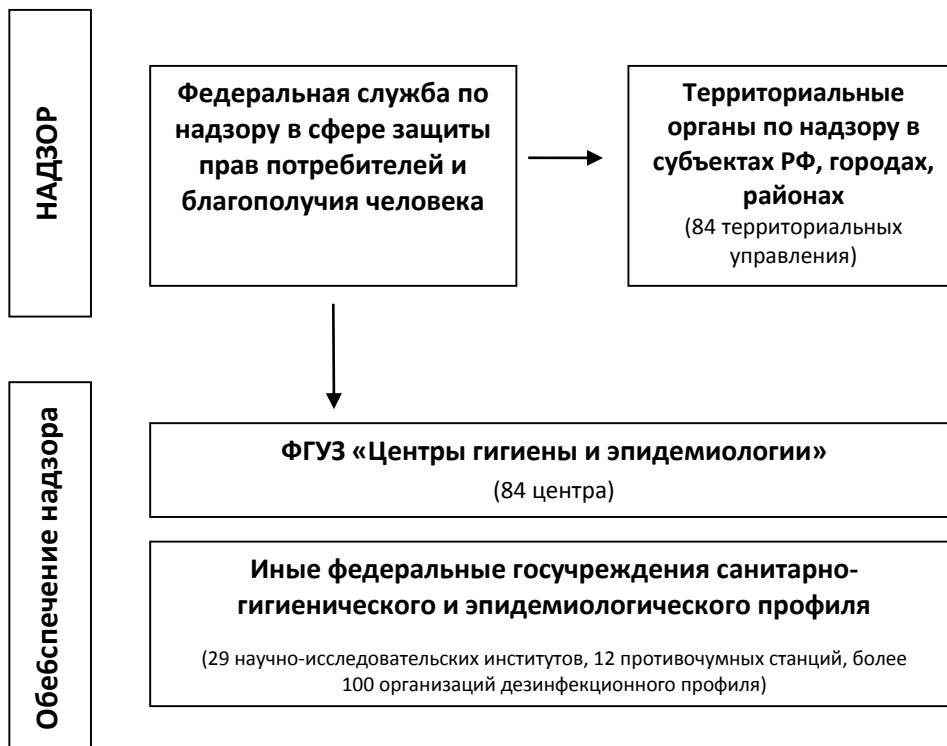
в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъекту Российской Федерации в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека почтой не позднее, чем через 10 дней после ликвидации чрезвычайной ситуации.

В целях повышения санитарной культуры населения, профилактики инфекционных болезней проводится гигиеническое воспитание и обучение граждан.

Гигиеническое воспитание и обучение граждан осуществляются: в процессе воспитания и обучения в дошкольных образовательных учреждениях, школах, высших и средних учебных заведениях, других образовательных и воспитательных учреждениях, а также при подготовке, переподготовке, повышении квалификации и аттестации специалистов и других работников организаций, характер деятельности которых связан с производством, транспортированием и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, обслуживанием больных, коммунальным и бытовым обслуживанием населения.

Вопросы профилактики инфекционных болезней включены в программы обучения и воспитания, квалификационные требования при проведении аттестации работников.

Рис.1 Структура служб по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека



Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Область действия* (отметить «+») <i>*может содержать несколько вариантов</i> | | | |
|---|--|--|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| | | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
| 1 | Государственный характер надзора за инфекционными заболеваниями | + | + | + | + |
| 2 | Четко регулируемый механизм выявления признаков эпидемического неблагополучия и информирования о нем | + | + | + | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Средства массовой информации субъекта не всегда адекватно комментируют эпидемическую ситуацию (например, называя рост заболеваемости вспышкой) и, соответственно, вызывает неадекватную реакцию населения | | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Установить четкие алгоритмы передачи информации о случаях возникновения чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера в местные отделения соответствующих других ведомств (МЧС, Минобразования и др.), в СМИ и населению | + | | | + |

Оценка функции – 8 баллов

2.А.2: Система и методы расследования вспышек и выявления причин

Расследование вспышек, проводимое эпидемиологическими бригадами.

Расследование вспышек инфекционных заболеваний регламентируется профильными санитарными правилами, а также Постановлением главного государственного санитарного врача РФ №133 от 21.10.2010 «Об оптимизации противоэпидемической работы и утверждении формы акта эпидемиологического расследования очага инфекционной (паразитарной) болезни с установлением причинно-следственной связи».

Данным Постановлением утверждена форма акта эпидемиологического расследования очага инфекционной (паразитарной) болезни с установлением причинно-

следственной связи. В соответствии с рекомендациями органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации проводят заседания санитарно-противоэпидемических комиссий в случае регистрации очагов инфекционных и паразитарных болезней на курируемой территории с участием заинтересованных ведомств с целью координации взаимодействия в ходе проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий; по ликвидации чрезвычайной ситуации в общественном здравоохранении санитарно-эпидемиологического характера (эпидемического очага) проводят заседание санитарно-противоэпидемической комиссии для заслушивания Акта и оценки действий органов исполнительной власти и заинтересованных ведомств.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Расследование вспышек проводится специалистами территориальных органов Роспотребнадзора, деятельность которых четко регламентирована | + | + | + | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | При проведении расследования вспышек не решен вопрос привлечения сторонних экспертов (не сотрудников Роспотребнадзора) | | + | + | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Решить законодательно вопрос о привлечении сторонних экспертов для расследования вспышек инфекционных заболеваний | + | + | + | + |

Оценка функции – 7 баллов

2.А.3: Система и методы контроля зоонозных и трансмиссивных заболеваний

Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека разработаны методические указания (МУ 3.4.3008-12), в которых представлен порядок организации эпидемиологической и лабораторной диагностики при возникновении чрезвычайных ситуаций (ЧС) санитарно-эпидемиологического характера. Данные методические указания включают порядки диагностики зоонозных и трансмиссивных заболеваний.

Контроль за системами производства пищевых продуктов по принципу "от поля до стола"

В настоящее время, функции государственного контроля и надзора за качеством пищевых продуктов осуществляют Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия населения, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Федеральная служба по ветеринарному и фитосанитарному надзору.

В последние годы в Российской Федерации был осуществлен ряд организационных и практических мероприятий по предотвращению вредного воздействия некачественной пищевой продукции на здоровье населения. Было принято Постановление главного государственного санитарного врача РФ от 29 августа 2006 года №28 «Об усилении надзора за производством и оборотом пищевых продуктов».

В целях профилактики зоонозных и трансмиссивных заболеваний также разработаны и утверждены "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям торговли и обороту в них продовольственного сырья и пищевых продуктов" (СП 2.3.6.1066-01), "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья" (СП 2.3.6.1079-01).

Возможности проведения эпидемиологического расследования совместно с ветеринарными службами

Эпидемиологические расследования случаев зоонозных и трансмиссивных заболеваний проводится совместно со специалистами ветеринарной службы. Совместная работа проводится с целью выявления источника инфекции, факторов и путей заражения (ФЗ N 52 от 30.03.1999 г "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", СП 3.1.7.2613-10 "Профилактика бруцеллеза", Приказ от 7 октября 1997 г. N 297 "О совершенствовании мероприятий по профилактике заболевания людей бешенством", Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 декабря 2010 г. N 181 "Об утверждении СП 3.1.7.2811-10 "Профилактика коксиеллеза (лихорадка Ку)" и др.

2.А.4: Система и методы эпиднадзора за внутрибольничными инфекциями

Проведение эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями (ВБИ) в Российской Федерации предусматривает:

- обеспечение учета и регистрации ВБИ на основе определения стандартного случая ВБИ;
- выявление факторов риска инфицирования ВБИ у отдельных категорий пациентов в различных типах стационаров;
- эпидемиологический анализ заболеваемости пациентов с выявлением ведущих причин и факторов, способствующих распространению инфекции;
- эпидемиологический анализ заболеваемости ВБИ медицинского персонала (динамика заболеваемости ВБИ, уровень, этиологическая структура заболевания,

локализация патологического процесса, носительство эпидемиологически значимых штаммов микроорганизмов);

- осуществление микробиологического мониторинга за возбудителями ВБИ, определение и изучение биологических свойств микроорганизмов, выделенных от больных, умерших, медицинского персонала и с отдельных объектов окружающей среды;
- определение спектра устойчивости микроорганизмов к химиопрепаратам для разработки рациональной стратегии и тактики применения антибиотиков;
- определение предвестников осложнения эпидемиологической обстановки в разных типах стационаров;
- оценка эффективности проведенных профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- прогнозирование эпидемиологической ситуации.

Перечень ВБИ, подлежащих регистрации и учету, определен приказом

Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 ноября 1997 г. № 345 "О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах", письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 марта 2003 г. № 2510/2921-03-24 "О профилактике внутрибольничных инфекций в Российской Федерации" и письмом Министерства здравоохранения СССР от 2 сентября 1987 г. № 28-6/34 "Методические указания по эпидемиологическому надзору за внутрибольничными инфекциями".

Разработана концепция «Профилактика внутрибольничных инфекций», на основании которой регионами Российской Федерации разрабатываются и реализовываются территориальные программы по профилактике внутрибольничных инфекции.

В целях профилактики возникновения и распространения внутрибольничных инфекций (ВБИ) разрабатывается план профилактических и противоэпидемических мероприятий, который утверждается руководителем организации.

План должен включать разделы по профилактике отдельных инфекционных заболеваний, в том числе гнойно-воспалительных, а также первичные противоэпидемические мероприятия на случай выявления больного инфекционным заболеванием.

Профилактические мероприятия проводят исходя из положения, что каждый пациент расценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатит В, С, ВИЧ и других).

При плановом поступлении на стационарное лечение пациенты на догоспитальном этапе подлежат профилактическому обследованию на:

- туберкулез (флюорография, результаты действительны в течение года);
- маркеры гепатитов В и С, сифилис (в случае оперативного лечения);
- дифтерию и кишечные инфекции (пациенты психиатрических стационаров);

- кишечные инфекции (пациенты детских стационаров до 2 лет и сопровождающие лица, результаты действительны в течение 2 недель до госпитализации).

Дети, поступающие на стационарное лечение, должны иметь сведения об отсутствии контактов с инфекционными больными в течение 21 дня до госпитализации.

Проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляется медицинским персоналом под руководством лица, ответственного за работу по профилактике ВБИ (руководитель организации, заместитель руководителя по противоэпидемическим вопросам/врач-эпидемиолог/заместитель по медицинской части).

Существование эпидемиологических бригад в каждой больнице общего профиля

Эпидемиологическая деятельность в лечебно-профилактических организациях осуществляется врачами-эпидемиологами (заместителями главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам) учреждений здравоохранения и помощниками врачей-эпидемиологов, на региональном и федеральном уровнях - главными специалистами - эпидемиологами субъектов Российской Федерации, федеральных округов, Министерства здравоохранения и социального развития, а также специалистами органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Эпидемиологическая деятельность в организациях здравоохранения включает:

- организацию и осуществление эпидемиологического надзора за ВБИ;
- проведение эпидемиологической диагностики;
- разработку комплекса диагностических, профилактических и противоэпидемических мер;
- стандартизацию мер защиты пациентов и медицинского персонала от инфицирования при различных медицинских технологиях;
- экспертизу проектов реконструкции, текущего и капитального ремонтов организаций здравоохранения;
- оценку необходимости и целесообразности применения в организациях здравоохранения эпидемиологической, экономической эффективности различных антимикробных и иммунобиологических препаратов, дезинфицирующих средств, методов, средств защиты пациентов и медицинского персонала, степени эпидемической безопасности оборудования и аппаратуры, новых медицинских технологий;
- обучение различных категорий медицинского персонала по направлениям профилактики ВБИ;
- оценку эпидемиологической и экономической эффективности профилактических и противоэпидемических мер.

Существование в каждой больнице протоколов для контроля и профилактики внутрибольничных инфекций

В государственных бюджетных учреждениях здравоохранения Российской Федерации проводится планомерная работа по профилактике внутрибольничных инфекций. Многолетний опыт реализации положений "Концепции профилактики внутрибольничных инфекций" (1999г.) и предыдущей редакции Постановления главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 06.11.2002 г. № 37 «Об усилении мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций», позволил специалистам учреждений здравоохранения грамотно подойти к реализации поручений, изложенных в Постановлении главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29.11.2011 г № 146 "О профилактике внутрибольничных инфекций".

Организацию противоэпидемических и профилактических мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций осуществляет врач-эпидемиолог (заместитель руководителя лечебной организации по эпидемиологической работе) и/или помощник врача-эпидемиолога, имеющие специальную подготовку (далее - врач-эпидемиолог). В случае отсутствия таких специалистов вопросы организации противоэпидемических и профилактических мероприятий возлагаются на одного из заместителей руководителя лечебной организации (Постановление от 18 мая 2010 г. п. 58 Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность").

В каждом лечебно-профилактическом учреждении должна быть создана база данных, позволяющая оценить эпидемиологическую обстановку по внутрибольничным инфекциям и своевременно выявить превышение обычных, условно-нормативных «фоновых» значений, выявить изменение отдельных параметров эпидемиологического надзора, требующих принятия управленческих решений.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Система эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями (ВБИ) носит государственный характер | + | + | + | + |
| 2 | Существование в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации служб клинических эпидемиологов | + | + | + | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Нет программного средства (ПС), позволяющего контролировать систему эпиднадзора за ВБИ на уровне региона | + | + | + | + |
| 2 | Состояние микробиологической службы, необходимой для надзора за ВБИ в большинстве ЛПУ не соответствует современным требованиям как по материально – техническому оснащению, так и | + | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| | по уровню профессиональной подготовки клинических микробиологов. Имеющиеся ресурсы используются недостаточно рационально и эффективно | | | | |
|--|---|--|--|--|--|

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Разработать программное средство, позволяющее контролировать систему эпиднадзора за ВБИ на уровне региона | + | + | + | + |
| 2 | Необходимо совершенствование лабораторной диагностики и мониторинга возбудителей внутрибольничных инфекций | + | | | + |
| 3 | Совершенствовать профессиональную подготовку клинических микробиологов | + | + | | + |
| | Расширить кадровый потенциал и укомплектование организаций здравоохранения специалистами медико-профилактического профиля (врачами-эпидемиологами и помощниками врачей-эпидемиологов), | + | | | + |
| | Развитие научных исследований в области профилактики ВБИ | + | | | + |

Оценка функции – 7 баллов

2.А.5: Система и методы эпиднадзора за устойчивостью к антибиотикам

Существование больничных систем эпиднадзора за устойчивостью к антибиотикам и использованием антибиотиков

Политика применения антибиотиков в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации предусматривает комплекс организационных и медицинских мероприятий, базирующихся на мониторинге за лекарственной устойчивостью возбудителей ВБИ.

Основными из них являются:

- разработка стратегии и тактики химиопрофилактики, лечения больных антибиотиками и другими химиопрепаратами;
- обеспечение мониторинга за микроорганизмами, циркулирующими в различных типах стационаров;
- определение лекарственной устойчивости возбудителей ВБИ стандартными методами;
- оптимизация основных принципов выбора антимикробных препаратов для лечения и профилактики ВБИ;
- разумное ограничение применения определенных видов антибиотиков, исходя из данных мониторинга лекарственной устойчивости возбудителей ВБИ;
- оценка стратегии использования антибиотиков в различных отделениях и типах стационаров;

- оценка тактики использования антибиотиков в разных типах стационаров (схемы, дозировки, сочетания препаратов);
- определение эффективности использования антибиотиков с целью профилактики ВБИ;
- анализ факторов, влияющих на успех антибиотикотерапии и антибиотикопрофилактики;
- анализ факторов побочных эффектов антибиотикотерапии и антибиотикопрофилактики;
- контроль за использованием антибиотиков с лечебной и профилактической целью;
- разработка научно обоснованного подхода к составлению формуляров антибиотиков и химиопрепаратов с проведением системного анализа и оценкой затратно-эффективной значимости отбираемых антибиотиков.

Необходима разработка и внедрение методических материалов по стратегии применения антибиотиков для лечения и профилактики ВБИ.

Существование систем эпиднадзора за устойчивостью к антибиотикам и использованием антибиотиков на уровне местных сообществ

На базе Смоленской государственной медицинской академии создан Научно-методический центр по мониторингу антибиотикорезистентности Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (ЦМАР).

Деятельность центра регламентируется приказом Минздрава РФ от 09.02.2000 N 50 "Об организации Научно-методического центра Минздрава России по мониторингу антибиотикорезистентности".

Основными направлениями деятельности Центра являются:

- Проведение и координация научных исследований в Российской Федерации по вопросам антибиотикорезистентности микроорганизмов.
- Сбор и анализ информации по антибиотикорезистентности возбудителей внебольничных и внутрибольничных (госпитальных, нозокомиальных) инфекций (Центр осуществляет мониторинг за резистентностью к антибиотикам более чем в 30 центрах России (программа RosNet))
- Проведение учебных курсов, симпозиумов, конференций.

Существование систем эпиднадзора за устойчивостью к антибиотикам у животных и использованием антибиотиков в продовольственном животноводстве

В Российской Федерации использование кормовых и лечебных антибиотиков в животноводстве контролируется "Гигиеническими требованиями безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов" (СанПиН 2.3.2.1078-01), Федеральным законом от 12 июня 2008 г. №88-ФЗ "Технический регламент на молоко и молочную продукцию".

Также разработаны методические указания:

- Методические указания по определению остаточных количеств антибиотиков в продуктах животноводства (МЗ СССР, N 3049-84).
- Методические указания по определению безопасности и эффективности биологически активных добавок к пище (МУК 2.3.2.721-98)

Существование механизмов сотрудничества между системами эпиднадзора и другими службами: аптеками, ветеринарными службами и т.п. Интегрирование различных отчетов на национальном уровне

Функции сбора, анализа, представления информации и интегрирование отчетов о состоянии антибиотикорезистентности основных бактериальных возбудителей внебольничных и нозокомиальных инфекций, осуществляет Научно-методический центр по мониторингу антибиотикорезистентности Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (ЦМАР).

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Изучение устойчивости микроорганизмов носит характер научных исследований | + | + | + | + |
| 2 | В учреждениях здравоохранения внедряются в работу программные средства, позволяющие осуществлять надзор за антибиотикоустойчивостью | + | + | + | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Отчеты, формируемые учреждениями здравоохранения по вопросам антибиотикоустойчивости, не интегрируются на уровне субъекта и России | + | + | + | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Разработать интегрированную систему анализа антибиотикорезистентности | | + | + | |
| 2 | Необходима разработка и внедрение методических материалов по стратегии применения антибиотиков для лечения и профилактики ВБИ | + | | | |

Оценка функции – 7 баллов

Раздел В: Контроль за факторами окружающей среды, представляющими угрозу здоровью

2.В.1: Система, обладающая возможностями, материальными средствами и методикой оценки фактического или ожидаемого воздействия на здоровье, обусловленного факторами окружающей среды

Существование подразделения экологической эпидемиологии или ясно выраженное поручение таких задач специально выделенным сотрудникам системы общественного здравоохранения.

В ряде регионов Российской Федерации существуют «Региональные центры экологической эпидемиологии», основными функциями которых являются:

- Проведение работ по оценке промышленного воздействия на окружающую среду, здоровье населения.
- Научные и практические разработки, консультации и экспертиза в области мониторинга среды обитания и здоровья населения,
- Эколого-эпидемиологические исследования, прогнозирование и управление экологическими рисками для здоровья населения,
- Разработка и реализация комплексных медико-экологических и социально-экономических программ

В Российской Федерации существует «Государственный фонд данных государственного экологического мониторинга» (Статья 63.2.ФЗ №7 «Об охране окружающей среды»)

Государственный фонд данных является Федеральной информационной системой, обеспечивающей сбор, обработку, анализ данных и включающей в себя:

- информацию, содержащуюся в базах данных подсистем единой системы государственного экологического мониторинга (государственного мониторинга окружающей среды);
- результаты производственного контроля в области охраны окружающей среды и государственного экологического надзора;
- данные государственного учета объектов, оказывающих негативное воздействие на окружающую среду.

Создание и эксплуатация государственного фонда данных осуществляются в соответствии с настоящим Федеральным законом, законодательством Российской Федерации об информации, информационных технологиях и о защите информации и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Федеральные органы исполнительной власти, уполномоченные на осуществление государственного экологического мониторинга (государственного мониторинга окружающей среды), а также органы государственной власти субъектов Российской Федерации, участвующие в осуществлении государственного экологического мониторинга (государственного мониторинга окружающей среды), обязаны направлять получаемую в ходе осуществления соответствующего мониторинга информацию в государственный фонд данных.

Порядок создания и эксплуатации государственного фонда данных, перечень видов включаемой в него информации, порядок и условия ее представления, а также порядок обмена такой информацией устанавливается Правительством Российской Федерации.

Информация, включаемая в государственный фонд данных, подлежит использованию органами государственной власти, органами местного самоуправления, юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями, гражданами при планировании и осуществлении хозяйственной и иной деятельности.

Информация, включенная в государственный фонд данных, предоставляется органам государственной власти, органам местного самоуправления, юридическим лицам, индивидуальным предпринимателям, гражданам в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Информация, включаемая в государственный фонд данных и свидетельствующая об угрозе возникновения чрезвычайной ситуации, в том числе стихийного бедствия, а также о состоянии окружающей среды в границах зон чрезвычайных ситуаций, подлежит незамедлительному представлению в единую государственную систему предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций.

Информация, включаемая в государственный фонд данных и свидетельствующая о возможном вредном воздействии на человека состояния окружающей среды, в том числе компонентов природной среды, подлежит незамедлительному направлению в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Обмен информацией в рамках единой системы государственного экологического мониторинга (государственного мониторинга окружающей среды), а также между единой системой государственного экологического мониторинга (государственного мониторинга окружающей среды), единой государственной системой предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций и органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, предоставление такой информации органам государственной власти, органам местного самоуправления, юридическим лицам, индивидуальным предпринимателям, гражданам, осуществляется на безвозмездной основе.

На основе информации, содержащейся в государственном фонде данных, уполномоченный Правительством Российской Федерации федеральный орган исполнительной власти подготавливает ежегодный государственный доклад о состоянии и об охране окружающей среды, порядок подготовки и распространения которого устанавливается Правительством Российской Федерации.

2.В.2: Механизмы и методы выявления возможных опасных воздействий

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Мультидисциплинарный подход к оценке экологических рисков | + | + | + | + |
| 2 | Применение многопрофильного подхода к оценке экологических рисков | + | + | + | + |
| 3 | Наличие областных программ реабилитации | | + | + | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствие системы оценки деятельности муниципальных образований в формировании неопределенных экологических детерминант | | + | + | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Создание системы оценки деятельности муниципальных образований в формировании неопределенных экологических детерминант | | + | + | + |

Оценка функции -7 баллов

2.В.3: Системы и методы оценки и контроля гигиены труда и техники безопасности

Существование положительно сформулированного закона об охране труда и технике безопасности на производстве/предупреждении профессиональных рисков (или "Закона о профессиональной вредности") для поощрения создания безопасных мест работы

Основы профилактики профессиональных заболеваний, охраны условий труда изложены в Трудовом Кодексе Российской Федерации.

В Свердловской области с целью регулирования вопросов организации медицинских осмотров (предварительных и периодических) разработан совместный приказ Министерства здравоохранения Свердловской области и Управления Роспотребнадзора по Свердловской области от 11.04.2012 года № 360-П / № 01-01-01-01/127 «О совершенствовании системы организации и проведения обязательных

предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников Свердловской области», которым утверждены:

1) методические рекомендации о проведении обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда»,

2) форма списка контингентов, подлежащих предварительным и периодическим медицинским осмотрам,

3) форма поименного списка лиц, подлежащих периодическим медицинским осмотрам в лечебно-профилактическом учреждении (центре профпатологии),

4) методические рекомендации по организации обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров работников в целях предупреждения распространения инфекционных заболеваний (декретированные контингенты),

5) номенклатура исследований, кратность проведения предварительных и периодических профилактических медицинских осмотров работников в целях предупреждения распространения инфекционных заболеваний (декретированные контингенты).

Законодательно установленная учетная документация по охране труда и технике безопасности (медицинские осмотры, проводимые согласно с особенностями занимаемой должности)

В организации должна быть следующая учетная документация, отражающая деятельность по охране труда:

- журнал регистрации входящей документации по охране труда;
- журнал распоряжений по вопросам охраны труда;
- журнал регистрации вводного инструктажа;
- программа вводного инструктажа;
- журнал регистрации первичного инструктажа, повторного, целевого, внепланового инструктажей;
- перечень основных вопросов инструктажа на рабочем месте;
- график проверки знаний по безопасным методам труда;
- перечень работ повышенной опасности или выполняемых в опасных и вредных условиях (при их наличии);
- перечень профессий и работ, для которых работникам необходимо пройти медицинский осмотр;
- журнал регистрации нарядов-допусков на работы повышенной опасности (при их наличии);
- перечень выдаваемых бесплатно спецодежды, спецобуви и других средств индивидуальной защиты;

- **личная карточка** учета спецодежды, спецобуви и других средств индивидуальной защиты;
- **журнал** регистрации несчастных случаев на производстве;
- **извещение** о групповом несчастном случае, тяжелом несчастном случае, несчастном случае со смертельным исходом;
- **сообщение** о последствиях несчастного случая на производстве и принятых мерах;
- акт **формы Н-1** (акт о несчастном случае на производстве);
- папка с документами на пострадавшего от несчастного случая на производстве для представления в органы социального страхования;
- журнал регистрации инструктажа о противопожарной безопасности;
- план противопожарных мероприятий;
- схема эвакуации при пожаре;
- план мероприятий по улучшению условий и охраны труда на предприятии;
- соглашение по охране труда;
- протоколы измерений показателей производственных факторов на рабочих местах;
- материалы аттестации рабочих мест по условиям труда;
- сертификат соответствия требованиям охраны труда.

Инструкция по охране труда для работника разрабатывается на основе межотраслевой или отраслевой типовой инструкции по охране труда (а при ее отсутствии - межотраслевых или отраслевых правил по охране труда), требований безопасности, изложенных в эксплуатационной и ремонтной документации организаций - изготовителей оборудования с учетом конкретных условий производства. Эти требования должны быть изложены применительно к профессии работника или виду выполняемой работы

Существование нормативных документов и базовых стандартов в области гигиены труда и техники безопасности, а также проведение надлежащих проверок охраны труда на предприятиях и в организациях, принятие правоприменительных мер и сотрудничество между компетентными регулирующими органами в соответствии с национальной спецификой

Под действием различных политических и экономических факторов во многих странах возросло число работников-мигрантов. Эти работники зачастую более подвержены риску эксплуатации, они могут не иметь доступа к медицинскому обслуживанию и социальному страхованию и часто не защищены законодательством в сфере охраны труда. Они, как правило, трудятся в неформальной экономике, выполняя работу, сопряженную с высокой степенью риска, и в большинстве случаев практически не имеют доступа к информации по вопросам охраны труда, консультациям и обучению. Государственное управление охраной труда осуществляется Правительством Российской Федерации непосредственно или по его поручению федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда, а также другими федеральными органами исполнительной власти в пределах их полномочий.

Государственная экспертиза условий труда осуществляется федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным на проведение федерального государственного надзора за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны труда в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

Федеральный **государственный надзор** за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права, осуществляется федеральной инспекцией труда в **порядке**, установленном Правительством Российской Федерации.

Государственный контроль (надзор) за соблюдением требований по безопасному ведению работ в отдельных сферах деятельности осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации уполномоченными федеральными органами исполнительной власти.

Осуществление целенаправленных мер в отраслях хозяйственной деятельности, связанных с повышенным риском, и в интересах уязвимых категорий работников, таких как молодые работники и работники пожилого возраста, лица, имеющие инвалидность, и трудящиеся-мигранты, с должным учетом гендерных вопросов.

Пожилые работники

Пожилые работники более подвержены некоторым рискам, например, инфекционным заболеваниям и заболеваниям опорно-двигательного аппарата. Примеры несчастных случаев и травм, наиболее часто встречающихся у пожилых работников, включают в себя падения из-за нарушения равновесия, замедленной реакции и проблем со зрением; растяжения и вывихи из-за потери силы, выносливости и гибкости. Несчастные случаи с пожилыми работниками, как правило, имеют более серьезные последствия, и на восстановление этим работникам может потребоваться больше времени.

В Российской Федерации отсутствуют стандарты охраны труда пожилых работников.

Лица, имеющие инвалидность

Основные мероприятия, направленные на обеспечение трудовой занятости инвалидов, названы в ст. 20 Федерального закона от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 02.07.2013) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации".

К ним относят:

- установление в организациях квоты для приема на работу;
- организацию специальных рабочих мест;
- резервирование рабочих мест по профессиям, наиболее подходящим для трудоустройства инвалидов;
- стимулирование создания организациями дополнительных рабочих мест;
- создание условий труда в соответствии с индивидуальными программами реабилитации;

- создание условий для предпринимательской деятельности;
- организацию обучения новым профессиям.

На данный момент законодательно урегулировано одно мероприятие - квоты при трудоустройстве, а все остальные могут быть урегулированы лишь посредством коллективного или трудового договора. Квота на труд инвалидов устанавливается в размере не менее 2% и не более 4% от среднесписочной численности работников в силу ст. 21 Закона N 181-ФЗ. Эта норма применяется в организациях с численностью работников более 100 человек. Конкретный размер процентов устанавливается законодательством субъекта РФ. От такого квотирования освобождаются лишь общественные объединения инвалидов и образованные ими организации, в том числе хозяйственные товарищества и общества, уставный (складочный) капитал которых состоит из вклада общественного объединения инвалидов.

Мигранты

Под действием различных политических и экономических факторов во многих странах возросло число работников-мигрантов. Эти работники зачастую более подвержены риску эксплуатации, они могут не иметь доступа к медицинскому обслуживанию и социальному страхованию и часто не защищены законодательством в сфере охраны труда. Они, как правило, трудятся в неформальной экономике, выполняя работу, сопряженную с высокой степенью риска, и в большинстве случаев практически не имеют доступа к информации по вопросам охраны труда, консультациям и обучению

Иностранцы рабочие в РФ пользуются правами и несут обязанности в трудовых отношениях наравне с российскими гражданами. Законодательно установлено, что в отношении условий и оплаты труда не допускается дискриминация в зависимости от пола, расы, национальности, языка, вероисповедания и т.д. Вместе с тем, российским законодательством установлены ограничения трудовых прав мигрантов, которые преследуют цель защиты трудовых и социальных прав собственных граждан

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Законодательно установленная учетная документация по охране труда и технике безопасности | + | + | + | + |
| 2 | Существование стратегии по профилактике профессиональных заболеваний | + | + | + | + |
| 3 | Осуществление целенаправленных мер профилактики в интересах уязвимых категорий работников | | + | + | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточная система мер профилактики среди трудящихся-мигрантов | + | + | + | + |
| | нечеткое определение термина «несчастные случаи на производстве и профессиональные заболевания» в законодательстве | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Разработка системы мер профилактики профессиональных заболеваний среди трудящихся-мигрантов | + | + | + | + |

Оценка функции – 6 баллов

2.В.4: Система и методы оценки качества воздуха и технико-экономическая обоснованность нормативов чистоты воздуха

Мониторинг и оценку качества воздуха на территориях субъектов Российской Федерации осуществляют: Федеральная служба по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды (Росгидромет), Центры гигиены и эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (ФГУЗ ЦГиЭ Роспотребнадзора), негосударственные организации (учреждения).

Система и методы оценки качества воздуха, оценка риска загрязнений и риска для здоровья населения отражены в следующих нормативных документах:

1) Федеральный закон №96-ФЗ от 04.05.1999 (ред. от 25.06. 2012) «Об охране атмосферного воздуха»;

2) Постановление Главного государственного санитарного врача РФ и Главного государственного инспектора РФ по охране природы «Об использовании методологии оценки риска для управления качеством окружающей среды и здоровья населения в Российской Федерации» (от 10.11.1997 № 25 и 03-1924-3486);

3) постановление Правительства РФ от 02.02.2006 № 60 «Положение о социально-гигиеническом мониторинге» и др.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОП) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Государственный контроль и надзор за соблюдением требований законодательства Российской Федерации в области охраны атмосферного воздуха | + | + | + | + |
| 2 | Мониторинг состояния атмосферного воздуха проводит сеть государственных и негосударственных лабораторий | + | | | + |
| 3 | Отмечается рост количества исследований, осуществляемых Роспотребнадзором в процессе лабораторного контроля за уровнями загрязнения атмосферного воздуха, как в городских, так и в сельских поселениях | + | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОП | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Часть предприятий не имеют санитарно-защитных зон, что неблагоприятно сказывается на состоянии атмосферного воздуха | | + | + | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОП | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Развитие программ по разработке и внедрению санитарно-защитных зон предприятий | | + | + | |

Оценка функции – 7 баллов

2.В.5: Система и методы оценки качества воды и технико-экономическая обоснованность нормативов чистоты воды

По данным Министерства природных ресурсов и экологии Российской Федерации, услугами централизованного водоснабжения обеспечено 30% всех населенных пунктов Российской Федерации, а услугами централизованной канализации – всего 5,5%, в том числе в городах – соответственно 99% и 97% населения, в поселках – 93% и 74%, в сельских населенных пунктах всего 29% и 4%

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Государственный характер надзора за качеством водоснабжения | + | + | + | + |
| 2 | Наличие программ, позволяющих проводить дополнительные мероприятия по улучшению качества водоснабжения | + | + | + | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Значительная часть населения области не обеспечена доброкачественной питьевой водой | + | | | + |
| 2 | Приоритетным загрязнителем питьевой воды является хлор, который наиболее часто используется для обеззараживания питьевой воды, подаваемой населению | | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Разработать программы по обеспечению населения доброкачественной питьевой водой | + | + | + | + |
| 2 | Разработка новых методов обеззараживания питьевой воды | | + | + | |

Оценка функции – 7 баллов

2.В.6: Система и методы выявления физических и химических факторов, угрожающих здоровью, посредством анализа данных эпиднадзора или эпидемиологических исследований

Координацию работы по мониторингу химических и физических факторов, угрожающих здоровью населения осуществляют отделы социально-гигиенического мониторинга службы Роспотребнадзора. Выстраивание математических моделей позволяет устанавливать причинно-следственные связи заболеваемости и действующих физико-химических факторов.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|--------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | Существует государственная программа по координации мониторинга за факторами, угрожающими здоровью | + | + | + | + |
| 2 | Создана методическая база для установления влияния факторов среды на здоровье населения | | + | + | + |

Оценка функции – 8 баллов

2.В.7: Система и методы оценки риска для безопасности пищевых продуктов

Существование специальных нормативных документов и распоряжений в отношении безопасности пищевых продуктов в различных условиях.

Санитарно-эпидемиологические требования к пищевым продуктам, пищевым добавкам, продовольственному сырью отражены в следующих нормативных документах:

1. Федеральный закон РФ от 30.03.1999 №52-ФЗ (ред. от 25.06.2012) "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.01.2013г)
2. Доктрина продовольственной безопасности Российской Федерации (Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 30 января 2010 г. N 120)
3. Федеральный закон от 02.01.2000 N 29-ФЗ (ред. от 19.07.2011) "О качестве и безопасности пищевых продуктов"
4. Решение Комиссии Таможенного союза от 28.05.2010 №299 (ред. от 15.01.2013) "О применении санитарных мер в таможенном союзе".

Функциональное разделение оценки риска и деятельности по предупреждению и минимизации риска

Деятельность по хранению и изготовлению пищевых продуктов регламентируется Федеральным Законом «О качестве и безопасности пищевых продуктов», а также санитарными правилами.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Надзор за безопасностью пищевых продуктов осуществляется государственной структурой | + | + | + | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | В связи с выходом ФЗ № 294 надзорные мероприятия проводятся 1 раз в 3 года, а ответственность хозяйствующих субъектов, занимающихся производством, хранением и продажей пищевых продуктов находится на низком уровне | + | + | + | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Увеличить количество надзорных мероприятий за хозяйствующими субъектами, занимающимися производством, хранением и продажей пищевых продуктов | + | + | + | + |

Оценка функции – 7 баллов

2.В.8: Система и методы оценки риска, связанного с потребительскими товарами, косметическими изделиями и игрушками

В Российской Федерации деятельность по защите прав потребителей регламентируется Федеральным Законом от 07.02.1992 года «О защите прав потребителей». Законодательство по данному вопросу подвергается периодической корректировке:

- 1996 г. - вступление в силу первой части нового Гражданского кодекса РФ;
- 1999 г. - гармонизация норм Закона с положениями второй части Гражданского кодекса РФ;
- 2004 г. - административная реформа федеральных органов исполнительной власти (функция государственного контроля и надзора в сфере защиты прав потребителей передана вновь созданному органу - Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека);
- 2007 г. - Закон гармонизирован с требованиями Европейского Союза по этикетированию пищевых продуктов, полученных из ГМО, дополнена норма закона об обязательной информации о товарах (работах, услугах);
- 2011 г. - принятие Федерального закона от 18 июля 2011 г. № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам

осуществления государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», вступившего в силу 1 августа 2011 г.

Разработаны методические рекомендации по оценке потребительских товаров и услуг:

1. Методическое руководство по проведению оценки качества обуви;
2. Методическое руководство по проведению оценки качества швейной продукции;
3. Методика экспертизы услуг жилищно-коммунального хозяйства;
4. Рекомендации по проведению экспертизы средств сотовой связи;
5. Методическое пособие по проведению экспертизы мебели;
6. Методическое пособие для экспертов. Особенности производства товароведческих экспертиз ювелирных изделий;
7. Методические рекомендации по проведению экспертизы изделий после химической чистки и стрики.

В Свердловской области разработана областной целевой программы «Безопасность жизнедеятельности населения Свердловской области» на 2011-2015 годы, в рамках которой имеется подпрограмма № 7 «Защита прав потребителей на территории Свердловской области на 2011-2012 годы».

На базе ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области» функционирует консультативный центр по защите прав потребителей: разработаны памятки потребителям по пяти темам: «Основные требования потребительского законодательства при заключении договоров купли-продажи мебели»; «Основные требования потребительского законодательства при заключении договоров купли-продажи парфюмерно-косметических товаров»; «Основные требования потребительского законодательства при заключении договоров купли-продажи обуви»; «Основные требования потребительского законодательства при заключении договоров купли-продажи сложной бытовой техники»; «Основные требования потребительского законодательства при заключении договоров купли-продажи детских игрушек», информационно-методические рекомендации для специалистов, оказывающих консультации потребителям по трем темам потребительского законодательства: «Права потребителей при оказании услуг в сфере общественного питания»; «Права потребителей на перерасчет платы за предоставление жилищно-коммунальных услуг»; «Права потребителей при оказании гражданам услуг по техническому обслуживанию и ремонту автотранспортных средств».

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | Система защиты прав потребителей носит национальный характер | + | + | + | + |
| 2 | При подаче исков на некачественные товары можно воспользоваться услугами консультативных центров Роспотребнадзора | | + | + | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Сложность доказательной базы при оформлении исков на некачественные товары | | + | + | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Совершенствование юридической базы защите прав потребителей | + | + | + | + |

Оценка функции – 7 баллов

2.В.9: Прогресс в реализации Международных медико-санитарных правил (ММСП)

В соответствии с Договором о создании единой таможенной территории и формирования таможенного союза от 6 октября 2007 года сформирован таможенный союз, в состав которого вошли Республика Беларусь, Республика Казахстан и Российская Федерация.

Решением Межгосударственного Совета Евразийского экономического сообщества от 21 мая 2010 года № 39 с 1 июля 2010 года вступают в силу следующие соглашения:

- Соглашение таможенного союза по санитарным мерам от 11 декабря 2009 года;
- Соглашение таможенного союза по ветеринарно-санитарным мерам от 11 декабря 2009 года;
- Соглашение таможенного союза о карантине растений от 11 декабря 2009 года.

Указанные соглашения размещены в официальном сайте Комиссии таможенного союза (www.tsouz.ru), а также на сайте Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (www.rospotrebnadzor.ru) в разделе «Основные направления деятельности» - «Таможенный союз».

В целях обеспечения охраны таможенной территории таможенного союза от завоза и распространения инфекционных и массовых неинфекционных болезней (отравлений) среди населения, продукции (товаров), не соответствующей санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям, а также реализации Соглашения таможенного союза по санитарным мерам разработаны следующие проекты документов:

- Единый перечень товаров, подлежащих санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю) на таможенной границе и таможенной территории таможенного союза (в ред. решения КТС от 14.10.2010 № 432, вступил в действие с 22 ноября 2010 года);
- Единые формы документов, подтверждающих безопасность продукции (товаров) (в ред. решений КТС от 14.10.2010 № 432, вступили в действие с 22 ноября 2010 года);
- Положение о порядке осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора (контроля) за лицами и транспортными средствами, пересекающими таможенную границу таможенного союза, подконтрольными товарами, перемещаемыми через таможенную границу таможенного союза и на таможенной территории таможенного союза (в ред. решения КТС от 14.10.2010 № 432, вступил в силу с 22 ноября 2010 года);
- Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю).

Санитарно-карантинный контроль за подконтрольными товарами в условиях действия таможенного союза с 1 июля 2010 года будет осуществляться силами специалистов санитарно-карантинных пунктов в пунктах пропуска на внешней границе таможенного союза.

Также с 1 июля 2010 года на отдельные виды продукции в соответствии с Перечнем товаров, подлежащих государственной регистрации, утвержденным Решением Комиссии таможенного союза, будут оформляться свидетельства о государственной регистрации установленного образца.

Иные виды продукции подлежат подтверждению соответствия с выдачей единых документов (сертификатов соответствия, деклараций соответствия) в соответствии с Единым перечнем продукции, подлежащей обязательной оценке (подтверждению) соответствия в рамках таможенного союза.

Продукция, не включенная в Единый перечень, подлежит обязательной оценке (подтверждению) соответствия согласно законодательству государств-членов таможенного союза.

В ходе осуществления санитарно-эпидемиологического надзора оценка безопасности продукции будет осуществляться в соответствии с Едиными санитарно-эпидемиологическими и гигиеническими требованиями к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю).

Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека подготовлен приказ от 15.06.2010 № 250, утверждающий мероприятия службы по обеспечению деятельности Роспотребнадзора после вступления в силу Соглашения таможенного союза по санитарным мерам.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Внедрение ММСП проводится на государственном уровне | + | + | + | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Не все требования Российского санитарного законодательства гармонизированы с требованиями ММСП | | + | + | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Провести гармонизацию требований санитарного законодательства и ММСП | + | + | + | |

Оценка функции – 7 баллов

Раздел С: Лабораторное обеспечение исследования факторов, представляющих угрозу здоровью

2.С.1: Наличие находящихся в пределах досягаемости лабораторий, способных обеспечить проведение научных исследований по изучению проблем, опасных факторов и чрезвычайных ситуаций общественного здравоохранения

Органы Государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ГСЭН) осуществляют многогранную деятельность по контролю за обеспечением безопасности проведения процедур с использованием потенциально инфицированных и инфицированных биопроб, санитарного состояния диагностических кабинетов, соблюдения правил безопасности при проведении лабораторных исследований, согласование проектов строительства и реконструкции клиничко-диагностических лабораторий и ряд других важных контрольных функций. Основное внимание при этом по традиции уделяется работе с инфекционным материалом в бактериологических и молекулярно-биологических отделениях, при работе с микроорганизмами 1-2 и 3-4 групп патогенности, проведению работ по санитарной бактериологии, проверке на стерильность. Признавая большое значение контрольных функций органов ГСЭН в отношении

проведения лабораторных исследований, нельзя не признать отчетливую тенденцию к постоянному и не всегда обоснованному ужесточению существующих требования.

Проблемы, связанные с взаимодействием с органами ГСЭН, зачастую концентрируются вокруг требований по санэпидрежиму в клинико-диагностических лабораториях (КДЛ), причем требования трактуются зачастую неоднозначно. В системе ГСЭН имеются собственные чаще всего микробиологические лаборатории. В связи с этим проблемы сводятся к обеспечению платного обслуживания ЛПУ с использованием этих лабораторий

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Наличие в регионе сети государственных лабораторий в системе Роспотребнадзора | + | + | + | + |
| 2 | Наличие стандартов лабораторного контроля | + | | | + |
| 3 | Использование для всех видов лабораторных исследований внутрилабораторного и участие в программах межлабораторного контроля качества | + | + | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточное финансирование сети государственных лабораторий | + | | + | |
| | Высокая степень износа лабораторной техники, отсутствие планомерной его замены и доступного, квалифицированного сервисного обслуживания в некоторых регионах Российской Федерации | + | | | + |
| | Недостаточная эффективность лабораторных исследований вследствие недостатка персонала | + | | | + |
| | Нерациональное использование имеющегося оборудования для клинической лабораторной диагностики вследствие непрофессионального и несогласованного подхода к оснащению лечебных учреждений новой техникой, отсутствием материальной заинтересованности специалистов в повышении производительности труда и качества проводимых исследований, нерациональной организации труда отделений | + | + | | + |
| | Недостаточная эффективность системы профессиональной подготовки специалистов для лабораторной службы | | | | |
| | Отток кадров и снижение профессионального уровня специалистов в связи с неудовлетворительным техническим и экономическим состоянием службы, в том числе и материальное стимулирование ее сотрудников | + | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|----------|-----------|----------|-----------|
| 1 | Разработка единых федеральных и, на их основе, региональных принципов технического оснащения и модернизации службы | + | + | + | + |
| | Обеспечение доступного и квалифицированного технического обслуживания имеющегося и нового оборудования | + | + | | + |
| | Совершенствование методов клинической лабораторной диагностики и повышение качества лабораторных исследований на базе внедрения новой лабораторной техники и технологий | + | | + | |
| | Замена трудоемких ручных методов на автоматизированные, выполняемые на биохимических, гематологических, иммунологических, коагулологических, бактериологических и других типах анализаторов, всесторонняя информатизация и интеграция на основе развития компьютерных технологий. | + | | | + |
| | Обеспечение устойчивых поступлений финансовых средств и повышение объема внебюджетного финансирования | + | | + | |

Оценка функции – 7 баллов

2.С.2: Наличие находящихся в пределах досягаемости лабораторий, способных удовлетворять потребности повседневной работы, связанной с постановкой диагнозов и проведением эпиднадзора

Интеграция баз данных с остальными интегрированными информационными системами

Система здравоохранения и Роспотребнадзора в Российской Федерации имеют необходимую сеть лабораторий, обеспечивающих лечебно-профилактические учреждения и филиалы Центра гигиены и эпидемиологии.

Существующая лабораторная база имеет возможность адекватно приспособляться к изменениям в объеме исследований. Имеется возможность сотрудничества с лабораториями научных организаций.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|------------------------|----------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 1 | Наличие необходимой лабораторной базы в учреждениях систем здравоохранения и Роспотребнадзора | | + | | + |
| 2 | Возможность использовать лаборатории научных организаций | | + | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|----------|-----------|----------|-----------|
| 1 | Ведомственная разобщенность лабораторий систем здравоохранения и Роспотребнадзора | + | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|----------|-----------|----------|-----------|
| 1 | Укрепление лабораторной базы для постановки диагнозов и эпиднадзора | | | + | |

Оценка функции – 7 баллов

2.С.3: Способность подтвердить, что лаборатории соблюдают положения нормативных документов и стандарты, с помощью учреждений, занимающихся аттестацией и лицензированием

Наличие механизмов надзора/проверки соблюдения стандартов контроля качества работы лабораторий.

Деятельность лабораторий в Российской Федерации регламентируется специальными нормативными документами. Так, лаборатории Центра Гигиены и эпидемиологии и его филиалов осуществляют свою деятельность в соответствии со свидетельством об аккредитации.

На территории Российской Федерации действует система проверки соблюдения стандартов работы лабораторий.

Механизмы сертификации и повторной сертификации.

В нормативные сроки проводится сертификация лабораторий.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|------------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 1 | Существование государственной нормативной базы контроля работы лабораторий | + | | | |

Оценка функции – 7 баллов

2.C.4: Способность регулировать вопросы обращения с лабораторными пробами путем издания методических руководств или протоколов

Существование специальных нормативных документов, касающихся руководств, протоколов или стандартов, для решения вопросов надлежащего обращения с лабораторными пробами, включая порядок хранения, сбора, маркировки, транспортировки и сдачи лабораторных проб, а также для определения цепи ответственности за правильность обращения с этими пробами

В системе здравоохранения и Роспотребнадзора Российской Федерации действуют государственные нормативные документы о порядке обращения с лабораторными пробами и контроля за соблюдением установленных правил.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Наличие нормативной базы обращения с лабораторными пробами | + | | | |
| 2 | Наличие контроля за соблюдением правил обращения с лабораторными пробами | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Дальнейшее совершенствование нормативной базы по порядкам обращений с лабораторными пробами | + | | | |

Оценка функции – 7 баллов

2.C.5: Адекватность лабораторной системы общественного здравоохранения и ее способность проводить экспресс-скрининг и исследования в больших объемах для удовлетворения потребностей повседневной работы, связанной с постановкой диагнозов и проведением эпиднадзора

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Адаптация лабораторной базы в большинстве регионов Российской Федерации к международным стандартам ИСО 17000 | + | + | | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|
| | Использование для всех видов лабораторных исследований внутрилабораторного и участие в программах межлабораторного контроля качества | + | | | + |
|--|--|---|--|--|---|

Недостатки

| | Описание недостатков | P | OP | Ф | OY |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Проведение массового экспресс-скрининга не всегда возможно из-за недостатка реагентов и тест-систем | + | | + | |
| | Нехватка медицинского персонала лабораторий | | | + | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | P | OP | Ф | OY |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Усиление системы межлабораторных проверок | + | + | | |
| 2 | Регулярное финансирование и своевременный закуп расходных материалов и оборудования | + | | + | |

Оценка функции – 8 баллов

2.С.6: Способность выдавать своевременные и точные результаты лабораторных исследований для постановки диагноза и научных исследований по изучению угроз здоровью населения

В Российской Федерации в системе регионального здравоохранения существует необходимая лабораторная инфраструктура, обеспечивающая получение необходимых данных для осуществления лечебного процесса и научных исследований. В рамках её действуют механизмы контроля за соблюдением протоколов и точностью результатов исследований.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (P) | Обеспечение ресурсов (OP) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (OY) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Наличие адекватной лабораторной инфраструктуры для нужд здравоохранения | + | + | + | |
| 2 | Наличие механизмов для контроля за соблюдением протоколов, касающихся получения результатов для нужд диагностирования и научных исследований по изучению проблем общественного здравоохранения | + | | | + |
| 3 | Наличие механизмов контроля за соблюдением протоколов и точностью результатов исследований. | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Снижение качества и скорости лабораторных исследований в связи с недостатком реактивов, калибраторов, контрольных материалов | + | | | + |
| 2 | Снижение качества и скорости лабораторных исследований в связи с недостаточной квалификацией и нехваткой медицинского персонала | + | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Дальнейшее развитие лабораторной базы систем здравоохранения и Роспотребнадзора | + | + | + | |
| 2 | Бесперебойное снабжение клиничко-диагностических лабораторий реагентами и расходными материалами в соответствии с нагрузкой | | | + | + |

Оценка функции – 7 баллов

ОФОЗ 3. Обеспечение готовности и планирование на случай чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения

Готовность к управлению чрезвычайными событиями, включая выработку подходящих планов действий, создание систем сбора данных, контроля и профилактики заболеваемости и применение подхода, предполагающего объединение усилий и сотрудничество с различными органами, участвующими в процессе управления.

Раздел А

3.А.1: Способность определить и описать катастрофы и чрезвычайные ситуации в общественном здравоохранении, которые могли бы привести к началу реализации плана чрезвычайных ответных мер в перечисленных ниже областях

Существование специальных руководств по обеспечению готовности к чрезвычайным ответным мерам в соответствующей области (т.е. при стихийных бедствиях, вспышках инфекционных заболеваний, возникновении химических угроз, радиационных угроз и при совершении актов биотерроризма).

Готовность к ответным мерам при чрезвычайных ситуациях различного характера регламентируется следующими нормативными документами:

1. ФЗ от 11.11.94г. №68-ФЗ "О защите населения и территории от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера";
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.10.2000 г. N 380 "Об утверждении положения о службе медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации".

В Приложении к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.10.2000г. № 380 отражены основные задачи службы медицины катастроф:

- прогнозирование и оценка медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций;
- организация и осуществление медико-санитарного обеспечения при ликвидации чрезвычайных ситуаций;
- обеспечение готовности органов управления, систем связи и оповещения, формирований и учреждений Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК) к действиям в чрезвычайных ситуациях;
- сбор, обработка, обмен и предоставление информации медико-санитарного характера по защите населения и территорий в чрезвычайных ситуациях;
- участие в осуществлении государственной экспертизы, надзора и контроля по защите населения и территорий в чрезвычайных ситуациях;
- создание и рациональное использование резервов финансовых, медицинских и материально-технических ресурсов для обеспечения работы ВСМК;

- участие в разработке и осуществлении мер по социальной защите населения, проведения гуманитарных акций, обеспечении условий для реализации гражданами своих прав и обязанностей в области защиты от чрезвычайных ситуаций;
 - разработка и постоянное совершенствование единой системы медико-санитарного обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях;
 - участие в обучении населения и спасателей правилам оказания первой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях;
 - научно-исследовательская работа по развитию и совершенствованию структуры и деятельности ВСМК;
 - международное сотрудничество в области медицины катастроф. ;
3. Приказ Минздрава РФ от 21.06.96г. №261 "Об утверждении положения о региональных и территориальных центрах медицины катастроф";
 4. № 3-ФЗ от 09.01.90г. "О радиационной безопасности населения";
 5. ФЗ о от 30.03.99 г № 52 "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", а также ряд других нормативных документов.

На основании их созданы специальные руководства на особо опасных и радиационно-опасных объектах области по действиям в чрезвычайных ситуациях.

В лечебно-профилактических учреждениях области существуют алгоритмы действий на случай возникновения чрезвычайных ситуаций различного характера.

Способность предвидеть различные факторы, которые могут вызвать чрезвычайную ситуацию подобного типа.

Способность предвидеть факторы, которые могут вызвать чрезвычайную ситуацию является прерогативой прогнозирования медицинской обстановки в зоне возможной чрезвычайной ситуации. Оперативное прогнозирование медицинской обстановки в зоне бедствия играет важнейшую роль в разработке и принятии обоснованного решения на ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации (ЧС) и оказания экстренной медицинской помощи пораженным. Полученные в результате оперативного прогнозирования предварительные расчетные данные о возможном количестве и структуре санитарных потерь среди населения позволяют уже в начальный период после возникновения ЧС, в условиях неполного информационного обеспечения, ответить на вопрос: какие медицинские силы и средства необходимо привлечь для создания группировки, адекватной характеру и масштабам возникшей ЧС.

Эффективность мероприятий по медицинскому обеспечению населения при авариях, катастрофах, стихийных бедствиях, военных конфликтах во многом зависит от своевременной и правильной оценки медицинской обстановки, которую проводят в три этапа.

1-й этап – при повседневной готовности проводится заблаговременная оценка возможной медицинской обстановки в случае возникновения чрезвычайной ситуации на контролируемой территории с целью прогноза медико-санитарных последствий в районе бедствия, осуществляется планирование мероприятий по медицинскому обеспечению пострадавшего населения, определение потребности необходимых сил и средств для выполнения этой задачи.

2-й этап – оперативная оценка медицинской обстановки по расчетным данным при угрозе и после возникновения конкретной ЧС с целью подготовки предварительного распоряжения на организацию медицинского обеспечения мероприятий ликвидации последствий чрезвычайной ситуации.

3-й этап – уточнение оценки медицинской обстановки по данным разведки с целью подготовки предложений по медицинскому обеспечению в приказ соответствующего Председателя комиссии по чрезвычайным ситуациям на ведение аварийно-спасательных и других неотложных работ в зоне чрезвычайной ситуации.

Прогноз различных факторов, которые могут вызвать чрезвычайные ситуации различного характера, отражены в плане медико-санитарного обеспечения населения регионов Российской Федерации при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций (ЧС).

Оперативная оценка и прогноз обстановки ежедневно происходит при участии отдела мониторинга МЧС России.

Способность предугадать группу населения, которая окажется под угрозой, и ее потребности

Группы населения, которые могут оказаться под угрозой при возникновении чрезвычайных ситуаций различного характера, определены планом медико-санитарного обеспечения населения при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций, который в свою очередь составляется с учётом прогнозов чрезвычайных ситуаций, разработанных при участии территориальной службы медицины катастроф и главного управления МЧС России. С помощью специально разработанных методик определяются возможные потери среди населения, их структура, локализация и необходимые потребности (оказание медицинской помощи, её объём, виды, эвакуационное обеспечение: пути, средства, пункты эвакуации поражённых).

Систематическая оценка наличных сил и средств для принятия мер (на примере Томской области)

Существование сил и средств для принятия экстренных мер при чрезвычайных ситуациях различного характера регламентировано Приказом Управления здравоохранения Администрации Томской области от 29.08.1996г. № 8 "О совершенствовании областной Службы медицины катастроф Томской области", в Приложении 4 которого есть план-задание на формирование бригад и перепрофилирование коек лечебных учреждений области на случай ЧС, списки лечебно-профилактических учреждений области, привлекаемых к ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, и сроки их готовности к приёму поражённых, перечень и количество подвижных формирований Службы медицины катастроф Томской области, а также состав специализированных медицинских бригад, создаваемых в ЛПУ г. Томска и в центральных районных больницах области.

В целях обеспечения первоочередных работ при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций на базе резерва медицинского имущества областной службы медицины катастроф Томской области был создан территориальный резерв медицинского имущества областной службы медицины катастроф Томской области на 500 поражённых, о чём гласит Постановление Администрации Томской области от 16.07.2004г. № 55а.

Территориальный резерв хранится на ОГУП "Областной аптечный склад", регулярно освежается, пополняется необходимым медимуществом и медикаментами в соответствии с прогнозом характера и масштаба чрезвычайных ситуаций и возможным количеством поражённых (по Плану медико-санитарного обеспечения населения Томской области при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций), потребностями выполняемых службой медицины катастроф лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Имеющиеся фактически силы службы медицины катастроф анализируются и проверяются ежегодно на основании отчётных форм, подаваемых центральными районными больницами и управлением здравоохранения администрации города Томска.

Также готовность сил и средств оценивается посредством проведения комплексных проверок готовности сил и средств службы медицины катастроф на территориальном, местном и объектовом уровнях, в том числе других министерств и ведомств (по согласованию с ними). К таким мероприятиям относится проверка готовности лечебно-профилактического учреждения к действиям в чрезвычайных ситуациях.

Готовность ЛПУ к ЧС - это способность эффективно и в определенные сроки проводить мероприятия по переводу ЛПУ с режима повседневной деятельности в режим ЧС, выполнять задания по развертыванию дополнительных коек и формирований службы медицины катастроф, обеспечивать устойчивую работу (прием, медицинская сортировка, оказание квалифицированной, специализированной медицинской помощи и при необходимости подготовка к эвакуации) в условиях ЧС техногенного и природного характера и террористических актов.

Существование информационных систем, включая национальные и международные сети оповещения

Для управления информационной деятельностью при ЧС существуют процедуры управления информацией, касающиеся следующих пяти областей:

Информация для населения.

Имеет отношение к местным, региональным, национальным и международным СМИ. План готовности должен включать этот аспект, а также учитывать возможную потребность в пресс-атташе, говорящих на нескольких иностранных языках, и последствия, связанные с существованием разных часовых поясов;

Оперативная информация

Необходима для эффективного принятия решений, и управляет ею центр управления действиями в ЧС;

Информация для внутреннего пользования.

Целью совместного использования информации для внутреннего пользования является обеспечение бесперебойного поступления всем сотрудникам и добровольцам информации по конкретным значимым и важным вопросам, имеющим отношение к операции по оказанию помощи при ЧС.

Представление отчетов

Отчеты о проделанной работе формированиями и специалистами, прибывшими на усиление службы медицины катастроф пострадавших территорий, представляются в адрес ОКГУЗ "ТЦМК" и руководителя учреждения, командировавшего данных специалистов, по установленным формам и в установленные сроки. В отношении предоставления отчетов соблюдаются требования, касающиеся их представления; обеспечивается представление отчетов на национальном, региональном и международном уровнях в качестве средства установления подотчетности. Процесс представления отчетов тщательно планируется и регулярно корректируется.

Институциональная коммуникация

Призвана улучшить координацию действий между членами в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.

Совместное использование и обмен информацией с представителями других организаций имеет во время ЧС принципиальное значение. Чтобы обеспечить бесперебойную и эффективную связь во время ЧС, в плане должно быть четко определено, как будет осуществляться связь и с использованием каких средств (например, электронная почта, радио, телефакс, телефон, лично, координационные совещания и т.д.)

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Область действия* (отметить «+») <i>*может содержать несколько вариантов</i> | | | |
|---|--|--|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| | | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
| 1 | Готовность к ответным мерам при чрезвычайных ситуациях различного характера регламентируется на уровне федерального законодательства | + | | | |
| | Существование информационных систем, включая национальные и международные сети оповещения | + | | | |
| | Совместное использование и обмен информацией с представителями других организаций во время ЧС | + | | | + |
| | Проводится систематическая оценка наличных сил и средств для принятия мер по ликвидации чрезвычайных ситуаций | + | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточная готовность к чрезвычайным событиям на уровне отдельных ЛПУ | | + | | |

Оценка функции – 7 баллов

3.А.2: Разработка плана, в котором определены обязанности организаций, предусмотрены коммуникационные и информационные сети и четко обозначены протоколы оповещения и эвакуации населения

Комплексный подход к планированию действий при всех перечисленных выше возможных чрезвычайных ситуациях (см. п. 3А1).

Планы действий при чрезвычайных ситуациях основываются на конкретных факторах риска на местном, региональном, национальном или даже глобальном уровнях и устанавливают процедуры действий по реагированию на них. При планировании используется комплексный подход к процессу ликвидации возможных последствий чрезвычайных ситуаций различного характера.

При разработке плана прослеживается четкое взаимодействие со всеми региональными службами чрезвычайных ситуаций (РСЧС), территориального и местного уровней, с органами управления, учреждениями и формированиями областной службы медицины катастроф.

Взаимодействие представляет собой систему согласованных и взаимосвязанных по целям, задачам, месту, времени, способам и объему мероприятий по подготовке органов управления, формирований и учреждений ВСМК различной подчиненности в целях прогнозирования и оценки обстановки при ЧС, планирования и осуществления медико-санитарного обеспечения населения при авариях, катастрофах и стихийных бедствиях, управления силами и средствами учреждений ВСМК при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Основными принципами взаимодействия являются:

- единство взглядов в области предупреждения и ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, охраны здоровья населения и профилактики заболеваний;
- приоритет сохранения жизни и здоровья населения при ЧС любого характера;
- применение единых подходов и критериев при прогнозировании и оценке медико-санитарной обстановки при возникновении различных ЧС;
- учет возможностей аварийно-спасательных формирований и формирований ВСМК.

Для придания взаимодействию целенаправленного характера и конкретности при разработке плана, основное внимание уделяется наличию и получению информации о силах и средствах ВСМК, необходимых для ликвидации медико-санитарных последствий возможных ЧС, мест их создания, пунктов содержания и порядка использования.

Объектами, с которыми органы управления и ЛПУ осуществляют взаимодействие при планировании медико-санитарного обеспечения населения в ЧС, являются:

- центр медицины катастроф;
- управления (отделы) по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям (ГОЧС);
- управления медицинской службы воинских частей и соединений;
- управление медицинской службы управления Министерства внутренних дел (УМВД) по месту дислокации;

- управление врачебно-санитарной службы железной дороги;
- учреждения федеральных органов надзора и контроля;
- администрации и комиссии по чрезвычайным ситуациям и ПБ местных органов исполнительной власти;
- другие службы областной подсистемы РСЧС.

При разработке комплекса мероприятий по взаимодействию необходимо предусмотреть:

- оказание помощи службе медицины катастроф в повышении ее готовности к работе в ЧС;

- немедленное информирование органов управления службы медицины катастроф о возникновении ЧС и обстановке в зоне ЧС, результатах разведки и принятых решениях, о введении режимов повышенной готовности и чрезвычайной ситуации;

- обеспечение первоочередного выдвижения сил и средств службы медицины катастроф в зону ЧС;

- создание благоприятных условий для работы сил и средств СМК в зоне ЧС, при этом основное внимание должно быть обращено:

а) на организацию быстрого розыска пораженных, извлечение их из-под завалов, удаление из очагов пожаров, с территорий, зараженных радиоактивными веществами (РВ), аварийно-опасными химическими веществами (АОХВ) и опасными биологическими веществами (ОБВ);

б) на оказание на месте поражения первой помощи и организацию выноса (вывоза) до пункта сбора пораженных или мест оказания им доврачебной (первой врачебной) помощи;

в) на выделение помещений для развертывания формирований СМК и для расширения коечной сети ЛПУ;

г) на оказание помощи формированиям и учреждениям СМК, участвующим в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, в обеспечении транспортом, продовольствием, водой, электроэнергией, топливом, другими материально-техническими средствами;

д) организацию охраны формирований, учреждений и транспортных средств, обеспечивающих эвакуацию пораженных.

Таким образом, чтобы создать необходимые условия для адекватного функционирования подразделений службы медицины катастроф, необходим комплексный подход к планированию ликвидации последствий чрезвычайной ситуации.

В соответствии с Планом, органам управления здравоохранением, лечебным, санитарно-профилактическим учреждениям Минздрава России и других министерств (ведомств), силы которых привлекаются к ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, представляются выписки, в части их касающейся.

Существование общего и всесторонне обоснованного, доступного для всех и прагматичного плана, в котором определены обязанности организаций, алгоритмы коммуникации и информационные сети.

План медико-санитарного обеспечения населения при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций - основной документ, определяющий деятельность Всероссийской службы медицины катастроф. Он разрабатывается штабами службы на основе решения начальника службы, согласовывается с членами межведомственной координационной комиссии ВСМК, подписывается её председателем, начальником штаба и утверждается председателем соответствующей комиссии по чрезвычайным ситуациям.

План представляет собой комплект документов, обеспечивающих выполнение мероприятий в режиме повседневной деятельности службы; четкий и своевременный перевод службы медицины катастроф в режимы повышенной готовности и чрезвычайной ситуации; эффективную организацию ликвидации медико-санитарных последствий при различных чрезвычайных ситуациях.

Включает: календарный план перевода службы медицины катастроф в различные режимы готовности; медико-тактическую характеристику данной территории (объекта) с учётом вероятных чрезвычайных ситуаций; характеристику службы медицины катастроф данного уровня (с учетом мест возникновения чрезвычайных ситуаций); частные планы ликвидации медико-санитарных последствий при различных чрезвычайных ситуациях (на объекте – применительно к локальным и объектовым чрезвычайным ситуациям; на местном и территориальном уровнях – применительно к чрезвычайным ситуациям на подведомственных территориях, а также к наиболее крупным локальным чрезвычайным ситуациям, для ликвидации которых необходимы силы и средства службы медицины катастроф местного и территориального уровней; на региональном уровне применительно к наиболее крупным местным и региональным чрезвычайным ситуациям; на федеральном уровне – применительно к глобальным (в масштабе страны) и региональным чрезвычайным ситуациям. План включает текстовую часть, расчётные таблицы, схемы, карты.

План медико-санитарного обеспечения населения в ЧС является основой оперативного планирования в масштабе субъекта Федерации. Территориальные центры медицины катастроф субъектов РФ, территории которых подвергаются воздействию поражающих факторов, связанных с авариями на атомных станциях, химически опасных предприятиях, землетрясениями, наводнениями и другими стихийными бедствиями, организуют отработку частных планов медико-санитарного обеспечения населения применительно к возможным ЧС.

В дополнение к основному Плану, как приложения к нему, разрабатываются частные планы ликвидации медико-санитарных последствий наиболее опасных ЧС, связанных с терактами, авариями на потенциально опасных объектах, наводнениями, транспортными катастрофами, пожарами и др. Они разрабатываются по подобной структуре с учетом местных особенностей.

Исходя из этого, план медико-санитарного обеспечения населения на случай возникновения ЧС состоит из 5 частных планов:

- план медико-санитарного обеспечения населения Томской области на случай возможной радиационной аварии;
- план медико-санитарного обеспечения населения Томской области на случай аварии на химически опасном объекте;
- план медико-санитарного обеспечения населения Томской области при угрозе возникновения крупных лесных пожаров;

- план медико-санитарного обеспечения населения Томской области при угрозе возникновения наводнения;
- план медико-санитарного обеспечения населения Томской области при угрозе возникновения массовой инфекционной заболеваемости.

План подписывается начальником Департамента здравоохранения Томской области, согласовывается с начальником Главного Управления МЧС России по Томской области и утверждается председателем Комиссии по чрезвычайным ситуациям и пожарной безопасности Администрации области.

План корректируется дважды в год по состоянию на 1 февраля и 1 июля, о чем производится соответствующая запись в листе корректировки.

Организация мероприятий при повседневной деятельности предусматривается в годовом и квартальных планах. План работы на год разрабатывается с учетом итогов деятельности в текущем году, указаний Министерства здравоохранения, указаний Департамента здравоохранения и ГУ МЧС по Томской области, а также решений Межведомственной координационной комиссии. План согласовывается с ГУ МЧС по Томской области, подписывается директором центра и утверждается председателем Межведомственной координационной комиссии.

Квартальные планы утверждаются директором центра.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОВ) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|----------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------|
| 1 | Наличие комплексного подхода к планированию ликвидации последствий чрезвычайной ситуации. | + | | | |
| 2 | При разработке Плана прослеживается четкое взаимодействие со всеми службами единая система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС) территориального и местного уровней, с органами управления, учреждениями и формированиями областной службы медицины катастроф. | + | | | + |
| 3 | Существование общего и всесторонне обоснованного, доступного для всех и прагматичного плана, в котором определены обязанности организаций, алгоритмы коммуникации и информационные сети | + | | | + |

Оценка функции – 8 баллов

3.А.3: Периодическая оценка возможностей быстрого реагирования, включая проверку плана действий при чрезвычайных ситуациях путем проведения штабных учений и крупномасштабных репетиций

Механизмы систематической оценки возможностей принятия ответных мер.

Опыт ликвидации медико-санитарных последствий аварий, катастроф, стихийных бедствий и террористических актов показывает, что объективная оценка готовности лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) к решению стоящих перед ними задач и эффективности деятельности при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС) представляет чрезвычайно сложный многокомпонентный процесс.

Для оценки и совершенствования деятельности ЛПУ в условиях ЧС необходимо иметь всесторонне обоснованную систему проверки и оценки готовности ЛПУ к работе в различных режимах функционирования.

Проблема разработки достаточно надежных и объективных методов оценки готовности ЛПУ к действиям в ЧС до настоящего времени окончательно еще не решена. В имеющихся нормативно-методических документах недостаточно четко дано толкование (понятие) термина «готовность ЛПУ к работе в ЧС». Следует отметить, что среди специалистов службы медицины катастроф, руководителей ЛПУ иногда понятие готовности представляется как бы общим, не включающим конкретных мероприятий и показателей. Такое мнение является ошибочным. Термин «готовность» следует понимать как комплекс конкретных характеристик службы медицины катастроф того или иного уровня, органов управления формирования и учреждений. Только конкретная количественная оценка их содержания и значения позволяет адекватно оценить степень готовности.

В методических рекомендациях изложены комплексы мероприятий, обеспечивающие подготовку и работу ЛПУ в различных режимах функционирования и чрезвычайных ситуациях, представлена разработанная система оценочных показателей и технологии организации и проведения проверки.

Органы управления здравоохранением, службы медицины катастроф будут иметь современную официальную методику проверки и оценки лечебно-профилактических учреждений, которая позволит получить объективные данные о готовности к работе в ЧС, адекватно корректировать систему подготовки и влиять на эффективность и качество оказания медицинской помощи и лечение пораженных в чрезвычайных ситуациях.

Штабные учения и репетиции при идеальных условиях

Проверку готовности ЛПУ проводят должностные лица вышестоящих органов управления здравоохранением на основании годового плана проверки либо, в особых случаях, внезапно, без предупреждения руководства ЛПУ.

План проверки и частные планы членов комиссии (группы) (далее - комиссия) по проверке разрабатывают в соответствии с указаниями руководителя органа управления здравоохранением, организующего проверку.

При плановых проверках цели и время проверки, количество проверяемых ЛПУ определяют заблаговременно и согласовывают с соответствующим органом управления здравоохранением по подчиненности проверяемых ЛПУ.

Организация проверки включает:

- подготовку комиссии по проверке;
- подготовку к проверке конкретных ЛПУ;
- проведение проверки в соответствии с разработанным и утвержденным планом работы комиссии по проверке;
- подведение итогов проверки, подготовку акта проверки;
- разработку рекомендаций по устранению недостатков, которые не были устранены в ходе проверки ЛПУ.

Подготовка к предстоящей проверке может осуществляться в следующей последовательности:

- постановка задачи председателю комиссии по проверке;
- инструктаж членов комиссии по проверке с учетом особенностей территории субъекта Российской Федерации и заданий, полученных ЛПУ;
- планирование работы комиссии по проверке;
- проверка готовности комиссии по проверке к выезду и доклад руководителю органа управления здравоохранением, организующему проверку, о готовности к работе.

В ходе подготовки к проверке председателю комиссии по проверке необходимо: определить цели, задачи, методы, сроки проверки, круг проверяемых вопросов, профиль и количество проверяемых ЛПУ; изучить руководящие документы по вопросам Всероссийской службы медицины катастроф; провести инструктаж членов комиссии; ознакомиться с материалами предыдущих проверок ЛПУ; утвердить план работы.

Качество проверки напрямую зависит от того, в какой степени члены комиссии знают соответствующие законодательные акты и Постановления Правительства Российской Федерации и руководящие документы Минздрава России.

Члены комиссии проверяют:

Наличие плана действий ЛПУ по предупреждению и ликвидации последствий ЧС мирного времени и его соответствие прогнозируемой обстановке с учетом возможных ЧС, соответствие содержания плана методическим рекомендациям "Разработка плана действий объекта здравоохранения (лечебно-профилактического учреждения) в чрезвычайных ситуациях", а также, как на проведенных тренировках и учениях проверялась его реальность, как он доводился до исполнителей и проводилась его корректировка.

Наличие плана основных мероприятий ЛПУ на текущий год и приказа руководителя гражданской обороны ЛПУ об итогах подготовки объекта за год и задачах на следующий год, выполнение плана.

Функциональные обязанности должностных лиц по режимам функционирования, их соответствие современным требованиям, а также знание функциональных обязанностей и готовность должностных лиц к их выполнению.

Наличие схемы оповещения и сбора руководящего состава, руководителей структурных подразделений в рабочее и нерабочее время; наличие громкоговорящей связи; порядок учета сотрудников, прибывающих по оповещению.

Наличие в ЛПУ плана-задания, когда и кем оно выдано, качество его выполнения.

Наличие приказа о дополнительном развертывании коек для приема пораженных в ЧС в соответствии с планом-заданием.

Организацию подготовки руководящего состава и персонала ЛПУ: наличие расписаний планов проведения и журналов учета занятий. При проверке особое внимание следует уделить готовности персонала ЛПУ к действиям при террористических актах.

Создание неснижаемых запасов медицинского имущества, организация его хранения, освежения и обновления, наличие автономных источников энергии и водоснабжения.

Периодические отчеты о результатах репетиций или практических учений, в которых выявляются предусмотренные планом процессы или шаги, нуждающиеся в корректировке

Результаты проверки работы ЛПУ по вопросам готовности к действиям ЧС оформляют актом в двух экземплярах с подписями проверяющих и главного врача. Первый экземпляр остается в ЛПУ, второй направляют в орган управления здравоохранением, организовавший проверку.

Итоги проверки подводят на совещании руководителей структурных подразделений ЛПУ, на которое рекомендуется приглашать руководителей других ЛПУ.

По итогам проверки проверяющие совместно с руководством ЛПУ разрабатывают план устранения выявленных недостатков.

Работу по организации и проведению деятельности ЛПУ по вопросам готовности к действиям в ЧС целесообразно возложить на территориальные центры медицины катастроф.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Наличие механизмов системной проверки готовности к чрезвычайным ситуациям | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Наличие недостаточно надежных и объективных методов оценки готовности ЛПУ к действиям в ЧС | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Дальнейшая разработка методик оценки готовности ЛПУ к действиям в ЧС | + | | | |

Оценка функции – 7 баллов

3.А.4: Разработка письменных протоколов расследования эпидемиологических случаев для проведения немедленного расследования

Оценка правильности порядка действий, предусмотренного для врачей общей практики, медицинских сестер, врачей узких специальностей, ветеринарных врачей и т.д., в отношении:

Порядок действия в отношении действий медицинских работников в случае выявления необычных инфекционных заболеваний, немедленном расследований в соответствующей области, регламентируется Постановлением N 11 от 24 февраля 2009 г. «О представлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера».

Оценка уровня уведомлений в стране.

Результаты оценки действий различных категорий медицинского персонала проводятся посредниками после проведенных учений и доводятся до всех заинтересованных сторон.

Во всех случаях инфекционных заболеваний действует система экстренных извещений службы Роспотребнадзора.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Порядок действия в отношении действий медицинских работников в случае выявления необычных инфекционных заболеваний, немедленном расследований в соответствующей области, четко регламентируется законодательством | + | | | |
| 2 | Существует система отчетности обо всех случаях вспышек инфекционных заболеваний. Каждый случай вспышки инфекционных заболеваний расследуется службой Госсанэпиднадзора и рассматривается на заседаниях чрезвычайных противоэпидемических комиссий. | + | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| 3 | Действует система оценки действий в ходе учений | + | + | | |
| 4 | Существует система оповещения всех заинтересованных служб в случае инфекционных заболеваний | + | + | + | |

Оценка функции – 8 баллов

3.A.5: Эффективность оценки прошлых инцидентов и выявление возможностей улучшения

В Российской Федерации проводится оценка эффективности действий во время инцидентов не только в регионе, но и в целом по стране, в результате которой определяются недостатки и разрабатываются меры по их исправлению.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОВ) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Проведение анализа действий служб медицины катастроф при ЧС во всех регионах и в стране в целом | + | + | | |

Оценка функции – 8 баллов

3.A.6: Поддержание актуальности письменных протоколов по осуществлению программы прослеживания источников и контактных лиц при инфекционных заболеваниях или поражениях токсическими веществами

В Российской Федерации, действует порядок уведомления о возникновении социально-опасных инфекционных заболеваний и действий по определению источников заражения и контактных лиц.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОВ) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Наличие общегосударственной противоэпидемической системы | + | + | + | |

Оценка функции – 8 баллов

3.А.7: Ведение списка сотрудников, обладающих техническим опытом и знаниями, необходимыми для реагирования на все природные и антропогенные чрезвычайные ситуации

В Российской Федерации в каждом медицинском учреждении есть список лиц, подготовленных для действий в условиях ЧС, а также экспертов по действию в очагах инфекционного и токсического загрязнения. Эксперты по действию в очагах радиационного загрязнения отсутствуют.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Наличие лиц и экспертов, подготовленных к действиям в условиях ЧС | + | + | + | |
| 2 | Координация работы специалистов разных ведомств при ЧС | + | + | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствие в области экспертов по действиям в условиях радиационных инцидентов | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Подготовка эксперта по действию в условиях радиационных ЧС | + | | + | |

Оценка функции – 8 баллов

3.А.8: Осуществление Международных медико-санитарных правил (ММСП) в области планирования на случай чрезвычайных ситуаций

- Уровень осуществления ММСП в области планирования на случай чрезвычайных ситуаций.
- Существование плана/программы и их реализация в соответствии с намеченным графиком.
- Оценка национального законодательства, касающегося ММСП.
- Проведение межсекторальных штабных учений.
- Определение соглашений с соседними странами об осуществлении ММСП.

В настоящее время процесс внедрения ММСП не завершен в большинстве регионов.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОП) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | Действует программа по внедрению Международных медико-санитарных правил в деятельность служб медицины катастроф | + | | + | |
| 2 | Проведение межсекторальных учений | + | + | + | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОП | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Неполное внедрение Международных медико-санитарных правил в ряде регионов Российской Федерации | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОП | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Разработка методических материалов по использованию ММСП | + | + | | |

Оценка функции – 6 баллов

ОФОЗ 4. Оперативные функции охраны здоровья (в области безопасности окружающей среды, охраны труда и безопасности пищевых продуктов и в других областях)

Раздел А:

4.А.1: Технические возможности для проведения оценки рисков в области охраны труда и техники безопасности

Глобальным планом действий ВОЗ по здоровью работающих на 2008-2017 гг., определена необходимость охвата всех аспектов охраны здоровья работающих, включая первичную профилактику профессиональных рисков, охрану и укрепление здоровья на рабочем месте, условия занятости и более четкое реагирование систем здравоохранения на здоровье работающих.

При этом приоритет должен отдаваться первичной профилактике профессиональных рисков для здоровья. Согласно Глобальному плану действий ВОЗ следует разработать национальные планы действия по охране труда работающих с участием соответствующих министерств, включая министерства здравоохранения, министерства труда и другие основные заинтересованные стороны на национальном уровне, принимая во внимание также Конвенцию по общим принципам укрепления гигиены труда и техники безопасности.

Такие планы должны включать: национальные особенности страны; приоритетные направления действий; цели и задачи; меры; механизмы реализации; кадровые и финансовые ресурсы; мониторинг, оценку и приведение в соответствие с современными требованиями; отчетность и подотчетность.

Национальные подходы к профилактике профессиональных заболеваний и травматизма следует разрабатывать с учетом национальных приоритетов и глобальных кампаний ВОЗ.

Одним из главных стратегических рисков и угроз национальной безопасности на долгосрочную перспективу в области экономического роста по-прежнему остается прогрессирующая трудонедостаточность, обусловленная недопустимо высоким уровнем смертности в трудоспособном возрасте. В зависимости от варианта прогноза численность населения трудоспособного возраста к 2026 г. сократится на 13-18 млн. человек. Сокращение смертности в трудоспособном возрасте является колоссальным источником сохранения численности населения России и ее трудового потенциала.

Наблюдается рост доли работников, занятых во вредных и опасных условиях труда во всех видах экономической деятельности. Только за период с 2004 по 2008 год этот показатель вырос в добыче полезных ископаемых с 33,4% до 39,1%, в обрабатывающих производствах - с 22,9% до 26,8%, на транспорте - с 20,0% до 29,9% и т.д. Наряду с этим растет доля работников, занятых тяжелым физическим трудом. Сохраняется тенденция роста занятости женщин на вредных и тяжелых работах.

На фоне отрицательной динамики показателей, характеризующих условия труда, наблюдается снижение официально регистрируемых уровней профессиональной заболеваемости и производственного травматизма. Производственный травматизм в

течение 1990-2008 гг. сократился на 62%, что свидетельствует о массовом сокрытии несчастных случаев на производстве, в том числе и смертельных. Как правило, они не расследуются по договоренности работодателя и работника.

Деятельность по оценке и контролю рисков для здоровья на рабочем месте необходимо улучшить путем определения круга основных мероприятий по профилактике и контролю за механическими, физическими, химическими, биологическими и психосоциальными рисками, связанными условиями труда. Такие меры включают также комплексное регулирование химических веществ на рабочем месте, ликвидацию вторичного табачного дыма во всех закрытых рабочих помещениях, повышение безопасности труда и оценку воздействия на здоровье новых технологий, производственных процессов и продуктов на этапе их проектирования.

Для обеспечения охраны здоровья на рабочем месте также надлежит принять правила и базовый набор стандартов в области гигиены труда, чтобы обеспечить соответствие всех рабочих мест минимальным требованиям охраны здоровья и безопасности, обеспечив соблюдение этих требований на должном уровне, усилив систему медицинского контроля на рабочих местах и расширив сотрудничество между компетентными регулирующими органами.

Необходимо создать потенциал для первичной профилактики профессиональных факторов риска, болезней и травм, включающий укрепление кадровых, методологических и технологических ресурсов, подготовку работников и работодателей, введение в действие здоровой практики труда и организации работы и формирование культуры укрепления здоровья на рабочем месте.

Необходимо создать механизмы стимулирования разработки концепции здоровых рабочих мест, включая проведение консультаций с работниками и работодателями и их участие в этом процессе.

В Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2020 г. отмечено, что одной из наиболее важных задач, которые стоят перед здравоохранением, является сокращение уровня смертности населения, прежде всего трудоспособного возраста, что включает сокращение уровня смертности и травматизма от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний за счет перехода в сфере охраны труда к системе управления профессиональными рисками.

На заседании Правительства Российской Федерации 27 октября 2011 г. были рассмотрены вопросы о мерах, направленных на улучшение условий труда, сохранение жизни и здоровья работников на производстве. В числе мер, направленных на решение этих вопросов определены необходимость совершенствования информационной системы о состоянии условий труда и профессиональных рисках. Министерству здравоохранения и социального развития России совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации было рекомендовано принять необходимые меры по улучшению качества проведения предварительных и периодических медицинских осмотров.

Министерство здравоохранения РФ рассматривает создание национальной системы управления профессиональными рисками как новый инструмент для предотвращения травматизма и сохранения здоровья работников на российских предприятиях. Управление профессиональными рисками в сфере охраны труда позволяет установить прямую связь между условиями труда на рабочих местах и состоянием здоровья занятых на этих местах

работников с возможностью принимать необходимые управленческие решения, повышающие эффективность мероприятий в сфере охраны труда.

Адекватное решение проблемы оценки и управления профессиональными рисками в целях предупреждения развития профессиональных и производственно обусловленных заболеваний, связанных с воздействием механических, физических, химических, биологических и психосоциальных факторов трудовой среды возможно только путем создания единой системы охраны и укрепления здоровья работающего населения с целью сохранения трудового потенциала страны.

Для успешного решения этой проблемы разработан и усовершенствован Проект Федеральной целевой программы «Здоровье работающего населения России».

Программа подготовлена ФГБУ Научно-исследовательский институт медицины труда Российской академии медицинских наук (ФГБУ «НИИ МТ» РАМН) совместно с Министерствами и ведомствами, общественными организациями под патронатом Совета федерации Федерального собрания Российской Федерации. Ее основные положения соответствуют задачам Национального проекта «Здоровье» и основным положениям Глобального плана действий ВОЗ по здоровью работающих на 2008-2017 г.г., трансформированным для условий Российской Федерации

В программе определены основные направления и приоритеты деятельности органов государственной власти РФ по осуществлению национальной политики в области охраны и укрепления здоровья работающего населения.

Они включают в себя:

- Совершенствование законодательно-правовой базы в сфере технического регулирования условий труда и развития промышленных технологий, взаимоотношений "работодатель – работник – государство", охраны здоровья работающих и формирование системы медико-социальной защиты работающих и пострадавших на производстве;
- Научное и научно-методическое обеспечение мер по охране здоровья работающего населения;
- Создание здоровых и безопасных производственных технологий и условий труда на предприятиях различных отраслей хозяйственного комплекса и формирование контрольно-разрешительной системы на рынке труда;
- Сохранение и укрепление здоровья работающих, профилактика общих и профессиональных заболеваний, формирование здорового образа жизни, повышение качества жизни, оптимизацию медико-санитарного обеспечения работающих и пострадавших на производстве;
- Развитие социального партнерства в решении проблем охраны и медицины труда, совершенствование системы медико-социальной защиты и социального страхования работающих и пострадавших на производстве;
- Информационное обеспечение и подготовка кадров.

Разработана и совершенствуется Концепция и модель Национальной системы медицины труда с учетом требований Глобального плана действий по здоровью работающих на 2008-2017 гг., включающих в себя:

- разработку и внедрение Национальной модели системы службы медицины труда;
- совершенствование системы оценки и контроля рисков для здоровья;
- совершенствование механизмов первичной профилактики профессиональных заболеваний и связанных с работой болезней и травм;
- совершенствование принципов профилактики неинфекционных болезней.

Осуществлена дальнейшая разработка и совершенствование научно-обоснованных подходов к оценке здоровья работающих и управлению профессиональными рисками с учетом отечественного опыта и современных тенденций ВОЗ, МОТ; сформулированы принципы оценки профессионального риска, в том числе репродуктивного.

Разработаны методические основы:

- формирования банков данных о состоянии здоровья работающих;
- оценки профессионального риска на основе информации банка данных, созданных на базе лечебно-профилактических учреждений и результатов выборочных научных исследований;
- управления профессиональными рисками на основе полученных оценок и научно обоснованного выбора приоритетных направлений профилактики.

Унифицированы подходы к организации деятельности медицинских учреждений различных организационно-правовых форм, уровней и административных территорий страны по медицинскому обеспечению работающих.

Разработана и внедрена система оценки качества и эффективности проведения предварительных и периодических профилактических медицинских осмотров.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Область действия* (отметить «+») *может содержать несколько вариантов | | | |
|---|---|--|------------------------------|-----------------------|------------------------|
| | | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
| 1 | Ратификация РФ Конвенции МОТ № 187 об основах, содействующих безопасности и гигиене труда | + | | | |
| 2 | Федеральный закон от 24.06.98 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» | + | | + | |
| 3 | ГОСТ 12.0.230-2007 «ССБТ. Системы управления охраной труда. Общие требования» | + | | | |
| 4 | Приказ Минздравсоцразвития РФ № 302н от 12 апреля 2011 г. "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных | + | | | + |

| | | | | | |
|----|--|---|--|---|---|
| | производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" | | | | |
| 5 | Приказ Минздравсоцразвития РФ № 417н от 27 апреля 2012 г. "Об утверждении перечня профессиональных заболеваний". | + | | | |
| 6 | Разработка и усовершенствование Проекта Федеральной целевой программы "Здоровье работающего населения России", основные положения которой соответствуют задачам Национального проекта "Здоровье" и основным положениям Глобального плана действий ВОЗ по здоровью работающих на 2008-2017 г.г., трансформированным для условий Российской Федерации | + | | + | + |
| 7 | Разработка и совершенствование Концепции и модели Национальной системы медицины труда с учетом требований Глобального плана действий по здоровью работающих на 2008-2017 гг. | + | | | |
| 8 | Дальнейшая разработка и совершенствование научно-обоснованных подходов к оценке здоровья работающих к оценке и управлению профессиональными рисками с учетом отечественного опыта и современных тенденций ВОЗ, МОТ. | + | | | |
| 9 | Разработана аппаратура и методы измерения содержания большинства вредных веществ в производственной среде | | | | + |
| 10 | Утверждение решением Комиссии таможенного союза от 28 мая 2010 года № 299. "Единых санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю)" (Единые СанЭиГ требования). | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточное включение компонента охраны здоровья работающих в национальную и отраслевую политику в области устойчивого развития, сокращения бедности, занятости, торговли, охраны окружающей среды, и образования | + | + | | + |
| 2 | Отсутствие в Трудовом кодексе РФ понятия в сфере охраны труда "профессиональный риск" | + | | | |
| 3 | Несовершенство нормативно-правовой базы в области гигиены и охраны труда для реализации методологии управления профессиональными рисками на рабочих местах | + | | | + |
| 4 | Несовершенство приказов Минздравсоцразвития РФ № 302н от 12 апреля 2011 г. и № 417н от 27 апреля 2012 г. в части обеспечения оценки и управления профессиональными рисками | + | | | + |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|
| 5 | Отсутствие мониторинга профессиональных рисков и персонифицированного учета состояния здоровья работающих | + | | | + |
| 6 | Отсутствие вертикали подчиненности профпатологической службы и преемственности структур, осуществляющих деятельность в сфере профпатологии | | | | |
| 7 | Отсутствие правовых и экономических санкций за сокрытие профзаболеваний и несовершенством нормативной базы по охране труда. | + | | | |
| 8 | Отсутствие компонента оценки и управления профессиональными рисками работающих в политике других секторов, в первую очередь, в отраслях экономической деятельности, которые характеризуются высоким риском для здоровья | + | | + | |
| 9 | Отсутствие поддержки базовых служб медицины труда с точки зрения планирования, мониторинга и качества оказываемых услуг, разработки нового комплекса медико-санитарных мероприятий, распространения информации и создания базы специализированных экспертных знаний. | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Разработка современной гармонизированной с ВОЗ и МОТ нормативно-правовой базы по оценке и управлению профессиональными рисками, основанной на одновременном учете условий труда на рабочих местах, состояния здоровья занятых на них работников и необходимых финансовых затрат на лечение и профессиональную реабилитацию этих работников. | + | | | |
| 2 | Ратификация РФ Конвенций МОТ № 161 "О службах гигиены труда" | + | | | |
| 3 | Разработка изменений и дополнений по ревизии Приказа Минздравсоцразвития РФ № 302н от 12 апреля 2011 г. "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" | + | | + | + |
| 4 | Разработка изменений и дополнений по ревизии Приказа Минздравсоцразвития РФ № 417н от 27 апреля 2012 г. "Об утверждении перечня профессиональных заболеваний" | + | | | |
| 5 | Совершенствование методологии оценки и управления профессиональными рисками влияния условий труда на формирование профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний | + | | | |

| | | | | | |
|----|---|---|---|--|---|
| 6 | Продолжение разработки и совершенствование научно-методологических принципов создания и совершенствования единой многоуровневой системы службы медицины труда в РФ | + | | | + |
| 7 | Поиск, обоснование и выбор унифицированных показателей и критериев оценки здоровья работающих и производственной среды для совершенствования социально-гигиенического мониторинга | + | + | | + |
| 8 | Разработка и реализация адекватных медико-организационных технологий по снижению негативного влияния условий труда на здоровье работающих | + | | | |
| 9 | Продолжение разработки принципов оценки управления рисками воздействия на здоровье работников наноматериалов и нанотехнологий | + | + | | + |
| 10 | Разработка практических методик оценки и учета профессиональных рисков, выработка рекомендаций в отношении минимальных медико-санитарных требований для охраны здоровья на рабочем месте, совершенствование руководящих принципов для создания здоровых рабочих мест и укрепления здоровья на рабочем месте | + | | | |
| 11 | Требуется совершенствование методов и аппаратуры для измерения содержания большинства вредных веществ в производственной среде | + | | | + |

Оценка функции – 8 баллов

4.A.2: Технические возможности для оценки рисков в области поведения в отношении собственного здоровья

В современной практике изучения здоровья населения за рубежом основное внимание уделяется всестороннему анализу причин смерти, опросам населения о состоянии здоровья, изучению важнейших неинфекционных заболеваний на основе прикладной эпидемиологии, расчетам соответствующих рисков для отдельных групп населения и оценке возможностей их минимизации. В России внимание преимущественно сосредоточено на всестороннем изучении заболеваемости по данным обращаемости за медицинской помощью и данным медицинских осмотров с использованием социально-гигиенических методов, а также на оценках медико-демографических тенденций воспроизводства населения.

Популяционное здоровье, подлежащее измерению системой показателей, формируется под влиянием разнообразных условий жизни, факторов окружающей среды, характера гигиенического поведения, наследственной предрасположенности, уровня развития медицинской помощи и других условий преимущественно экономического и социально-психологического характера. Эти условия определяются политической ситуацией, социально-экономическим развитием, адекватностью представлений о детерминантах и множестве параметров составляющих здоровье населения, механизмах влияния на заболеваемость, преждевременную смертность населения и в итоге оптимальностью применения этих представлений на практике. Как правило, в подобных случаях данные о здоровье, особенно характеристики заболеваемости населения, на

международном и нередко на межрегиональном уровне оказываются несопоставимыми в связи с особенностями интерпретации данных о здоровье населения и его составляющих.

Теории обусловленности заболеваний, сосредоточенные прежде всего на индивидуальном образе жизни и поведении, индивидуальных факторах риска и медицинском лечении, упускают из виду более общую картину: существование систематического распределения рисков по социальным контекстам.

Устойчивое социальное развитие, а тем более преодоление системного кризиса немислимо без комплексного анализа дифференциации продолжительности и качества жизни, путей ее преодоления; регулярных опросов населения, систематизации их результатов и использования в качестве канала обратной связи при любых преобразованиях; интеграции результатов социально-гигиенических и прикладных эпидемиологических исследований в процесс принятия решений на всех уровнях.

Стремительное развитие информационных и коммуникационных технологий открывает принципиально новые возможности доступа к медико-демографической информации и ее использования. Информационное обеспечение реализации текущих целей должно быть одной из функций, но никак не самоцелью мониторинга здоровья населения.

Важным аспектом для оценки рисков в поведении по отношению собственного здоровья у населения является статистическая информация о здоровье и здравоохранении, по которой должна быть оценена потребность населения в различных видах медицинской помощи, более узко – спроса на различные виды медицинских услуг, и удовлетворения этого спроса: оценки достаточности кадров, их соответствующей специализации, доступности отдельных видов медицинской помощи для разных групп (городские, сельские жители, различные социальные группы и т.п.) населения, а также современных медикаментов и других предметов медицинского назначения.

Следует оценивать характер и частоту контактов населения с различными учреждениями здравоохранения (доля лиц, обратившихся за медицинской помощью в течение года, и доля не обратившихся), а так же характер контактов, их распределения по медицинским учреждениям различного уровня и форм собственности, месту жительства.

В настоящее время обращаемость населения в лечебно-профилактические учреждения Минздравсоцразвития РФ не позволяет судить об истинных масштабах и структуре заболеваемости в силу ведомственной разобщенности оказания медицинской помощи, рассогласования данных, поступающих по различным каналам, неполноты и дублирования первичного учета, внутренней противоречивости, методологической некорректности.

В России проводятся комплексные исследования состояния здоровья населения, приуроченные к переписям населения. Последние исследования были проведены в связи с Всесоюзными переписями населения в 1970 г. и в 1989 г.

Основной задачей этих исследований является изучение заболеваемости в различных регионах страны на основании контактов с медицинской сетью, в некоторых из них проводятся медицинские осмотры выборочных контингентов населения бригадой врачей-специалистов и социально-гигиеническое анкетирование. Данные исследования являются основанием для оценки рисков здоровью населения.

В настоящее время в России имеется в наличии оборудование для оценки рисков в отношении состояния собственного здоровья. Это техническое оборудование имеет несколько уровней сложности.

К наиболее простым приборам (первый уровень), которые, в принципе, имеются или должны иметься в обязательном порядке в любой поликлинике, фельдшерско-акушерском пункте или в центрах здоровья, следует отнести весы и ростомеры, которые позволяют сразу же определить массу тела и рост с расчетом индекса Кетле и определением недостаточной и избыточной массы тела, в том числе ожирения. В наличии также имеются портативные глюкометры и спектрофотометры, позволяющие провести экспресс-тесты на содержание глюкозы и холестерина в сыворотке крови. По такому принципу осуществляется работа в 700 функционирующих центрах здоровья в различных населенных пунктах страны.

Ко второму уровню следует отнести оборудование позволяющее проводить общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, УЗИ, рентгенографию, а также состав тела с использованием биоимпедансметрии.

Третий уровень оборудования, которое имеется в специализированных учреждениях, ориентирован на более глубокое обследование (полный биохимический анализ крови, оценку иммунного и гормонального статуса, оценки регуляции протеома и метаболома, нарушений экспрессии гена, биомаркеры экспозиции, эффекта и восприимчивости, различные функциональные тесты и др.). Сюда же следует отнести разработанную в ФГБУ НИИ питания РАМН Протокол обследования, включающий систему многоуровневой диагностики (включая высокотехнологичную) Нутритест-ИП. Использование этой системы позволяет провести оценку риска развития алиментарно-зависимых заболеваний у детей и взрослых в лечебно-профилактических учреждениях различной оснащенности – от фельдшерско-акушерского пункта до центра высокотехнологичной медицинской помощи.

В России разработаны принципы оценки риска для здоровья населения воздействия различных экологических факторов.

Выявлены факторы риска, участвующие в формировании вероятности развития врожденных пороков развития (ВПР), что позволило подойти к решению вопросов возможной связи врожденной патологии плода с вредными факторами. С позиций доказательной медицины рекомендовано использование комплекса методов для выявления групп женщин высокого риска и по развитию патологии плода и новорожденного и прогнозирования вероятности рождения детей с ВПР.

Разработаны методические подходы по снижению риска развития донозологических и патологических состояний организма от воздействия факторов среды обитания.

В рамках отраслевой научно-исследовательской программы «Гигиеническая безопасность России: проблемы и пути обеспечения» осуществлены:

- разработка методологии оценки вредного воздействия на организм неразрушающихся высокотоксичных веществ и совершенствование системы охраны здоровья населения, проживающего в экологически кризисных районах Крайнего Севера.

- разработка гигиенической концепции эффективной профилактики неинфекционных заболеваний среди населения, проживающего на экологически кризисных территориях.
- развитие теории комбинированного действия природно-климатических и антропогенных факторов на здоровье населения в Арктике, научное обоснование программ по профилактике заболеваемости и преждевременной смертности населения, проживающего в Арктических районах России.

В рамках ФЦП "Национальная система химической и биологической безопасности Российской Федерации (2009-2013 гг.)" совместно с МАИР ведется крупномасштабное историческое когортное исследование оценки риска смерти от онкологических заболеваний органов дыхания среди работников занятых добычей и обогащением хризотилового асбеста.

Признавая важность проблемы диабета как производственно обусловленного заболевания в России, так как ежегодная заболеваемость составляет около восьми миллионов работающих, признано важным увеличение доступности профессионального медицинского обслуживания больных диабетом. Для предотвращения, обнаружения, контроля и оценки диабета как производственно обусловленного заболевания и приспособления к этим проблемам существенным является разработка политики на уровне отдельных предприятий.

Внедряемые программы благополучия, включающие физическую подготовку, адекватное питание, исключение курения, злоупотребление алкоголем и потребление наркосодержащих препаратов, должны быть адресованы ко всем рабочим местам.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОУ) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Принимаются законодательные и организационные меры по борьбе с вредными для здоровья факторами | + | | | |
| 2 | Развивается профилактическое направление. В различных регионах страны созданы и функционируют около 700 центров Здоровья для детей и взрослых, в которых любой человек бесплатно проходит обследование для выявления основных факторов риска развития наиболее распространенных заболеваний и получает консультацию по здоровому питанию, физической активности. | + | + | + | + |
| 3 | Наличие социально-гигиенического мониторинга в стране | + | | | |
| 4 | Наличие научных разработок по вопросам оценки состояния здоровья населения и раннему выявлению болезней | | | | + |
| 5 | Наличие аппаратуры и методов измерения содержания большинства вредных веществ в окружающей среде. | | | | + |
| 6 | Разработаны принципы оценки риска для здоровья населения воздействия различных экологических факторов. | | | | + |

| | | | | | |
|----|---|---|--|--|---|
| 7 | Выявлены факторы риска, участвующие в формировании вероятности развития врожденных пороков развития (ВПР), что позволило подойти к решению вопросов возможной связи врожденной патологии плода с вредными факторами. | | | | + |
| 8 | Разработана методология оценки вредного воздействия на организм неразрушающихся высокотоксичных веществ и совершенствование системы охраны здоровья населения, проживающего в экологически кризисных районах Крайнего Севера. | | | | + |
| 9 | Научно обоснованы программы по профилактике заболеваемости и преждевременной смертности населения, проживающего в Арктических районах России. | + | | | + |
| 10 | Разработана гигиеническая концепция эффективной профилактики неинфекционных заболеваний среди населения, проживающего на экологически кризисных территориях. | + | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствие государственных программ эпидемиологических наблюдений состояния здоровья и факторов его определяющих (питание, физическая активность, вредные привычки и др.), обеспечивающих возможность выявления наиболее значимых факторов риска развития наиболее распространенных заболеваний. | + | | | + |
| 2 | Недостаточно развита система межсекторального сотрудничества, что нередко затрудняет принятие комплексных мер по укреплению здоровья населения. | + | | | |
| 3 | Статистика деятельности системы здравоохранения по-прежнему сосредоточена на объемах оказания медицинской помощи и ее ресурсного обеспечения. Она практически не дает представления о ее доступности, адекватности и эффективности. Более того, современная статистика не позволяет ответить на самый простой, но важнейший для организации и управления здравоохранением вопрос: какая часть населения обращается в учреждения здравоохранения в течение года, каков возрастной и социальный состав как обратившихся, так и не обратившихся, какие виды помощи были получены обратившимся за ней населением. Вне поля зрения в значительной мере оказываются крупные социальные группы - не только маргиналы (мигранты, вынужденные переселенцы и беженцы, лица без определенного места жительства, беспризорные, заключенные), но и военнослужащие. | + | | | |
| 4 | Недостаточная система профилактических осмотров среди различных групп населения. | | | | + |
| 5 | Низкая мотивация населения на выбор профилактики заболеваемости и сохранения здоровья | | | | + |
| 6 | Недостаточно определены принципы и критерии предупреждения развития экологически обусловленных заболеваний | + | | | + |
| 7 | Отсутствует нормативно-правовая база профилактики развития неинфекционных заболеваний среди населения, проживающего на экологически кризисных территориях. | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | С учетом современных представлений о механизмах детерминации общественного здоровья представляется целесообразным регулярное (а не только по результатам переписей) статистическое (эпидемиологическое) наблюдение за динамикой и региональной дифференциацией социально-экономического статуса, образования, семейного положения и миграционной активности населения в разрезе половозрастных групп, а также систематический анализ их влияния на заболеваемость и смертность населения. | + | | | |
| 2 | В перспективе необходимо создание комплексного мониторинга состояния здоровья населения на основе качественно нового уровня сбора и обработки данных, унификации их представления, контроля и интерпретации, углубление анализа и его модификация в соответствии со спецификой конкретной ситуации, с достаточным техническим обеспечением. | + | | | + |
| 3 | Разработка и широкое внедрение в практику системы, направленной на повышение мотивации населения в части сохранения здоровья и профилактики заболеваемости. | + | + | | + |
| 4 | Широкое внедрение образовательных программ для всех групп населения по вопросам здорового питания и их внедрение на разных уровнях (детские сады, школы, учебные заведения, средства массовой информации и т.д.). | + | + | | + |

Оценка функции – 7 баллов

4.А.3: Технические возможности для оценки рисков в области лечебно-профилактических учреждений и программ медико-санитарной помощи

Инструментом контроля качества и безопасности медицинской деятельности в настоящее время являются федеральные законы:

- от 26.12.2008 ФЗ- 294 "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля";
- от 29.10.2010 ФЗ- 236 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- от 21.11.2011 ФЗ -323 «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации»

ФЗ- 323 (глава 12) установлен контроль качества и безопасности медицинской деятельности, осуществляемый в следующих формах:

1. государственный контроль - органами государственного контроля в соответствии с их полномочиями;
2. ведомственный контроль - федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации;

3. внутренний контроль - органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

В рамках проведения контроля качества и безопасности медицинской деятельности предусматривается оценка соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации, в том числе оценка непосредственно качества и безопасности медицинской деятельности.

В настоящее время в Российской Федерации большую часть документов по оценке качества и безопасности медицинской деятельности необходимо разработать в соответствии с вышеупомянутым Федеральным законом: это Порядки организации и проведения государственного и ведомственного контроля, показатели качества деятельности медицинских организаций, система оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг, порядок проведения экспертизы качества медицинской помощи вне системы обязательного медицинского страхования, критерии оценки качества медицинской помощи и т.д.

Часть документов, такие как порядки и стандарты оказания медицинской помощи частично подлежат переработке; часть документов по соблюдению объёма, сроков и условий оказания и контроля качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в настоящее время действуют в полном объёме (или нуждаются в незначительной корректировке).

Для проверки соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации, проведения контрольно-надзорных мероприятий и подготовки Доклада об осуществлении государственного контроля в сфере здравоохранения имеется технически квалифицированный персонал.

Механизмы и возможности для проведения проверочных мероприятий имеются в рамках полномочий Росздравнадзора, страховых медицинских организаций и фондах ОМС.

Доступные данные о факторах риска из существующих надёжных источников ничтожно малы и нуждаются в динамичном развитии.

Доступ к научным исследованиям по данной тематике как один из элементов постоянно развивающейся базы знаний требует развития информационно ресурса сопряжённого с мировыми аналогами, построенного на принципах новостного медицинского портала с возможностью бесплатной подписки на родном языке, финансируемого за счёт государственных грантов.

Работы по оценке рисков, проводимые в целях формулирования последовательных рекомендаций в отношении политики здравоохранения, проводимые отдельными научными коллективами, не всегда строятся на принципах доказательной медицины, но в целом должны быть расценены как работы с позитивной динамикой.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|--|--|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| | Наличие законодательных основ для оценки качества и безопасности медицинской деятельности | + | | | |
| | Наличие нормативных правовых документов по оценке качества и безопасности медицинской деятельности в системе обязательного страхования | + | | | |
| | Наличие уполномоченных федеральных и региональных органов исполнительной власти, осуществляющих государственный контроль в сфере охраны здоровья | + | | | |
| | Наличие института экспертов (экспертных организаций) аккредитованных в установленном порядке | + | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|--|--|---|----|---|----|
| | Отсутствие ряда нормативных правовых актов по оценке качества и безопасности медицинской деятельности и привлечению экспертов (экспертных организаций) к проведению контрольно-надзорных мероприятий. | + | | | + |
| | Устаревшая нормативная база по использованию протоколов оказания медицинской помощи | + | | | |
| | Отсутствие информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих персонифицированный учёт при осуществлении медицинской деятельности и мониторинг качества и безопасности медицинской деятельности | + | | | |
| | Недостаточные полномочия федеральных и региональных органов исполнительной власти, осуществляющих государственный контроль в сфере охраны здоровья. | + | | | + |
| | Недостаточное денежное содержание специалистов уполномоченных федеральных и региональных органов исполнительной власти, осуществляющих государственный контроль в сфере охраны здоровья, способствующее формированию коррупционных настроений. | + | | + | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|--|--|---|----|---|----|
| | Разработать механизм привлечения экспертов (экспертных организаций) к проведению контрольно-надзорных мероприятий. | + | | + | |
| | Обновление нормативной базы по использованию протоколов оказания медицинской помощи и создание национальных протоколов диагностики и лечения экспертными группами | + | | | |
| | Создание медицинского национального интернет ресурса, основанного на качественных медицинских исследованиях и новостях (бесплатного для пользователя) | + | | | |
| | Наделение уполномоченных федеральных и региональных органов исполнительной власти, осуществляющих государственный контроль в сфере охраны более широкими полномочиями по отношению к нарушителям законодательства. | + | | | + |
| | Обеспечение мер по увеличению денежного содержания специалистов уполномоченных федеральных и региональных органов исполнительной власти, осуществляющих государственный контроль в сфере охраны здоровья | + | + | + | |

Оценка функции – 7 баллов

4.А.4: Осуществление органами общественного здравоохранения проверки, мониторинга и обеспечения соблюдения законов и правил

Простой перенос положений международных нормативных документов в национальное законодательство невозможен, поскольку все положения должны утверждаться в рамках отечественной правовой базы с учётом действующей модели здравоохранения.

Быстрое введение необходимых законодательных изменений и новых требований в соответствии с изменениями, происходящими на социальном уровне: новые требования достаточно быстро могут учитываться и внедряться в рамках подзаконных актов, законодательные изменения процесс сложный и требует времени для детальной проработки. В субъектах Российской Федерации эти процессы могут осуществляться быстрее.

Нормативы и протоколы, касающиеся проведения проверок разрабатываются в соответствии с меняющимся законодательством, приобретают системный характер. Ресурсы для обеспечения соблюдения законов и правил оцениваются как умеренные.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|--|--|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| | Наличие законодательных основ для проведения контрольно-надзорных мероприятий. | + | | | |
| | Наличие нормативных правовых документов по порядкам проведения контрольно-надзорных мероприятий в т.ч. в системе обязательного страхования | + | | | |
| | Наличие уполномоченных федеральных и региональных органов исполнительной власти, осуществляющих государственный контроль в сфере охраны здоровья | + | | | + |
| | Сформированная система обязательного медицинского страхования. | + | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|--|---|---|----|---|----|
| | Отсутствие возможности принятия решений федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим государственный контроль в сфере охраны здоровья в досудебном порядке. | + | | | |
| | Формирующаяся система контроля и мониторинга. | + | | | |
| | Отсутствие информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих персонализированный учёт при осуществлении медицинской деятельности и мониторинг качества и безопасности медицинской деятельности. | | + | | + |
| | Слабые связи между контролирующими органами всех направлений деятельности и уровней. | + | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|--|---|---|----|---|----|
| | Включение уполномоченного федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственный контроль в сфере охраны здоровья в перечень органов, | + | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|---|
| | уполномоченных рассматривать дела об административных правонарушениях (КОАП РФ гл.23). | | | | |
| | Разработка и внедрение единой системы мониторинга эффективности государственного контроля (надзора) в сфере здравоохранения | + | | | + |
| | Обеспечение проведения совместных мероприятий заинтересованных уполномоченных федеральных органов, осуществляющих контроль (в т.ч. комплексных проверок органов и организаций). | + | | | |
| | Обеспечение мер по созданию мотивации у руководителей медицинских организаций к полному удовлетворению граждан качеством предоставляемой медицинской помощи. | + | + | | + |

Оценка функции – 8 баллов

4.А.5: Сотрудничество между Министерством здравоохранения и другими министерствами по обеспечению законности в вопросах, касающихся общественного здравоохранения

В рамках реализации Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 –ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и исполнения полномочий, установленных Постановлением Правительства от 19 июня 2012 г. № 608 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» взаимодействие Минздрава РФ осуществляется со следующими министерствами:

Министерство культуры Российской Федерации (Минкультуры России) (в части ведения Федерального агентства по туризму (Ростуризм));

Министерство образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) (в части ведения Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки (Рособрнадзор) и Федерального агентства по делам молодежи (Росмолодежь) (п.5.2.63. Постановление определение порядка представления сведений о состоянии здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, для внесения в государственный банк данных о детях, оставшихся без попечения родителей (по согласованию с Министерством образования и науки Российской Федерации));

Министерство природных ресурсов и экологии Российской Федерации (Минприроды России) (в части ведения Федеральной службы по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды (Росгидромет));

Министерство связи и массовых коммуникаций Российской Федерации (Минкомсвязь России) (в части ведения Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор); Федерального агентства по печати и массовым коммуникациям (Роспечать); Федерального агентства связи (Россвязь));

Министерство регионального развития Российской Федерации (Минрегион России) (в части ведения Федерального агентства по строительству и жилищно-коммунальному хозяйству);

Министерство сельского хозяйства Российской Федерации (Минсельхоз России) (в части ведения Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору (Россельхознадзор) и Федерального агентства по рыболовству (Росрыболовство) (п.5.2.182. перечень наркотических средств и психотропных веществ, используемых в ветеринарии, а также для отлова животных (совместно с Министерством сельского хозяйства Российской Федерации));

Министерство спорта Российской Федерации; (п.5.2.67-5.2.70 Постановления);

Министерство транспорта Российской Федерации (Минтранс России) (в части ведения Федеральной службы по надзору в сфере транспорта (Ространснадзор); Федерального агентства воздушного транспорта (Росавиация), Федерального дорожного агентства (Росавтодор); Федерального агентства железнодорожного транспорта (Росжелдор); Федерального агентства морского и речного транспорта (Росморречфлот));

Министерство финансов Российской Федерации (Минфин России) (п. 5.2.131. форма типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (по согласованию с Министерством финансов Российской Федерации); п. 5.2.132. форма типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (по согласованию с Министерством финансов Российской Федерации); п.5.2.133. порядок заключения соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации);

Министерство экономического развития Российской Федерации (Минэкономразвития России);

Министерство энергетики Российской Федерации (Минэнерго России);

Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации (в части ведения Федеральной службы по труду и занятости (Роструд)) (п. 5.2.53-п.5.2.56 в рамках определения порядка проведения медицинских осмотров; п.5.2.66).

Постановление установление порядка прохождения диспансеризации государственного гражданского служащего и муниципального служащего, перечень заболеваний, препятствующих поступлению на государственную гражданскую службу и муниципальную службу или ее прохождению, а также форма заключения медицинского учреждения (п.5.2.80.-п.5.2.82.);

Министерство внутренних дел Российской Федерации (МВД России) (п.5.2.13. Постановление установление Минздравом порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий (по согласованию с Министерством внутренних дел Российской Федерации), п.5.2.74, п.5.2.75);

Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (МЧС России) (п.5.2.38. Постановление установление порядка организации и оказания Всероссийской службой медицины катастроф медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе осуществления медицинской эвакуации);

Министерство иностранных дел Российской Федерации (МИД России);

Министерство обороны Российской Федерации (Минобороны России);

Министерство юстиции Российской Федерации (Минюст России) (в части ведения Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН России)) п. 5.2.57. Постановление порядок медицинского наблюдения и учета больных наркоманией (по согласованию с Федеральной службой Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, Генеральной прокуратурой Российской Федерации и Министерством юстиции Российской Федерации); п.5.2.58. Постановление определение порядка выдачи разрешений для применения средств и методов диагностики наркомании и лечения больных наркоманией, п.5.2.73 Постановления);

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор);

Федеральная служба по оборонному заказу (Рособоронзаказ);

Федеральная служба государственной статистики (Росстат) (п.5.2.197-п.5.2.199).

Кроме того, органы управления здравоохранением различного уровня осуществляет сотрудничество с другими ведомствами при осуществлении конкретных программ в области охраны здоровья населения.

В рамках профилактики ВИЧ/СПИД осуществляется взаимодействие с Минобрнауки, ФСКН, Минюстом, Минкультуры, Минобороны, МВД, печати и информации, Комитетом по делам молодежи, различными общественными организациями и движениями.

В рамках борьбы с дорожно-транспортным травматизмом осуществляется тесное сотрудничество с МВД.

Туберкулезная служба взаимодействует с УИН, общественными и неправительственными организациями.

Инфекционная служба при формировании резервов в соответствующих ЛПУ взаимодействует с МЧС.

С Минобрнауки РФ осуществляется взаимодействие при решении вопросов усыновления детей.

Соблюдение законности в сфере здравоохранения и общественного здоровья достаточно показательно может быть представлено на примере реализации законодательно закрепленного правового статуса пациента.

Права пациента законодательно закреплены в Федеральном законе "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 № 323 ФЗ (ст.19 и ст.27). Обеспечивается возможность эффективного судебного обжалования гражданами действий государства и его институтов, осуществляется судебный контроль за деятельностью органов государственной власти и должностными лицами. Однако законодательно не закреплена ответственность пациента.

Взаимодействие различных институтов государственной власти, гражданского общества и бизнес-структур в настоящее время реализуется в виде частно-государственного и общественно-государственного партнерства.

Со стороны государства это партнерство проявляется в финансовой поддержке и законодательном обеспечении деятельности общественных организаций, со стороны общественных объединений - в организации особо востребованных социальных услуг, в форме гражданской оценки работы органов исполнительной власти.

Ряд Федеральных законов определяет правовое поле общественно-государственного партнерства в здравоохранении. В первую очередь это Федеральный закон № 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Ряд федеральных законов регулирует деятельность институтов гражданского общества: Федеральный закон "Об общественных объединениях" от 19.05.1995 N 82-ФЗ, Федеральный закон от 1 декабря 2007 года. N 315-ФЗ "О саморегулируемых организациях", Федеральный закон "О благотворительной деятельности и благотворительных организациях" от 19.05.1995 N 82-ФЗ.

Значительную помощь развитию общественно-государственного партнерства в здравоохранении может оказать разработка организационных технологий, направленных на разработку новых институциональных форм такого партнерства, техническая поддержка общественных объединений со стороны государственных учреждений (к примеру, в составлении заявок на государственное финансирование), а также правовая поддержка, помощь в ведении бухгалтерской отчетности.

Однако по настоящее время отсутствует законодательно закрепленный организационно-правовой статус и устойчивая экономическая база общественных объединений.

В 2011 г. при Минздравсоцразвития РФ создан Совет пациентских организаций, в состав которого вошли 29 некоммерческих организаций и фондов с целью формирования связующего звена между пациентским сообществом и Министерством. В области обеспечения прав инвалидов созданы Совет при Президенте РФ по делам инвалидов и Межведомственная рабочая группа по подготовке предложений по ратификации Россией Конвенции о правах инвалидов.

Сегодня сотрудничество в сфере здравоохранения приобретает особое значение, поскольку от последовательного и согласованного взаимодействия правового государства, институтов гражданского общества, бизнес-структур в значительной степени зависит решение вопросов общественного здоровья.

В России осуществляется постоянное сотрудничество в рамках ЕврАзЭС, в том числе в рамках деятельности Комиссии по техническому регулированию, санитарным,

ветеринарным и фитосанитарным мерам в торговле при Интеграционном Комитете ЕврАзЭС.

Один из итогов деятельности создание решением Комиссии таможенного союза от 28 мая 2010 года № 299. «Единых санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю)» (Единые СанЭиГ требования).

Положительный опыт сотрудничества в части сохранения здоровья работающих - разработка Проекта Федеральной целевой программы "Здоровье работающего населения России". Программа подготовлена ФГБУ НИИ МТ РАМН совместно с министерствами и ведомствами, общественными организациями под патронатом Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации.

Осуществляется взаимодействие с ФСС, отраслевыми Министерствами и ведомствами в рамках реализации федеральных и отраслевых целевых программ.

В области здорового питания и обеспечения безопасности пищевых продуктов, являющейся одним из элементов охраны здоровья населения и профилактики как неинфекционных, так и инфекционных заболеваний с пищевым путем передачи, в настоящее время в Российской Федерации разработана законодательная и нормативная база.

Это "Доктрина продовольственной безопасности Российской Федерации" (указ Президента РФ № 120 от 30 января 2010 года), "Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года" (распоряжение Правительства РФ № 1873-р от 25 октября 2010 года, Федеральные законы № 52-ФЗ от 30 марта 1999 года "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", № 29-ФЗ от 2 января 2000 года "О качестве и безопасности пищевых продуктов", Федеральный закон от 27 октября 2008 г. № 178-ФЗ "Технический регламент на соковую продукцию из фруктов и овощей", Федеральный закон от 12 июня 2008 г. № 88-ФЗ "Технический регламент на молоко и молочную продукцию", Федеральный закон от 24 июня 2008 г. № 90-ФЗ "Технический регламент на масложировую продукцию", а также Технические регламенты Таможенного союза "О безопасности упаковки" (ТР ТС 005/2011), "О безопасности зерна" (ТР ТС 015/2011), "Технический регламент на масложировую продукцию" (ТР ТС 024/2011), "О безопасности пищевой продукции" (ТР ТС 021/2011), "Технический регламент на соковую продукцию из фруктов и овощей" (ТР ТС 023/2011), "О безопасности отдельных видов специализированной пищевой продукции, в том числе диетического лечебного и диетического профилактического питания" (ТР ТС 027/2012).

Кроме того, в настоящее время в различной стадии разработки находится еще ряд технических регламентов по отдельным видам пищевой продукции, которые будут приняты в ближайшее время.

Кроме того, в настоящее время действуют и ряд подзаконных актов, регламентирующих безопасность пищевой продукции – Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю) (утверждены решением Комиссии Таможенного союза от 28 мая 2010 года № 299), СанПиН 2.3.2.1078-01 "Гигиенические

требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов" (с дополнениями и изменениями) и ряд других СанПиН.

Во всех этих законодательных и подзаконных документах устанавливаются требования безопасности к этим видам пищевой продукции, которые внедрены в практику работы всех учреждений государственного санитарно-эпидемиологического надзора, Минсельхоза России и других ведомств, занимающихся контролем и надзором за пищевой продукцией, а также предприятий агропромышленного комплекса, направленные на ограничение поступления загрязнителей в организм человека и, тем самым, на профилактику заболеваемости.

В области обеспечения безопасного и здорового питания разработан ряд документов, в том числе "Об утверждении рекомендаций по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающим современным требованиям здорового питания" (приказ Минздравсоцразвития РФ от 2 августа 2010 года), МР 2.3.1.2432-08 "Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации" (утверждены Роспотребнадзором), Р 2.1.10.1920-04 "Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду" (утверждено Роспотребнадзором).

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 24 июня 2010 г. №474н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "диетология" предусмотрена многоуровневая система организации диетологической помощи населения: 1 уровень – кабинет врача-диетолога в поликлинике, 2 уровень – специализированные отделения диетологии в многопрофильных больницах, центрах и т.д., 3 уровень – центры диетологии. Однако, в настоящее время, не предусмотрено лицензирование поликлиник на диетологическую деятельность.

В целях реализации Распоряжения Правительства Российской Федерации от 25.10.2010 №1873-р "Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания на период до 2020 года" и приказа Минздравсоцразвития России №474н от 24.06.2010 "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «диетология» в ФГБУ НИИ питания РАМН разработана и внедрена в практику система многоуровневой диагностики "Нутритест-ИП" и коррекции нарушений пищевого статуса и алиментарно-зависимых заболеваний "Нутрикор-ИП", позволяющая на качественно новом уровне осуществлять диагностику нарушений пищевого статуса и диетотерапию при различных заболеваниях и патологических состояниях.

Все эти документы являются результатом обобщения мирового опыта в области нутрициологии и скоординированных действий и научных исследований, проводимых в НИУ различных министерств и ведомств, в том числе по различным программам, грантам, соглашениям.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|----|--|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1. | При Минздраве РФ создан Совет пациентских организаций. | + | + | | |
| 2. | Созданы Совет при Президенте РФ по делам инвалидов и Межведомственная рабочая группа по подготовке предложений по ратификации Россией Конвенции о правах инвалидов. | + | | | |
| 3. | Гармонизация в рамках СНГ, в частности создание решением Комиссии таможенного союза от 28 мая 2010 года № 299. Единых санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю) (Единые СанЭиГ требования). | + | + | | + |
| 4. | Наличие законодательной базы в области здорового питания и безопасности пищевых продуктов, гармонизированной с международными требованиями. | + | | | + |
| 5. | Наличие системы социально-гигиенического мониторинга за загрязнением пищевых продуктов и оценки риска загрязнителей для здоровья населения. Единые подходы к оценке рисков гармонизированы с международными требованиями | + | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|----|--|---|----|---|----|
| 1. | Отсутствие законодательно закрепленного организационно-правового статуса общественных объединений. | + | | | |
| 2. | Отсутствие устойчивой экономической базы общественных объединений. | | | + | |
| 3. | Несовершенство государственных механизмов, облегчающих сотрудничество и общение/взаимодействие между органами управления в части оценки и управления профессиональными и экологическими рисками. | | + | | |

| | | | | | |
|----|--|---|--|--|--|
| 4. | Недостаточное внедрение эффективных систем производственного контроля, в том числе ХАССП (оценка опасности в критических контрольных точках), на предприятиях пищевой промышленности. В настоящее время система ХАССП носит рекомендательный характер. | + | | | |
|----|--|---|--|--|--|

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|----|---|---|----|---|----|
| 1. | Содействовать включению компонента охраны здоровья работающих в национальную и отраслевую политику в области устойчивого развития, занятости, торговли, охраны окружающей среды и образования. | + | | | |
| 2. | Внесение дополнений в Федеральный закон "Об общественных объединениях", законодательно обеспечивающих их государственную поддержку. | + | | | |
| 3. | Разработка и совершенствование организационных форм частно-государственного и общественно-государственного партнерства. | + | | | |
| 4. | Целевое финансирование (государственные гранты) особо социально-значимых программ общественных объединений. | | | + | |
| 5. | Внедрение современных систем производственного контроля по безопасности пищевых продуктов с использованием системы ХАССП на предприятиях пищевой промышленности, как это предусмотрено Техническим регламентом ТР ТС 021/2011 "О безопасности пищевой продукции". | + | | | + |

Оценка функции – 7 баллов

ОФОЗ 5. Профилактика заболеваний

Раздел А: Первичная профилактика

5.А.1: Программы вакцинации следующих групп:

Организация четко определенных схем вакцинации, включая обеспечение необходимыми ресурсами для достижения высокой эффективности программы.

Государственная политика в области иммунопрофилактики в Российской Федерации направлена на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней.

В области иммунопрофилактики государство гарантирует:

1. доступность для граждан профилактических прививок;
2. бесплатное проведение профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения;
3. социальную поддержку граждан при возникновении поствакцинальных осложнений

В Российской Федерации иммунопрофилактика осуществляется в соответствии с Федеральным законом "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней", "Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан" и Федеральным законом "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения".

Вакцинопрофилактика инфекционных заболеваний включает в себя плановую иммунизацию и иммунизацию по эпидемическим показаниям.

Плановые прививки проводятся во всех регионах страны, возраст, кратность и количество прививок регламентированы **Национальным календарём профилактических прививок**, включающим в себя обязательную иммунизацию против 11 заболеваний: корь, туберкулез, столбняк, вирусный гепатит В, коклюш, дифтерия, полиомиелит, паротит, грипп, краснуха, ветряная оспа (с 2009 года).

Прививки **по эпидемическим показаниям** проводятся населению, проживающему на территориях, для которых характерно распространение определенных инфекций. Эти зоны утверждены Министерством здравоохранения России. На данных территориях проводится плановая вакцинопрофилактика сибирской язвы, лихорадки Ку, бруцеллеза, чумы, туляремии, клещевого весенне-летнего энцефалита, лептоспироза. Решение о проведении профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям принимают органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации по представлению органа исполнительной власти по здравоохранению субъекта Российской Федерации.

Существование календаря прививок, соответствующего рекомендациям международных организаций (в том числе анализ и включение новых прививок в соответствии с научно-экономическими критериями)

В Российской Федерации существует национальный календарь профилактических прививок, который разрабатывается с учетом циркуляции инфекционных заболеваний в

стране и в соответствии с международными рекомендациями и утверждается Министерством здравоохранения РФ.

Во всех регионах Российской Федерации на основе национального календаря и с учетом эпидемиологической обстановки, разрабатывается Региональный календарь профилактических прививок, который утверждается приказом органа Управления здравоохранением региона.

Существование регистра вакцин

В Российской Федерации существует перечень официально зарегистрированных вакцин, в который входит 52 вакцины отечественного и 35 зарубежного производства.

Надлежащие связи с другими интегрированными информационными системами

На базе учреждений Роспотребнадзора функционирует программное средство (ПС) "Прививки", которое является составной частью Автоматизированной информационной системы "Вакцинопрофилактика Российской Федерации".

ПС "Прививки" предназначено для использования в городских, районных, областных, краевых, республиканских Центрах Роспотребнадзора, Федеральном Центре Роспотребнадзора и Департаменте Госсанэпиднадзора.

Информация, анализируемая в данной программе, формируется в лечебно-профилактических учреждениях в программном средстве "АРМ Иммунизация населения" (при отсутствии ПЭВМ в лечебных учреждениях на основании карт профилактических прививок прививочной картотеки Форма № 63).

ПС "Прививки" позволяет проводить количественный анализ состояния коллективного иммунитета населения, осуществлять планирование прививок и контролировать выполнение плана, рассчитывать потребность бакпрепаратов, инструментария и спирта на планируемое количество прививок и оценить правильность их использования.

ПС «Прививки» предназначено для учета и анализа дополнительной иммунизации населения и количества израсходованных бакпрепаратов.

Основной информацией для базы данных о ходе иммунизации населения являются отчетные формы "Сведения о профилактических прививках" (форма № 5) и "Сведения о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний" (форма № 6). Кроме того ПС "Прививки" позволяет проводить учет данных по отчетным формам "Сведения о контингентах детей и взрослых, дополнительно иммунизированных против гепатита В, полиомиелита, гриппа, краснухи и о движении вакцин для иммунизации" (форма № 68) и "Сведения о контингентах детей и взрослых, дополнительно иммунизированных против гепатита В, полиомиелита, гриппа, кори" (временная форма).

Проведение информационных кампаний (в том числе для родителей и работников системы образования в случае вакцинации детей) по разъяснению необходимости иммунизации населения как главного барьера против передачи заболеваний

Ежегодно во всех регионах Российской Федерации проводятся национальные дни иммунизации, в рамках которых организуются мероприятия для медицинского сообщества (лекции, семинары), средств массовой информации (брифинги, пресс-конференции) и населения (горячие линии, дни открытых дверей в учреждениях здравоохранения)

Доступность услуг вакцинации, предусмотренных в календаре прививок

В Российской Федерации вакцинация доступна для различных слоёв населения и осуществляется бесплатно.

По Национальному календарю в государственных учреждениях вакцинация проводится за счет средств федерального бюджета. Прививки по эпидемическим показаниям также осуществляются бесплатно для населения РФ за счет средств областного бюджета.

Также в частной системе здравоохранения функционирует обширная сеть прививочных кабинетов. Вакцинация проводится за счет граждан зарубежными аналогами отечественных вакцин.

Руководимые специалистами программы по информированию о побочных эффектах.

В рамках проведения национальных дней иммунизации проводится информирование населения о возможных побочных действиях вакцин.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Область действия* (отметить «+») *может содержать несколько вариантов | | | |
|---|---|---|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| | | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОВ) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
| 1 | Существование национального календаря профилактических прививок, который разрабатывается с учетом циркуляции инфекционных заболеваний в стране и в соответствии с международными рекомендациями. | + | | | |
| 2 | Доступность и бесплатность для всех слоев населения Российской Федерации профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по | + | | | + |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|
| | эпидемическим показаниям в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения | | | | |
| 3 | Социальная поддержка граждан РФ при возникновении поствакцинальных осложнений | + | | | + |
| 4 | Существование в Российской Федерации реестра вакцин | + | | | + |
| 5 | Проведение ежегодных национальных дней иммунизации во всех регионах Российской Федерации, в рамках которых организуются мероприятия для медицинского сообщества, средств массовой информации и населения | + | + | | |
| 6 | Существование на базе учреждений Роспотребнадзора программного средства (ПС) "Прививки", позволяющее проводить количественный анализ состояния коллективного иммунитета населения, осуществлять планирование прививок и контролировать выполнение плана, рассчитывать потребность бакпрепаратов, инструментария и спирта на планируемое количество прививок и оценить правильность их использования | + | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | P | OP | Ф | OY |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Антипрививочная пропаганда в средствах массовой информации | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | P | OP | Ф | OY |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Информирование населения медицинскими работниками о безопасности вакцинации | + | | | + |

Оценка функции – 9 баллов

5.A.2: Предоставление информации о поведенческих и медицинских рисках для здоровья

Наличие информации о поведенческих рисках для здоровья у нашего населения.

В РФ сбор информации о поведенческих факторах риска у населения проводится:

- участковой службой (службой врачей общей практики) амбулаторно-поликлинических учреждений

Информация собирается при ежегодных профилактических осмотрах и при повседневных контактах с пациентами (информация регистрируется в амбулаторных и диспансерных картах пациента). Также факторы риска фиксируются в паспорте врачебного участка (учетная форма №030/у-тер). Врачу предписано регистрировать лиц, подвергшихся действию таких факторов риска, как злоупотребление алкоголем, курение, употребление наркотиков, производственные вредности.

- центры здоровья

Проводят скрининг населения для выявления лиц с избыточным риском опасных заболеваний. Факторы риска фиксируются в учетной форме N 025-ЦЗ/у – "Карта центра здоровья". В данной форме регистрируются следующие медицинские и поведенческие факторы риска: курение, злоупотребление алкоголем, режим и характер питания, производственные вредности, склонность к гиподинамии, уровень холестерина в крови, определение индекса массы тела и уровня артериального давления.

Одной из функций центров здоровья также является индивидуальное консультирование и направление на обучение в «Школы здоровья», согласно выявленным факторам риска и/или заболеваниям.

- центры профилактики

Проводят и анализируют результаты мониторинга неинфекционных заболеваний и их факторов риска: изучают информированность населения о факторах риска неинфекционных заболеваний (артериальная гипертония, курение, низкая физическая активность, нерациональное питание, гиперхолестеринемия, ожирение).

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Одним из основных направлений Государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения", является активное распространение и усиление роли механизмов, обеспечивающих недопущение или возможно более раннюю коррекцию факторов риска развития заболеваний. | + | | | + |
| 2 | Определены и законодательно закреплены диагностические критерии факторов риска развития неинфекционных заболеваний (Приказ Минздрава России от 03.12.2012 N 1006н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения") | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствие системы эффективного взаимодействия между учреждениями, занимающимися сбором и предоставлением информации о поведенческих факторах риска среди населения | + | | | + |
| 2 | Высокая распространенность биологических факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, гипергликемия, избыточная масса тела и ожирение) | + | | | + |
| 3 | Высокая распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний (курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, недостаточная двигательная активность, нерациональное несбалансированное питание и ожирение) | + | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | Р | Ф | ОУ |
|---|--|---|---|---|----|
| 1 | На этапе оказания первичной медико-санитарной помощи необходимо выявлять факторы риска неинфекционных заболеваний, проводить их коррекцию, осуществлять раннюю диагностику этих заболеваний и проводить эффективное лечение, а обучать людей навыкам по сохранению и укреплению здоровья | + | + | + | + |

Оценка функции – 7 баллов

5.А.3: Системы и методы привлечения первичного звена медико-санитарной помощи и специализированной помощи к программам профилактики заболеваний

Наличие информации о роли первичного звена медико-санитарной помощи и специализированной помощи в программах профилактики заболеваний.

Первичное звено здравоохранения является ведущим в осуществлении профилактической деятельности.

К учреждениям первичного звена системы здравоохранения относятся:

участковые поликлиники, врачебные амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты, городские стационары. Именно медработники этих медицинских учреждений и подразделений являются основным исполнителем работы по профилактике НИЗ и «болезней поведения».

Задачи профилактики в первичном звене здравоохранения:

- выявить и зарегистрировать жителей своего участка с факторами риска, начальными стадиями заболевания, с заболеваниями и провести с ними установленные профилактические мероприятия (первичной, вторичной, третичной профилактики), включая обучение навыкам, сберегающим и укрепляющим здоровье;
- обучить "здоровью здоровых" - обучить людей и отработать их навыки по сохранению и укреплению здоровья в широком смысле этого слова, мерам личной и общественной профилактики основных заболеваний, в том числе рациональному питанию, физической активности, соблюдению правил эпидемиологического благополучия.

Для эффективной профилактики неинфекционных заболеваний и "болезней поведения" медработники первичного звена здравоохранения осуществляют профилактическую деятельность трех видов: индивидуальную, с группами населения и популяционную - эти виды являются взаимодополняющими.

В свою очередь, сотрудники лечебно-профилактических учреждений первичного звена выполняют различные функции в работе по профилактике:

1. **Участковые врачи и медсестры** - в ежедневной работе с пациентами и при ежегодных профилактических осмотрах:

- регистрируют уровень здоровья всех прикрепленных жителей участка,
- регистрируют факторы риска развития заболеваний,
- проводят индивидуальную, групповую и популяционную работу по профилактике;

2. Кабинеты профилактики ЛПУ / специалист по профилактике

- обеспечивают методическую и информационную поддержку медработников первичного звена (МПЗ) по вопросам профилактики;
- организуют, обеспечивают, регистрируют профилактическую работу МПЗ на приемах, при ежегодных профилактических осмотрах, в Школах больных по заболеваниям и по проблемам при поликлинике (блоке ВОП), при профилактических осмотрах в прикрепленных учреждениях района (промышленных, образования, культуры и т.д.);

3. Главный врач ЛПУ несет ответственность и обеспечивает, а заместитель главврача руководит организацией всей профилактической работы.

В ежегодную статистическую отчетность ЛПУ включаются индикаторы качества (объемы и результаты) профилактической работы ЛПУ, и оплата медицинской помощи ЛПУ зависит от этих показателей.

Ожидаемые результаты профилактики, проводимой медработниками первичного звена:

- знание медработников первичного звена об уровне здоровья всех прикрепленных жителей района (образ жизни, факторы риска, заболевания), полученное при ежегодных профилактических осмотрах и при повседневных контактах с пациентами (регистрация в амбулаторных и диспансерных картах).
- ежегодно повышаемый уровень знаний и навыков прикрепленного населения о ЗОЖ,
- снижение заболеваемости, хронизации, смертности от НИЗ и "болезней поведения" (отдаленные результаты)

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОВ) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | Вопросы здорового образа жизни и первичной профилактики рассматриваются на высоком государственном уровне и являются приоритетными в государственной политике в области здравоохранения | + | | + | |
| 2 | Создание и дальнейшее развитие центров здоровья и кабинетов здорового образа жизни | + | | | + |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|
| 3 | Проведение Дней здоровья в первичном звене здравоохранения, позволяющие работающему населению посетить врача в плановом порядке, получить консультацию и пройти необходимые обследования | + | | | + |
|---|--|---|--|--|---|

Недостатки

| | Описание недостатков | P | OP | Ф | OY |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Низкая профилактическая активность в работе первичного звена здравоохранения, направленная на своевременное выявление заболеваний, патологических состояний и факторов риска, их обуславливающих | | | | + |
| 2 | Отсутствие мотивации обращения в ЛПУ с профилактической целью работоспособного населения | | | | + |
| 3 | Отсутствие законодательно гарантированных (?) финансовых стимулов для того, чтобы заинтересовать персонал первичного звена медико-санитарной помощи в оказании индивидуальных услуг профилактики. | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | P | OP | Ф | OY |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Необходима разработка и внедрение механизмов стимулирования поликлинического звена на возможно более раннее выявление заболеваний и недопущение развития заболеваний до стадии, приводящей к госпитализации | + | | | + |

Оценка функции – 9 баллов

5.A.4: Наличие достаточных возможностей производить и закупать вакцины для детей и взрослых, а также препараты железа, витамины и биологически активные добавки к пище

Для иммунопрофилактики используются зарегистрированные в соответствии с законодательством Российской Федерации отечественные и зарубежные медицинские иммунобиологические препараты.

Медицинские иммунобиологические препараты, используемые для иммунопрофилактики, подлежат обязательной сертификации или декларированию соответствия в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о техническом регулировании. В настоящее время в Российской Федерации зарегистрированы 52 вакцины отечественного производства и 32 вакцины зарубежного производства.

Обеспечение государственных и муниципальных организаций здравоохранения медицинскими иммунобиологическими препаратами для проведения профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям осуществляет федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения и органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

Министерство здравоохранения Российской Федерации отмечает, что в последние годы значительно возросли производство и оборот витаминов и биологически активных добавок к пище (БАД), способствующих ликвидации дефицита микронутриентов и витаминов, улучшению функционального состояния органов и систем организма человека, а также снижению риска возникновения ряда заболеваний.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Наличие возможностей для производства и закупки препаратов для иммунопрофилактики | + | + | | + |
| 2 | Наличие возможностей для производства и закупки препаратов железа, витаминов и биологически активных добавок к пище. | + | + | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Наличие фактов недобросовестной и недостоверной рекламы БАД и витаминов, прежде всего, в части показаний к применению, несоответствующих регистрационным удостоверениям. | | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Усилить государственный санитарно - эпидемиологический надзор за производством и оборотом витаминов и БАД | + | | | |
| 2 | Усилить разъяснительную работу среди населения в средствах массовой информации о роли витаминов и БАД в осуществлении рационального питания, необходимости консультации с врачом перед их употреблением, а также о действующих нормативных законодательных актах в области оборота БАД | + | | | + |

Оценка функции – 8 баллов

Раздел В. Вторичная профилактика

5.В.1: Построенные на доказательной основе программы скрининга с целью раннего выявления заболеваний, в том числе скрининг и профилактика врожденных пороков

В Российской Федерации законодательно осуществляются следующие виды скрининга:

1. антенатальный и неонатальный (феникетонурия, синдром Дауна)

2. скрининг заболеваний детского возраста
3. онкологический скрининг
4. скрининг на ВИЧ-инфекцию
5. скрининг на туберкулез
6. скрининг больных диабетом
7. скрининг больных гипертензией

Приказ от 22 марта 2006 г. №185 "О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания"

Данным приказом регулируются вопросы организации проведения в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения массового обследования новорожденных детей (неонатальный скрининг) на наследственные заболевания (адреногенитальный синдром, галактоземию, врожденный гипотиреоз, муковисцидоз, фенилкетонурию) в целях их раннего выявления, своевременного лечения, профилактики инвалидности и развития тяжелых клинических последствий, а также снижения детской летальности от наследственных заболеваний

Согласно **Приказу Минздрава России от 03.12.2012 N 1006н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения"**, диспансеризация начинается с 18-ти летнего возраста, проводится 1 раз в 3 года. Периодичность и набор исследований зависит от возраста, пола, жалоб пациента и его генетической предрасположенности.

- **с 18 лет** определение уровня общего холестерина, общей глюкозы, измерение артериального давления, флюорография, цитологическое исследование шейки матки (у женщин)
- **с 36 лет** электрокардиография у мужчин (у женщин **с 45 лет**)
- **с 39 лет** программа диспансеризации дополняется измерением внутриглазного давления, маммографией (женщины),
- **с 45 лет** исследование кала на скрытую кровь, колоноскопия или ректороманоскопия (при наличии показаний),
- **с 51 года у мужчин** анализ крови на уровень простатспецифического антигена в крови, эзофагогастродуоденоскопия (при наличии показаний)

Скрининг на ВИЧ-инфекцию

- Федеральный закон от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)"
- Постановление Правительства РФ от 13 октября 1995 г. N 1017 "Об утверждении правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (вич-инфекции)" (в ред. Постановлений Правительства РФ от 01.02.2005 N 49, от 04.09.2012 N 882)
- "Методические рекомендации о проведении обследования на ВИЧ-инфекцию" (утв. Минздравсоцразвития РФ 06.08.2007 N 5950-РХ)

В соответствии с правилами проведения медицинского освидетельствования на ВИЧ от 1995 г. проводится обязательное тестирование двух групп российских граждан:

- доноры крови, плазмы крови, спермы и любых других биологических жидкостей, тканей и органов при каждом взятии донорского материала;
- работники отдельных профессий при поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах:

1. врачи, средний и младший медицинский персонал учреждений, имеющий непосредственный контакт с ВИЧ-позитивными;
2. врачи, средний и младший медицинский персонал лабораторий обследования на ВИЧ и лабораторного тестирования для ВИЧ-позитивных;
3. сотрудники научно-исследовательских учреждений, предприятий (производств) по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими ВИЧ

Во всех других случаях на основании Закона о СПИДе тестирование проводится добровольно с информированного согласия пациента.

К группам, которым рекомендовано предлагать тестирование на ВИЧ, относятся:

- больные по клиническим показаниям (больные с рядом клинических показаний, указывающих на наличие ВИЧ);
- больные с подозрением или подтвержденным диагнозом:
- в/в наркомания;
- ЗППП;
- заболеваний, соответствующих критериям СПИД;
- гепатита В, С, Hbs-антигеноносительство;
- легочный и внелегочный туберкулез;
- беременные в случае забора абортной и плацентарной крови для дальнейшего использования;
- лица, имеющие бытовые и медицинские контакты с больными СПИД или серопозитивными;
- лица, имевшие половые контакты с ВИЧ-инфицированными или больными ИППП;
- работники системы здравоохранения, получившие микротравму при исполнении профессиональных обязанностей;
- пациенты, при оказании помощи которым медработник был травмирован.

В соответствии с инструкцией 1990 г. другими стандартными группами для скринингового тестирования на ВИЧ, не вошедшими в инструкцию 1995 г., являлись:

- гомо- и бисексуалы;
- лица с беспорядочными половыми связями;

- проститутки;
- лица, находившиеся за рубежом более 1 мес.;
- реципиенты препаратов крови;
- военнослужащие;
- лица, находящиеся в местах лишения свободы;
- иностранные граждане, прибывшие на срок более 3 мес.

В последующие годы различными приказами и постановлениями для обязательного тестирования на ВИЧ были введены несколько других групп населения:

- в 1996 г. - некоторые группы среди находящихся в местах лишения свободы,
- в 1997 - беременные женщины,
- в 1999 - персонал акушерско-гинекологических отделений,
- в 1998 - поступающие в военные ВУЗы и на военную службу по контракту,
- в 2003 - лица, получающие российское гражданство.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | Включение в программы скрининга патологий, согласно международным критериям | + | | | + |
| 2 | Целевые группы населения для программ скрининга определяются в соответствии с международными критериями включения | + | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Программы скрининга неинфекционных заболеваний недостаточно адаптированы к международным рекомендациям | + | | | |
| 2 | Недостаточная оценка процесса осуществления и эффективности действующих программ | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | P | OP | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Адаптация программ скрининга к международным рекомендациям | + | | | |
| 2 | Обеспечить непрерывную оценку процесса осуществления и эффективности действующих программ | + | | | |

Оценка функции – 8 баллов

5.В.2: Наличие достаточных возможностей для производства и закупки скрининговых тестов

В Российской Федерации существует централизованная система закупа скрининговых тестов по всем направлениям скрининга. Проведена оценка потребностей, имеется перечень производителей и поставщиков скрининговых тестов.

В настоящее время в Российской Федерации производятся скрининговые тест-системы для диагностики ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, некоторых инфекций, передающихся половым путем (ИППП).

В России в настоящее время разработаны, зарегистрированы и производятся также и различные тесты для выявления ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ). Однако большинство из них не удовлетворяют требованиям, предъявляемым к ВПЧ-тестам для скрининга. Спектр выявляемых генотипов ВПЧ, аналитическая чувствительность и специфичность отечественных ВПЧ-тестов сильно варьируют в зависимости от способа забора и обработки клинического образца, дизайна праймеров и качества реагентов, а также способа детекции продуктов ПЦР. Несмотря на повсеместное применение отечественных ПЦР-тестов для диагностики ВПЧ-инфекции, нельзя признать, что все они стандартизованы, прошли должную клиническую апробацию и испытаны в скрининговых исследованиях

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (P) | Обеспечение ресурсов (OP) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|----|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | В Российской Федерации осуществляется государственное финансирование для закупки скрининговых тестов для раннего выявления заболеваний. | + | | + | |
| 23 | Наличие расчетов потребности в скрининговых тестах по направлению работы | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | P | OP | Ф | ОУ |
|--|----------------------|---|----|---|----|
|--|----------------------|---|----|---|----|

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| 1 | Разработанные в Российской Федерации системы скрининга ВПЧ не удовлетворяют международным требованиям, предъявляемым для скрининговых систем | + | | | |
|---|--|---|--|--|--|

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Предусмотреть возможность увеличения закупа скрининговых тестов исходя из особенностей территории (субъект РФ, муниципальное образование) | + | | + | |

Оценка функции – 8 баллов

ОФОЗ 6. Укрепление здоровья

Раздел А: Мероприятия по укреплению здоровья для всего населения или для групп повышенного риска отрицательных последствий для здоровья

6.А.1: Мероприятия и услуги, направленные на обеспечение здорового пищевого рациона и статуса питания, физическую активность и профилактику ожирения и борьбу с ней, в следующих областях

Включение консультаций по вопросам питания и физической активности в практику работы служб первичной медико-санитарной помощи.

В Российской Федерации консультации по вопросам рационального питания и повышения физической активности в службе первичной медико-санитарной помощи проводятся на врачебных участках участковыми врачами-терапевтами или врачами общей практики (ВОП) и медицинскими сестрами или медицинскими сестрами ВОП. Также консультирование проводится в Центрах здоровья - структурных подразделениях учреждений здравоохранения государственной и муниципальной систем здравоохранения. Рациональное питание и физическая активность является одним из важнейших компонентов плана оздоровления, который разрабатывается индивидуально каждому обратившемуся в центр здоровья.

Объединение различных стратегий укрепления здоровья вокруг идеи здорового питания и физической активности.

Основные стратегии укрепления здоровья населения в Российской Федерации отражены в Государственной программе "Развитие здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года".

В целях обеспечения здорового пищевого рациона и статуса питания у населения России, приняты "Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020", включающие комплекс мероприятий, направленных на создание условий, обеспечивающих удовлетворение в соответствии с требованиями медицинской науки потребностей различных групп населения в здоровом питании с учетом их традиций, привычек и экономического положения.

В Российской Федерации существует региональная законодательная база, включающая стратегии укрепления здоровья населения.

В Свердловской области основные стратегии укрепления здоровья населения отражены в "Концепции формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний в Свердловской области на период до 2012 года", разработанной по инициативе Министерства здравоохранения области и принятой Постановлением Правительства Свердловской области в 2009 году. Для ее реализации был принят межведомственный Комплексный план мероприятий по формированию здорового образа жизни и профилактики заболеваний в Свердловской области. В данном документе отражены мероприятия, направленные на популяризацию культуры здорового питания, и развитие спортивно-оздоровительных программ.

Среди целевых показателей Комплексного плана, мониторинг которых ведётся ежегодно, "Увеличение доли населения, постоянно занимающегося физической культурой и спортом" и "Увеличение доли лиц, приверженных здоровому питанию".

В целях обеспечения здорового пищевого рациона и статуса питания у населения в Свердловской области реализуется Концепция обеспечения продовольственной безопасности населения Свердловской области на период до 2015 г.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Область действия* (отметить «+») <i>*может содержать несколько вариантов</i> | | | |
|---|---|--|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| | | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
| 1 | Консультации по вопросам питания и физической активности входят в практику работы служб первичной медико-санитарной помощи | + | | | + |
| 2 | Основные стратегии укрепления здоровья населения в Российской Федерации, включая рациональное питание, отражены в Государственной программе "Развитие здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года". | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточная мотивация населения, в том числе детей и подростков, к ведению здорового образа жизни (в том числе и рациональному питанию) | + | | | |
| 2 | Недостаточность возможностей участия общества в планировании и реализации планов и стратеги | + | | | |
| 3 | Недостаточная государственная поддержка сетей НПО, занимающихся работой с населением по укреплению здоровья | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Для формирования мотивации к здоровому питанию на индивидуальном и популяционном уровне планируется создание Федерального консультативно-диагностического центра "Здоровое питание", сеть консультативно-диагностических центров здорового питания в федеральных округах, также использовать существующие центры здоровья, кабинеты/отделения медицинской профилактики поликлиник, стационаров, санаторно-курортных учреждений. | + | + | | + |
| 2 | Осуществлять строгий контроль за соблюдением режима здорового питания в учреждениях дошкольного и общего образования | + | | | + |
| 3 | Осуществлять мониторинг за состоянием питания и здоровья населения, который обеспечит возможность оценить масштабы нарушения принципов здорового питания, а также их связь с основными неинфекционными заболеваниями. | + | | | |

Оценка функции – 8 баллов

6.А.2: Мероприятия и услуги, направленные на борьбу против табака

Существование законодательной базы (нормативные документы, запрещающие курение в общественных местах, регламентирующие доступность табака для молодежи, рекламу в средствах массовой информации, цену табачных изделий и т.д.)

С 1 июня 2013 года вступает в силу Федеральный закон от 23.02.2013 N 15-ФЗ "Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака".

Согласно данному закону запрещается курение табака:

- 1) на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания образовательных услуг, услуг учреждениями культуры и учреждениями органов по делам молодежи, услуг в области физической культуры и спорта;
- 2) на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания медицинских, реабилитационных и санаторно-курортных услуг;
- 3) в поездах дальнего следования, на судах, находящихся в дальнем плавании, при оказании услуг по перевозкам пассажиров;
- 4) на воздушных судах, на всех видах общественного транспорта (транспорта общего пользования) городского и пригородного сообщения (в том числе на судах при перевозках пассажиров по внутригородским и пригородным маршрутам), в местах на открытом воздухе на расстоянии менее чем пятнадцать метров от входов в помещения железнодорожных вокзалов, автовокзалов, аэропортов, морских портов, речных портов, станций метрополитенов, а также на станциях метрополитенов, в помещениях

железнодорожных вокзалов, автовокзалов, аэропортов, морских портов, речных портов, предназначенных для оказания услуг по перевозкам пассажиров;

5) в помещениях, предназначенных для предоставления жилищных услуг, гостиничных услуг, услуг по временному размещению и (или) обеспечению временного проживания;

6) в помещениях, предназначенных для предоставления бытовых услуг, услуг торговли, общественного питания, помещениях рынков, в нестационарных торговых объектах;

7) в помещениях социальных служб;

8) в помещениях, занятых органами государственной власти, органами местного самоуправления;

9) на рабочих местах и в рабочих зонах, организованных в помещениях;

10) в лифтах и помещениях общего пользования многоквартирных домов;

11) на детских площадках и в границах территорий, занятых пляжами;

12) на пассажирских платформах, используемых исключительно для посадки в поезда, высадки из поездов пассажиров при их перевозках в пригородном сообщении;

13) на автозаправочных станциях.

Просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма

Осуществляется просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма, которые включают в себя предоставление информации:

1. о преимуществах прекращения потребления табака;
2. об отрицательных медицинских, демографических и социально-экономических последствиях потребления табака;
3. о табачной промышленности.

Просвещение населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма осуществляется в семье, в процессе воспитания и обучения в образовательных организациях, в медицинских организациях, а также работодателями на рабочих местах.

Основные направления и цели просвещения населения определяются в рамках информационно-коммуникационной стратегии по борьбе с потреблением табака, утвержденной федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма осуществляется, в частности, посредством использования информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также горячих линий, способствующих прекращению потребления табака и лечению табачной зависимости.

Информирование населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма осуществляется органами государственной власти и

органами местного самоуправления, в том числе посредством проведения информационных кампаний в средствах массовой информации.

Материалы, подготовленные органами государственной власти субъектов Российской Федерации для информирования населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма на территории соответствующего субъекта Российской Федерации, подлежат согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, в установленном им порядке.

Мониторинг и оценка эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака

1. Мониторинг и оценка эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака, включают в себя:

- проведение научных исследований, направленных на изучение причин и последствий потребления табака, действий по стимулированию продажи и потребления табака;
- проведение санитарно-эпидемиологических исследований масштабов потребления табака;
- установление показателей здоровья граждан и динамики сокращения потребления табака для разработки и реализации мероприятий по противодействию потреблению табака.

2. Мониторинг и оценка эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака, проводятся федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и потребительского рынка, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере официального статистического учета, в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

3. Субъекты Российской Федерации участвуют в проведении мониторинга и оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака, в соответствии с законодательством субъектов Российской Федерации и на основании соглашений о мониторинге и об оценке эффективности реализации указанных мероприятий с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

4. На основании результатов мониторинга и оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного

дыма и сокращение потребления табака, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, осуществляются:

- разработка мероприятий по противодействию потреблению табака, подлежащих включению в федеральные целевые программы охраны и укрепления здоровья граждан и в государственную программу развития здравоохранения;
- информирование органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и населения о масштабах потребления табака на территории Российской Федерации и реализуемых и (или) планируемых мероприятиях по сокращению его потребления;
- подготовка и представление доклада о выполнении Российской Федерацией Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | Существование единой государственной политики в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака | + | | | |
| 2 | Разработка и реализация мероприятий по охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, включение указанных мероприятий в установленном порядке в федеральные целевые программы в сфере охраны и укрепления здоровья граждан, в государственную программу развития здравоохранения | + | | | |
| 3 | Оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, включая профилактику, диагностику и лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, медицинскими организациями государственной системы здравоохранения, муниципальной системы здравоохранения и частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. | + | | + | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточность контроля за исполнением законодательства по ограничению курения | + | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| 2 | Недостаточность мониторинга и оценка эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака | + | | | |
|---|--|---|--|--|--|

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Обеспечить мониторинг и оценку эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака | + | | + | |
| 2 | Обеспечить контроль за исполнением законодательства о запрете курения в общественных местах | + | | | |

Оценка функции – 7 баллов

6.А.3: Мероприятия и услуги, направленные на борьбу против вредного употребления алкоголя

Существование законодательной базы, регламентирующей покупку или потребление спиртных напитков.

Государственными структурами органов власти ведется строгий контроль в сфере производства и оборота алкогольной продукции в любом масштабе, что регулируется Федеральным законом "О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции" № N 171-ФЗ от 22.11.1995 (в редакции Федеральных законов от 25.12.2012 N 259-ФЗ и от 30.12.2012 N 286-ФЗ).

Закон фиксирует определенный набор требований для организаций, занимающихся производством и оборотом спиртосодержащей продукции, порядок лицензирования и налогообложения, порядок осуществление экспорта и импорта, а также устанавливает ответственность для организаций и контролирующих органов за нарушения в данной сфере.

Не допускается розничная продажа алкогольной продукции:

- в детских, образовательных, медицинских организациях, на объектах спорта, на прилегающих к ним территориях;
- в организациях культуры, за исключением розничной продажи алкогольной продукции, осуществляемой организациями, и розничной продажи пива и пивных напитков, сидра, пуаре, медовухи, осуществляемой индивидуальными предпринимателями, при оказании ими услуг общественного питания; (в ред. Федерального закона от 25.12.2012 N 259-ФЗ)
- на всех видах общественного транспорта (транспорта общего пользования) городского и пригородного сообщения, на остановочных пунктах его движения (в том числе на станциях метрополитена), на автозаправочных станциях;

- на оптовых и розничных рынках, на вокзалах, в аэропортах, в иных местах массового скопления граждан и местах нахождения источников повышенной опасности, определенных органами государственной власти субъектов Российской Федерации в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Указанные ограничения действуют также на прилегающих к таким местам территориях;
- на объектах военного назначения и на прилегающих к ним территориях;
- в нестационарных торговых объектах;

Не допускается розничная продажа алкогольной продукции **несовершеннолетним**. В случае возникновения у лица, непосредственно осуществляющего отпуск алкогольной продукции несовершеннолетним (продавца), сомнения в достижении этим покупателем совершеннолетия продавец вправе потребовать у этого покупателя документ, удостоверяющий личность

Не допускается розничная продажа алкогольной продукции **с 23 часов до 8 часов по местному времени**, за исключением розничной продажи алкогольной продукции, осуществляемой организациями, и розничной продажи пива и пивных напитков, сидра, пуаре, медовухи, осуществляемой индивидуальными предпринимателями, при оказании такими организациями и индивидуальными предпринимателями услуг общественного питания, а также розничной продажи алкогольной продукции, осуществляемой магазинами беспопылинной торговли.

С января 2013 запрещается размещения рекламы пива, и естественно, других алкогольных напитков на страницах газет и журналов, также нельзя рекламировать пиво в иных печатных изданиях, на радио и телевидении.

Обеспечение соблюдения действующих законов и правил

Ответственность за употребление спиртных напитков в неустановленных местах и другие правонарушения в данной сфере, совершенные гражданами, устанавливают статьи Кодекса об Административных Правонарушениях Российской Федерации, Трудовой кодекс РФ и Уголовный кодекс РФ

Существование перечня мероприятий или услуг, направленных на борьбу с вредным употреблением алкоголя

В декабре 2009 года правительство одобрило Концепцию реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года (одобренная Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 2128-р), в соответствии с которой потребление алкоголя на душу населения к 2013 году должно был быть не выше 15, а к 2020 году — не выше 8 литров в год.

Мерами по реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации являются:

1. организация в средствах массовой информации кампаний, направленных на укрепление общественной поддержки существующих или новых стратегий борьбы со злоупотреблением алкогольной продукцией;
2. разработка и установление механизма координации информационных и обучающих программ и проведение кампаний по формированию здорового образа жизни среди различных слоев населения и возрастных групп;
3. пропаганда здорового образа жизни среди детей и молодежи;
4. укрепление нравственности и самосознания у детей и молодежи в целях развития у них способности эффективно противостоять употреблению алкогольной продукции;
5. включение в основные и дополнительные общеобразовательные программы тематических вопросов по профилактике употребления алкогольной продукции среди обучающихся, воспитанников образовательных учреждений;
6. обеспечение широкой доступности лечебно-профилактических программ, нацеленных на семью;
7. совершенствование и развитие организации оказания медицинской наркологической помощи лицам, злоупотребляющим алкогольной продукцией и больным алкоголизмом;
8. создание реабилитационных и психологических центров по профилактике алкоголизма для работы с населением, особенно с молодежью, в том числе центров по подготовке специалистов-психологов;
9. разработка и реализация мер антиалкогольной политики в местах работы граждан, основанной на просвещении, профилактике, раннем выявлении и лечении алкогольной зависимости;
10. осуществление политики ценообразования, обеспечивающей установление потребительских цен на алкогольную продукцию с учетом содержания в ней этилового спирта;
11. разработка и принятие технических регламентов о требованиях к безопасности алкогольной и спиртосодержащей продукции;
12. снижение доступности алкогольной продукции путем ограничения ее розничной продажи по месту и времени;
13. ограничение (вплоть до полного запрета) скрытой рекламы алкогольной продукции, привлекающей общественное внимание, особенно детей и молодежи;
14. запрещение использования информации о наличии биологически активных веществ, в том числе витаминов, в алкогольной продукции в целях рекламы такой продукции как обладающей лечебными и иными оздоравливающими свойствами;
15. ограничение проведения нацеленных на содействие потреблению алкогольной продукции мероприятий, в том числе винных, пивных фестивалей и конкурсов;
16. в целях формирования культуры потребления алкогольной продукции создание условий для развития российского виноделия и увеличения производства российских качественных вин;
17. усиление административной ответственности за нарушения в области производства и оборота алкогольной продукции, в том числе установленных ограничений на

- розничную продажу алкогольной продукции несовершеннолетним, а также установление уголовной ответственности за неоднократное совершение указанных деяний
18. разработка и осуществление мер по противодействию реализации нелегально произведенной алкогольной продукции, по усилению государственного контроля за производством и оборотом алкогольной продукции;
 19. принятие мер по поддержке общественных и религиозных организаций в пропаганде и осуществлении инициатив, направленных на противодействие злоупотреблению алкогольной продукцией;
 20. совершенствование системы мониторинга потребления алкогольной продукции и оценки эффективности реализации мер государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией;
 21. разработка и осуществление субъектами Российской Федерации региональных программ (пилотных проектов) в целях реализации настоящей Концепции

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|--|--|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| | Эффективная законодательная база в области антиалкогольной политики с точки зрения достижения целей общественного здравоохранения. | + | | | |
| | Принятие Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года | + | | | |
| | Запрет на размещение рекламы алкогольсодержащей продукции в средствах массовой информации (СМИ) | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|--|---|---|----|---|----|
| | Широкая доступность алкогольных напитков | + | | | |
| | Большой объем нелегального производства и оборота алкогольной продукции | | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|--|--|---|----|---|----|
| | Создание более эффективной системы и процедуры взимания штрафов за продажу алкоголя несовершеннолетним | + | | | |
| | Переориентирование населения на ведение трезвого и здорового образа жизни | + | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | Более активное информирование населения о негативных последствиях злоупотребления алкогольной продукцией | + | | | |
| | Противодействие нелегальному производству и обороту алкогольной продукции, в том числе путем повышения эффективности регулирования алкогольного рынка | + | | | + |
| | Создание единой системы государственного статистического наблюдения за потреблением алкогольной продукции населением страны | + | + | + | |

Оценка функции – 7 баллов

6.А.4: Мероприятия и услуги, направленные на профилактику употребления наркотиков и борьбу с ним

Профилактика наркомании реализуется рядом государственных и негосударственных организаций, основными из которых являются следующие:

1. Межведомственные антинаркотические комиссии ([Государственный антинаркотический комитет](#), антинаркотические комиссии субъектов РФ, антинаркотические комиссии при органах МСУ).
2. [Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков России \(ФСКН\)](#) и ее территориальные управления и отделы.
3. Органы внутренних дел и их территориальные управления и отделы.
4. Органы управления системы образования и профильные учреждения.
5. Органы управления, государственные и муниципальные профильные учреждения системы здравоохранения.
6. Органы управления по молодежной политике и профильные учреждения.
7. Органы управления социальной защитой населения и профильные учреждения.
8. Кризисные подростковые службы (негосударственные).
9. Общественные организации.

Существование комплексных планов решения проблемы: наличие в них экономического, политического, социального, культурного, природоохранного, здравоохранительного и этического аспектов

В Российской Федерации была принята "Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года", одной из ключевых задач которой является создание государственной системы профилактики потребления наркотиков.

Достижение генеральной цели Стратегии осуществляется на основе сбалансированного и обоснованного сочетания мер по следующим направлениям:

а) сокращение предложения наркотиков путем целенаправленного пресечения их нелегального производства и оборота внутри страны, противодействия наркоагрессии;

б) сокращение спроса на наркотики путем совершенствования системы профилактической, лечебной и реабилитационной работы;

в) развитие и укрепление международного сотрудничества в сфере контроля над наркотиками.

Основные стратегические задачи:

а) разработка и внедрение государственной системы мониторинга наркоситуации в Российской Федерации;

б) создание и реализация общегосударственного комплекса мер по пресечению незаконного распространения наркотиков и их прекурсоров на территории Российской Федерации;

в) выработка мер противодействия наркотрафику на территорию Российской Федерации, адекватных существующей наркоугрозе;

г) обеспечение надежного государственного контроля за легальным оборотом наркотиков и их прекурсоров;

д) создание государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков с приоритетом мероприятий первичной профилактики;

е) совершенствование системы оказания наркологической медицинской помощи больным наркоманией и их реабилитации;

ж) совершенствование организационного, нормативно-правового и ресурсного обеспечения антинаркотической деятельности.

Одним из важнейших направлений в профилактике наркомании является антинаркотическая работа с детьми и подростками, оказавшимися в трудной жизненной ситуации. Пример такой деятельности – реализация Национальной антинаркотической программы "Неприкосновенный запас – дети Отчизны", разработанной [Федеральной службой Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков](#) (ФСКН России). Программа включает в себя широкий спектр работы по первичной профилактике наркомании среди детей и подростков, в частности такие проекты, как "Юный спецназовец", "Молодежь против наркотиков" и другие.

Еще одно из действенных направлений по профилактике наркомании – организация и проведение мероприятий, направленных на популяризацию массовых и дворовых видов спорта, вовлечение детей и подростков в систематические занятия физической культурой и спортом по месту жительства. ФСКН России в рамках антинаркотического проекта "Спорт против наркотиков" взаимодействует более чем с 500 спортивными негосударственными организациями как федерального, так и регионального уровня – спортивными федерациями, клубами, объединениями, сообществами, фондами и т.д. Многие территориальные управления ФСКН России открывают свои спортивные залы для детей из малообеспеченных семей и детей, попавших в трудную жизненную ситуацию, выделяют инструкторов для проведения занятий.

По инициативе Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков в российских регионах проводится акция "Сообща, где торгуют смертью". Целью акции является организация в круглосуточном режиме работы "телефонов доверия" в государственных и муниципальных органах власти, получение информации о фактах незаконного оборота и пропаганды наркотиков, а также обращений и предложений по

вопросам совершенствования профилактики наркомании, лечения и реабилитации наркозависимых лиц.

ФСКН осуществляет ряд проектов совместно с органами образования. Один из них – Всероссийская акция "За здоровье и безопасность наших детей". Проводится она территориальными органами ФСКН России в учебных заведениях в федеральных округах. Акция направлена на информирование и обучение педагогов и родителей современным формам и методам своевременного выявления и предупреждения различных форм девиантного поведения (отклоняющегося от общепринятых норм), в том числе профилактики наркомании среди детей, подростков и обеспечение их безопасности.

В рамках акции используются различные формы и методы профилактической работы, направленные на формирование общечеловеческих ценностей и пропаганду здорового образа жизни – классные часы, психологические тренинги, видеолектории, спортивные соревнования, олимпиады и конкурсы. При проведении акции особое внимание организаторы уделяют разъяснительной работе с педагогами и родителями, информируя их о правовых, социальных и медицинских аспектах наркомании.

Участие населения, НПО и лидеров местных сообществ

В борьбе с наркоманией и наркоторговлей в Российской Федерации принимают участие в том числе и негосударственные структуры и объединения.

- В апреле 1990 года в Санкт-Петербурге было основано движение анонимных наркоманов, объединяющее наркозависимых. В настоящее время в России зарегистрировано 146 групп анонимных наркоманов в 70 городах.

Данное движение объединяет выздоравливающих наркоманов, которые помогают друг другу прекратить употребление наркотиков и научиться жить без них.

- В 1999 году в г. Екатеринбурге начал действовать фонд "Город без наркотиков"
- с 2003 года в России начал действовать Фонд "За мир без наркотиков", активно занимающийся профилактикой наркомании.

Нужная ориентация служб медико-санитарной помощи (которая делает возможными необходимое поддерживающее лечение и организацию/деинституционализацию/децентрализацию помощи). Участие служб социальной помощи

Государство гарантирует больным наркоманией оказание наркологической помощи, которая включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию.

Больным наркоманией наркологическая помощь оказывается по их просьбе или с их согласия, а больным наркоманией несовершеннолетним в возрасте до 16 лет наркологическая помощь оказывается без их согласия, но по просьбе или с согласия их родителей или законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Больным наркоманией, находящимся под медицинским наблюдением и продолжающим потреблять наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача либо уклоняющимся от лечения, а также лицам, осужденным за совершение преступлений и нуждающимся в лечении от наркомании, по решению суда

назначаются принудительные меры медицинского характера, предусмотренные законодательством Российской Федерации

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | Гарантированное государством оказание наркологической помощи, которая включает обследование, консультирование, диагностику, лечение и медико-социальную реабилитацию. | + | + | | + |
| 2 | Существование наркологических диспансеров и стационаров во всех регионах Российской Федерации | | | | + |
| 3 | Существование порядков и стандартов оказания наркологической медицинской помощи. | + | | | |
| 4 | Существование комплексных планов профилактики наркомании в Российской Федерации, включая наличие в них экономического, политического, социального, культурного, природоохранного, здравоохранительного и этического аспектов | + | | | |
| 5 | Активное участие некоммерческих организаций (НКО) в профилактике употребления наркотиков и борьбу с ними | + | | + | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточная эффективность организации оказания наркологической медицинской, педагогической, психологической и социальной помощи больным наркоманией; | + | | | + |
| 2 | Сокращение числа специализированных наркологических медицинских учреждений, низкое число наркологических реабилитационных центров (отделений) в субъектах Российской Федерации, а также недостаточное количество медицинских психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников и иного персонала, участвующего в осуществлении медико-социальной реабилитации | + | + | | + |
| 3 | Недостаточная доступность медико-социальной реабилитации для больных наркоманией | + | | + | + |
| 4 | Недостаточность финансового обеспечения деятельности специализированных государственных наркологических учреждений субъектов Российской Федерации, наркологических подразделений лечебных учреждений муниципальных образований | | | + | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Разработка мер по созданию и развитию системы профессиональной подготовки кадров в сфере антинаркотической деятельности | + | | | |
| 2 | Совершенствование законодательства в сфере оборота наркотиков и их прекурсоров и в области противодействия их незаконному обороту, в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности, с учетом международного опыта. | + | | | |
| 3 | Улучшение финансового обеспечения деятельности специализированных государственных наркологических учреждений субъектов Российской Федерации, наркологических подразделений лечебных учреждений муниципальных образований за счет средств бюджетов всех уровней | | | + | |

Оценка функции – 7 баллов

6.А.5: Профилактика инфекционных заболеваний (например, ВИЧ, ТБ), направленная на поведение в отношении собственного здоровья

Профилактика инфекционных заболеваний осуществляется органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

Профилактика ВИЧ/СПИД

Основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение возникновения и распространения ВИЧ-инфекции содержатся в Постановлении Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011 №1 "Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции". Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц. Контроль за выполнением настоящих санитарно-эпидемиологических правил проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор

Освидетельствование на ВИЧ-инфекцию проводится добровольно, за исключением случаев, когда такое освидетельствование является обязательным.

Обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию подлежат:

- доноры крови, плазмы крови, спермы и других биологических жидкостей, тканей и органов (в т.ч. спермы), а также беременные в случае забора абортной и плацентарной крови для производства биологических препаратов при каждом взятии донорского материала.

Обязательному медицинскому освидетельствованию для выявления ВИЧ-инфекции при поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах подлежат следующие работники:

- врачи, средний и младший медицинский персонал центров по профилактике и борьбе со СПИДом, учреждений здравоохранения, специализированных отделений и структурных подразделений учреждений здравоохранения, занятые непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работы с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, имеющие с ними непосредственный контакт;

- врачи, средний и младший медицинский персонал лабораторий (группы персонала лабораторий), которые осуществляют обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование крови и биологических материалов, полученных от лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека;

- научные работники, специалисты, служащие и рабочие научно-исследовательских учреждений, предприятий (производств) по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека;

- медицинские работники в стационарах (отделениях) хирургического профиля при поступлении на работу и в дальнейшем 1 раз в год;

- лица, проходящие военную службу и поступающие в военные учебные заведения и на военную службу по призыву и контракту, при призыве на срочную военную службу, при поступлении на службу по контракту, при поступлении в военные ВУЗы министерств и ведомств, устанавливающих ограничения для приема на службу лиц с ВИЧ-инфекцией;

- иностранные граждане и лица без гражданства при обращении за получением разрешения на гражданство, или видом на жительство, или разрешением на работу в Российской Федерации, при въезде на территорию Российской Федерации иностранных граждан на срок более 3-х месяцев.

По желанию освидетельствуемого лица добровольное тестирование на ВИЧ может быть анонимным.

Медицинские работники должны рекомендовать лицам, относящимся к контингентам повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией, регулярно проходить освидетельствование на ВИЧ-инфекцию для раннего выявления ВИЧ-инфекции, консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции и своевременного начала лечения в случае заражения.

Освидетельствование на ВИЧ-инфекцию (в том числе и анонимное) осуществляется в медицинских учреждениях всех форм собственности с информированного согласия пациента в условиях строгой конфиденциальности, а в случае обследования несовершеннолетних в возрасте до 14 лет - по просьбе или с согласия его законного представителя.

Основным звеном городской службы профилактики ВИЧ-инфекции и оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД является городской центр профилактики и борьбы со СПИД.

В Центре оказываются все виды специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИД. Пациенты и члены их семей также имеют возможность получить консультативно-методическую и психологическую помощь.

Кроме этого, они проводят учет, регистрацию, анализ заболеваемости, эпидемиологические расследования, выявление ВИЧ-инфицированных и контактных, психо-социальное консультирование, а также осуществляют контроль за диспансеризацией, отвечают за организацию и проведение противоэпидемических мероприятий, выносят вопросы на обсуждение на заседаниях территориальных органов управления здравоохранением.

Профилактика туберкулеза

Государственный надзор в области предупреждения распространения туберкулеза осуществляется уполномоченными федеральными органами исполнительной власти в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.

Вакцинация против туберкулеза в целях его профилактики осуществляется в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

В целях выявления туберкулеза периодически проводятся профилактические медицинские осмотры граждан, порядок и сроки проведения которых устанавливаются уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

Профилактические медицинские осмотры населения, направленные на своевременное выявление туберкулеза, проводятся в массовом, групповом (по эпидемическим показаниям) и индивидуальном порядке в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства, работы, службы, учебы или содержания в следственных изоляторах и исправительных учреждениях. Медицинский осмотр проводится в соответствии с инструкцией о проведении профилактических медицинских осмотров населения, утверждаемой Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Постановление Правительства РФ от 25.12.2001 N 892 (ред. от 30.12.2005) "О реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации")

Население подлежит профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления туберкулеза не реже 1 раза в 2 года.

В групповом порядке по эпидемическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом) профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления туберкулеза подлежат 2 раза в год следующие группы населения:

- а) военнослужащие, проходящие военную службу по призыву;
- б) работники родильных домов (отделений);

в) лица, находящиеся в тесном бытовом или профессиональном контакте с источниками туберкулезной инфекции;

г) лица, снятые с диспансерного учета в лечебно-профилактических специализированных противотуберкулезных учреждениях в связи с выздоровлением, - в течение первых 3 лет после снятия с учета;

д) лица, перенесшие туберкулез и имеющие остаточные изменения в легких в течение первых 3 лет с момента выявления заболевания;

е) ВИЧ-инфицированные;

ж) пациенты, состоящие на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях;

з) лица, освобожденные из следственных изоляторов и исправительных учреждений, - в течение первых 2 лет после освобождения;

и) подследственные, содержащиеся в следственных изоляторах, и осужденные, содержащиеся в исправительных учреждениях.

В групповом порядке по эпидемическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом) профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления туберкулеза подлежат 1 раз в год следующие группы населения:

а) лица:

- больные хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы;
- больные сахарным диабетом;
- получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию;

б) лица, принадлежащие к социальным группам высокого риска заболевания туберкулезом:

- без определенного места жительства;
- мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы;
- проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и учреждениях социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий;

в) работники:

- учреждений социального обслуживания для детей и подростков;
- лечебно-профилактических, санаторно-курортных, образовательных, оздоровительных и спортивных учреждений для детей и подростков.

В индивидуальном (внеочередном) порядке профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления туберкулеза подлежат:

а) лица, обратившиеся в лечебно-профилактические учреждения за медицинской помощью с подозрением на заболевание туберкулезом;

б) лица, проживающие совместно с беременными женщинами и новорожденными;

в) граждане, призываемые на военную службу или поступающие на военную службу по контракту;

г) лица, у которых диагноз - ВИЧ-инфекция установлен впервые.

Регистрация случаев туберкулеза

Государственное статистическое наблюдение за распространением туберкулеза предполагает ведение обязательного учета, регистрации и контроля за достоверностью результатов профилактических мероприятий, диагностики, лечения, диспансерного наблюдения за больными туберкулезом. Эти сведения представляются лечебно-профилактическими специализированными противотуберкулезными учреждениями в противотуберкулезный диспансер органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации по здравоохранению в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|----------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------|
| 1 | Доступность и анонимность тестирования на ВИЧ-инфекцию | | | | + |
| 2 | Разработан порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции). | + | | | + |
| 3 | Сформирована система эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, создана специализированная служба по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции. | + | | | + |
| 4 | Существование в Российской Федерации государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза и ВИЧ-инфекции. | + | | | |
| 5 | Проведение государственного эпидемиологического мониторинга туберкулеза и ВИЧ-инфекции. | + | | | |
| 6 | Существование государственного надзора за производством, хранением и транспортировкой противотуберкулезных вакцин и иммунобиологических лекарственных средств для ранней диагностики туберкулеза, их качеством, эффективностью и безопасностью. | + | + | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|----------|-----------|----------|-----------|
| 1 | Недостаточная методологическая база, регламентирующая деятельность социальных работников, медицинских и немедицинских психологов с молодежью, представителями групп населения, подвергающихся высокому риску заражения ВИЧ | + | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|
| 2 | Недостаточный охват уязвимых групп населения программами по профилактике ВИЧ и туберкулеза | | + | | + |
|---|--|--|---|--|---|

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|--|---|---|----|---|----|
| | Совершенствовании системы организации профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий по оказанию противотуберкулезной помощи и помощи больным с ВИЧ-инфекцией, с учетом наблюдаемого и прогнозируемого увеличения числа больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией | + | | | + |
| | Разработка методологической базы, регламентирующей деятельность социальных работников, медицинских и немедицинских психологов с молодежью, представителями групп населения, подвергающихся высокому риску заражения ВИЧ | | | | + |

Оценка функции – 8 баллов

6.А.6: Мероприятия и услуги, направленные на укрепление сексуального/репродуктивного здоровья

Ключевыми направлениями в новых подходах к охране репродуктивного здоровья населения, в том числе и молодежи, должны стать интеграция и расширение соответствующих служб, а также обеспечение высокого уровня обслуживания, на основе соблюдения репродуктивных прав граждан. Комплексный подход, основанный на признании тесной взаимосвязи сексуального и репродуктивного здоровья подростков, предполагает сочетание всех форм санитарного просвещения (информацию, образование и коммуникацию) с деятельностью служб охраны репродуктивного здоровья.

В Российской Федерации проводятся общественные просветительские кампании с целью защиты репродуктивных прав и здоровья, включая такие важные вопросы, как безопасное материнство; планирование семьи; жестокое обращение с детьми; насилие в отношении женщин; ответственность мужчин; равноправие полов; инфекции, передаваемые половым путем, и ВИЧ/СПИД; ответственное сексуальное поведение; подростковая беременность; профилактика и раннее выявление онкологических заболеваний репродуктивной системы.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Существование единой государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья и повышение ответственности всех структур власти за ее реализацию. | + | | | |
| 2 | Существование государственных целевых программ по приоритетным направлениям охраны репродуктивного здоровья. | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Малая эффективность средств массовой информации для привлечения внимания общественности к гендерным проблемам и вопросам сексуальных и репродуктивных прав и здоровья | | | | + |
| 2 | Недостаточное финансирование мероприятий по охране репродуктивного здоровья населения | | | + | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Более эффективно использовать средства массовой информации для привлечения внимания общественности к гендерным проблемам и вопросам сексуальных и репродуктивных прав и здоровья | + | | | + |
| 2 | Разработка и пересмотр информационных и учебных материалов, планов, средств обучения в школах | + | | | |
| 3 | Дальнейшая разработка и внедрение федеральных и региональных целевых программ по охране репродуктивного здоровья населения с научно-обоснованных позиций | + | | | |
| 4 | Формирование единой системы мониторинга репродуктивного здоровья, создание телекоммуникационных связей между специалистами и учреждениями государственных и общественных структур | + | | | |
| 5 | Повышение квалификации специалистов, работающих в области охраны репродуктивного здоровья | + | | | + |
| 6 | Совершенствование законодательной базы в области охраны репродуктивного здоровья граждан | + | | | |

Оценка функции – 8 баллов

6.А.7: Профилактика и контроль профессиональных вредностей и угроз здоровью в связи с выполняемой работой, включая укрепление здоровья на предприятиях и в организациях

Регулируют трудовые отношения и устанавливают уровень охраны труда следующие Федеральные законы:

- "Трудовой кодекс Российской Федерации" от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 23.07.2013)
- Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 23.07.2013) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
- Федеральный закон от 24.07.1998 N 125-ФЗ (ред. от 05.04.2013) "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний"

и другие законодательные и нормативные правовые акты, принятые на федеральном уровне.

Воздействие факторов риска в рабочей зоне контролируется центрами Госсанэпиднадзора с проведением инструментальных и лабораторных методов исследований.

Трудовое законодательство предусматривает для работников, занятых на вредных или опасных работах, предоставление работодателем ряда гарантий и компенсаций.

В соответствии с Трудовым кодексом Правительство РФ Постановлением от 20 ноября 2008 г. N 870 установило следующие размеры компенсаций "за вредность":

- ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск - не менее 7 календарных дней;
- повышение оплаты труда - не менее 4 процентов от тарифной ставки (оклада), установленной для различных видов работ с нормальными условиями труда;
- продолжительность рабочего времени - не более 36 часов в неделю, как и предусмотрено Трудовым кодексом.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Существование законодательной базы, регламентирующей трудовые отношения и уровень охраны труда работников занятых на тяжелых работах и работах с опасными или вредными условиями труда. | + | | | |
| 2 | Ведется мониторинг травматизма на рабочем месте | + | | | |
| 3 | Работники предприятий и организаций проходят периодические профилактические осмотры. | + | | | + |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| 4 | Существование перечня заболеваний, с которыми больные не допускаются к определенным видам работ. | + | | | |
|---|--|---|--|--|--|

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточное финансирование мероприятий в области профилактики и контроля профессиональных вредностей | | | + | |
| 2 | На предприятиях малого и среднего бизнеса недостаточно уделяется внимание аспектам гигиены труда и мероприятиям по охране труда | + | | | |
| 3 | Низкий уровень санитарной культуры, производственной дисциплины работников, отсутствие комплекса санитарно-профилактических мероприятий, слабое знание руководителями малого бизнеса и частных предприятий требований законодательства в области охраны труда. | + | | | |
| | Высокий удельный вес незанятого населения и низкая потребность организаций в работниках порождают нарушения трудового законодательства, связанные с временным использованием работников без заключения трудового договора, и, как следствие, нарушаются права работников на охрану труда | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Разработка и реализации комплексных программ, направленных на сохранение здоровья работающего населения | + | | | |
| 2 | обучения руководителей и специалистов предприятий и организаций всех форм собственности требованиям законодательства в области охраны труда и санитарно-гигиеническим нормам | + | | | + |

Оценка функции – 8 баллов

6.А.8: Мероприятия и услуги в области гигиены окружающей среды

Государственный характер организации санитарно-эпидемической службы предусматривает обязательную предварительную гигиеническую апробацию всех мероприятий, предпринимаемых в стране и затрагивающих интересы здоровья населения (планировка населенных мест, строительство жилищ, предприятий, освоение новой техники, внедрение новых технологий и веществ в производстве, химизация сельского хозяйства, производство изделий для нужд населения и т.д.).

Государственные контрольные функции санитарно-эпидемической службы включают ответственность руководителей всех учреждений и организаций, а также отдельных граждан за выполнение санитарно-гигиенических мероприятий, планирование санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий на основе научных

исследований влияния различных факторов окружающей среды на здоровье населения, единство организации и управления, обеспечивающее решение общегосударственных санитарно-гигиенических и эпидемиологических задач; участие учреждений здравоохранения, хозяйственных и всех других организаций в санитарно-профилактической и противоэпидемической работе, при организующей роли санитарно-эпидемической службы; участие населения в санитарно-оздоровительной работе.

Система обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия предусматривает исследование влияния различных факторов среды на здоровье населения, осуществляемое научными гигиеническими и эпидемиологическими учреждениями; гигиеническое нормирование факторов среды обитания человека, предупреждающее неблагоприятное воздействие их на здоровье населения; обязательное выполнение гигиенических норм и правил всеми должностными лицами и гражданами; руководящие органы санитарно-эпидемической службы государственного надзора за выполнением санитарно-противоэпидемических мероприятий, санитарных норм и правил, надзор за объектами народного хозяйства.

Санитарно-эпидемиологическая служба осуществляет:

- гигиенический надзор за проведением оздоровительных мероприятий по охране окружающей среды в интересах здоровья населения (см. Охрана окружающей среды);
- проводит государственный Санитарный надзор за условиями труда на промышленных предприятиях и с.-х. производстве,
- организует проведение мероприятий, направленных на снижение общей и профилактику профессиональной заболеваемости рабочих и служащих;
- организует и контролирует проведение гигиенических мероприятий по созданию наиболее благоприятных условий для нормального развития, сохранения и укрепления здоровья детей и подростков в организованных коллективах;
- осуществляет санитарный надзор за производством и реализацией пищевых продуктов, организацией рационального питания организованных групп населения, а также гигиенический надзор за работой с радиоактивными изотопами с целью обеспечения радиационной защиты населения (см. Радиационная безопасность),
- организует и проводит противоэпидемические мероприятия, направленные на предупреждение, ликвидацию и снижение инфекционной заболеваемости.

Структура санитарно-эпидемической службы соответствует структуре управления здравоохранением и строится по административно-территориальному принципу.

В России санитарно-эпидемическую службу возглавляет Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора при Президенте Российской Федерации. Председатель Комитета является Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | Существует утвержденные Правительством планы мероприятий в области гигиены окружающей среды, имеющие межсекторальный и межведомственный характер | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточное взаимодействие всех министерств и ведомств, ответственных за мероприятия в области гигиены окружающей среды | + | | | |
| 2 | Ограниченность финансовых ресурсов на мероприятия по охране среды | | | + | |

Оценка функции – 7 баллов

6.А.9: Мероприятия и услуги в области охраны психического здоровья

В Российской Федерации развернуты все виды услуг по психиатрической и психотерапевтической помощи населению.

Специализированную психиатрическую помощь оказывают областных психиатрических учреждений, имеющие в своей структуре диспансерные отделения, кабинеты амбулаторной помощи взрослому населению, учреждения по оказанию психиатрической помощи детям.

Психиатрическая служба работает в тесном взаимодействии с Управлением Судебного департамента, Главным Управлением внутренних дел, Департаментом по обеспечению деятельности мировых судей, Прокуратурой, Министерством социальной защиты населения, Уполномоченным по правам человека, Департаментом государственной службы занятости населения, Министерством общего и профессионального образования:

- проведение совместных проверок по качеству оказания психиатрической помощи гражданам, сверки лиц, в отношении которых судом назначены принудительные меры медицинского характера;

- работа постоянно действующего семинара (в том числе в электронном виде) по обучению сотрудников данных ведомств особенностям общения с лицами, страдающими психическими расстройствами;

- совместные мероприятия (совещания, конференции, семинары, лекции и т.д.) в реабилитационных целях.

В Федеральной целевой программе "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями", ежеквартально, начиная с 2008 по 2012 годы, проводится мониторинг по целевым индикаторам в рамках подпрограммы "Психические расстройства", результаты которого направляются в Министерство здравоохранения.

Кроме того, в регионах Российской Федерации реализуются региональные программы модернизации здравоохранения в части оказания специализированной помощи лицам, попавшим в кризисные ситуации и профилактике суицидального поведения.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Психиатрическая служба в большинстве регионов децентрализована, приближена к населению, относительно равномерно распределена по территориям регионов | | + | | + |
| 2 | Мониторинг целевых индикаторов подпрограммы "Психические расстройства", Федеральной целевой программе "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями" | | | | + |
| 3 | Отлажена система межведомственного взаимодействия | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточно развита система профилактики депрессий, управления стрессами на уровне первичной медико-санитарной помощи | | | | + |
| 2 | Недостаточно развита система выявления и профилактики психических заболеваний в первичном звене здравоохранения | | | | + |
| 3 | Изношенная материальная база (около 50 % зданий службы имеют износ более 70%) | | | + | + |
| | Недостаток квалифицированных врачебных кадров | | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Приведение материальной базы в соответствие современным требованиям | | | + | |
| 2 | Развитие специализированных направлений психиатрии: -психиатрия детского возраста; - геронтопсихиатрия | | + | + | |
| 3 | Обеспечение условий труда медицинских работников в соответствии с современными требованиями (помещения, орг. техника, Интернет-коммуникации, внедрение специализированных системных продуктов) | | | + | |

Оценка функции – 8 баллов

6.А.10: Санитарное просвещение и мероприятия и услуги в области гигиены полости рта

Для выявления показателей стоматологической заболеваемости в Российской Федерации в некоторых регионах (например, в Свердловской области) была разработана скрининговая программа обследования населения по двум направлениям:

- а) проведение эпидемиологического исследования по методике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 1997г.) по ключевым возрастным группам;
- б) изучение показателей заболеваемости по обращаемости в стоматологические учреждения области.

При изучении стоматологической заболеваемости по обращаемости учитываются, в основном, показатели распространенности и интенсивности кариеса и распространенность воспалительных заболеваний пародонта.

При изучении аспектов стоматологического здоровья проводятся комплексные клинические и медико-социальные исследования, в которых учитывается влияние как можно большего числа факторов, их взаимосвязь и ранговая оценка каждого из них.

Немаловажное значение в формировании стоматологического статуса населения имеют социально-гигиенические факторы: мотивация к поддержанию стоматологического здоровья, навыки и умения в области личной гигиены полости рта, уровень образования родителей.

У жителей Свердловской области определяется удовлетворительный уровень знаний по профилактическим вопросам, при низком уровне мотивации населения к поддержанию и улучшению стоматологического здоровья.

Интегрированная стратегия, направленная на улучшение гигиены полости рта реализуется в Центрах здоровья: коррекцией факторов риска развития стоматологических заболеваний занимаются гигиенисты стоматологические, врачи центра здоровья дают рекомендации по здоровому питанию.

В ряде территорий Свердловской области муниципальные целевые программы в стоматологии (в Полевском, Верхней Пышме и ряде других территорий). В г.Екатеринбурге в рамках профилактической муниципальной программы "Здоровье маленьких горожан" в школах действуют образовательные программы в области гигиены органов полости рта. Стоматологи принимают участие в региональной комплексной программе Свердловской области "Старшее поколение", ведется активная работа в "Школах здоровья". Особое внимание уделяется работе с беременными женщинами, мамами детей до 1 года, школьниками, пожилыми людьми. Для ряда категорий граждан Свердловской области обеспечена доступность и приемлемость по стоимости услуг в области гигиены полости рта.

Регулярно выпускаются и распространяются издания профилактической направленности: книги, памятки для пациентов, памятка для врачей-стоматологов, методическое пособие для врачей педиатров, методические рекомендации для руководителей стоматологических учреждений различных форм собственности.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Проведение в учреждениях образования (детские сады, школы, средние специальные и высшие учебные учреждения) ежегодных стоматологических осмотров | + | | | + |
| 2 | Оказание бесплатных услуг по протезированию малообеспеченным группам граждан | | | | + |
| 3 | Наличие региональной скрининговой программы | | | | + |
| 4 | Реализация программы профилактики заболеваний полости рта в Центрах здоровья | | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствие понимания важности регулярных профилактических посещений к стоматологу у большей части населения и соответствующей просветительской работы в этом направлении. | | | | + |
| 2 | Высокая стоимость стоматологических услуг | | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Повышение доступности стоматологических услуг за счет увеличения финансирования за счет госзаказа | + | | + | |

Оценка функции – 7 баллов

Раздел В: Возможности для действий на межсекторальном уровне

6.В.1: Политика, стратегии и меры вмешательства, направленные на облегчение выбора в пользу здоровья

Для формирования установок населения на ведение здорового образа жизни необходимо наличие стратегии, поддержка государства, ресурсы для выполнения намеченных целей, обеспечение доступности мер, поддерживающих здоровье. Обязательным условием является согласованность действий многих секторов общества и долгосрочность профилактических вмешательств.

Одним из важных стратегических документов является "Концепция формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний на период до 2020 года".

В регионах Российской Федерации на базе Концепции разработаны региональные планы, что позволило учесть региональные особенности.

Разработанный для реализации Концепции Комплексный план по формированию здорового образа жизни и профилактики заболеваний, включает мероприятия по повышению качества питания жителей, повышению гигиенических знаний у населения, мероприятия по благоустройству и созданию благоприятной внешней среды, здоровьесформирующие и здоровьесохраняющие мероприятия.

Ежегодно проводится оценка эффективности по показателям – индикаторам успешной реализации Комплексного плана.

На основе межсекторального и межуровневого взаимодействия в Свердловской области реализуются ряд областных и муниципальных программ, в которых профилактика признана приоритетным направлением.

Информационные материалы для населения, разрабатываемые специалистами в области профилактической медицины, разрабатываются с учетом целевого подхода, доступны для восприятия.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Область действия | | | |
|---|--|------------------|----------------------|----------------|----------------|
| | | Руководство | Обеспечение ресурсов | Финансирование | Оказание услуг |
| 1 | Наличие в Российской Федерации "Концепции формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний до 2020 года" | + | | | |
| 2 | Наличие региональных Концепций, адаптированных с учетом реальных потребностей региона | + | | + | |
| 3 | Ежегодное проведение оценки эффективности реализации мероприятий плана с использованием специально разработанных индикаторов | + | | | |
| 4 | Применение информации о состоянии здоровья населения на территориальном и общенациональном уровне для выработки стратегий в области здравоохранения на основе реальных потребностей. | | + | | + |

Недостатки

| | Описание сильных сторон | Область действия | | | |
|---|---|------------------|----------------------|----------------|----------------|
| | | Руководство | Обеспечение ресурсов | Финансирование | Оказание услуг |
| 1 | Недостаточное финансирование мероприятий плана по формированию здорового образа жизни | | | + | |

Оценка функции – 8 баллов

6.В.2: Структуры, механизмы и процессы, дающие возможность осуществлять действия на межсекторальном уровне

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Социальные детерминанты здоровья являются одним из основных приоритетов государственной политики Российской Федерации | + | | | |
| 2 | Существование законодательной базы для укрепления здоровья | + | | | |
| 3 | Межведомственный подход к реализации мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения | + | | | |
| 4 | Учет особенностей различных социальных групп населения | | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточное финансирование научных исследований | | | + | |

Оценка функции – 8 баллов

ОФОЗ 7. Обеспечение компетентных кадров для общественного здравоохранения и оказания индивидуальной медицинской помощи

Раздел А: Планирование кадровых ресурсов

7.А.1: Планирование кадровых ресурсов для общественного здравоохранения

Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 "О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения" органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации 2013 г. утверждены основные направления кадровой политики: повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2013 г. № 614-р утвержден "Комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года", предусматривающий принятие в субъектах Российской Федерации программ (далее – региональные кадровые программы), направленных на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей.

Совершенствование планирования целесообразно осуществлять на основе разработки и использования нормативов численности персонала. Текущие нормативы должны стать действенным инструментом выравнивания региональных, социальных (город–село, центр–периферия) и структурных (по видам помощи, типам учреждений и специальностям) диспропорций в распределении кадрового потенциала, а также обеспечивать пропорциональность развития первичной и специализированных видов медицинской помощи, лечения и профилактики.

Перспективные нормативы должны составить основу планов приёма в образовательные медицинские учреждения, учитываться при профессиональной ориентации выпускников, профессиональной переподготовке специалистов, формировании государственного (федерального) и целевых (субъектов Российской Федерации и муниципальных образований) заказов на подготовку специалистов. Совершенствование планирования обеспечивается разработкой критериев оценки состояния кадрового потенциала и научно-обоснованных подходов к определению потребности в специалистах различной квалификации, дальнейшим развитием номенклатуры специальностей работников здравоохранения.

Проводимая в отрасли реструктуризация на основе развития общеврачебных практик, формирования двухступенчатой системы организации скорой медицинской помощи, расширения внебольничной помощи, повышения уровня специализированного обслуживания, сокращения и интенсификации использования коечного фонда требует повышения эффективности работы действующего кадрового состава.

Основными направлениями повышения эффективности использования кадрового потенциала здравоохранения являются: устранение дублирования функций; перераспределение функций между различными профессиональными группами медицинского персонала; преобразование структуры врачебных кадров на основе

формирования «института врача общей практики»; упорядочение должностной структуры учреждений здравоохранения на основе использования прогрессивной нормативной базы; модернизация рабочих мест, повышение технической оснащенности труда.

Повышение значимости среднего медицинского персонала в оказании медицинской и медико-социальной помощи, в организации и управлении сестринским делом требует принятия мер по совершенствованию подготовки специалистов со средним профессиональным образованием, по развитию новых организационных форм и технологий сестринской помощи населению, правовому регулированию сестринской деятельности.

Повышение профессионального уровня специалистов обеспечивается системой сертификации специалистов, основанной на разработке профессиональных стандартов.

Профессиональные стандарты позволят сформировать единые подходы к разработке нормативов по различным разделам медицинской помощи и будут способствовать рациональному использованию кадровых ресурсов здравоохранения.

Ежегодно для образовательных организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, по результатам конкурса устанавливаются контрольные цифры приема граждан для обучения за счет средств федерального бюджета. С 2013 года контрольные цифры приема распределяются по результатам публичного конкурса и устанавливаются организациям, осуществляющим образовательную деятельность по имеющим государственную аккредитацию образовательным программам среднего профессионального и высшего образования. Порядок установления организациям, осуществляющим образовательную деятельность по имеющим государственную аккредитацию образовательным программам среднего профессионального и высшего образования, контрольных цифр приема регламентирован постановлением Правительства РФ от 17.04.2013 № 350 "Об утверждении Правил установления организациям, осуществляющим образовательную деятельность, контрольных цифр приема граждан по профессиям, специальностям и направлениям подготовки для обучения по имеющим государственную аккредитацию образовательным программам среднего профессионального и высшего образования за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета".

Основные методы планирования:

1. Аналитический метод – используется для оценки исходного и достигнутого уровней при составлении плана и анализе его выполнения. С помощью аналитического метода определяется обеспеченность населения медицинским персоналом, больничными койками, вычисляются объемы медицинской помощи.
2. Сравнительный метод – составная часть аналитического, дает возможность определить направление процессов развития, например, заболеваемости, смертности и т.д.
3. Балансовый метод – позволяет вскрыть намечающиеся диспропорции вовремя выполнения плана, например, балансы подготовки кадров и роста сети лечебно-профилактических учреждений.
4. Нормативный метод – применяется при составлении любого плана, основанного на использовании балансового метода. Так, при планировании здравоохранения

используются нормы и нормативы потребности населения в медицинской помощи, нормы нагрузки врачей и среднего медицинского персонала.

5. Экономико-математические методы – применяются при необходимости научно обосновать оптимальные варианты плана.

В 2012-2013 годах субъектами Российской Федерации разработаны и утверждены региональные кадровые программы, в которых учитываются демографические прогнозы, региональные интересы и будущие потребности в медицинской помощи разрабатываются в отдельных регионах с учетом существующих проблем в кадровом обеспечении отрасли.

В помощь регионам Министерством здравоохранения Российской Федерации во исполнение поручения Председателя Правительства Российской Федерации В.В. Путина по устранению дефицита медицинских кадров проводится разработка специальных целевых программ, направленных на укрепление кадрового потенциала здравоохранения (далее - Программа).

Региональные кадровые программы включают в себя анализ современного состояния кадрового обеспечения здравоохранения субъекта Российской Федерации; обоснование потребности в медицинских кадрах субъекта Российской Федерации на 2012-2017 гг. (в соответствии с методикой, разработанной Центральным научно-исследовательским институтом информатизации и организации здравоохранения Минздравсоцразвития России "Методика расчета потребности субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах" в рамках Государственного контракта N К-16-НИР/56 от 24.08.2009), меры по социальной поддержке молодых специалистов, направленные на закрепление их на рабочих местах; планируемые объемы подготовки специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием по программам послевузовского и дополнительного (профессиональная переподготовка) образования на 2012-2017 гг., а также план поэтапной подготовки специалистов для субъекта Российской Федерации (с указанием перечня лечебно-профилактических учреждений, для которых осуществляется подготовка медицинских кадров).

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Область действия* (отметить «+») <i>*может содержать несколько вариантов</i> | | | |
|---|---|--|---------------------------|--------------------|---------------------|
| | | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
| 1 | Демонстрируется высокая заинтересованность государства в решении кадровых проблем здравоохранения | + | + | + | |
| 2 | Имеется значительное количество научных исследований в области планирования кадровых ресурсов | + | + | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| 3 | Ведется плановая (ежегодная) работа по формированию контрольных цифр приема граждан для обучения за счет средств федерального бюджета по образовательным программам среднего и высшего профессионального образования | + | | | |
|---|--|---|--|--|--|

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствует эффективное взаимодействие органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и образовательных учреждений (подразделений) дополнительного профессионального образования по учету, анализу состояния, определению потребности и планирования повышения квалификации специалистов и руководящих работников | + | + | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | На законодательном уровне внедрить единую методику расчета потребности субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах | + | + | | |

Оценка функции – 8 баллов

7.А.2: Эффективность планирования кадровых ресурсов

В части планирования кадровых ресурсов принцип децентрализации выражен незначительно. Как было показано выше, ежегодно Министерством здравоохранения Российской Федерации создается конкурсная комиссия по размещению среди имеющих государственную аккредитацию образовательных учреждений среднего профессионального и высшего профессионального образования контрольных цифр приема граждан для обучения за счет средств федерального бюджета по образовательным программам среднего и высшего профессионального образования.

Однако согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 19 сентября 1995 г. № 942 "О целевой контрактной подготовке специалистов с высшим и средним профессиональным образованием" регионы могут удовлетворять потребности в подготовке специалистов по конкретным специальностям.

Основной задачей целевой контрактной подготовки специалистов с высшим и средним профессиональным образованием из числа лиц, обучающихся за счет средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации (далее именуется - целевая контрактная подготовка специалистов), является удовлетворение потребностей в высококвалифицированных кадрах предприятий, организаций и учреждений, в первую очередь тех, финансирование которых осуществляется за счет средств указанных бюджетов.

Объемы целевой контрактной подготовки специалистов устанавливаются федеральными органами исполнительной власти, имеющими в своем ведении

образовательные учреждения высшего и среднего профессионального образования, по согласованию с Государственным комитетом Российской Федерации по высшему образованию.

Задания на целевую контрактную подготовку специалистов в образовательных учреждениях высшего и среднего профессионального образования устанавливаются в пределах контрольных цифр приема студентов на обучение за счет средств федерального бюджета на основе предложений (заявок) федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и образовательных учреждений.

Контингент обучающихся в рамках целевой контрактной подготовки специалистов формируется на добровольной основе из числа лиц, обучающихся за счет средств федерального бюджета, путем заключения контрактов между студентом и учебным заведением.

Целевая контрактная подготовка специалистов реализуется на основе заключения студентом контракта на срок до 3 лет с конкретным работодателем по предложению, которое делается руководителем учебного заведения не позднее чем за 3 месяца до окончания студентом учебного заведения. Обязательства сторон, в том числе формы взаимной ответственности, определяются контрактом. Работа (должность), предлагаемая студенту в соответствии с контрактом, должна соответствовать уровню и профилю его профессионального образования.

Выпускники, выезжающие на работу в соответствии с заключенным контрактом за пределы места постоянного жительства, а также члены их семей, имеют право на получение компенсаций в соответствии с законодательством Российской Федерации и обеспечиваются работодателем, включая органы местного самоуправления, жилой площадью по установленным нормам. Проживание в общежитии, аренда жилья являются временной мерой обеспечения выпускника и членов его семьи жилой площадью.

Успевающим студентам, обучающимся в рамках целевой контрактной подготовки специалистов, устанавливается государственная стипендия, которая выплачивается за счет средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации в размерах, установленных законодательством Российской Федерации.

Механизмы целевого приема и целевого обучения, реализация которых должна способствовать повышению эффективности удовлетворения потребности в подготовке специалистов по конкретным специальностям, закреплены нормами статьи 56 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации", вступившего в силу с 1 сентября 2013 года. Указанным Федеральным законом определены права, обязанности и ответственность федерального органа, органа государственной власти субъекта Российской Федерации, органа местного самоуправления, государственного (муниципального) учреждения, унитарного предприятия, государственной корпорации, государственной компании или хозяйственного общества, в уставном капитале которого присутствует доля Российской Федерации, субъекта Российской Федерации или муниципального образования (далее – орган или организация), заключивших договор о целевом обучении с гражданином, и граждан, в том числе обязательства граждан по трудоустройству.

Гражданин, не исполнивший обязательства по трудоустройству, за исключением случаев, установленных договором о целевом обучении, обязан возместить в полном объеме органу или организации расходы, связанные с предоставлением ему мер социальной поддержки, а также выплатить штраф в двукратном размере относительно указанных расходов.

Правила заключения и расторжения договора о целевом приеме и договора о целевом обучении, а также типовые формы договоров о целевом приеме и целевом обучении утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. № 1076.

Типовой формой договора о целевом обучении предусмотрено обязательство гражданина заключить трудовой договор с организацией, трудоустройство в которую обеспечивается соответствующим органом или организацией.

В соответствии с пунктом 1 Типовой формы договора о целевом приеме образовательная организация обязуется организовать целевой прием граждан, заключивших договор о целевом обучении с заказчиком (организацией).

Разделение ответственности между общенациональными и территориальными уровнями планирования закреплены законодательно (Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", глава 3. Полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья).

Оценка правильности и эффективности планирования кадровых ресурсов за последнее десятилетие, принимая во внимание потребности разных регионов и неравномерность в распределении кадровых ресурсов, возможна на основании статистических данных (<http://www.gks.ru>, <http://www.minzdravsoc.ru>), ежегодно обновляемых и дающих возможность осуществить необходимые расчеты.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | На законодательном уровне оформлена ответственность участников системы здравоохранения в формировании кадровых ресурсов | + | + | + | |
| 2 | Наличие статистического учета данных, необходимых для планирования кадровых ресурсов | + | + | + | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Низкая эффективность разработанного механизма закрепления молодых специалистов | + | + | + | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Внедрить комплекс мероприятий по закреплению молодых специалистов на конкретных рабочих местах | + | | + | |

Оценка функции – 7 баллов

7.А.3: Обеспечение общественного здравоохранения кадровыми ресурсами в настоящее время

Кадровые ресурсы общественного здравоохранения представлены далее согласно официально опубликованным сведениям Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федеральной службой государственной статистики (Росстат).

Распределение численности врачей по отдельным специальностям:

| | 2000 | 2005 | 2009 | 2010 |
|--|---|--------------|--------------|--------------|
| | Всего, тыс. человек | | | |
| Численность врачей всех специальностей | 680,2 | 690,3 | 711,3 | 715,8 |
| из них: | | | | |
| терапевтического профиля | 159,2 | 159,7 | 162,5 | 164,8 |
| хирургического профиля ¹⁾ | 62,3 | 65,0 | 69,3 | 70,5 |
| акушеров-гинекологов | 41,9 | 42,9 | 43,6 | 43,7 |
| педиатров ²⁾ | 72,1 | 68,6 | 69,4 | 68,9 |
| офтальмологов | 15,5 | 16,2 | 16,7 | 16,9 |
| отоларингологов | 12,6 | 12,7 | 12,4 | 12,4 |
| неврологов | 23,2 | 25,1 | 26,1 | 26,5 |
| психиатров и наркологов | 23,6 | 24,7 | 24,4 | 24,2 |
| фтизиатров | 9,9 | 9,5 | 8,9 | 8,8 |
| дермато-венерологов | 11,4 | 12,1 | 12,1 | 12,1 |
| рентгенологов и радиологов | 18,4 | 18,2 | 18,3 | 18,8 |
| врачей по лечебной физкультуре и спортивной медицине | 4,4 | 4,3 | 4,1 | 4,0 |
| врачей медико-профилактических специальностей | 27,8 | 19,4 | 17,8 | 17,8 |
| стоматологов | 55,9 | 62,0 | 59,8 | 60,6 |
| общей практики (семейных) врачей ³⁾ | 1,6 | 4,9 | 9,3 | 9,9 |
| | На 10 000 человек населения⁴⁾ | | | |
| Численность врачей всех специальностей | 46,8 | 48,8 | 50,1 | 50,1 |

| | | | | |
|---|------|------|------|------|
| из них: | | | | |
| терапевтического профиля | 11,0 | 11,3 | 11,4 | 11,5 |
| хирургического профиля ¹⁾ | 4,3 | 4,6 | 4,9 | 4,9 |
| акушеров-гинекологов | 5,4 | 5,6 | 5,7 | 5,7 |
| педиатров ²⁾ | 28,2 | 32,0 | 32,4 | 32,2 |
| офтальмологов | 1,1 | 1,1 | 1,2 | 1,2 |
| отоларингологов | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 0,9 |
| неврологов | 1,6 | 1,8 | 1,8 | 1,9 |
| психиатров и наркологов | 1,6 | 1,7 | 1,7 | 1,7 |
| фтизиатров | 0,7 | 0,7 | 0,6 | 0,6 |
| дермато-венерологов | 0,8 | 0,9 | 0,9 | 0,8 |
| рентгенологов и радиологов | 1,3 | 1,3 | 1,3 | 1,3 |
| врачей по лечебной физкультуре и спорту | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| врачей медико-профилактических специальностей | 1,9 | 1,4 | 1,3 | 1,2 |
| стоматологов | 3,8 | 4,4 | 4,2 | 4,2 |
| общей практики (семейных) ³⁾ | 0,1 | 0,3 | 0,7 | 0,7 |

¹⁾ Без анестезиологов-реаниматологов.

²⁾ С учетом детских хирургов, детских эндокринологов, детских онкологов.

³⁾ Данные приведены по учреждениям системы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России).

⁴⁾ Численность акушеров-гинекологов рассчитана на 10 000 женщин, педиатров - на 10 000 детей в возрасте 0-14 лет.

За 2005, 2009 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения без учета итогов ВПН-2010, за 2010 г. – с учетом предварительных итогов ВПН-2010.

Распределение численности среднего медицинского персонала по отдельным специальностям:

| | 2000 | 2005 | 2009 | 2010 |
|--|---|---------------|---------------|---------------|
| | Всего, тыс. человек | | | |
| Численность среднего медицинского персонала - всего | 1563,6 | 1529,8 | 1517,6 | 1508,7 |
| из них: | | | | |
| фельдшеры (лечебное дело) | 184,8 | 160,7 | 159,0 | 160,1 |
| акушерки | 76,7 | 67,8 | 67,1 | 64,9 |
| медицинские сестры | 1013,6 | 1045,8 | 1044,0 | 1038,5 |
| лаборанты | 61,3 | 50,5 | 40,2 | 37,3 |
| медицинские лабораторные техники (фельдшеры-лаборанты) | 44,9 | 55,8 | 62,1 | 64,1 |
| рентгенолаборанты | 29,3 | 31,7 | 33,1 | 33,5 |
| зубные врачи | 25,8 | 24,9 | 22,3 | 22,2 |
| | На 10 000 человек населения¹⁾ | | | |
| Численность среднего медицинского персонала - всего | 107,6 | 108,0 | 106,9 | 105,6 |
| из них: | | | | |
| фельдшеры (лечебное дело) | 12,7 | 11,3 | 11,2 | 11,2 |
| акушерки ²⁾ | 9,9 | 8,9 | 8,8 | 8,5 |
| медицинские сестры | 69,8 | 73,9 | 73,6 | 72,7 |
| лаборанты | 4,3 | 3,6 | 2,8 | 2,6 |
| медицинские лабораторные техники (фельдшеры-лаборанты) | 3,1 | 3,9 | 4,4 | 4,5 |
| рентгенолаборанты | 2,0 | 2,2 | 2,3 | 2,3 |
| зубные врачи | 1,8 | 1,8 | 1,6 | 1,6 |

¹⁾ За 2005, 2009 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения без учета итогов ВПН-2010, за 2010 г. – с учетом предварительных итогов ВПН-2010.

²⁾ Численность акушерок рассчитана на 10 000 женщин.

Распределение кадровых ресурсов в соответствии с потребностями населения в медицинской помощи не является равномерным, что видно из обеспеченности субъектов Российской Федерации медицинскими кадрами.

Численность врачей на 10 000 человек населения по субъектам Российской Федерации (на конец года; тысяч человек):

| | 1995 | 2000 | 2005 | 2009 | 2010 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|
| Российская Федерация | 44,4 | 46,8 | 48,8 | 50,1 | 50,1 |
| Центральный федеральный округ | 46,8 | 49,6 | 51,9 | 54,5 | 53,5 |
| Северо-Западный федеральный округ | 49,1 | 51,2 | 54,6 | 57,9 | 57,9 |
| Южный федеральный округ | 41,2 | 42,7 | 43,8 | 45,1 | 44,4 |
| Северо-Кавказский федеральный округ | 41,4 | 40,7 | 42,6 | 42,0 | 39,8 |
| Приволжский федеральный округ | 42,7 | 45,5 | 46,6 | 47,0 | 47,2 |
| Уральский федеральный округ | 37,6 | 39,8 | 42,1 | 43,4 | 46,0 |
| Сибирский федеральный округ | 44,9 | 47,3 | 50,5 | 51,5 | 52,1 |
| Дальневосточный федеральный округ | 49,9 | 52,2 | 53,6 | 53,9 | 55,8 |

Численность среднего медицинского персонала на 10 000 человек населения по субъектам Российской Федерации (на конец года; тысяч человек):

| | 1995 | 2000 | 2005 | 2009 | 2010 |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Российская Федерация | 1628,8 | 1563,6 | 1529,8 | 1517,6 | 1508,7 |
| Центральный федеральный округ | 416,1 | 405,2 | 389,4 | 384,3 | 383,7 |
| Северо-Западный федеральный округ | 169,3 | 156,2 | 151,5 | 148,7 | 147,9 |
| Южный федеральный округ | 146,5 | 139,3 | 132,7 | 133,7 | 132,6 |
| Северо-Кавказский федеральный округ | 66,5 | 65,9 | 70,4 | 82,2 | 83,5 |
| Приволжский федеральный округ | 375,1 | 365,8 | 351,7 | 340,3 | 335,6 |
| Уральский федеральный округ | 115,7 | 110,6 | 114,2 | 113,4 | 116,3 |
| Сибирский федеральный округ | 109,3 | 107,3 | 113,0 | 112,3 | 112,1 |
| Дальневосточный федеральный округ | 109,8 | 109,8 | 109,9 | 107,6 | 109,7 |

Ежегодная оценка распределения кадровых ресурсов осуществляется путем сбора статистических данных. Для всех органов и учреждений здравоохранения существуют единые формы статистической отчетности, утверждаемые Росстатом, а также единые формы учета и инструкции по их заполнению. Это позволяет выполнять одно из важнейших требований к медицинской статистике — обобщать в государственном масштабе статистический материал по здравоохранению и сравнивать результаты по субъектам Российской Федерации, городам и районам.

Важными принципиальными особенностями медицинской статистики являются: во-первых, ее связь с процессом управления, использование статистических данных для планирования мероприятий в области здравоохранения и для оценки их реализации, иллюстрацией чему служат ежемесячные, ежеквартальные и годовые сообщения Росстата в частности, в области охраны здоровья населения; во-вторых, тесная взаимосвязь с практическими задачами организации здравоохранения: статистические данные ориентируют руководителей органов и учреждений здравоохранения в отношении состояния сети, кадров и лечебно-профилактической деятельности учреждений, указывают на имеющиеся достижения, вскрывают недостатки и тем самым содействуют определению путей дальнейшего развития здравоохранения в стране.

Статистические данные о сети, кадрах и деятельности органов и учреждений здравоохранения по району, городу, области, республике и по России в целом формируются на основании сводки материалов статистической отчетности отдельных учреждений здравоохранения. В силу этого обеспечение полноты и достоверности статистической отчетности любого лечебно-профилактического учреждения и органов управления здравоохранением является важной государственной обязанностью каждого организатора здравоохранения.

Учреждения здравоохранения в зависимости от вида своей деятельности составляют соответствующие отчетные формы, которые представляют собой государственную или отраслевую отчетность. В настоящее время лечебно-профилактические учреждения составляют и представляют в Минздрав России и Росстат, с различной периодичностью (утвержденной в соответствующем порядке) следующие виды отчетов, касающиеся кадровых ресурсов:

- Форма № 17 – Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
- Форма № 30 – Сведения об учреждении здравоохранения
- Форма № 47 – Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Имеется достаточное количество кадровых ресурсов здравоохранения для обеспечения потребностей населения в медицинской помощи на уровне Российской Федерации | | + | | |
| 2 | Создан и постоянно совершенствуется статистический инструментарий учета распределения кадров здравоохранения (статистические формы) | + | + | + | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Наблюдается неравномерное распределение кадровых ресурсов здравоохранения по отдельным субъектам Российской Федерации | | + | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Реализовать региональные кадровые программы Разработать статистический инструментарий, учитывающий новые положения Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" | + | | | |

Оценка функции – 6 баллов

Раздел В: Качественный уровень кадровых ресурсов общественного здравоохранения

7.В.1: Механизмы поддержания качественного уровня кадровых ресурсов общественного здравоохранения (образование, аттестация и лицензирование)

Прогнозирование есть составная часть системы государственного регулирования экономики, призванная выявить важнейшие проблемы и определить направления развития страны. Результаты прогнозных расчетов используются государственными органами для выработки и обоснования социально-экономической политики государства.

Прогнозирование, и в частности кадровое прогнозирование, выполняет три основные функции в государственном регулировании рыночной экономики:
1) предвидение возможных тенденций и циклических колебаний социально-экономического развития страны или региона в контексте общемировой динамики и направлений трансформации общества; 2) предвосхищение вариантов и возможных последствий принимаемых стратегических и тактических решений в области социально-экономического, научно-технического, экологического, внешнеэкономического, территориального развития; 3) своевременное внесение корректив или отмена решения, если этого потребуют изменившиеся условия окружающей среды, новая конъюнктура внутреннего и внешнего рынков.

Согласно Федеральному закону "О государственном прогнозировании и программах социально-экономического развития Российской Федерации" от 20 июля 1995 г. № 115-ФЗ государственное прогнозирование находит выражение в разработке и представлении Правительством Российской Федерации в Государственную думу Федерального Собрания Российской Федерации прогнозов социально-экономического развития страны на долгосрочную и среднесрочную перспективу и на очередной год (вместе с проектом федерального бюджета на этот год).

Первым этапом движения информационных потоков является ежегодный мониторинг заявленной среднесрочной потребности в кадрах организаций региона или

области, осуществляемый отраслевыми министерствами. Эта потребность рассчитывается на 2–3 года вперед в соответствии с параметрами отраслевых схем развития и размещения производительных сил.

Далее отраслевые министерства направляют собранные данные в областное региональное министерство экономики и труда. В Министерство экономики и труда поступают также собранные Министерством образования и науки Российской Федерации данные по выпуску специалистов за предыдущие периоды. Эти данные служат основой для дальнейшей корректировки в среднесрочной и долгосрочной перспективе при прогнозировании потребности в кадрах. На основе этой информации и на основе прогноза выбытия занятого населения из отраслей экономики по возрасту и прогноза трудовой миграции составляется схема кадрового обеспечения экономики по регионам на долгосрочную перспективу от 10 до 15 лет. Схема может использоваться для подготовки рекомендаций по разработке и реализации кадровой политики организаций, министерств, исполнительных и представительных органов власти, обоснования объемов и структуры потребности экономики в квалифицированных специалистах на средне- и долгосрочную перспективу, для формирования образовательного заказа на подготовку квалифицированных специалистов.

У работников и руководителей общественного здравоохранения имеется надлежащий уровень образования, что связано с необходимостью соблюдения медицинской организацией лицензионных требований. Постановление Правительства Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")" требует наличия у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»;

У руководителя организации, входящей в систему федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, или его заместителя, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности «социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы»;

у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским

медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием);

Оценка качества медицинских услуг на уровне населения осуществляется на уровне субъекта Российской Федерации путем проведения социологических опросов населения, результаты которых учитываются при принятии управленческих решений.

Общие данные по количеству медицинского персонала, имеющего соответствующую квалификационную категорию, ежегодно собираются и анализируются на всех уровнях системы здравоохранения.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Необходимый для оказания медицинской помощи уровень образования у работников и руководителей общественного здравоохранения закреплён нормативно-правовыми документами | + | + | | + |
| 2 | Имеется государственный механизм оценки профессионального уровня работников и руководителей общественного здравоохранения (квалификационный экзамен на получение квалификационных категорий медицинскими и фармацевтическими работниками) | + | + | + | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Министерством здравоохранения Российской Федерации в минимальном объеме определены требования (должностные обязанности) к должностям работников в сфере здравоохранения (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения") | + | + | | |
| 2 | Профессиональные ассоциации не привлекаются к процедуре оценки качества оказываемых медицинских услуг | | + | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Внедрить стандарты профессиональной деятельности работников и руководителей общественного здравоохранения | + | + | + | + |

Оценка функции – 7 баллов

7.В.2: Механизмы оценки кадровых ресурсов общественного здравоохранения, в том числе оценки программ постоянного повышения качества, непрерывного образования и повышения квалификации

Оценка программ обучения осуществляется самим учебным заведением на регулярной основе. Образовательная организация обязана обеспечивать гарантию качества подготовки, в том числе путем: разработки стратегии по обеспечению качества подготовки выпускников с привлечением представителей работодателей; мониторинга, периодического рецензирования образовательных программ; разработки объективных процедур оценки уровня знаний и умений обучающихся, компетенций выпускников; обеспечения компетентности преподавательского состава; регулярного проведения самообследования по согласованным критериям для оценки своей деятельности (стратегии) и сопоставления с другими образовательными учреждениями с привлечением представителей работодателей; информирования общественности о результатах своей деятельности, планах, инновациях.

Оценка качества освоения программы обучения должна включать текущий контроль успеваемости, промежуточную аттестацию обучающихся и итоговую государственную аттестацию выпускников. Конкретные формы и процедуры текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по каждой дисциплине разрабатываются вузом самостоятельно и доводятся до сведения обучающихся в течение первого месяца обучения.

Для аттестации обучающихся на соответствие их персональных достижений поэтапным требованиям соответствующей программы (текущая и промежуточная аттестация) создаются фонды оценочных средств, включающие типовые задания, контрольные работы, тесты и методы контроля, позволяющие оценить знания, умения и уровень приобретенных компетенций. Фонды оценочных средств разрабатываются и утверждаются вузом. Фонды оценочных средств должны быть полными и адекватными отображениями требований программы обучения, соответствовать ее целям и задачам. Они призваны обеспечивать оценку качества общекультурных и профессиональных компетенций, приобретаемых выпускником.

При разработке оценочных средств для контроля качества изучения модулей, дисциплин, практик должны учитываться все виды связей между включенными в них знаниями, умениями, навыками, позволяющие установить качество сформированных у обучающихся компетенций по видам деятельности и степень общей готовности выпускников к профессиональной деятельности.

При проектировании оценочных средств необходимо предусматривать оценку способности обучающихся к творческой деятельности, их готовности вести поиск решения новых задач, связанных с недостаточностью конкретных специальных знаний и отсутствием общепринятых алгоритмов профессионального поведения.

Помимо индивидуальных оценок должны использоваться групповые и взаимооценки: рецензирование студентами работ друг друга; оппонирование студентами рефератов, проектов, дипломных, исследовательских работ; экспертные оценки группами, состоящими из студентов, преподавателей и работодателей.

Обучающимся и представителям работодателей должна быть предоставлена возможность оценивания содержания, организации и качества учебного процесса в целом, а также работы отдельных преподавателей.

Вузом должны быть созданы условия для максимального приближения системы оценивания и контроля компетенций обучающихся к условиям их будущей профессиональной деятельности. С этой целью кроме преподавателей конкретной дисциплины в качестве внешних экспертов должны активно использоваться работодатели (представители заинтересованных организаций), преподаватели, читающие смежные дисциплины.

Итоговая государственная аттестация направлена на установление соответствия уровня профессиональной подготовленности выпускников требованиям образовательной программы.

При осуществлении государственной аккредитации организации проводится аккредитационная экспертиза следующих видов: а) экспертиза соответствия содержания и качества подготовки обучающихся и выпускников организации по заявленным для государственной аккредитации образовательным программам федеральным государственным образовательным стандартам или федеральным государственным требованиям; б) экспертиза показателей деятельности образовательного учреждения, необходимых для определения его типа и вида.

При проведении экспертизы соответствия содержания и качества подготовки обучающихся и выпускников организации по заявленным для государственной аккредитации образовательным программам федеральным государственным образовательным стандартам или федеральным государственным требованиям осуществляется анализ уровня освоения федеральных государственных образовательных стандартов или федеральных государственных требований, в том числе путем тестирования указанных обучающихся и выпускников организации с использованием заданий стандартизированной формы (аккредитационных педагогических измерительных материалов).

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Проведение оценки программ обучения закреплено нормативно-правовыми актами и является сферой ответственности как образовательной организации, так и специально организованных структур | + | + | + | + |
| 2 | Результаты оценки программ обучения заносятся в реестры аккредитованных организаций (далее - реестры) с указанием перечня аккредитованных образовательных программ, укрупненных групп направлений подготовки и специальностей, срока окончания действия свидетельства о государственной аккредитации и др. | + | | | + |

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 3. | Законодательно закреплено повышение квалификации 1 раз в 5 лет | + | + | + | + |
|----|--|---|---|---|---|

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 2 | Отсутствует система непрерывного медицинского образования | + | + | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 2 | Разработка и внедрение системы непрерывного медицинского образования в рамках общественно-государственного партнерства | + | | | |

Оценка функции – 7 баллов

7.В.3: Системы повышения способности работать в коллективе и улучшения коммуникативных навыков

Организация курсов непрерывного образования или учебы по месту работы с целью повышения способности работать в коллективе и улучшения коммуникативных навыков в современных условиях в учреждениях здравоохранения практикуется мало. Одним из примеров понимания важности такого обучения является приказ Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 11.04.2011 № 314 "О создании учебно-методических кабинетов (центров) ", согласно которому основной целью деятельности учебно-методического кабинета (центра) является организация в лечебно-профилактическом учреждении системы непрерывного обучения среднего медицинского персонала, направленного на повышение уровня профессиональных знаний и совершенствование практических умений и навыков.

Задачи учебно-методического кабинета (центра): анализ и оценка деятельности сестринского персонала учреждения; непрерывное повышение уровня профессиональных знаний и умений сестринского персонала на рабочих местах с использованием различных форм обучения; регулярное проведение разборов профильных материалов из монографий, периодической медицинской литературы для медицинских сестер; организация и проведение научно-практических конференций, дискуссий, семинаров для медицинских сестер, в том числе с привлечением ведущих специалистов сестринского дела; подготовка и проведение конкурсов профессионального мастерства; методическое обеспечение деятельности медицинских сестер - разработка инструкций, памяток, протоколов, карт, пособий, бюллетеней, стендов, алгоритмов, моделей, профильного библиографического перечня; оценка уровня теоретических и практических знаний молодых, а также вновь принятых специалистов сестринского дела, профессиональная и психологическая адаптация молодых специалистов на рабочих местах; контроль использования в практической деятельности знаний и умений, полученных медицинскими сестрами в процессе обучения; анализ потребности в повышении квалификации и планирование обучения среднего медицинского персонала в учреждениях последиplomного образования; организация аттестации среднего медицинского персонала, подготовка к аттестации; организация и обеспечение профессиональной практики студентов базовых

медицинских образовательных учреждений в соответствии с профилем и программой практики, проведение дифференцированных зачетов по итогам практики; осуществление внешних связей и контактов по профилю сестринского дела, обеспечение информацией подразделений лечебного учреждения.

Оценка курсов непрерывного образования и учебы по месту работы с помощью анкет с отзывами сотрудников, участвующих в учебе, является обязательным компонентом оценки эффективности проводимых образовательных мероприятий в тех учреждениях, где создана и функционирует система непрерывного образования или учебы по месту работы.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Проведение оценки эффективности обучения по программам непрерывного образования с помощью анкетирования специалистов, участвующих в обучении | | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствует закреплённая законодательно система создания курсов непрерывного образования или учебы по месту работы с целью повышения способности работать в коллективе и улучшения коммуникативных навыков | + | + | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Разработать на законодательном уровне механизм создания курсов непрерывного образования или учебы по месту работы с целью повышения способности работать в коллективе и улучшения коммуникативных навыков | + | + | | |

Оценка функции – 7 баллов

7.В.4: Система обеспечения развития потенциала межсекторальных групп и специалистов из различных областей политики

Интегрирование в систему общественного здравоохранения многопрофильного подхода, предполагающего вовлечение специалистов различных профилей, осуществляется повсеместно с учетом реальных потребностей в изменениях существующих практик оказания медицинской помощи. Так, Рекомендации Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 5960-РХ от 06.08.2007 года по организации работы по повышению приверженности пациентов

к антиретровирусной терапии обосновывают необходимость создания междисциплинарных команд.

Работа специалистов в междисциплинарной команде, объединенной общим подходом, ориентированным на потребности пациента, имеет ряд преимуществ: происходит комплексная диагностика потребностей: медицинских, психологических, социальных; коллегиально решается вопрос о первоочередной проблематике (наиболее актуальных потребностях) и механизме помощи; объединяются ресурсы специалистов "внутренней" и "внешней" сети; работа в МП группе - является способом профилактики "выгорания" специалистов.

Для пациентов подход, реализующий принцип построения "диалога" между специалистом и клиентом: облегчает контакт со специалистами; повышает степень доверия; снижает "порог" государственного учреждения здравоохранения; помогает воссоздать естественные социальные связи и получать поддержку от окружения; помогает приобрести в безопасной принимающей атмосфере навыки зрелого межличностного общения: управления эмоциями, социально приемлемого самовыражения, уважения межличностных границ; формирует приверженность наркологическому лечению, что служит предпосылкой обеспечения приверженности лечению ВИЧ инфекции.

Оптимальный размер команды должен составлять 5 +/- 1 специалиста. Нецелесообразно включать в одну команду несколько профессионалов, обладающих идентичными навыками (так, например, социальный работник может иметь значительный опыт в психологическом консультировании). Кроме лишних финансовых затрат это может создать сложности при распределении ролей в команде и привести к снижению эффективности работы команды в целом. Поэтому необходимо четкое установление межпрофессиональных границ, что отчасти может быть достигнуто созданием четких должностных инструкций для членов команды. Необходимо выработать общую идеологию работы команды, относительно основных теоретических принципов, базовых ценностей и используемых методов работы. Для того чтобы группа специалистов стала работоспособной командой, необходима выработка общих целей, достижению которых посвящена деятельность команды. Нормальное функционирование группы может осуществляться только при наличии определенного уровня групповой ответственности членов команды друг перед другом и перед вышестоящими организациями/лицами.

Для эффективной деятельности команда должна иметь четкую структуру и организацию и руководствоваться в своей работе четко определенными принципами. Внутри команды основная руководящая роль принадлежит руководителю, который назначает ответственных по тем или иным "случаям". Когда это происходит, руководство каждым конкретным случаем передается назначенному члену команды, которому подчиняются все остальные задействованные в данной работе специалисты.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Понимание важности многопрофильного подхода в оказании медицинской помощи на разных уровнях системы здравоохранения | + | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Межсекторальные группы и специалисты из разных секторов слабо включаются в курсы непрерывного образования или в учебу по месту работы | + | + | | |
| 2 | Отсутствуют механизмы оценки потенциала межсекторальных групп после каждого события в общественном здравоохранении | + | + | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | На законодательном уровне разработать механизм оценки потенциала межсекторальных групп после каждого события в общественном здравоохранении | + | + | | |

Оценка функции – 6 баллов

Раздел С: Образование и аккредитация

7.С.1: Структура обучения управлению общественным здравоохранением

В настоящее время в системе образования Российской Федерации имеются следующие немедицинские специальности (связанные с медико-санитарной помощью и медико-социальной помощью):

| Код | Наименование | Квалификация | |
|--------|-------------------------------|--------------|----------------------------|
| | | Код | Наименование |
| 010707 | Медицинская физика | 65 | Физик |
| 010708 | Биохимическая физика | 65 | Физик |
| 010709 | Биоинженерия и биоинформатика | 65 | Специалист по биоинженерии |
| 020206 | Генетика | 65 | Генетик |

| | | | |
|--------|--|----------|---|
| 020207 | Биофизика | 65 | Биофизик |
| 020208 | Биохимия | 65 | Биохимик |
| 020209 | Микробиология | 65 | Микробиолог |
| 030302 | Клиническая психология | 65 | Психолог Клинический психолог Преподаватель |
| 030502 | Судебная экспертиза | 65 | Эксперт-криминалист |
| 030504 | Право и организация социального обеспечения | 51 52 | Юрист Юрист с углубленной подготовкой |
| 032102 | Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура) | 65 | Специалист по адаптивной физической культуре |
| 040101 | Социальная работа | 65 | Специалист по социальной работе |
| | | 52 | Специалист по социальной работе |
| 050711 | Социальная педагогика | 65 | Социальный педагог |
| | | 52 | Социальный педагог с дополнительной квалификацией. Социальный педагог с дополнительной подготовкой |
| 080501 | Менеджмент (по отраслям) | 51 | Менеджер |
| | | 52 | Менеджер с углубленной подготовкой |
| 080502 | Экономика и управление на предприятии (по отраслям) | 65 | Экономист-менеджер |

Организация обучения по данным специальностям осуществляется на основе Федеральных государственных стандартов высшего профессионального образования (далее – ФГОС ВПО). Основными отличительными особенностями ФГОС ВПО являются: выраженный компетентный характер стандартов; разработка пакета стандартов по направлениям как совокупностей образовательных программ бакалавра, специалиста и магистра, объединяемых на базе общности их фундаментальной части; обоснование требований к результатам освоения основных образовательных программ (результатов образования) в виде компетенций, подразделяемых на общие (универсальные) и профессиональные (предметно-специализированные); установление новой формы исчисления трудоемкости в виде зачетных единиц вместо часовых эквивалентов.

Обучение по немедицинским специальностям полностью соответствует потребностям служб общественного здравоохранения, что отражено в целях и задачах программ обучения соответственно по каждой специальности.

В каждую из программ в перечень обязательных для освоения учебных дисциплин включена дисциплина «Общественное здравоохранение», что позволяет ознакомить обучающихся с проблемами общественного здравоохранения в целом и на уровне страны

в частности как один из элементов обучения управлению общественным здравоохранением.

Социальные детерминанты здоровья, подтвержденные фактическими данными, включены в образовательные программы и различные мероприятия (пример: <http://tele-conf.ru/aktualnyie-problemyi-gumanitarnyih-distiplin/statisticheskiy-analiz-determinant-zdorovya.html>) в области общественного здравоохранения.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Имеется значительное количество немедицинских специальностей, связанных с медико-санитарной и медико-социальной помощью | | + | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Не определена потребность системы здравоохранения в специалистах с высшим профессиональным (немедицинским) образованием | | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Определить потребность системы здравоохранения в специалистах с высшим профессиональным (немедицинским) образованием на уровне субъектов Российской Федерации | | | | |

Оценка функции – 8 баллов

7.С.2: Базовые программы обучения по медицинским специальностям (лечебное дело, ветеринария, сестринское дело, фармация, стоматология), имеющим отношение к общественному здравоохранению

В области общественного здоровья реализуются следующие образовательные программы высшего и среднего профессионального образования:

| Код | Наименование | Квалификация |
|----------|-----------------|---------------------|
| 31.05.01 | Лечебное дело | Врач общей практики |
| 31.02.01 | | Фельдшер |
| 31.02.02 | Акушерское дело | Акушерка/акушер |

| | | |
|-----------|-------------------------------|---|
| 031.05.02 | Педиатрия | Врач-педиатр общей практики |
| 32.05.01 | Медико-профилактическое дело | Врач по общей гигиене, по эпидемиологии |
| 32.02.01 | | Санитарный фельдшер |
| 31.05.03 | Стоматология | Врач-стоматолог общей практики |
| 31.02.05 | Стоматология ортопедическая | Зубной техник |
| 31.02.06 | Стоматология профилактическая | Гигиенист стоматологический |
| 33.05.01 | Фармация | Провизор |
| 33.02.01 | | Фармацевт |
| 34.03.01 | Сестринское дело | Академический бакалавр |
| 43.02.01 | | Медицинская сестра/медицинский брат |
| 31.02.03 | Лабораторная диагностика | Медицинский лабораторный техник |
| 31.02.03 | | Медицинский технолог |
| 31.02.04 | Медицинская оптика | Медицинский оптик Оптик-оптометрист |
| 30.05.01 | Медицинская биохимия | Врач-биохимик |
| 30.05.02 | Медицинская биофизика | Врач-биофизик |
| 30.05.03 | Медицинская кибернетика | Врач-кибернетик |

Вопросы общественного здравоохранения включены в учебный план по специальности "Лечебное дело" (см - <http://www.mma.ru/cms/umo/plan/fgso>).

Специалисты общественного здравоохранения участвуют в базовых программах обучения.

Широко развито сотрудничество (или совместные предприятия) между различными школами медицинских специальностей и школами общественного здравоохранения. Например, Факультет управления и экономики здравоохранения ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России расширяет инновационные площадки для реализации новых идей и образовательных технологий в подготовке управленческих кадров для здравоохранения, внедряется дистанционное обучение, развиваются международные программы обмена с ведущими Университетами мира, открываются новые профили подготовки, создаются новые интерактивные и динамичные программы обучения.

В ноябре 2011 года Первый МГМУ принял делегацию Университета г. Осло, Норвегия в составе руководителя международного отдела медицинского факультета Университета г. Осло г-жи Юлии Феркис, научного сотрудника Австралийского центра экономических исследований здоровья (ACERH) при Австралийском Национальном университете проф. Франческо Паолуччи, сотрудника института здоровья и общества, факультета управления здравоохранением и экономики здравоохранения Университета г. Осло проф. Терье П. Хагена и сотрудника Представительского центра университета г. Осло в Москве Малеевой Н.Е.

Целью приема являлось обсуждение вопросов участия Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в международном образовательном проекте по управлению и экономике здравоохранения.

Задачи встречи: вхождение ПМГМУ в Европейскую программу, финансируемую Евросоюзом "Специалист европейского уровня по экономике, менеджменту, политике, праву в области здравоохранения".

Программа предусматривает стажировку профессорско-преподавательского состава Университета в зарубежных университетах, обмен обучаемыми по программе магистратуры данного проекта.

В рамках визита норвежской делегации состоялась встреча преподавательского состава факультета, мастер класс преподавателей Университета Осло Франческо Паолуччи и Терье П. Хагена, а также знакомство с кафедрой социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования.

Представители Норвегии высказали пожелание более подробно изучить учебный план по предмету "социология медицины", а также книгу заведующего кафедрой академика Решетникова А.В. на английском языке, посвященную медицинскому страхованию. Со своей стороны, представители норвежской стороны предложили предоставить материалы о правилах составления учебных планов в Норвегии, а также правилах пересчета кредитных единиц.

В завершение встречи, представители норвежской стороны выразили свое восхищение уровнем подготовки сотрудников Первого МГМУ и надежду на одобрение участия Первого Меда в данном проекте в ходе предстоящей встречи основополагающих Университетов (Осло, Роттердам, Инсбрук).

14-16 декабря 2011 в рамках мероприятий, посвященных 15-летию факультета управления и экономики здравоохранения, состоялась научно-практическая конференция с международным участием "Современные проблемы эффективности управления здравоохранением".

В работе конференции приняли участие ведущие ученые и организаторы здравоохранения, руководители и специалисты сферы обращения лекарственных средств, представители администрации и министерства здравоохранения Московской области, Департамента здравоохранения г. Москвы, научно-исследовательских институтов, ассоциации выпускников факультета управления здравоохранением. С приветственным словом к участникам конференции также обратились: руководитель представительства ВОЗ в России Луиджи Миглиорини. Тематика пленарных и секционных заседаний конференции была посвящена актуальным проблемам научно-образовательной деятельности факультета управления и экономики здравоохранения и перспективным направлениям ее развития; проблемам повышения качества подготовки специалистов в области управления здравоохранением; современным проблемам управления здоровьем; нормативно-правовому регулированию сферы охраны здоровья граждан.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Специалисты общественного здравоохранения активно участвуют в реализации образовательных программ | | + | | + |
| 2 | Активно развивается сотрудничество между различными школами медицинских специальностей и школами общественного здравоохранения | | + | | + |

Оценка функции – 9 баллов

7.С.3: Адекватность деятельности школ общественного здравоохранения

В России имеются и постоянно открываются новые школы общественного здравоохранения. Пример - в Ступине состоялась церемония открытия школы общественного здравоохранения. Приветствуя участников церемонии, глава Ступинского муниципального района Павел Челпан сказал, что открытие этой школы один из основных этапов стратегической программы "Здоровье-21". За три года действия в Ступинском районе программы "Здоровье-21" статистика показала позитивную динамику по целому ряду направлений. Снизилось количество правонарушений среди детей и подростков, поползли вниз показатели по употреблению спиртных напитков, табака, выросло число школьников и молодежи, посещающих спортивные секции, кружки художественного творчества, патриотические клубы. Все это стало результатом работы учебных заведений, учреждений дополнительного образования, здравоохранения, жилищно-коммунального хозяйства, структурных подразделений администрации района, органов милиции. Достучаться до сознания каждого человека, разрушающего своё здоровье, - вот задача третьего этапа реализации программы "Здоровье-21", и она возлагается на школу общественного здравоохранения. Главой района подписан ряд документов. Основой для них стал Федеральный закон от 06.10.2003 N 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации", который дает полномочия органам местной власти по организации медико-санитарной помощи, и профилактики в том числе для того, чтобы сформировать систему профилактики такую, которая требуется району. Ступинцы выстроили работу новой структуры в соответствии с существующим законодательством. А так как органы власти и здравоохранения не имеют права заниматься образовательной деятельностью и выдавать документы об образовании, то был подписан договор с Московским областным научно-исследовательским клиническим институтом имени Владимирского (МОНИКИ). Цель его - подготовка специалистов для преподавания в такой вот своеобразной школе. Инструкторы общественного здравоохранения будут подготовлены из числа сотрудников муниципальных служб, коммерческих и некоммерческих организаций и других трудовых коллективов. Их потребуется от 500 до 1000 человек. Каждый из них должен стать проводником по маршруту сбережения здоровья людей, которые с ними работают, учатся, проживают в одном доме и так далее. Задача инструктора - образовательная работа: как

индивидуальная, так и с трудовыми коллективами. Для организации этой работы создан координационный совет при главе района, в составе которого семь докторов и шесть кандидатов наук. Открытие школы общественного здравоохранения на муниципальном уровне - событие общероссийского масштаба. Волонтеры, которые получают специальную подготовку и пойдут в массы, сделают прорыв в общественном сознании.

Создан Открытый Институт здоровья (http://www.ohi.ru/r_aboutohi.php). С первых дней основным направлением деятельности Открытого Института Здоровья было распространение в России передового опыта в области общественного здоровья населения и внедрение научно обоснованных технологий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Взаимодействие между различными органами образования в области общественного здравоохранения подкрепляется заключением договоров о сотрудничестве.

Существуют различные механизмы, которые облегчают обмен опытом в сфере образования, трудоустройства и научных исследований в одной и той же области с другими европейскими странами: международные соглашения о сотрудничестве в области образования (<http://mon.informika.ru/files/materials/6668/ms-obraz.pdf>).

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | В России идет активное становление института школ общественного здравоохранения | | + | | |
| 2 | Существуют различные механизмы, которые облегчают обмен опытом в сфере образования, трудоустройства и научных исследований в одной и той же области с другими европейскими странами | | + | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Школы общественного здоровья пока не в полной мере удовлетворяют потребности в подготовке будущих кадров для общественного здравоохранения | | + | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Активизировать процесс создания школ общественного здоровья с целью удовлетворения потребностей в подготовке будущих кадров для общественного здравоохранения | + | + | | |

Оценка функции – 7 баллов

7.С.4: Программы подготовки магистров по специальности "общественное здравоохранение"

Подготовка магистров по специальности "Общественное здравоохранение" в российской системе высшего профессионального образования осуществляется с 2010 года на основании приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 декабря 2009 года № 800 об утверждении и введении в действие Федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки "Общественное здравоохранение" подготовка магистров по заочной или очно-заочной (вечерней) форме обучения не допускается. Профильная направленность ООП магистратуры определяется высшим учебным заведением, реализующим образовательную программу по соответствующему направлению подготовки.

Областью профессиональной деятельности магистров по направлению подготовки "Общественное здравоохранение" является политика в области здравоохранения, экономика здоровья, социология и психология здоровья, государственное управление системой здравоохранения и обеспечения здоровья населения.

Выпускники осуществляют профессиональную деятельность на основе разработки и реализации научно-исследовательских и практических программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной профилактики, организацию и менеджмент в области общественного здравоохранения и практической работы в правительственных, муниципальных и неправительственных организациях.

Профессиональная деятельность выпускников протекает в следующих сферах: разработка эффективных практических мер по снижению заболеваемости и смертности населения людей; управление качеством жизни (в том числе при различных хронических заболеваниях); экология человека, создание экологических тест-систем и биохимическая диагностика, биостатистика, экологические риски различной абиотической природы, которым подвергается здоровье; борьба с распространением особо опасных инфекций, клиническая, инфекционная и молекулярная эпидемиология; медицинская и популяционная генетика, бактериология и вирусология, паразитология (проблемы природной очаговости трансмиссивных болезней, экологической паразитологии, теории паразитарных систем); геронтология; психология поведения и профилактика поведенческих аномалий; сопровождение профессиональной деятельности и профессионального здоровья; охрана материнства и детства; токсикология, физиология и биохимия воздействия стрессорных факторов внешней среды.

Объекты профессиональной деятельности магистров: человек и биологические системы разных уровней организации; социальная сфера и группы риска; окружающая среда и ее качество; процессы жизнедеятельности; социальные, медицинские, природоохранные технологии; медицинская и биологическая экспертиза, биологическое тестирование и мониторинг, профессиональная деятельность и профессиональное здоровье.

Магистр по направлению подготовки "Общественное здравоохранение" готовится к следующим видам профессиональной деятельности: научно-исследовательская; научно-производственная и проектная; организационно-управленческая и административная; педагогическая деятельность (в установленном порядке). Конкретные виды

профессиональной деятельности, к которым в основном готовится магистр, определяются высшим учебным заведением совместно с обучающимися, научно-педагогическими работниками высшего учебного заведения и объединениями работодателей.

Программа магистратуры предусматривает изучение следующих учебных циклов: общенаучный цикл; профессиональный цикл; и разделов: практики и научно-исследовательская работа; итоговая государственная аттестация.

Каждый учебный цикл имеет базовую (обязательную) часть и вариативную (профильную), устанавливаемую Образовательной организацией. Вариативная (профильная) часть дает возможность расширения и (или) углубления знаний, умений, навыков и компетенций, определяемых содержанием базовых (обязательных) дисциплин (модулей), позволяет студенту получить углубленные знания, навыки и компетенции для успешной профессиональной деятельности и(или) обучения в ординатуре.

Реализация компетентностного подхода предусматривает широкое использование в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (семинаров в диалоговом режиме, дискуссий, компьютерных симуляций, деловых и ролевых игр, разбора конкретных ситуаций, психологических и иных тренингов, групповых дискуссий, результатов работы студенческих исследовательских групп, вузовских и межвузовских телеконференций) в сочетании с внеаудиторной работой с целью формирования и развития профессиональных навыков обучающихся.

Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, определяется главной целью образовательной программы, особенностью контингента обучающихся и содержанием конкретных дисциплин, и в целом в учебном процессе они должны составлять не менее 30 процентов аудиторных занятий.

Реализация образовательной программы предусматривает применение инновационных технологий обучения, а именно: развивающих навыки командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерские качества (чтение интерактивных лекций, проведение групповых дискуссий и проектов, анализ деловых ситуаций на основе кейс-метода и имитационных моделей, проведение ролевых игр, тренингов и других технологий); преподавание дисциплин в форме авторских курсов по программам, составленным на основе результатов исследований и практического опыта научных школ вуза, учитывающих региональную и профессиональную специфику при условии реализации содержания образования и формировании компетенций магистра общественного здравоохранения; развитая система дистанционного обучения и дистанционной коммуникации со специалистами-практиками и исследователями из различных профильных вузов, институтов и ведущих организаций в области Общественного здоровья и здравоохранения.

Реализация программы магистратуры должна обеспечиваться научно-педагогическими кадрами, имеющими базовое образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, и ученую степень или опыт деятельности в соответствующей профессиональной сфере и систематически занимающимися научной и/или научно-методической деятельностью. К образовательному процессу по дисциплинам профессионального цикла должны быть привлечены не менее 20% преподавателей из числа действующих руководителей и ведущих работников профильных организаций, предприятий и учреждений. Не менее 80% преподавателей (в приведенных к целочисленным значениям ставок), обеспечивающих учебный процесс по

профессиональному циклу и научно-исследовательскому семинару, должны иметь российские или зарубежные ученые степени и ученые звания, при этом ученые степени доктора наук (в том числе степень, присваиваемую за рубежом, документы о присвоении которой прошли установленную процедуру признания и установления эквивалентности) или ученое звание профессора должны иметь не менее 15% преподавателей.

При реализации программы магистратуры, ориентированных на подготовку научных и научно-педагогических кадров, не менее 80% преподавателей, обеспечивающих учебный процесс, должны иметь ученые степени кандидата, доктора наук (в том числе степень, присваиваемую за рубежом, документы о присвоении которой прошли установленную процедуру признания и установления эквивалентности) и ученые звания.

Образовательная программа магистратуры Образовательной организации должна включать лабораторные практикумы и/или практические занятия по дисциплинам (модулям) базовой части, формирующим у обучающихся умения и навыки в области философских проблем науки и техники и общих вопросов общественного здоровья/здравоохранения, биостатистики и математического моделирования, информационных технологий и делового английского языка, а также по дисциплинам (модулям) в соответствии с выбранным профилем подготовки в рамках направления Общественное здравоохранение, рабочие программы которых предусматривают цели формирования у обучающихся соответствующих умений и навыков.

Практика является обязательным разделом образовательной программы магистратуры. Она представляет собой вид учебных занятий, непосредственно ориентированных на профессионально-практическую подготовку обучающихся. При реализации программы магистратуры по данному направлению подготовки предусматриваются следующие виды практик: научно-исследовательская; научно-производственная, педагогическая.

Научно-исследовательская работа обучающихся также является обязательным разделом образовательной программы магистратуры и направлена на формирование общекультурных и профессиональных компетенций магистра общественного здравоохранения. Вузами могут предусматриваться следующие виды и этапы выполнения и контроля научно-исследовательской работы обучающихся: планирование научно-исследовательской работы, включающее ознакомление с тематикой исследовательских работ в данной области и выбор темы исследования, утверждение темы исследования, написание реферата по избранной теме; сбор материала (литературных данных по проблеме, поиск в базах данных, проведение научно-исследовательской работы - лабораторные или полевые исследования, постановка экспериментов, работа с моделями); обработка и анализ материала с использованием современных методов статистического анализа и современных информационных технологий; корректировка плана проведения научно-исследовательской работы; составление отчета о научно-исследовательской работе; публичная защита выполненной работы.

Указанные условия обеспечивают достаточный уровень подготовки для профессиональной и научно-исследовательской работы в области общественного здравоохранения.

Образовательные организации самостоятельно разрабатывают и утверждают основную образовательную программу магистратуры, которая включает в себя учебный

план, рабочие программы учебных курсов, предметов, дисциплин (модулей) и другие материалы, обеспечивающие воспитание и качество подготовки обучающихся, а также программы практик и научно-исследовательской работы, итоговой государственной аттестации, календарный учебный график и методические материалы, обеспечивающие реализацию соответствующей образовательной технологии.

Образовательные организации обязаны ежегодно обновлять основные образовательные программы с учетом развития науки, культуры, экономики, техники, технологий и социальной сферы.

Итоговая государственная аттестация включает защиту выпускной квалификационной работы, а также государственный экзамен, устанавливаемый по решению ученого совета вуза.

Выпускная квалификационная работа выполняется в виде магистерской диссертации в период прохождения практики и выполнения научно-исследовательской работы и представляет собой самостоятельную и логически завершенную выпускную квалификационную работу, связанную с решением задач того вида (видов) деятельности, к которым готовится магистр (научно-исследовательской, научно-практической и проектной, организационно-управленческой, педагогической и просветительской).

Тематика выпускных квалификационных работ направлена на решение профессиональных задач в соответствии с профилем подготовки в рамках направления "Общественное здравоохранение". При выполнении выпускной квалификационной работы обучающиеся должны показать свою способность и умение, опираясь на полученные углубленные знания, умения и сформированные общекультурные и профессиональные компетенции, самостоятельно решать на современном уровне задачи своей профессиональной деятельности, профессионально излагать специальную информацию, научно аргументировать и защищать свою точку зрения.

Указанные требования позволяют успешно адаптировать выпускную квалификационную работу к единым критериям европейской диссертации на соискание степени магистра.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|------------------------|----------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 1 | Образовательная организация, реализующая образовательную программу магистратуры по общественному здравоохранению, имеет право самостоятельно определять профильную направленность программы (научно-исследовательская; научно-производственная; организационно-управленческая или педагогическая) за счет вариативного компонента программы, трудоемкость которого составляет 36-48 зачетных единиц | + | + | | + |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| 2 | ФГОС ВПО по направлению подготовки 060400 Общественное здравоохранение (квалификация (степень) "магистр") регламентирует требования к качественному и количественному составу научно-педагогических кадров | | + | | + |
| 3 | Требования к результатам освоения программы магистратуры определены в форме общекультурных и профессиональных компетенций | | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Программа магистратуры недоступна для практикующих специалистов в области общественного здравоохранения (реализация программы по очно-заочной и заочной формам запрещена) | | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Внести изменения в действующее законодательство, разрешающие реализацию программы магистратуры по общественному здравоохранению по очно-заочной и заочной формам | | | | + |

Оценка функции – 7 баллов

7.С.5: Магистр в области администрации и/или политики здравоохранения, руководства или управления службами здравоохранения

Подготовка магистров в области администрации и/или политики здравоохранения, руководства или управления службами здравоохранения осуществляется в рамках Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 060400 Общественное здравоохранение (квалификация (степень) "магистр").

В результате освоения данной программы обучающийся должен:

Знать:

- основные направления и проблемы общественного здравоохранения и международной политики в этой области;
- конкретную проблематику соответствующей (управленческой) специализации в области общественного здравоохранения;

Уметь:

- применять методологию междисциплинарного синтеза, интегрирующего понимание природы медицинских, биологических, социальных, поведенческих и экономико-управленческих аспектов общественного здравоохранения;
- ориентироваться в области администрирования и менеджмента системы здравоохранения, проводить экспертную оценку в указанной области.

Магистр по направлению подготовки Общественное здравоохранение должен быть подготовлен к решению следующих профессиональных задач (в рамках организационной и управленческой деятельности) планирование, организация и осуществление:

- лабораторных и полевых исследований в соответствии со специализацией; мероприятий по охране профессиональной среды, здоровья населения, материнства и детства, эпидемиологической экспертизе, оценке и восстановлению качества среды и качества жизни;
- по моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения;
- публичных мероприятий и собраний, связанных с проблематикой в сфере общественного здоровья/здравоохранения; патентной работы;
- составление проектной, сметной и отчетной документации; подготовка научно-технических проектов; подготовка проектов нормативных документов.

Выпускник программы должен обладать следующими **профессиональными компетенциями** в области организационной и управленческой деятельности:

- способностью и готовностью к планированию, организации и осуществлению мероприятий по обеспечению охраны здоровья населения, материнства и детства, профессиональной среды, окружающей среды, по проведению экспертиз, тестирования и диагностик в рамках соответствующей специализации;
- готовностью к планированию, организации и осуществлению мероприятий по моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения в рамках соответствующей специализации;
- способностью к администрированию в рамках соответствующей специализации; к разработке и работе с нормативной документацией в области общественного здоровья, к патентной работе;
- способностью и готовностью использовать знания по функционированию демократических институтов в обществе;
- способностью к применению принципов менеджмента конфликтов в области общественного здоровья.

Наличие вариативного компонента программы, трудоемкость которого составляет 36-48 зачетных единиц, позволяет успешно адаптировать программу магистратуры к реальным потребностям сектора общественного здравоохранения.

Структура программы магистратуры оптимальна с точки зрения подготовки к профессиональной деятельности в сфере управления общественным здравоохранением: программа магистратуры предусматривает изучение следующих учебных циклов: общенаучный цикл; профессиональный цикл; и разделов: практики и научно-исследовательская работа; итоговая государственная аттестация.

Каждый учебный цикл имеет базовую (обязательную) часть и вариативную (профильную), устанавливаемую вузом. Вариативная (профильная) часть дает возможность расширения и (или) углубления знаний, умений, навыков и компетенций, определяемых содержанием базовых (обязательных) дисциплин (модулей), позволяет студенту получить углубленные знания, навыки и компетенции для успешной профессиональной деятельности и(или) обучения в ординатуре.

Выпускная квалификационная работа выполняется в виде магистерской диссертации в период прохождения практики и выполнения научно-исследовательской работы и представляет собой самостоятельную и логически завершенную выпускную квалификационную работу, связанную с решением задач того вида (видов) деятельности, к которым готовится магистр (научно-исследовательской, научно-практической и проектной, организационно-управленческой, педагогической и просветительской).

Тематика выпускных квалификационных работ направлена на решение профессиональных задач в соответствии с профилем подготовки в рамках направления "Общественное здравоохранение". При выполнении выпускной квалификационной работы обучающиеся должны показать свою способность и умение, опираясь на полученные углубленные знания, умения и сформированные общекультурные и профессиональные компетенции, самостоятельно решать на современном уровне задачи своей профессиональной деятельности, профессионально излагать специальную информацию, научно аргументировать и защищать свою точку зрения. Указанные требования позволяют успешно адаптировать выпускную квалификационную работу к единым критериям европейской диссертации на соискание степени магистра.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (У) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------------|
| 1 | Образовательная организация, реализующая образовательную программу магистратуры по общественному здравоохранению, имеет право самостоятельно определять профильную направленность программы (научно-исследовательская; научно-производственная; организационно-управленческая или педагогическая) за счет вариативного компонента программы, трудоемкость которого составляет 36-48 зачетных единиц | + | + | | + |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| 2 | ФГОС ВПО по направлению подготовки 060400 Общественное здравоохранение (квалификация (степень) "магистр") регламентирует требования к качественному и количественному составу научно-педагогических кадров | | + | | + |
| 3 | Требования к результатам освоения программы магистратуры определены в форме общекультурных и профессиональных компетенций | | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Программа магистратуры недоступна для практикующих специалистов в области общественного здравоохранения (реализация программы по очно-заочной и заочной формам запрещена) | | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Внести изменения в действующее законодательство, разрешающие реализацию программы магистратуры по общественному здравоохранению по очно-заочной и заочной формам | | | | + |

Оценка функции – 8 баллов

7.С.6: Прочие соответствующие академические программы, касающиеся охраны и укрепления здоровья или профилактики заболеваний (указать)

Непрерывное образование медицинских работников в области охраны и укрепления здоровья или профилактики заболевания в Российской Федерации закреплено законодательно. Приказ Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н "Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения" определяет необходимость повышения профессиональной квалификации не реже одного раза в 5 (пять) лет в течение всей трудовой деятельности. Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")" определяет в качестве лицензионного требования наличие у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье".

В настоящее время разработаны и реализуются следующие образовательные программы, касающиеся охраны и укрепления здоровья или профилактики заболеваний:

- Для специалистов с высшим (медицинским) образованием: гигиена детей и подростков, гигиена питания, гигиена труда, гигиеническое воспитание, диетология, организация здравоохранения и общественное здоровье,
- Для специалистов со средним профессиональным (медицинским) образованием: охрана здоровья детей и подростков, охрана здоровья работников промышленных и других предприятий; охрана здоровья сельского населения; охрана здоровья работников водного и морского транспорта; охрана здоровья женщины; гигиена детей и подростков; первичная медико-профилактическая помощь населению; охрана здоровья детей и подростков с дефектами умственного и физического развития; современные аспекты профилактической стоматологии.

Кроме того, вопросы охраны и укрепления здоровья или профилактики заболеваний включены (без исключений) во все образовательные программы подготовки специалистов с высшим и средним профессиональным медицинским образованием.

Пример программы "Гигиеническое воспитание" (изучаемые образовательные модули): определение воздействия факторов риска среды обитания и образа жизни на здоровье населения как основа гигиенического обучения и воспитания населения, профилактики массовых инфекционных и неинфекционных заболеваний; взаимодействие с населением и общественными организациями в области укрепления здоровья населения, формирования здорового образа жизни; вопросы гигиенического обучения и воспитания населения на объектах коммунального и культурно-бытового обслуживания; профилактика заболеваемости населения в области питьевого водоснабжения; гигиеническое обучение и воспитание населения в профилактике алиментарных заболеваний и заболеваний, связанных с употреблением недоброкачественных пищевых продуктов; укрепление здоровья детей и подростков в воспитательных, образовательных и спортивно-оздоровительных учреждениях; профилактика профессиональных заболеваний и др.

В соответствии с Декларацией по медицинскому образованию, принятой 39-ой Всемирной медицинской ассамблеей в Мадриде в октябре 1987 года, "медицинское образование есть процесс непрерывного обучения, начинающийся с момента поступления на медицинский факультет и заканчивающийся после прекращения лечебной практики". Непрерывное медицинское образование включает в себя высшее образование и дополнительное образование, направленное на получение новой основной специальности, получение углубленной специальности и повышение квалификации специалиста.

Дополнительное образование в здравоохранении решает следующие задачи: своевременная подготовка новых специалистов в соответствии с требованиями отечественного здравоохранения; внедрение новейших достижений медицинской науки в повседневную практику; поддержание квалификации специалиста на современном уровне; адаптация медицинского персонала к изменениям и переменам в области медицинских знаний, условий работы, законодательной базы и т.д.; развитие творческого потенциала личности; планомерное повышение компетентности медицинского персонала; компенсация недостатков полученного образования и др.

Имеется опыт отдельных регионов по созданию и внедрению программ непрерывного профессионального образования для медицинских работников.

Так, Министерством здравоохранения и социального развития Самарской области совместно с Самарским государственным медицинским университетом и Самарской областной ассоциацией врачей был разработан проект "Внедрение системы непрерывного профессионального развития медицинских кадров Самарской области". Основные принципы построения структуры профессионального образования врачей региона, позволяющие интегрировать Европейские образовательные технологии в систему зачетных кредитов и непрерывное профессиональное развитие в традиционную систему подготовки кадров, позволяют:

- сохранить все формы последиplomного профессионального образования врачей, используемые в настоящее время (интернатура, клиническая ординатура, тематическое и общее усовершенствование, профессиональная переподготовка);
- внедрить систему учетных кредитов, то есть перевести академические часы в кредиты;
- дополнить образовательные программы включением в обучение дистанционных образовательных технологий;
- активно использовать в обучении слушателей самостоятельную работу с использованием доступа к современным электронным библиотекам;
- дать возможность врачу свободно выбирать формы, длительность и место подготовки в рамках утвержденных образовательных программ.

Система накопительных кредитов предусматривает создание портфолио в 250 кредитных единиц за 5 лет, подтвержденных документально и набираемых равномерно. Обязательно ежегодное подтверждение набора не менее 50 кредитных баллов и сдачи тестового контроля.

Система накопительных кредитов имеет единственную функцию — она используется как компонент учета учебной нагрузки. При таком подходе система накопительных кредитов полностью соответствует структуре последиplomного медицинского образования в России и отвечает международным требованиям. Это обеспечивает сравнимые условия для оценки академической успеваемости и способствует мобильности врачей внутри страны при переходе из одного лечебно-профилактического учреждения в другое, а также мобильности медицинских специалистов на международном уровне.

В рамках реализации системы НПР медицинских работников Самарской области определены основные участники проекта: врач, участвующий в программах НПР; министерство здравоохранения и социального развития Самарской области; Самарский государственный медицинский университет; Самарская областная ассоциация врачей; иные организации, реализующие образовательные программы на территории Самарской области.

Основным документом, позволяющим врачу спланировать повышение квалификации в системе НПР, является "Индивидуальный план", который содержит информацию о видах деятельности и их кредитном весе.

Для управления процессом внедрения системы НПР при министерстве здравоохранения и социального развития Самарской области создан "Совет по НПР", в функции которого входит рассмотрение перечня дополнительных образовательных мероприятий, проводимых на территории Самарской области за конкретный промежуток

времени. К функциям Совета относится разработка методических документов, в том числе кредитной системы оценки видов деятельности врача, контроль качества реализуемых образовательных программ.

В Самарской области для обеспечения врачей высококачественными источниками медицинской информации проведена модернизация Самарской областной научной медицинской библиотеки, филиалы которой открываются в ЛПУ области. Врачи получили возможность использования современного информационного ресурса — электронной медицинской библиотеки, что помогает в принятии клинических решений в каждой конкретной ситуации и способствует повышению квалификации. Самарская электронная медицинская библиотека помимо федерального компонента имеет региональный компонент, пользование которым дает медицинскому работнику доступ к региональным нормативно-правовым документам.

В структуре библиотеки формируется банк тестов по специальностям, разработка которых осуществляется с участием главных внештатных специалистов министерства здравоохранения и социального развития Самарской области.

В целом, ожидается, что реализация проекта "Внедрение системы непрерывного профессионального развития медицинских кадров Самарской области" позволит:

- медицинским работникам – улучшить результаты и повысить эффективность труда, благодаря заинтересованности в результатах своей деятельности;
- государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения – повысить качество оказания медицинской помощи и конкурентоспособность на рынке медицинских услуг;
- министерству здравоохранения и социального развития – повысить эффективность работы региональной системы здравоохранения;
- региональным образовательным учреждениям высшего и среднего профессионального медицинского образования – модернизировать процесс преподавания с внедрением современных технологий;
- населению – получать качественную квалифицированную медицинскую помощь и удовлетворять ожидания от взаимодействия с системой здравоохранения.

В информационных источниках отсутствуют какие-либо данные относительно эффективности и достаточности разработанных (на уровне отдельных субъектов РФ) программ непрерывного образования для того, чтобы вооружить медицинских работников знаниями, умениями и практическими навыками, которые требуются от них, чтобы повысить уровень и расширить рамки различных сфер деятельности.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Имеется достаточная законодательная база, регулирующая этапность и периодичность освоения медицинскими работниками различных образовательных программ (интернатура, ординатура, переподготовка, повышение квалификации) | + | + | + | + |
| 2 | Медицинские работники имеют право на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации | | + | + | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствует истинная непрерывность профессионального развития, т.к. установлена необходимость прохождения повышения квалификации один раз в пять лет, что при современных темпах развития медицинских знаний и технологий является чрезмерно длительным сроком | + | + | | + |
| 2 | Освоение образовательных программ связано с необходимостью длительного отрыва специалиста от рабочего места | | + | | + |
| 3 | Наблюдается отстраненность от процесса непрерывного профессионального развития специалистов здравоохранения общественных профессиональных организаций | | | | + |
| 4 | Отсутствует законодательный механизм, определяющий порядок внедрения и оценку эффективности программ непрерывного образования в системе здравоохранения | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | На уровне Министерства здравоохранения Российской Федерации обобщить опыт регионов и утвердить порядок внедрения и оценки эффективности программ непрерывного образования для медицинских работников | + | + | | |

Оценка функции – 6 баллов

7.С.7: Программы контроля качества и аккредитации

Организация процессов оценки и аккредитации образовательных программ осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2011 г. № 184 "Об утверждении положения о государственной аккредитации образовательных учреждений и научных организаций".

При осуществлении государственной аккредитации организации проводится аккредитационная экспертиза следующих видов: а) экспертиза соответствия содержания и качества подготовки обучающихся и выпускников организации по заявленным для государственной аккредитации образовательным программам федеральным государственным образовательным стандартам или федеральным государственным требованиям; б) экспертиза показателей деятельности образовательного учреждения, необходимых для определения его типа и вида.

При проведении экспертизы соответствия содержания и качества подготовки обучающихся и выпускников организации по заявленным для государственной аккредитации образовательным программам федеральным государственным образовательным стандартам или федеральным государственным требованиям осуществляется анализ уровня освоения федеральных государственных образовательных стандартов или федеральных государственных требований, в том числе путем тестирования указанных обучающихся и выпускников организации с использованием заданий стандартизированной формы (аккредитационных педагогических измерительных материалов).

Для проведения государственной аккредитации организация представляет в аккредитационный орган заявление о проведении государственной аккредитации с приложением документов, необходимых для проведения государственной аккредитации. В заявлении о проведении государственной аккредитации указываются следующие сведения:

- а) полное наименование, организационно-правовая форма и местонахождение организации в соответствии с уставом организации;
- б) полное наименование и местонахождение филиала (филиалов) организации в соответствии с уставом организации (при проведении государственной аккредитации в отношении филиала (филиалов));
- в) государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица и данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц;
- г) идентификационный номер налогоплательщика и данные документа о постановке организации на учет в налоговом органе;
- д) реквизиты действующего свидетельства о государственной аккредитации (при наличии);
- е) государственный статус (тип и вид) образовательного учреждения, заявляемый для государственной аккредитации;
- ж) перечень заявляемых для государственной аккредитации образовательных программ.

К заявлению о проведении государственной аккредитации прилагаются следующие документы:

- а) копия устава организации;
- б) отчет о результатах самообследования;
- в) копии учебных планов организации по всем образовательным программам, заявленным для государственной аккредитации (за исключением основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования);
- г) копия основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (для организации, реализующей указанную образовательную программу);
- д) копия положения о филиале организации (в случае проведения государственной аккредитации в отношении филиала, а также в случае установления иного государственного статуса образовательного учреждения в течение срока действия свидетельства о государственной аккредитации);

Аккредитационные органы ведут на электронных носителях реестры аккредитованных организаций (далее - реестры) в соответствии с их полномочиями по государственной аккредитации. В реестре содержатся следующие сведения:

- а) наименование аккредитационного органа, выдавшего свидетельство о государственной аккредитации;
- б) полное наименование, местонахождение организации, имеющей свидетельство о государственной аккредитации;
- в) государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица;
- г) идентификационный номер налогоплательщика - организации, имеющей свидетельство о государственной аккредитации;
- д) дата принятия решения о государственной аккредитации;
- е) реквизиты свидетельства о государственной аккредитации;
- ж) срок окончания действия свидетельства о государственной аккредитации;
- з) перечень аккредитованных образовательных программ, укрупненных групп направлений подготовки и специальностей;
- и) основание и дата переоформления свидетельства о государственной аккредитации;
- к) основания и даты приостановления и возобновления действия свидетельства о государственной аккредитации;
- л) основание и дата лишения государственной аккредитации;
- м) основание и дата прекращения действия свидетельства о государственной аккредитации.

Основанием для внесения сведений в реестр является распорядительный документ аккредитационного органа.

Согласованность и взаимодействие программ обучения и аккредитации с учебными заведениями в целях разработки базовых учебных планов для разных уровней общественного здравоохранения достигается за счет:

- 1) проведения экспертизы показателей деятельности образовательного учреждения, необходимых для определения его типа и вида;
- 2) деятельности Координационного совета по медицинскому и фармацевтическому образованию.

Перечень показателей деятельности образовательной организации необходимых для установления его государственного статуса, утверждается Министерством образования и науки Российской Федерации.

Деятельность Координационного совета по медицинскому и фармацевтическому образованию регламентирована приказом Минздрава России от 8 октября 2012 года № 402, согласно которому Координационный совет по медицинскому и фармацевтическому образованию (далее - Совет) создается в целях развития структуры и содержания непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Основными функциями Совета являются: подготовка предложений в Министерство образования и науки Российской Федерации по совершенствованию деятельности Учебно-методического объединения по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России (далее - учебно-методическое объединение, <http://www.mma.ru/umo>) в части проведения государственной политики в области здравоохранения на основе анализа деятельности учебно-методического объединения; анализ деятельности образовательных организаций высшего и дополнительного профессионального образования, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, по выполнению требований федеральных государственных образовательных стандартов, примерных учебных планов и образовательных программ, обеспечивающих развитие многоуровневой системы непрерывного медицинского и фармацевтического образования, и подготовка предложений по ее совершенствованию в Министерство образования и науки Российской Федерации; разработка предложений по развитию структуры и содержания непрерывного медицинского и фармацевтического образования; подготовка предложений по внесению изменений в перечни профессий, направлений подготовки и специальностей медицинского и фармацевтического образования; разработка предложений по формированию проектов макетов федеральных государственных образовательных стандартов медицинского и фармацевтического образования, примерных учебных планов и образовательных программ, требований по наполнению макетов; разработка предложений по формированию федеральных государственных требований к послевузовскому медицинскому и фармацевтическому образованию; подготовка рекомендаций по использованию учебной и учебно-методической литературы в системе непрерывного медицинского и фармацевтического образования; подготовка предложений по совершенствованию нормативных правовых актов по разработке, утверждению, введению в действие, реализации федеральных государственных образовательных стандартов медицинского и фармацевтического образования и контролю качества подготовки медицинских и фармацевтических специалистов; взаимодействие с общественными организациями в области медицинского и фармацевтического образования, объединениями работодателей по вопросам обеспечения качества и развития содержания медицинского и фармацевтического образования.

Все реализуемые в настоящее время образовательные программы адаптированы к существующей законодательной базе Российской Федерации.

Присоединение в 2003 г. России к Болонскому процессу существенно повлияло на цели и содержание российских образовательных реформ. В качестве значимых векторов дальнейшей модернизации российского высшего образования на первый план вышли общеевропейские ориентиры развития образовательных систем, отвечающие целям интернационализации и создания общего Европейского пространства высшего образования. Важнейшими из них являются: введение двухциклового (начиная с Берлинской конференции – трехциклового) структуры высшего образования (бакалавр-магистр-доктор); использование кредитной системы ECTS, которая становится общим базисом для национальных кредитных систем; рост мобильности студентов, преподавателей и персонала, формирование подлинной культуры мобильности и проведение политики международной открытости образовательных организаций; развитие сотрудничества в области качества образования в направлении общеевропейского понимания; объединение академических ресурсов и культурно-образовательных традиций в целях разработки и реализации интегрированных образовательных программ; формирование подхода к образованию как к процессу, длящемуся всю жизнь; активизации роли студенчества в осуществлении болонских преобразований; студенты должны участвовать в них как компетентные, активные и творческие партнеры; повышение привлекательности европейских вузов, призванных стать открытыми для всех регионов мира, являться органической составляющей международного академического сотрудничества, в котором доминируют подлинные академические ценности; достижение синергии Европейского пространства высшего образования и Европейского исследовательского пространства), при которой особую значимость приобретают научные исследования, обучение исследовательским методам и поддержка междисциплинарности.

Кардинальным событием в системе высшего профессионального образования является начало с 2011 года масштабного перехода вузов на реализацию ФГОС ВПО. С 1-го сентября 2011 года высшее образование в России ведется в рамках Федерального государственного стандарта 3-го поколения (ФГОС-3), существенно изменившего систему подготовки специалистов.

Федеральные государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) третьего поколения призваны стать нормативной основой повышения качества образования в нашей стране на ближайшее будущее. Основными отличительными особенностями ФГОС ВПО являются: выраженный компетентностный характер стандартов; разработка пакета стандартов по направлениям как совокупностей образовательных программ бакалавра, специалиста и магистра, объединяемых на базе общности их фундаментальной части; обоснование требований к результатам освоения основных образовательных программ (результатов образования) в виде компетенций, подразделяемых на общие (универсальные) и профессиональные (предметно-специализированные); установление новой формы исчисления трудоемкости в виде зачетных единиц вместо часовых эквивалентов.

Периодическая оценка программ обучения и курсов непрерывного образования, позволяющая добиваться того, чтобы они способствовали совершенствованию кадровых ресурсов общественного здравоохранения, осуществляется в рамках процедуры государственной аккредитации.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Функционирует государственная система оценки и аккредитации образовательных программ додипломного и последипломного образования | + | + | + | + |
| 2 | Введены в действие Федеральные образовательные стандарты третьего поколения, основанные на компетентностном подходе | | + | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Профессиональные ассоциации недостаточно активно участвуют в разработке образовательных программ и оценке их качества | + | + | + | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | На законодательном уровне разработать и внедрить механизм обязательной экспертизы образовательных программ заинтересованными профессиональными ассоциациями | + | + | + | + |

Оценка функции – 7 баллов

ОФОЗ 8. Основное стратегическое руководство, финансирование и гарантирование качества в общественном здравоохранении

Раздел А: Планирование и реализация политики здравоохранения

8.А.1: Процесс стратегического планирования, касающийся служб общественного здравоохранения

Процесс стратегического планирования развития в целом в системе здравоохранения и служб общественного здравоохранения в РФ является механизмом реализации Концепции "Социально-экономического развития Российской Федерации на период 2020 г. ", утвержденной Правительством РФ (№1662 от 17.11.2008г).

Стратегическим ориентиром в области долгосрочного социально-экономического развития страны определено развитие человеческого потенциала, которое охватывает среднесрочные и долгосрочные цели, приоритеты и основные направления демографической политики, политики охраны здоровья и модернизации системы здравоохранения, создание комфортной социальной среды, повышения эффективности системы защиты граждан от чрезвычайных ситуаций. Стратегия развития человеческого потенциала в области ОЗ предусматривает сохранение и улучшение здоровья населения, увеличения роли профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни.

В рамках Концепции определены стратегические направления развития здравоохранения

- Формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи;
- Повышение качества медицинских услуг;
- Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи и повышению роли профилактики;
- Формирование целевых научных программ по приоритетным направлениям в целях поддержания здоровья населения
- Пропаганда и формирование здорового образа жизни и повышение ответственности работодателя за здоровье своих работников и населения за собственное здоровье;
- Разработка и реализация программ по профилактике алкоголизма, табакокурения и других факторов риска;
- Формирование культуры здорового питания населения;
- Обеспечение безопасной для жизнедеятельности человека окружающей среды;
- Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Сохранение здоровья населения и усиление профилактики заболеваний требуют:

- развития условий для ведения здорового образа жизни, включая обеспечение мониторинга и современного уровня контроля (надзора) за соответствием продукции, предназначенной для человека, а также факторов среды обитания человека требованиям законодательства Российской Федерации;

- проведения прикладных научных и эпидемиологических исследований по обоснованию совершенствования законодательства Российской Федерации и методической базы;
- организации и развития медико-профилактической помощи путем внедрения современных медико-профилактических технологий;
- разработки и внедрения механизмов стимулирования у граждан Российской Федерации ответственного отношения к своему здоровью.

Формирование здорового образа жизни должно стать важнейшим направлением политики в области охраны здоровья. При этом основой пропаганды здорового образа жизни должно стать наряду с информированием о вреде низкой физической активности, нерационального и несбалансированного питания, потребления алкоголя, табака, наркотических и токсических веществ также обучение навыкам по соблюдению правил гигиены и режима труда, учебы, режима и структуры питания.

Важный вклад в формирование здорового образа жизни должно внести создание условий для развития туризма, занятий физической культурой и спортом различных групп населения.

Государственная стратегия России в общественном здравоохранении определена в следующих базовых Федеральных документах:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 23.07.2013) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.09.2013)
2. Государственная программа "Развитие здравоохранения". *Этот документ содержит основные цели, задачи и направления развития здравоохранения и 17 основных индикаторов. Поскольку структура программы сложная, состоит из 11 подпрограмм, то каждая включает свои, дополнительные, индикаторы. Таким образом, всего их 130. Одиннадцатая подпрограмма посвящена механизмам управления и содержит стратегические документы: Стратегию лекарственного обеспечения населения РФ до 2025 года, Стратегию развития медицинской науки, комплексы мер по совершенствованию кадровой политики и по улучшению доступности медицинской помощи.*
3. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 23.07.2013) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"
4. Региональные программы модернизации здравоохранения (с 2011 года)

Периодичность планирования системы общественного здравоохранения охватывает периоды стратегического планирования (5 лет), среднесрочного планирования (3 года), оперативного планирования (1 год).

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Область действия* (отметить «+») *может содержать несколько вариантов | | | |
|---|--|---|---------------------------|--------------------|---------------------|
| | | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
| 1 | Сформирована единая профилактическая среда на основе комплексного межсекторального подхода. | + | | | |
| 2 | Сформирована законодательная база стратегического планирования в здравоохранении в целом и общественного здравоохранения в частности. | + | | | |
| 3 | Определены финансовые источники планируемых мероприятий по сохранению и укреплению здоровья. | + | + | + | |
| 4 | Определены механизмы стратегического планирования в сфере общественного здравоохранения - программно-целевое планирование. | + | | | |
| 5 | Стратегическое планирование базируется на комплексном стратегическом анализе в общественном здоровье и эффективной организации служб общественного здравоохранения, развитии социологических исследований среди населения, экспертной оценке ситуации. | + | | | |
| 6 | Наличие статистической информации по вопросам общественного здравоохранения. | + | | | |
| 7 | Наличие принятой Федеральной программы "Развитие здравоохранения РФ до 2020г. ", ориентированной на изменение стандартов жизни и установки людей. | + | + | | + |
| 8 | Наличие инфраструктуры, деятельность которой направлена на информирование населения по укреплению и сохранению здоровья. | | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Значительные различия социально-экономического развития регионов и муниципалитетов, что определяет отсутствие необходимого финансирования определенных целями и задачами политики охраны здоровья. | + | | + | |
| 2 | Недостаточная проработка проблемы общественного здравоохранения и планирования мероприятий на основе их приоритетности и последовательности реализации. | + | | | |
| 3 | Разработка целевых программ по общественному здравоохранению не в полной мере соответствует принципам программно-целевого планирования. | + | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| 4 | В стратегических планах отсутствуют объективные, количественно выраженные цели. | + | | | |
| 5 | Слабость реального межсекторального партнерства при разработке и реализации планов в сфере ОЗ. | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Разработка стратегических планов в сфере общественного здравоохранения должна базироваться на стратегическом анализе ситуации в конкретном регионе, муниципалитете, с учетом их особенностей, демографических, экономических, национальных особенностей населения, инфраструктуры здравоохранения. | + | | | |
| 2 | Подготовка управленческих кадров в здравоохранении по вопросам планирования в сфере ОЗ. | + | | | + |
| 3 | Строгая ориентация стратегических планов на достижение целевых показателей. | + | | | |
| 4 | Планирование реально достижимых результатов. | + | | | |

Оценка функции – 9 баллов

8.А.2: Процесс планирования политики на региональном и местном уровне

На Федеральном уровне Минздравом РФ разрабатываются и утверждаются в установленном порядке:

- стратегические цели и задачи развития здравоохранения в стране;
- стратегические показатели состояния здоровья населения и деятельности здравоохранения;
- программа государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью;
- натуральные нормы и нормативы, социальные стандарты для планирования, методология расчетов территориальных нормативов объемов медицинской помощи и их нормативное финансовое обеспечение;
- Федеральные целевые программы, обеспечивающие выполнение стратегических задач, включая мероприятия:
 - по развитию правовой базы здравоохранения;
 - совершенствованию системы управления и финансирования здравоохранения;
 - разработке и внедрению новых организационных и медицинских технологий, повышающих эффективность здравоохранения;
 - разработке методологии планирования инвестиций, оценке их эффективности, порядку согласования инвестиционных проектов здравоохранения.

Учет данных или информации о состоянии здоровья населения на региональном и местном уровне

Стратегическое планирование здравоохранения муниципальных образований.

1. Оценка и прогноз состояния здоровья населения.

Стратегическое планирование здравоохранения начинается с оценки состояния здоровья населения муниципального образования и его прогноза на конец планового периода.

Задачи этапа – создать базу для стратегического планирования сети ЛПУ с учетом будущих потребностей населения в медицинской помощи.

По каждой нозологической группе специалистами проводятся ретроспективный анализ заболеваемости и смертности населения в различных половозрастных и, при необходимости, социальных группах осуществляется сравнение с аналогичными муниципальными образованиями, с соседними территориями, со средними данными по субъекту РФ, со средним российским уровнем. Выявляются наиболее угрожающие тенденции с точки зрения состояния здоровья населения. Выявляются районы поселения с наиболее неблагоприятной динамикой состояния здоровья.

Выявляются возможности местного здравоохранения в предупреждении развития неблагоприятных тенденций в состоянии здоровья населения (например, усиление профилактической деятельности, улучшение взаимодействия с органами образования, социального обеспечения и т.д.), вносятся предложения о соответствующей корректировке муниципальной политики в области здравоохранения. Оцениваются возможные затраты и ожидаемый эффект.

2. Анализ системы оказания медицинской помощи населению.

Задачи этапа:

- оценка соответствия существующей системы оказания медицинской помощи потребности населения;
- оценка эффективности деятельности существующей сети ЛПУ;
- выявление зон неэффективности;
- выработка предварительных предложений по совершенствованию деятельности сети ЛПУ.

Оценивается:

- степень доступности для населения медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий, включая наличие очередности, финансовую доступность (наличие, уровень и формы официальной и неофициальной платности при получении помощи в рамках Территориальной программы), транспортную доступность. Оценка ведется по уровням, профилям и видам помощи по районам города и отдельным поселениям, а также для различных групп населения (городское, сельское, дети, взрослые, работающие, пенсионеры);
- качество медицинской помощи:

- по видам и профилям помощи
- по различным уровням помощи;
- загруженность мощностей медицинских учреждений муниципального образования:

- по видам, профилям и уровням помощи
- в разрезе районов города, отдельных поселений сельского района.

Как результат, вырабатываются предложения по совершенствованию сети ЛПУ муниципального образования и, при необходимости, предложения субъекту РФ по корректировке Территориальной программы государственных гарантий.

Для планирования политики на региональном уровне Правительством РФ поручено разработать "дорожную карту" по реализации комплекса мер, направленных на оптимизацию отрасли. "Дорожная карта" предусматривает активное вовлечение регионов в реализацию соответствующих мероприятий. Эта "дорожная карта" является матрицей для составления региональных программ.

Различия региональных программ определяются геополитическими факторами, а так же экономическими и материально-техническими возможностями регионов, например, развитие транспортной инфраструктуры в регионах, демографические показатели.

Разработка региональных дорожных карт и разработка региональных программ развития здравоохранения имеет исключительное значение для организации бюджетного планирования. Для мониторинга региональных программ используются индикаторы. Для того, чтобы задать региональные индикаторы, определяют потребности населения, проживающего в регионе, в разных видах медицинской помощи, а также в разных видах инфраструктуры и профессионального компонента.

Учет мнений различных заинтересованных сторон, включая лидеров местных сообществ, в процессе планирования

В процессе планирования политики на местном и региональном уровне учитывается мнение межведомственных комиссий по здравоохранению, заместителя губернатора по социальным вопросам и др.

Существование механизмов оценки процесса планирования

При оценке механизмов планирования используется статистическая отчетность,

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | Учет национальных программно-стратегических документов при планировании общественного здравоохранения | + | | | |
| 2 | При планировании политики на региональном и местном уровне учитываются данные о состоянии здоровья населения | + | | | |
| 3 | Вовлечение различных заинтересованных сторон, включая лидеров местных сообществ, в процессе планирования политики на региональном уровне | + | | | |
| 4 | Существование механизмов оценки планирования политики на региональном уровне | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Механизмы оценки планирования недостаточно совершенны | + | | | |
| 2 | Различия социально-экономического развития регионов и муниципалитетов обуславливают различия в состоянии здоровья населения на региональном и местном уровне | + | | + | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Совершенствовать механизмы планирования региональных программ | + | | | |
| 2 | Планирование политики на региональном и местном уровне проводить с учетом различий социально-экономического развития регионов и муниципалитетов | + | | + | |

Оценка функции – 8 баллов

8.А.3: Правильность и эффективность политики в области общественного здравоохранения (оценка воздействия на здоровье)

Существование опубликованного документа, в котором определяются национальная политика в области общественного здравоохранения.

Национальная политика в области общественного здравоохранения отражена в Концепции "Социально-экономического развития Российской Федерации на период 2020 г. ", утвержденной Правительством РФ (№1662 от 17.11.2008г).

В рамках Концепции определены стратегические направления развития здравоохранения:

- Формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи;
- Повышение качества медицинских услуг;
- Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи и повышению роли профилактики;
- Формирование целевых научных программ по приоритетным направлениям в целях поддержания здоровья населения
- Пропаганда и формирование здорового образа жизни и повышение ответственности работодателя за здоровье своих работников и населения за собственное здоровье;
- Разработка и реализация программ по профилактике алкоголизма, табакокурения и других факторов риска;
- Формирование культуры здорового питания населения;
- Обеспечение безопасной для жизнедеятельности человека окружающей среды;
- Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Национальная политика в области общественного здравоохранения включает мероприятия, проводимые службой общественного здравоохранения Министерства здравоохранения, и различные другие мероприятия, касающиеся общественного здравоохранения.

Технические возможности специалистов проводить оценку воздействия на здоровье на региональном уровне

Оценка воздействия на здоровье населения политики в области общественного здравоохранения проводится Медицинскими информационно-аналитическими центрами региона (МИАЦ).

ЗАДАЧИ МИАЦ:

1. Участие в разработке, научном обосновании и реализации концепций и программ информатизации регионального здравоохранения.
2. Создание системы персонифицированного электронного учета медицинских услуг и мониторинга состояния здоровья физических лиц и населения.

3. Разработка программных средств для обеспечения информационной поддержки процесса принятия управленческих решений в медицинских организациях и органах управления здравоохранением.
4. Сбор, обработка, хранение, передача и анализ информации о состоянии здоровья населения и здравоохранения регионов.
5. Обеспечение защиты и санкционированного доступа к персонифицированным данным пациентов.

Основные виды деятельности:

1. Участие в организации и мониторинге функционирования информационно-аналитической системы здравоохранения области, мониторинг здоровья, ресурсов и деятельности учреждений здравоохранения.
2. Участие в разработке, реализации концепций, программ, отдельных мероприятий, развития и планов информатизации систем здравоохранения и обязательного медицинского страхования.
3. Участие в разработке и реализации межведомственных и межрегиональных программ и мероприятий в части информационного обеспечения охраны здоровья населения.
4. Участие в разработке и согласовании нормативных и организационно-методических документов, в том числе по вопросам информационного обеспечения охраны здоровья населения.
5. Организация статистического учета и отчетности органов управления и учреждений здравоохранения области.
6. Участие в унификации и стандартизации информационных потоков и технологий систем здравоохранения области и обязательного медицинского страхования, создание логистических схем.
7. Участие в экспертизе технических заданий и требований к информационным системам.
8. Работа по защите персонифицированной информации от несанкционированного доступа.
9. Участие в разработке и внедрении информационных систем.
10. Сбор, обработка, свод, хранение и анализ медико-статистической, экономической бухгалтерской информации, диспетчеризации медицинских услуг, маршрутизация процессов лечения.
11. Участие в подготовке аналитических обзоров о состоянии здоровья и здравоохранения, основных показателей по разделам здравоохранения.
12. Создание и ведение баз данных нормативных и распорядительных документов, стандартов в области здравоохранения.
13. Хранения фондов объединенного ведомственного медицинского архива области.

14. Комплектование библиотечного фонда изданиями по всем отраслям медицины и смежным наукам, обеспечение учета и сохранности фонда, создание справочно-библиографического аппарата, информационно-библиографическое обслуживание.

15. Научно-методическая работа в области стандартизации, сертификации, а также аттестация работников отрасли здравоохранения.

16. Образовательная деятельность, контроль знаний.

17. Редакционно-издательская деятельность, в том числе по оформлению результатов обработки информации.

18. Размещение информации и техническое сопровождение сайтов министерства здравоохранения Самарской области, в том числе официального сайта министерства здравоохранения Самарской области.

19. Ведение региональных сегментов федеральных регистров и представление сведений, содержащихся в них, в федеральный орган исполнительной власти в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

20. Проведение технической экспертизы сводных реестров отпущенных льготных рецептов.

21. Работа с обращениями граждан и юридических лиц.

22. Выполнение функций оператора действующих и создаваемых региональных информационных ресурсов в сфере здравоохранения

Интегрирование – усилиями межсекторальных групп – оценки воздействия на здоровье в планы

В Российской Федерации общественное здравоохранение не выделяется в отдельную структуру. Функции общественного здоровья выполняют различные министерства и ведомства.

Служба общественного здравоохранения в Министерстве здравоохранения России представлена Департаментом охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека, который включает:

- Отдел по вопросам санитарно-эпидемиологического нормирования и технического регулирования,
- Отдел по вопросам предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний,
- Отдел по вопросам безопасности среды обитания человека и профилактики массовых неинфекционных заболеваний,
- Отдел по вопросам укрепления здоровья и формирования здорового образа жизни,
- Отдел по вопросам координации и анализа в области обеспечения химической и биологической безопасности

Также функции общественного здравоохранения выполняет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), включающая Управление санитарного надзора, и Управление эпидемиологического надзора.

Для оценки воздействия политики в области общественного здравоохранения на здоровье населения, проводятся заседания коллегии Минздрава, Межведомственных советов, на которых оценивается динамика ситуации, предоставляются отчеты о выполнении мер по реализации политики в области общественного здравоохранения, проводится процесс планирования дальнейших мероприятий.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Существование Концепции "Социально-экономического развития Российской Федерации на период 2020 г. ", в которой отражена национальная политика в области общественного здравоохранения | + | | | |
| 2 | Разработка программ и мероприятий в области общественного здравоохранения в соответствии с национальной политикой в области здравоохранения | + | | | |
| 3 | Существование возможности адаптации национальной политики в области общественного здравоохранения в зависимости от меняющейся ситуации | + | | | |
| 4 | Существование в регионах России медицинских информационно-аналитических центров (МИАЦ) для оценки воздействия на здоровье населения политики в области общественного здравоохранения. | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Несовершенство межсекторального взаимодействия при оценке эффективности программ и в сфере ОЗ. | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Разработать меры по совершенствованию межсекторального взаимодействия при оценке эффективности программ в сфере ОЗ | + | | | + |

Оценка функции – 8 баллов

8.А.4: Система или программа мониторинга реализации политики и программ в области общественного здравоохранения или в родственных областях

Включение показателей, критериев и эталонов для сравнения в стратегии и программы в области общественного здравоохранения.

Учитывая то, что функции общественного здравоохранения неотрывно связаны с системы здравоохранения, среди показателей и критериев общественных программ есть показатели общественного здоровья

Существование механизмов анализа качества и оценки функционирования как один из элементов процесса оценки.

Работа руководителей учреждений здравоохранения оценивается по критериям, отраженным в Приказе №508 от 02.09.2008 "О критериях оценки деятельности медицинского персонала и реализации принципа оплаты труда, ориентированного на результат".

Систематический мониторинг и оценка различных стратегий и программ.

Для мониторинга реализации программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, создана Межведомственная комиссия по мониторингу. Комиссия осуществляет мониторинг на основании информации, ежемесячно представляемой рабочими группами по анализу хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, по результатам выездных проверок. Основной задачей Комиссии является сбор, изучение информации и подготовка решения о реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и использования средств на ее финансовое обеспечение.

Мониторинг программ в сфере общественного здравоохранения является публичным.

Интегрирование результатов мониторинга и оценки в механизмы обратной связи для совершенствования нынешних и разработки будущих стратегий и программ в области общественного здравоохранения.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОВ) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | Существование межведомственных комиссий по мониторингу реализации стратегий и программ модернизации здравоохранения | + | | | |
| 2 | Наличие показателей реализации функций общественного здоровья среди показателей и критериев общественных программ | + | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| 3 | Разработка стратегий и программ в области общественного здравоохранения проводится на основе результатов мониторинга и оценки прошедших программ | + | | | |
| | Систематический мониторинг и оценка различных стратегий и программ. Мониторинг программ в сфере общественного здравоохранения является публичным | + | | + | |

Оценка функции – 8 баллов

8.А.6: Правильность и эффективность методов учета значения международных событий и явлений в здравоохранении при планировании в области общественного здравоохранения (например, подготовка к эпидемии птичьего и пандемического гриппа, лихорадки Западного Нила и ТОРС)

Наличие подразделения или специального комитета по планированию на уровне страны, который осуществляет оценку и мониторинг международных событий и явлений и их значение для здоровья населения страны.

Оценку и мониторинг международных событий и явлений в Российской Федерации осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор).

Существование межсекторального национального плана в области общественного здравоохранения по борьбе с птичьим гриппом или пандемическим гриппом.

Достигнутый в России высокий уровень мониторинга гриппа позволил точно и на ранней стадии определять ПЦР в масштабе реального времени, а также осуществлять изоляцию штаммов гриппа А(Н1N1).

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОВ) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|--|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| | Осуществление оценки и мониторинг международных событий и явлений и их значение для здоровья населения страны проводит Роспотребнадзор | + | | | + |
| | Высокий уровень мониторинга гриппа в Российской Федерации | + | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| | Необходимо совершенствовать национальный план мероприятий по борьбе с гриппом в соответствии с рекомендациями ВОЗ | + | | | |

Оценка функции – 8 баллов

8.А.7: Роль оперативных функций общественного здравоохранения в работе министерства здравоохранения

Роль оперативных функций общественного здравоохранения в работе министерства здравоохранения и/или других ведомств, выражающаяся в технической помощи при разработке проектов законов, нормативных документов и приказов.

Оперативные функции общественного здравоохранения являются значительной частью работы не только Министерства здравоохранения, но других министерств и ведомств: Роспотребнадзор, Росздравнадзор, МЧС и др.

«Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России по запросу Министерства здравоохранения готовит аналитический материал о нормировании труда медицинских работников различных специальностей, включая общественное здравоохранение.

Осуществление оперативных функций общественного здравоохранения, которые министерство здравоохранения или другие ведомства непосредственно принимают на себя.

В таблице указаны министерства и ведомства, которые осуществляют функции общественного здравоохранения.

| № | Основные оперативные функции общественного здравоохранения | Министерство здравоохранения | Министерство чрезвычайных ситуаций | Федеральная служба по надзору в области здравоохранения | Роспотребнадзор | Министерство образования и науки | Министерство сельского хозяйства | Министерство природных ресурсов и экологии | Министерство труда и социальной защиты |
|---|---|------------------------------|------------------------------------|---|-----------------|----------------------------------|----------------------------------|--|--|
| 1 | Эпиднадзор за болезнями и оценка состояния здоровья населения | + | | + | + | | | | |
| 2 | Выявление приоритетных проблем охраны здоровья и угроз здоровью на уровне местных сообществ | + | + | + | + | | + | + | + |

| | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|--|---|---|
| 3 | Обеспечение готовности и планирование на случай чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения | + | + | + | + | | | | + |
| 4 | Оперативные функции охраны здоровья (в области безопасности окружающей среды, охраны труда и безопасности пищевых продуктов и в других областях) | + | + | + | + | | | + | + |
| 5 | Профилактика заболеваний | + | | + | + | + | | | |
| 6 | Укрепление здоровья | + | | + | + | + | | | + |
| 7 | Обеспечение компетентных кадров для общественного здравоохранения и оказания индивидуальной медицинской помощи | + | | | + | + | | | |
| 8 | Основное стратегическое руководство, финансирование и гарантирование качества в общественном здравоохранении | + | | + | + | | | | |
| 9 | Основная коммуникация в интересах общественного здравоохранения | + | | + | + | | | | |
| 10 | Научные исследования в области здравоохранения | + | | + | + | + | | | |

Контроль за деятельностью государственных и негосударственных организаций общественного здравоохранения с целью обеспечения предоставления основных услуг в области общественного здравоохранения.

В Российской Федерации существуют неправительственных организаций в области здравоохранения и социальной сфере, которые осуществляют ряд функций общественного здравоохранения. Однако контроль за деятельностью данных организаций является недостаточным.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОВ) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | Оперативные функции общественного здравоохранения осуществляют не только Министерства здравоохранения, но и других министерства и ведомства. | + | | | |
| 2 | Проводится мониторинг и оценка услуг в области общественного здравоохранения, с использованием показателей в области охраны здоровья | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточная подготовка специалистов в области законодательства в сфере общественного здравоохранения. | + | + | | |
| 2 | Недостаточный контроль за деятельностью неправительственных организаций, осуществляющих функции общественного здравоохранения. | + | | | |
| 3 | Слабость реального межсекторального партнерства при реализации функций общественного здравоохранения. | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Улучшить координацию между министерствами и ведомствами, выполняющими функции общественного здравоохранения. | + | | | |
| 2 | Разработать систему контроль за деятельностью неправительственных организаций, осуществляющих функцию общественного здравоохранения | + | | | |
| 3 | Разработка для Министерства здравоохранения и других ведомств единых показателей в области охраны здоровья для оценки услуг и мероприятий в области общественного здравоохранения. | + | | | |

Оценка функции – 7 баллов

8.А.8: Соответствие требованиям реальной ситуации/эффективность любых механизмов или процессов, посредством которых при принятии решений учитываются бедность, неравенства и социальные детерминанты здоровья

Интегрирование принципа учета социальных детерминант здоровья в культуру системы общественного здравоохранения (министерство здравоохранения и все другие стратегические секторы).

Социальные группы населения выделяются во всех политических документах. Для уязвимых групп населения (мигранты, лица с низким доходом, инвалиды и др.) в законодательных актах прописываются специальные льготы, включая бесплатные медикаменты, протезирование и др.

Существование национального документа с изложением стратегии снижения бедности или аналогичного ему документа, в который включена составляющая здравоохранения.

Снижение бедности до уровня, характерного для развитых стран, является одной из задач Концепции "Социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года".

Использование в процессе принятия стратегических решений в области здравоохранения научных статей или документов с изложением позиции по определенным вопросам или иных механизмов.

При принятии стратегических решений по ряду вопросов в области общественного здоровья, Министерство здравоохранения поручает научно-исследовательским институтам проведение анализа научных статей и документов по данному вопросу.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Снижение бедности до уровня, характерного для развитых стран, является одной из задач Концепции "Социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года" | + | | | |
| 2 | Существование законодательства для уязвимых групп населения | + | | | |
| 3 | Использование при принятии стратегических решений научных документов и публикаций, благодаря которым учитываются более широкие детерминанты здоровья | + | | | |
| 4 | Существование в национальной политике в области общественного здравоохранения целевых заданий и показателей, в которых учитываются социальные детерминанты здоровья | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточное межсекторальное взаимодействие на региональном и местном уровне по вопросам бедности, неравенства и социальных детерминант здоровья | + | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Улучшить межсекторальное взаимодействие на региональном и местном уровне по вопросам бедности, неравенства и социальных детерминант здоровья | + | | | + |

Оценка функции – 8 баллов

8.А.9: Обеспечение комплексного характера и действенности стратегических решений, принимаемых в области общественного здравоохранения и в других родственных областях, посредством многопрофильного и многосекторального подхода

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Стратегии в области общественного здравоохранения базируются на комплексном стратегическом анализе в общественном здоровье и эффективной организации служб общественного здравоохранения, развитии социологических исследований среди населения, экспертной оценке ситуации. | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточное взаимодействие министерств и ведомств при разработке стратегий общественного здравоохранения | + | | | |
| 2 | Стратегии в области общественного здравоохранения осуществляются Министерством здравоохранения разрозненно с других секторами общества | + | + | | |
| 3 | Недостаточная оценка организованных действий в области общественного здравоохранения министерств и ведомств | + | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Усилить межсекторальное взаимодействие при разработке и реализации стратегий общественного здравоохранения | + | | | |
| 2 | Разработать критерии для оценки характера и действенности стратегических решений, применимые для всех задействованных министерств и ведомств | + | | | + |

Оценка функции – 7 баллов

Раздел В: Оценка качества и эффективности индивидуальных и коллективных услуг здравоохранения

8.В.1: Процессы и механизмы определения потребностей в индивидуальных и коллективных услугах здравоохранения с позиций общественного здравоохранения

Существование источников данных для определения потребностей.

Для определения потребностей в коллективных услугах используют данные Росстата и Медстата по инфекционной и неинфекционной заболеваемости, смертности, травматизма и вредных привычек

Определение набора услуг, включаемого в систему.

Набор коллективных услуг определяется по приоритетным проблемам здоровья населения и может постоянно меняться при возникновении новых условий.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Определение потребности в коллективных услугах основывается на научных доказательствах, с использованием данных Росстата и Медстата по неинфекционной и инфекционной заболеваемости, смертности, вредных привычек, травматизма и др. | + | + | | + |
| 2 | Набор коллективных услуг определяется по приоритетным проблемам здоровья населения и может постоянно меняться при возникновении новых условий. Набор коллективных услуг различается для разных регионов. | + | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Доступность и распределение услуг в регионах Российской Федерации осуществляется неравномерно, из-за значительных социально-экономических и демографических показателей регионов | + | | | + |
| 2 | Недостаточное финансирование индивидуальных и коллективных услуг в здравоохранении | | | + | |

Оценка функции – 7 баллов

8.В.2: Процессы и механизмы определения потребностей в медицинских услугах в группах населения, которые могут сталкиваться с препятствиями в получении медицинских услуг

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Существование службы скорой медицинской помощи, услуги которой оказываются бесплатно, независимо от социально-экономического положения | + | | | + |
| 2 | Существование НПО, волонтерских движений и социальных служб, помогающих уязвимым группам населения | + | | + | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточное количество исследований, посвященных потребностям в медицинских услугах социально-уязвимым группам | + | | | + |
| 2 | Недостаточная законодательная база, регламентирующая оказание медицинских услуг иммигрантам | + | + | | + |
| 3 | Недостаток исследований, посвященных определению потребностей в медицинских услугах у иммигрантов, этнических меньшинств и групп населения, находящихся в неблагоприятном социально-экономическом положении | + | | | + |
| 4 | Недостаточное финансирование исследований по определению потребностей в медицинских услугах в группах населения, которые могут сталкиваться с препятствиями в получении медицинских услуг | + | | + | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|--|---|---|----|---|----|
| | Проведение исследований, посвященных определению потребностей в медицинских услугах социально-уязвимых групп | + | | | + |
| | Разработка законодательной базы, регламентирующей оказание медицинских услуг иммигрантам | + | | | + |
| | Выделение финансирования для исследований по определению потребностей в медицинских услугах в группах населения, которые могут сталкиваться с препятствиями в получении медицинских услуг | + | | + | |

Оценка функции – 8 баллов

8.В.3: Комплексный характер и действенность методов и практики работы, предназначенных для оценки оказания индивидуальных и коллективных услуг общественного здравоохранения в следующих областях

Сбор и оценку данных по охвату населения коллективными профилактическими услугами проводят Центры медицинской профилактики, существующие в каждом регионе России. Эти данные собираются специалистами Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России в систему "Медстат". Далее они могут быть использованы для оценки охвата коллективными медицинскими услугами

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|------------------------|----------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 1 | Возможность проведения оценки охвата доступными коллективными медицинскими услугами | + | | | |
| 2 | Существование базы данных, общей для всех регионов России, для сбора информации об охвате населения коллективными услугами | | | | + |
| 3 | Существование показателей медико-санитарной помощи, относящихся к коллективным услугам | | | | + |
| 4 | Существование показателей социальной помощи, относящихся к коллективным услугам | | | | + |
| 5 | Существование социально-экономических показателей. | | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|----------|-----------|----------|-----------|
| 1 | Недостаточное количество исследований по изучению частоты и обоснованности пользования услугами здравоохранения | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|----------|-----------|----------|-----------|
| 1 | Проведение исследований по изучению частоты и обоснованности пользования услугами здравоохранения | + | | | + |

Оценка функции – 7 баллов

8.В.4: Процессы и механизмы проведения анализа участия в оказании профилактических услуг

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Ежегодное проведение анализа оказания и оценки качества проведения профилактических услуг детям, подросткам, взрослым и пожилым людям | + | | | |
| 2 | Разработка методики оценки профилактической работы медицинских организаций в Российской Федерации специалистами Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России | + | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Недооценка важности профилактических услуг населением Российской Федерации | | | | + |
| 2 | Недостаточная подготовленность медицинского персонала к оказанию профилактических услуг | | | | + |

Оценка функции – 8 баллов

8.В.5: Оценка и анализ интегрирования услуг в одной согласованной системе коллективных медицинских услуг

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствие баз данных/учетных документов, отражающих дублирование, раздробленность или отсутствие согласованности при оказании коллективных медицинских услуг | + | | | |
| 2 | Отсутствие обследований по выяснению мнения специалистов с целью повышения уровня согласованности и интеграции коллективных медицинских услуг | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Проведение научных исследований мнений специалистов с целью повышения уровня согласованности и интеграции коллективных медицинских услуг | | | | + |

Оценка функции – 5 баллов

8.В.6: Адекватность оценки структуры кадровых ресурсов и финансовой поддержки коллективных медицинских услуг

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Коллективные медицинские услуги обеспечиваются "Законом об охране здоровья граждан Российской Федерации" и другими документами | + | | | |
| 2 | Существование центров медицинской профилактики, основной функцией которых является организация и проведение мероприятий в области гигиенического обучения и воспитания населения | + | | | + |
| 3 | Существование неправительственных и волонтерских организаций, оказывающих коллективные медицинские услуги | | | | + |
| 4 | Потребности в коллективных медицинских услугах определяются с помощью анализа статистических данных состояния здоровья населения. | | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Недостаток специально подготовленных кадров для оказания коллективных медицинских услуг | | + | | + |
| 2 | Отсутствие достаточной финансовой поддержки коллективных медицинских услуг | | | + | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Подготовка высококвалифицированных кадров для оказания коллективных медицинских услуг | | + | | + |
| 2 | Наладить межсекторальное взаимодействие для оказания коллективных медицинских услуг | + | + | | + |

Оценка функции – 7 баллов

8.В.7: Меры по организации работы, контролю и обеспечению качества систем здравоохранения, предоставляющих индивидуальные и коллективные медицинские услуги

Управление качеством предлагаемых медицинских услуг.

На базе Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России функционирует Центр качества медицинской помощи, который проводит обучение специалистов, используя методологию улучшения качества медицинской помощи в Российской Федерации.

Задачи и функции Центра

- Разработка научно-обоснованных рекомендаций по обеспечению качества медицинской помощи.
- Организация научно-методической работы по обеспечению качества медицинской помощи на территориях Российской Федерации.
- Разработка и внедрение компьютерных систем по обеспечению качества медицинской помощи.
- Изучение, анализ, распространение и применение на практике отечественного и зарубежного опыта по обеспечению медицинской помощи.
- Участие в разработке и реализации программ и систем улучшения качества медицинской помощи.
- Участие в организации экспертизы, оценке технологий медицинской помощи, рекомендаций по применению разработанных протоколов и формализованных руководств.
- Подготовка материалов для обучающих программ по проблеме обеспечения качества.
- Участие в научных советах, научно-практических конференциях, семинарах и симпозиумах по проблеме качества медицинской помощи.
- Подготовка и публикация научных статей по проблеме качества медицинской помощи.

С 1998 года по 2004 год Центр являлся основным партнером в российско-американском Проекте по обеспечению качества (QAP), а с 2009 г. – основной партнер нового Проекта "Улучшение помощи мамам и малышам".

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | Существование показателей, позволяющих оценить качество оказанных индивидуальных услуг | + | + | | + |
| 2 | Разработка стандартов индивидуальных и коллективных медицинских услуг в некоторых областях здравоохранения | + | + | | + |
| 3 | На базе Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России функционирует Центр качества медицинской помощи, который проводит обучение специалистов, используя методологию улучшения качества медицинской помощи в Российской Федерации | + | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствие системы контроля качества предоставления коллективных медицинских услуг | + | | | |
| 2 | Недостаточное количество научных исследований по изучению качества медицинских услуг | + | + | + | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Дальнейшая разработка стандартов индивидуальных и коллективных медицинских услуг. | + | | | + |

Оценка функции – 8 баллов

8.В.8: Центры или программы оценки технологий здравоохранения

Оценка внедренных технологий медико-санитарной помощи.

Оценка технологий медико-санитарной помощи проводится в рамках оценки реализации национальных проектов, федеральных и региональных программ в сфере общественного здравоохранения. (Приказ Росздравнадзора от 03.06.2011 N 3224-Пр/11 "Об организации и осуществлении мониторинга реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь на территории Российской Федерации")

Для мониторинга и оценки внедренных технологий используется ряд индикаторов и показателей. Мониторинг национальных проектов является публичным

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | Проводится оценка внедренных технологий медико-санитарной помощи | + | + | | |

Оценка функции – 8 баллов

Раздел С: Финансирование услуг общественного здравоохранения

8.С.1: Обеспечение согласованности механизмов финансирования услуг общественного здравоохранения (включая индивидуальные услуги с широкими последствиями, не ограниченными только лицом, получающим услугу) со стратегиями предоставления желательных услуг

Система здравоохранения Российской Федерации финансируется за счет государственных и частных источников. К государственным источникам относятся средства федерального, регионального и муниципального бюджетов, средства бюджеты фондов обязательного медицинского страхования, к частным источникам – средства граждан и организаций.

За счет средств бюджетов обеспечивается содержание и оплата услуг медицинских организаций по оказанию отдельных видов медицинской помощи (в первую очередь, социально-значимых), финансируется льготное лекарственное обеспечение, другие специализированные программы, оказание высокотехнологичной медицинской помощи и др.

В результате недавних реформ бюджетное финансирование стало, как правило, привязанным к объему и частично к качеству оказываемых ими услуг.

Оказание медицинской помощи по договорам обязательного медицинского страхования производится за счет средств бюджетов федерального и территориального фондов обязательного медицинского страхования. В ближайшее время к видам медицинской помощи, финансируемым в рамках обязательного медицинского страхования, будут добавлены расходы на оказание скорой медицинской и высокотехнологичной помощи. Практически все статьи расходов медицинских организаций (за исключением приобретения дорогостоящего оборудования и капитальных ремонтов) будут оплачиваться через систему ОМС.

Частные расходы на здравоохранение представлены, прежде всего, личными платежами граждан и оплатой услуг по договору добровольного медицинского страхования. К этой группе относятся и расходы отдельных предприятий и организаций, которые заключают договоры добровольного медицинского страхования или прямые договоры с медицинскими организациями на оказание медицинской помощи своим сотрудникам, либо содержат подведомственные им медицинские организации. В данную

группу также следует отнести расходы некоммерческих организаций, которые осуществляют пропаганду здорового образа жизни, разрабатывают и распространяют информационные материалы для различных групп населения и методические пособия для специалистов на заданную тематику сферы охраны здоровья и т.д., а также благотворительные фонды.

В настоящее время в системе здравоохранения Российской Федерации происходит движение в сторону конкретизации объема медицинской помощи, как гарантированной государством бесплатной, так и предоставляемой на возмездной основе. Понятийный аппарат и механизмы реализации, касающиеся установления конкретных мероприятий, медицинской помощи и услуг, закреплён Федеральным Законом № 323 "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации". Объемные и стоимостные показатели отдельных видов медицинской помощи и условий ее предоставления регламентируются ежегодно утверждаемой Правительством страны - Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Помимо указанных данных, в ней устанавливаются категории получателей конкретных видов медицинской помощи, указывается, за счет каких источников финансирования предоставляется та или иная медицинская помощь и услуги.

Реальный переход системы здравоохранения на принципы обязательного медицинского страхования диктует потребность в поиске рычагов, способных с помощью финансовых механизмов повысить качество оказания медицинской помощи. Одним из таких рычагов является апробированный во многих субъектах Российской Федерации переход на эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результаты деятельности, например, подушевой принцип оплаты первичной медико-санитарной медицинской помощи с включением элементов фондодержания, клинико-статистические группы для оплаты медицинских услуг в условиях стационаров.

Наряду с внедрением эффективных способов оплаты медицинской помощи, для стимулирования повышения качества разрабатываются модели конечных результатов, на основе результатов которых производится оценка и материальное поощрение поставщиков медицинской помощи.

Материальные стимулы для пользователей с целью поощрения их разумно пользоваться услугами общественного здравоохранения существуют в единичных вариантах. Так, в рамках осуществления мероприятий по социально-значимым заболеваниям (туберкулез, ВИЧ-инфекция) на уровне отдельных субъектов Российской Федерации, с целью повышения эффективности лечения, практикуются варианты стимулирования пациентов в виде выдачи продуктовых и гигиенических наборов, оплаты проезда до лечебного заведения, оказания психосоциальной помощи и др.

Односторонняя борьба за качество здоровья населения только со стороны медицинского сообщества и полное отсутствие реальных обязательств за сохранение своего здоровья со стороны граждан будет дальше вести к повышению потребности во вливании дополнительных финансовых ресурсов в систему здравоохранения.

Поэтому все большее уделяется внимание формированию здорового образа жизни, улучшение экологии и т.д. Это проявляется в законодательстве, ограничивающем рекламу и продажу табачных и алкогольных изделий, повышением их акцизов и т.д. По всей стране созданы центры здоровья. Пропаганде здорового образа жизни много внимания

уделяют некоммерческие организации, благотворительные фонды. Однако их деятельность плохо скоординирована с государственным здравоохранением.

Основным инструментом мониторинга общественного здравоохранения страны является система статистической отчетности. Практически под любую программу и мероприятие, реализуемую в области здравоохранения, разрабатывается своя система мониторинга и оценки, включающая оцениваемые показатели и их целевые значения, систему сбора информации, включая соответствующие формы сбора информации, информационное обеспечение.

Существующая система значительно усложняет деятельность конечных поставщиков медицинской помощи в силу повышения объема отчетной документации по всем реализуемым мероприятиям. При отсутствии единой информационной системы мониторинга и оценки программ и мероприятий наблюдается разобщенность и несопоставимость предоставляемой информации одними и теми же поставщиками медицинской помощи в разные вышестоящие контролирующие структуры при их сведении.

Ожидается положительный эффект от возврата к широкомасштабной диспансеризации. Однако ее проведение в условиях недостатка кадров работников первичного звена может сказаться в доступности медицинской помощи из-за отвлечения медицинских работников на диспансеризацию. Одновременно возникает вопрос о том, насколько имеющимися в дефиците кадрами реально заниматься оздоровлением граждан по итогам диспансеризации.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОВ) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | Большой удельный вес государственного финансирования | + | | + | |
| 2 | Централизованная политика в сфере здравоохранения | + | | | |
| 3 | При оценке деятельности органов государственной власти в качестве критериев используется показатели развития здравоохранения | + | | | |
| 4 | Регламентированные Программой государственных гарантий объемные и стоимостные нормативы являются инструментом планирования и контроля за объемами оказанной медицинской помощи и их финансовым исполнением на уровне отдельных субъектов и на уровне страны в целом. | + | + | + | + |
| 5 | Реальный переход на страховые принципы позволит внедрить на уровне каждого поставщика медицинской помощи адекватные им эффективные способы оплаты медицинской помощи и стимулирующие методы оплаты труда в новых экономических условиях. | + | | | + |
| 6 | Принимаются законодательные и организационные меры по борьбе с вредными для здоровья факторами | + | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|
| 7 | Расширяется участие частных медицинских организаций в оказании бесплатной для населения медицинской помощи (в системе обязательного медицинского страхования, государственно-частное партнерство и т.д.) | + | + | | + |
|---|--|---|---|--|---|

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Централизация политики в сфере здравоохранения соседствует с децентрализованной системой бюджетного финансирования и различной подведомственностью медицинских организаций, что не всегда обеспечивает реализацию единой государственной политики | + | | + | |
| 2 | Регламентированные Программой государственных гарантий объемные и стоимостные нормативы, рассчитанные на одного гражданина (на одно застрахованное лицо в условиях ОМС) на самом деле не конкретизированы для отстаивания своих интересов в случае их нарушения (напр., объем скорой помощи в ПГГ определен в 0,318 вызова) | + | + | + | + |
| 3 | Отсутствие материальных стимулов для пользователей с целью поощрения их разумно пользоваться услугами общественного здравоохранения значительно снижают возможности системы здравоохранения повысить эффективность затрачиваемых финансовых ресурсов. | | | + | |
| 4 | Отсутствие единой системы мониторинга и оценки программ и мероприятий в области общественного здравоохранения | + | | | |
| 5 | Высокий удельный вес стационарной медицинской помощи по сравнению с амбулаторной помощью | | | | + |
| 6 | Большой акцент на оказание медицинской помощи при недостатке внимания и финансирования профилактики, включая образ жизни, среду обитания человека и т.д. | + | | | + |
| 7 | Отсутствие материальных стимулов для пользователей с целью поощрения их разумно пользоваться услугами общественного здравоохранения значительно снижают возможности системы здравоохранения повысить эффективность затрачиваемых финансовых ресурсов. | + | | | |
| 8 | Недостаточное развитие института некоммерческих организаций (НКО) и объемов предоставляемых ими услуг | | + | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Разработка вариантов соучастия население в финансировании здравоохранения (расширение объемов добровольного медицинского страхования; развитие платных услуг, оказываемых на добровольной основе; варианты участия населения в платежах на обязательное медицинское страхование и т.д.) | + | | + | |
| 2 | Разработать и утвердить конкретные объемы медицинской помощи и условия ее предоставления, которые бесплатно гарантируются каждому гражданину Российской Федерации | + | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| | государством в зависимости от той категории получателя, к которому он относится, и могут предоставляться на возмездной основе. | | | | |
| 3 | Разработать и внедрить единую систему мониторинга и оценки программ и мероприятий в области общественного здравоохранения, в результате функционирования которой возможно будет достичь решения задачи по адаптации механизмов финансирования к потребностям времени | + | | | |
| 4 | Принять более решительные меры по развитию стационарозамещающих технологий | + | | | |
| 5 | Усилить поддержку некоммерческих организаций, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья | + | | | |
| 6 | Принять меры по созданию мотивации у работодателей и населения по укреплению здоровья | + | | | |

Оценка функции – 7 баллов

8.С.2: Решения в отношении государственного финансирования услуг, учитывающие, в какой степени выгоды такого финансирования распределяются среди населения

Финансирование коллективных услуг, к сожалению, не относится к приоритетным. Это связано, с одной стороны, с тем, что сложно оценить выгоду от конкретных вложений (для этого требуются специальные исследования), а с другой – с тем, что это межотраслевые мероприятия и неоднозначным является выбор органа, который должен осуществлять финансирование.

Тем не менее, стратегия развития здравоохранения предполагает межотраслевой, межсекторальный подходы к вопросам охраны среды обитания человека.

Многое делается (в законодательном и организационном плане) в целях исключения недостоверной информации о содержании и полезности продуктов питания, исключения недоброкачественных товаров и т.д.

Финансово-экономическая оценка в отношении индивидуальных услуг, польза от которых выходит далеко за пределы выгоды для непосредственных получателей услуг, касающихся, в основном, профилактической направленности среди населения, производится по специальным запросам и носит нерегулярный и несистематический характер. Так, подобная оценка проводится в отношении мероприятий по отдельным заболеваниям, чаще всего, в отношении борьбы с распространением ВИЧ-инфекции, туберкулеза, обусловленная, в первую очередь, необходимостью государства отчитываться по взятым на себя межстрановым обязательствам (напр., подписанная страной Декларация ООН по приверженности борьбы с ВИЧ-инфекцией) или условиями реализации отдельного проекта/программы, чаще всего, финансируемого международным финансовым источником (напр., программы Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией).

К сожалению, до сих пор политика общественного здравоохранения направлена на борьбу со следствием, а не с причинами, т.е. ресурсы здравоохранения расходуются не на профилактику заболеваний, а на их лечение. Это может быть объяснено желанием части государственных чиновников в регионах получить краткосрочный результат (результаты

профилактических программ могут быть оценены только в средне и дальнесрочной перспективе). Хотя, общеизвестно, что наибольший экономический и медико-социальный эффект может быть только благодаря усилению профилактических мероприятий среди всего населения, а также узко направленных вмешательств на уязвимые группы.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | В стране имеются значительные наработки проведения экономического анализа затрат по отдельным социально-значимым заболеваниям, разработанные на основе международного опыта. | + | | | |
| 2 | Принят механизм, направленный на сокращение межтерриториальных различий в финансировании медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования | + | | + | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствие единых подходов к оценке экономической эффективности коллективных услуг | + | | | |
| 2 | Финансирование коллективных услуг, обладающих высоким эффектом, не относится к приоритетным | | | + | |
| 3 | Существуют сложности в определении финансирующего органа в отношении многих видов коллективных услуг | | | + | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Утверждение единых методологических подходов к системе мониторинга и оценки коллективных и индивидуальных услуг, обладающих высоким эффектом | + | | | |
| 2 | Поведение научных исследований в целях выявления приоритетов в финансировании коллективных и индивидуальных услуг, обладающих высоким эффектом | + | | + | |

Оценка функции – 7 баллов

ОФОЗ 9. Основная коммуникация в интересах общественного здравоохранения

Раздел А

9.А.1: Стратегический и систематический характер коммуникации в области общественного здравоохранения, развиваемой на основе понимания особенностей восприятия и потребностей различных аудиторий

В Министерстве здравоохранения имеется Пресс-служба, в функциональные обязанности которой входит регулярное освещение в СМИ вопросов охраны здоровья и деятельности МЗ РФ в этом направлении. Согласно этому в Пресс-службе существует штат сотрудников, стратегия коммуникации по вопросам охраны здоровья, обязанности сотрудников Пресс-службы, процедуры допуска к работе и методы оценки эффективности. Сотрудники Пресс-службы имеют специальную подготовку и навыки работы со СМИ, проведения интервью с лицами, принимающими решения, и пресс-конференций. Но это касается вопросов охраны здоровья и развития здравоохранения (как отрасли) в целом.

Вопросы общественного здравоохранения (укрепления здоровья, формирование здорового образа жизни и борьба с санитарно-эпидемиологическим неблагополучием) входят как часть в эту работу. Отдельной всеобъемлющей стратегии коммуникации по вопросам общественного здоровья нет. Хотя процесс профилактики болезней и формирования здорового образа жизни предполагает регулярное освещение вопросов здорового питания, повышения физической активности и борьбы с факторами риска в СМИ, Интернете и при проведении различных оздоровительных кампаний (День борьбы с табаком, Пропаганда грудного вскармливания и т.д.).

К сожалению, исследования эффективности отражения в СМИ вопросов общественного здравоохранения крайне малы. Они проводятся, в основном, медийным сообществом, которое изучает эффективность работы с целевыми группами, рейтинги публикаций и передач в электронных СМИ. Однако практически отсутствуют исследования представления достоверной информации о здоровье, количество информации о здоровье, используемой в качестве рекламы для фармацевтических компаний и производителей продуктов питания, процент социальной рекламы о здоровье в СМИ.

Следует отметить, что, учитывая корпоративную солидарность журналистов, такие исследования должны проводиться независимыми экспертами из числа специалистов общественного здравоохранения, не связанных с фармацевтическими компаниями и производителями продуктов питания.

Распространение информации о рисках и кризисах носит скорее ситуационный характер, т.е. как отклик на какое-либо стихийное бедствие. Хотя, справедливости ради, необходимо отметить большую роль Роспотребнадзора в информационном и коммуникационном пространстве, который распространяет упреждающую информацию о надвигающихся эпидемиях, неблагоприятных климатических изменениях, нарушениях в продуктах питания и т.д.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Область действия* (отметить «+») <i>*может содержать несколько вариантов</i> | | | |
|---|--|--|---------------------------|--------------------|---------------------|
| | | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
| 1 | Наличие Пресс-службы в Министерстве здравоохранения РФ и Роспотребнадзоре | + | | | |
| 2 | Регулярное освещение деятельности МЗ РФ и работы по охране здоровья в СМИ | + | | | |
| 3 | Регулярное освещение вопросов, связанных с рисками и катастрофами, со стороны Роспотребнадзора | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствие отдельной всеобъемлющей стратегии по взаимодействию со СМИ по общественному здравоохранению | + | | | |
| 2 | Отсутствие исследований о достоверности информации о здоровье, представляемой в СМИ, насколько эта информация представлена как реклама для фармацевтических компаний, а насколько она способствует действительно развитию здорового образа жизни | + | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Создание отдельной всеобъемлющей стратегии по коммуникации в области общественного здравоохранения в рамках деятельности МЗ РФ и Роспотребнадзора | + | | | |
| 2 | Инициирование и проведение исследований о достоверности информации о здоровье в СМИ, насколько она зависит от фармацевтических компаний и производителей продуктов питания. Следует отметить, что, учитывая корпоративную солидарность журналистов, такие исследования должны проводиться независимыми экспертами из числа специалистов общественного здравоохранения, не связанных с фармацевтическими компаниями и производителями продуктов питания. | + | | | |

Оценка функции – 8 баллов

9.А.2: Распространение информации среди различных аудиторий в таких форматах и через такие каналы, которые доступны, понятны и удобны для пользования

Распространение информации об общественном здравоохранении проводится по различным каналам СМИ с учетом специфики аудиторий и целевых групп. Следует отметить, что в этом процессе участвуют как государственные структуры, так и гражданское общество. Вопросы здоровья занимают примерно от 20% до 25% общей тематики в СМИ (включая вопросы качества продуктов питания, факторов риска и информации о негативных последствиях тех или иных явлений). Публикации в СМИ и передачи в электронных СМИ зачастую инициируются самими СМИ без участия государственных структур (в том числе, МЗ РФ и Роспотребнадзора). Информация в Интернете инициируется помимо фармацевтических компаний, производителей продуктов питания и производителей алкогольной продукции, гражданским обществом. Особенно часто общественные обсуждения затрагивают проблемы ДТП, качество продуктов питания, чрезвычайные ситуации.

Минздравсоцразвития РФ несколько лет назад создал сайт "Здоровая Россия" - takzdorovo.

Информация о проекте

Takzdorovo.ru – официальный ресурс программы "Здоровая Россия".

Официально. Материалы Takzdorovo.ru проходят проверку у ведущих специалистов российского здравоохранения и экспертов в области здорового образа жизни. Опубликованные на сайте сведения подтверждены исследованиями и содержат достоверную информацию. В редакции портала отсутствует рекламный отдел, а приглашенные специалисты рассказывают только о доступных и несложных способах поддерживать здоровье. Смело рекомендуем сайт родственникам и друзьям.

Коммуникация. Интерактивный портал Takzdorovo.ru – это не только справочные статьи, интересные новости, авторские колонки, комментарии экспертов и видеоуроки. Мы разработали инструменты, которые помогут вам улучшить качество жизни. Предоставили возможность найти единомышленников и задать вопрос авторитетному специалисту.

Здоровье. Материалы Takzdorovo.ru рассказывают не о медицине или красоте. Наша задача – помочь вам сохранить здоровье, продлить жизнь и минимизировать последствия ошибок прошедших лет. Заботиться о себе и близких никогда не поздно. Начните прямо сейчас.

Образ жизни. Takzdorovo.ru предлагает не кратковременные процедуры, а способы выработки новых полезных привычек. Приучите себя к небольшим несложным изменениям, и скоро перестанете их замечать. Зато ваше тело заметит и будет благодарно. Подарите себе здоровую жизнь.

Помимо него МЗСР РФ создал сайт для инвалидов "Жить вместе" - zhit-vmeste, на котором в доступной форме представлены вопросы здоровья, реабилитации и социальной адаптации инвалидов.

Оба портала были созданы на конкурсной основе интернет-компаниями. Первоначальное финансирование проектов было представлено Минздравсоцразвитием РФ. Дальнейшее функционирование обоих порталов осуществляется в форме государственно-частного партнерства.

Помимо Интернета на страницах СМИ и по телевидению и радио регулярно выступают как представители Минздрава, так и приглашенные специалисты из различных институтов медицинского профиля с информацией о здоровье, правильном поведении и питании, факторах риска и их последствиях для здоровья. Эти выступления проводятся в различных формах: интервью, ток-шоу, документальные фильмы, вопросы-ответы и т.д. Таким образом, практически охвачена вся аудитория и все целевые группы.

Отрицательным моментом является также отсутствие оценки достоверности информации в различных СМИ (см. п. (9.А.1)).

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Распространение информации о здоровье как с государственным участием, так и гражданским обществом, что показывает интерес к этой тематике со стороны населения. | + | + | | + |
| 2 | Выступления в СМИ в различных форматах для различных аудиторий как представителей МЗ РФ и Роспотребнадзора, так и приглашенных экспертов из различных институтов медицинского профиля, что гарантирует охват различных целевых аудиторий | | + | | |
| 3 | Создание Минздравсоцразвитием России портала "Здоровая Россия" и "Жить вместе" для пропаганды здорового образа жизни и возможностей реабилитации и социальной адаптации инвалидов. | + | + | + | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствие оценки достоверности информации о здоровье, представляемой в различных СМИ и Интернете | + | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Необходимость проведения исследований достоверности информации о здоровье в СМИ | + | | | |

Оценка функции – 8 баллов

9.А.3: Разъяснение и защита идеи о необходимости разработки и реализации здоровой политики и создания здоровой среды во всех секторах государственного управления (принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях и направлениях политики)

Вопросы общественного здоровья являются частью "Концепции развития здравоохранения до 2020 г. ", разработанной Минздрасоцразвитием России в 2009 г.:

Цели, задачи и основные направления концепции развития здравоохранения до 2020 года

Целями развития здравоохранения являются:

- прекращение к 2011 году убыли населения Российской Федерации и доведение численности до 145 млн. человек к 2020 году;
- увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет;
- снижение общего коэффициента смертности до 10 (то есть в 1,5 раза по отношению к 2007 году);
- снижение показателя младенческой смертности до 7,5 на 1000 родившихся живыми (на 20% по отношению к 2007 г.);
- снижение показателя материнской смертности на 100 000 родившихся живыми до 18,6 (на 15,7% по отношению к 2007 г.);
- **формирование здорового образа жизни населения, в том числе снижение распространенности употребления табака до 25% и снижение потребление алкоголя до 9 л в год на душу населения;**
- повышение качества и доступности медицинской помощи, гарантированной населению Российской Федерации.

Задачами развития здравоохранения являются:

- **создание условий, возможностей и мотивации населения Российской Федерации для ведения здорового образа жизни;**
- переход на современную систему организации медицинской помощи;
- конкретизация государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
- создание эффективной модели управления финансовыми ресурсами программы государственных гарантий;
- улучшение лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках системы обязательного медицинского страхования;
- повышение квалификации медицинских работников и создание системы мотивации их к качественному труду;
- развитие медицинской науки и инноваций в здравоохранении;
- информатизация здравоохранения.

Формирование здорового образа жизни

Сохранение и укрепление здоровья населения Российской Федерации возможно лишь при условии формирования приоритета здоровья в системе социальных и духовных ценностей российского общества путем создания у населения экономической и социокультурной мотивации быть здоровым и обеспечения государством правовых, экономических, организационных и инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни.

Для **формирования здорового образа жизни** необходимо внедрение системы государственных и общественных мер по:

1. совершенствованию медико-гигиенического образования и воспитания населения, особенно детей, подростков, молодежи, через средства массовой информации и обязательному внедрению соответствующих образовательных программ в учреждения дошкольного, среднего и высшего образования. В рамках указанного направления необходимо осуществлять обучение гигиеническим навыкам по соблюдению правил гигиены труда, режима труда (в том числе учебы) и отдыха, режима и структуры питания, своевременного обращения за медицинской помощью и иных норм поведения, поддерживающих здоровье;
2. созданию эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками (злоупотребление алкоголем, табакокурение, наркомания и др.), включающей просвещение и информирование населения о последствиях употребления табака и злоупотребления алкоголем, содействие сокращению употребления табака и алкоголя, регулирование и раскрытие состава табачных изделий и алкогольной продукции, и предоставление полных сведений о составе на упаковке, защита некурящих от воздействия табачного дыма, ограничение употребления алкоголя в общественных местах, регламентирование размещения мест продажи алкогольных напитков, табака и порядка их реализации, а также ценовые и налоговые меры;
3. созданию системы мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни и участию в профилактических мероприятиях, в первую очередь, посредством популяризации уклада и стиля жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья граждан Российской Федерации, формирования моды на здоровье особенно среди подрастающего поколения, внедрение системы медицинского обслуживания здоровых и практически здоровых граждан; ведение разъяснительной работы о важности и необходимости регулярной профилактики и диспансеризации граждан;
4. созданию системы мотивирования работодателей к участию в охране здоровья работников посредством установления льгот по страховым взносам на обязательное медицинское и социальное страхования, стимулирования работающих коллективов к ведению здорового образа жизни;
5. профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальное давление, неправильное питание, гиподинамия и т.д.);
6. созданию системы мотивирования руководителей учреждений системы школьного образования к участию в охране здоровья и формированию здорового образа жизни школьников.

В целях формирования здорового образа жизни будут решены следующие задачи:

- проведение прикладных научных и эпидемиологических исследований по обоснованию совершенствования законодательства и методической базы;

- обеспечение межведомственного сотрудничества и функционирования координационного механизма (включая организацию деятельности федерального ресурсного центра);
- разработка современных подходов и обеспечение условий для обучения специалистов, совершенствование учебных программ, развитие инфраструктуры федеральных научных, образовательных учреждений;
- организация и развитие медико-профилактической помощи путем внедрения современных медико-профилактических технологий;
- организационно-методическое обеспечение деятельности региональных профилактических организаций (центров медицинской профилактики), а также учреждений первичной медико-санитарной помощи;
- ***разработка и реализация федеральных информационных и коммуникационных кампаний;***
- организация вертикали взаимодействия между центрами медицинской профилактики и кабинетами профилактики в первичном звене;
- организация школ здоровья по основным факторам риска;
- развитие условий для ведения здорового образа жизни, включая обеспечение мониторинга и современного уровня контроля (надзора) за соответствием продукции, предназначенной для человека, а также факторов среды обитания человека требованиям действующего законодательства.

Мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, будут осуществляться в **два этапа**.

На первом этапе (2009 – 2015 гг.) будет разработана система оценки здоровья, определены базовые индикативные показатели, такие как потенциал общественного здоровья и индекс здорового образа жизни. Также обеспечена их стабилизация за счет постепенного наращивания объемов финансирования конкретных мероприятий, в том числе направленных, учитывая уровень распространенности вредных привычек в стране, на снижение потребления табака и алкоголя, на оказание медико-профилактической помощи населению на основе разработанных методик и стандартов с учетом групп риска и этапов внедрения отдельных медико-профилактических технологий (сначала пилотные регионы, затем тиражирование на всю территорию Российской Федерации).

На втором этапе (2016 – 2020 гг.) планируется выйти на необходимый, с точки зрения эффективности, объем мероприятий для постепенного увеличения (по отношению к базовым показателям, установленным на первом этапе) потенциала общественного здоровья на 10% и индекса здорового образа жизни на 25%. При этом уровень распространенности употребления табака и объемов потребления алкоголя (в пересчете на чистый спирт) в стране за весь период должен снизиться в 2 раза.

При этом с 2009 по 2012 годы финансовым обеспечением для мероприятий по формированию здорового образа жизни будет выступать приоритетный национальный проект "Здоровье", в котором будет предусмотрено 3,8 млрд. рублей. В целом предполагается выделять бюджетные ассигнования федерального бюджета в общей сумме не менее 13,8 млрд. рублей на период 2009-2020 гг. Также финансовое обеспечение мероприятий должно производиться из бюджетов субъектов Российской Федерации и

местных бюджетов. Кроме того, создание механизмов мотивирования и усиление разъяснительной работы привлечет инвестиции частного сектора экономики в оздоровительную инфраструктуру.

Снижение рисков для здоровья населения должно осуществляться на основе предупреждения и устранения вредного воздействия на население факторов среды обитания человека (биологических, химических, физических и социальных). Одним из наиболее важных факторов охраны здоровья является обеспечение **санитарно-эпидемиологического благополучия населения**, включающее:

1. совершенствование системы мер по снижению риска воздействия неблагоприятных факторов среды обитания на население на основе развития санитарного законодательства, государственного санитарно-эпидемиологического нормирования и технического регулирования с помощью инструментов социально-гигиенического мониторинга и обеспечения государственного санитарно-эпидемиологического надзора, а также надзора в области защиты прав потребителей, а также обеспечение безопасных и комфортных условий труда, базирующихся на гигиенических критериях оценки профессионального риска вреда здоровью работников, внедрение единых критериев медицинской реабилитации больных профессиональными заболеваниями;
2. борьбу с инфекционными и паразитарными заболеваниями, в рамках которой необходимо усиление санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, особое внимание среди которых будет уделяться снижению и стабилизации уровней заболеваемости по инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики, совершенствованию и выполнению Национального календаря профилактических прививок и Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям, а также профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С;

Обеспечение **здорового безопасного питания** населения всех возрастных групп является важным направлением при формировании здорового образа жизни среди населения Российской Федерации, предусматривающим оптимизацию режима и характера питания, а также образование и обучение различных групп населения по вопросам здорового питания, в том числе с участием научных и лечебных центров, занимающихся вопросами питания.

Меры по внедрению здорового безопасного питания:

- поддержка грудного вскармливания детей раннего возраста,
- поддержка отечественного производства специализированных продуктов для детского питания, полностью удовлетворяющих потребности здоровых детей раннего возраста;
- создание системы здорового питания детей в организованных коллективах, в том числе совершенствование организации питания учащихся в общеобразовательных учреждениях;
- образование и обучение различных групп населения в вопросах здорового питания, в том числе с участием научных и лечебных центров, занимающихся вопросами питания;

- **информационно-коммуникационная кампания по формированию у граждан Российской Федерации рациона здорового безопасного питания;**
- осуществление мониторинга состояния питания населения.

Также важным направлением являются меры по повышению двигательной активности, которая представляет собой важнейшее условие поддержания здоровья граждан. В числе таких мер должны быть:

- **пропаганда и стимулирование активного образа жизни, образование населения в вопросах физической культуры;**
- восстановление производственной гимнастики и разработка конкретных рекомендаций по её содержанию и формам осуществления с учётом условий труда;
- развитие лечебной физкультуры и физической культуры, направленной на поддержание здоровья с опорой на имеющиеся в этой области разработки российских учёных и мировой опыт.

Кроме того, в период 2009-2012 года будет продолжаться реализация приоритетного национального проекта "Здоровье" в рамках следующих направлений:

1. Формирование здорового образа жизни;
Развитие первичной медико-санитарной помощи и совершенствование профилактики заболеваний;
2. Повышение доступности и качества специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи;
3. Увеличения (по отношению к базовым показателям, установленным на первом этапе) потенциала общественного здоровья на 10% и индекса здорового образа жизни на 25%. При этом уровень распространенности употребления табака и объемов потребления алкоголя (в пересчете на чистый спирт) в стране за весь период должен снизиться в 2 раза.

Из представленной выдержки из Концепции видно, что в процессе формирования здорового образа жизни достаточное внимание уделяется коммуникациям о здоровье.

Кроме того, на государственном уровне приняты законы об ограничении рекламы на алкогольную и табачную продукцию. Эти законы пересматривались несколько раз в сторону ужесточения ограничений вплоть до полного запрета рекламы табака и крепких алкогольных напитков. Эта мера может восприниматься и как инициатива государства, и как выполнение международных обязательств.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Учет важности коммуникации в области общественного здоровья на всех уровнях государственного управления РФ | + | | | |
| 2 | Наличие законов об ограничении рекламы табака и алкоголя в СМИ | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствие цельной разработанной стратегии в области коммуникации по общественному здоровью на государственном уровне. | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Разработка цельной разработанной стратегии в области коммуникации по общественному здоровью на государственном уровне | + | | | |

Оценка функции – 9 баллов

9.А.4: Обучение коммуникации в области общественного здравоохранения и развитие необходимого для этого кадрового потенциала

В России большое количество учебных заведений готовят журналистов, в том числе по вопросам освещения аспектов здоровья. Ведущим ВУЗом является МГУ, факультет журналистики, на котором работает кафедра освещения вопросов здоровья в СМИ.

В то же время не хватает работников общественного здравоохранения, которые могли бы проводить оценку качества и достоверности материалов, выходящих в СМИ.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | Подготовка журналистов по освещению вопросов здоровья | | + | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Нехватка специалистов общественного здравоохранения, которые могли бы проводить оценку качества и достоверности материалов, выходящих в СМИ | + | + | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Организовать подготовку работников общественного здравоохранения, которые могли бы проводить оценку качества и достоверности материалов, выходящих в СМИ. Целесообразно проводить такую подготовку на курсах последипломного обучения для специалистов, уже имеющих медицинское или высшее медсестринское образование | + | | | |

Оценка функции – 7 баллов

9.А.5: Оценка эффективности коммуникации в области общественного здравоохранения

К сожалению, такая оценка в России не проводилась.

ОФОЗ 10. Научные исследования в области здравоохранения

Раздел А

10.А.1: Возможности, которыми располагает страна, для инициирования научных исследований в области эпидемиологии и общественного здравоохранения или для участия в таких исследованиях

По результатам оценки установлены следующие основные составляющие:

В России научное обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в рамках функций служб общественного здравоохранения, а также разработку перспективных технологий профилактики заболеваний и финансирование ЗОЖ осуществляют 29 научно-исследовательских институтов Роспотребнадзора.

Научно-исследовательскими институтами проводятся фундаментальные и прикладные исследования по актуальным проблемам гигиены окружающей среды, гигиены и медицины труда, гигиены детей и подростков, гигиены питания, эпидемиологии и других направлений.

Функционируют академические научно-исследовательские центры в системе Министерства здравоохранения, органов управления регионального уровня. В 90-х годах XX столетия открыты частные НИИ, неправительственные организации по общественному здравоохранению.

В системе 47 высших образовательных медицинских институтов, медицинских академий, университетов, институтов МЗ РФ имеются кафедры общественного здоровья, на которых выполняются исследования в области общественного здравоохранения.

В системе ВУЗов Министерства образования РФ открыты кафедры валеологии, научная деятельность которых связана с разработкой технологий формирования ЗОЖ.

Финансирование научных исследований по общественному здравоохранению осуществляется из нескольких источников: за счет федерального и регионального бюджетов в соответствии с Госзаказом, за счет средств целевых программ федерального уровня с частичным софинансированием на уровне субъекта страны.

Научные исследования в области общественного здравоохранения.

Научные исследования являются доказательно обоснованной базой при разработке политики и предоставления услуг.

Целевая область действия данной оперативной функции включает:

1. Исследования и разработки, целью которых является расширение доказательной базы знаний для научного обоснования принятых политических решений, основанных на фактических данных на всех уровнях;
2. Разработку новых методов исследований и инновационных технологий и решений в области общественного здравоохранения;
3. Создание партнерств с научными и образовательными, академическими учреждениями и университетскими центрами для проведения комплексных исследований

для обоснования, основанного на доказательных принципах принятия решений на всех уровнях общественного здравоохранения

4. Средства целевых государственных заказов по контрактам конкурсных механизмов.

5. Международные займы (МБ) и в целом и НИР по ОЗ, гранты.

Финансовое обеспечение общественного здравоохранения в период 90-х годов XX века и начала 2000 г было крайне недостаточным из-за системного С-ЭК кризиса. Ситуация кардинально изменилась с 2006 г, когда финансирование систем здравоохранения значительно увеличилось.

Позитивно, что в трудные годы политических и экономических преобразований не была разрушена статистическая база (база данных).

Проведение системного анализа системы здравоохранения позволило научно обосновать приоритетные проблемы и готовить доказательные аналитические материалы для Государственной Думы, Администрации Председателя Правительства, Министерства здравоохранения и аналогичных структур на региональном уровне.

В то же время, при достаточно высоком научном потенциале научно-исследовательских структур определяется дефицит научных кадров, особенно молодого и среднего возраста.

Мобилизующим механизмом финансового обеспечения НИР по ОЗ является принятый в 2011 году ФЗ "Основы законодательства об охране здоровья граждан" согласно которому законодательно определены приоритетными направлениями политики государства профилактика, сохранение и укрепление здоровья, интегрирование развития системы общественного здравоохранения на основе комплексного межсекторального подхода к охране здоровья, т.е. формирование единой профилактической среды, а так же включение населения в качестве активных партнеров в ОЗ, предотвращении, выявлении и систематизации заболеваемости.

На уровне исполнительной власти фундаментальным документом является Указ Президента (2012) об утверждении Программы развития здравоохранения до 2020 г.

Исследования в области совершенствования (обоснованная оценка) методов оценки бремени болезней и факторов риска, как фундаментальных источников для принятия решений в ОЗ с 1990 г проводятся в ЦНИИОИЗ, как головной научной организации по ОЗ.

Так, в институте разработана методология оценки бремени болезней на основе критериев предотвратимой смертности. Данная оценка бремени болезней использована при разработке в мониторинге и оценке Федеральной целевой программы МЗ РФ по снижению смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты анализа ситуации по здоровью и ОЗ предоставляются ежегодно в виде аналитических записок для ГД, Администрации президента, а так же в виде аналитических документов по конкретным проблемам ОЗ.

В институте функционирует статистический центр, в котором формируется вся статистическая база из регионов РФ. База данных формируется в виде сборников, анализируется и предоставляется в виде аналитических справок.

Приоритетные направления для эпидемиологических и научных исследований определяются в МЗ Департаментом кадровой политики и образовательных учреждений Департаментом развития здравоохранения в виде государственного задания (на 3 года). Кроме того, НИИ в соответствии с Уставами НИИ проводят самостоятельные исследования по контрактам с МЗ РФ, с Региональными МЗ, ГД, Администрацией Президента и другими структурами, в т.ч. частными и НКО.

Фундаментальные прикладные НИР в ОЗ определяются в соответствии с принятой и утвержденной Указом Президента программой развития здравоохранения до 2020 г, а так же функциональными и рекомендательными документами ВОЗ.

Институт определяет необходимый объем средств по предлагаемым исследованиям, что является обоснованием для бюджетного финансирования по НИР ОЗ.

Однако остается проблема не соответствия зарплаты сотрудников институтов и зарплаты специалистов практического здравоохранения, что негативно отражается на привлечении молодых кадров.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Область действия* (отметить «+») <i>*может содержать несколько вариантов</i> | | | |
|---|--|--|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| | | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОВ) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
| 1 | Возможности для интегрирования исследований в системы ОЗ: законодательно определены принципы охраны здоровья на основе приоритета профилактики как политики Гл.1.ст.2 | + | | | |
| 2 | Функционирует сеть 49 научно-исследовательских организаций в системе Роспотребнадзора, Министерства здравоохранения (Транспорта, МВД, Сельского хозяйства и др.) высших учебных медицинских и не медицинского профиля организаций. | + | + | | + |
| 3 | Создание в структуре МЗ и СР РФ Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека, в функции которого входит организация взаимодействия научной организации в сфере ОЗ. | + | | | |
| 4 | Издан Указ Президента Российской Федерации № 598 от 07.05.2012г. "О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения", в котором предписано Правительством обеспечить реализацию мероприятий по финансированию ЗОЖ граждан, что подтверждает | + | | | |

| | | | | | |
|----|---|---|--|--|---|
| | актуальность исследований по ОЗ и является политической платформой для выбора приоритетных научных исследований. | | | | |
| 5 | Определены МЗ РФ Государственные задания по приоритетным направлениям научно-исследовательской работы по общественному здравоохранению (формирование здорового образа жизни (ЗОЖ), профилактика неинфекционных заболеваний (НИЗ), снижение предотвратимой смертности, онкологии, улучшении здоровья матери и ребенка) | + | | | |
| 6 | Приняты и реализуются целевые программы, в которых утверждены разделы научных исследований в сфере общественного здравоохранения. | + | | | |
| 7 | На уровне страны, регионов, муниципалитетов функционирует статистическая база данных для проведения исследований и подготовки аналитических материалов. | + | | | |
| 8 | На всех уровнях обработка статистических данных осуществляется современными информационными технологиями. | + | | | |
| 9 | Функционирует система подготовки специалистов для проведения НИР в области ОЗ. | + | | | |
| 10 | Функционируют самостоятельные журналы по ОЗ, ежегодно издаются сборники с публикациями результатов по ОЗ. | + | | | + |
| 11 | Активное сотрудничество с ВОЗ по вопросам ОЗ по вопросам ОЗ и другими международными организациями по обмену информацией, опытом и личными практиками. | + | | | |
| 12 | Использование законодательной и исполнительной властью на всех уровнях результатов НИР для принятия решений. | + | | | |
| 13 | Широкое комплексирование в проведении НИР и НИУ не медицинского профиля (социологи, экономисты, демографы, юристы, работники социальной сферы, образования, труда и пр.) | + | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточная система координации в проведении НИР различных НИУ медицинского и не медицинского профиля. | + | | | |
| 2 | Отсутствие эффективного сотрудничества между практическими службами по ОЗ (центры профилактики, центры здоровья и научными институтами, университетами, академиями) | + | | | + |
| 3 | Отсутствие критериев отбора приоритетных направлений НИР по ОЗ. | + | | | |
| 4 | Несоответствие оплаты труда научных сотрудников в системе общественного здравоохранения с НИИ клинического профиля. | + | | | |
| 5 | Профессиональная недооценка статуса Н.с. по ОЗ врачебным сообществом. | + | | | |

| | | | | | |
|----|---|---|--|--|---|
| 6 | Направления НИР и эпидемиологических исследований в большей степени привязаны к возможностям НИИ, что связано с государственной формой собственности и их системы финансирования по статьям расходов. | + | | | |
| 7 | Недостаточно внедрены в систему НИР методологии эпидемиологического моделирования и использования системы математического моделирования в исследованиях факторов риска. | + | | | |
| 8 | Длительный период между накоплением знаний и разработкой практических рекомендаций по ОЗ и их внедрением в практику. | + | | | + |
| 9 | Преобладание описательного характера (оценка систем) результатов НИР над рекомендациями и разработкой практических действий по общественному здравоохранению | + | | | |
| 10 | Результаты исследования по демографии, качеству жизни, образования, труда не всегда интегрируется во взаимосвязь со здоровьем населения. | + | | | |
| 11 | Недостаточный удельный вес фундаментальных исследований по ОЗ. | + | | | |
| 12 | Избыточная децентрализация в системе организации здравоохранения создает условия фрагментации НИР и распыления ресурсов. | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | P | OP | Ф | OY |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Создать систему подготовки кадров по ОЗ в соответствии с потребностью всех уровней подготовки специалистов через магистратуру по ОЗ. | + | + | | |
| 2 | Разработать и утвердить МЗ РФ систему критериев оценки НИИ в области ОЗ и по результатам оценки определить, категории НИИ и их дифференцировку финансирования. | + | | | |
| 3 | Шире использовать результаты социологических исследований для анализа системы в области ОЗ, а так же проводить мониторинг эпидемиологических исследований с экспертной оценкой приоритетов проблем, а так же комплекс исследований отдельных групп населения в зависимости от места жительства (город, село), факторов риска, условий жизни, труда, доступности медицинской помощи. | + | + | | + |
| 4 | Результатом всех проводимых прикладных НИР по ОЗ должны быть конкретные практические рекомендации и механизмы внедрения лучших практик. | + | | | |
| 5 | С учетом кадрового анализа НИУ медицинского профиля и привлечения специалистов из других отраслей, усилить фундаментальную составляющую НИР как базы знаний для дальнейшей прикладных исследований. | + | + | | |
| 6 | Усилить направления по разработке новых методов, подходов и методик в области ОЗ, особенно по исследованию бремени болезней и факторов риска. | + | | | |

Оценка функции – 8 баллов

10.А.2: Достаточность имеющихся ресурсов (например, баз данных, информационной технологии, кадровых ресурсов) для стимулирования научных исследований

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|----------------------------|--|-------------------------------|--------------------------------|
| 1 | Функционирование медицинских информационно-аналитических центров в регионах России, функциями которых является сбор, обработка, хранение, передача и анализ информации о состоянии здоровья населения и здравоохранения регионов | | | | + |
| 2 | Проведение службами Роспотребнадзора санитарно-гигиенического мониторинга | + | | | + |
| 3 | Осознание целесообразности создания единой медицинской информационной базы данных, доступной для исследователей | + | | | |
| 4 | Наличие регистров пациентов по определенным нозологическим формам (отдельные виды рака, острый коронарный синдром) | + | | | + |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|----------|-----------|----------|-----------|
| 1 | Отсутствие полномасштабного доступа к регистру по заболеваниям | + | | | + |
| 2 | Ведомственная разобщенность информационных баз | + | + | | + |
| 3 | Отсутствие свободного доступа к полнотекстовым электронным базам данных | + | + | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|----------|-----------|----------|-----------|
| 1 | Создание единого информационного пространства путем объединения имеющихся баз данных на уровне региона и РФ, повышение доступа к библиотечным фондам | + | | | |

Оценка функции - 8 баллов

10.А.3: Планирование распространения результатов научных исследований среди других работников общественного здравоохранения (например, путем публикации в научных журналах, через веб-сайты)

По Государственному заданию Минздрава разрабатывается портал "Медицинская наука" в информационно-телекоммуникационной сети интернет с целью обмена актуальной научной информацией, формирования единого интеллектуального пространства в области научных медицинских исследований. Что позволит стимулировать научную кооперацию, обсуждение проблем и результатов выполнения научно-исследовательской работы, а также в целях доступа к электронным аналитическим базам данных.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Началась разработка портала "Медицинская наука" в информационно-телекоммуникационной сети интернет с целью обмена актуальной научной информацией | + | | | + |
| 2 | Существование научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU - крупнейшего российского информационного портала в области науки, технологии, медицины и образования, содержащей рефераты и полные тексты более 14 миллионов научных статей и публикаций. | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Недостаточная возможность обмена научными результатами и передаче результатов между разными организационными системами научных исследований и разработок | + | | | |
| 2 | Несовершенство сетей, способствующих распространению результатов, а также быстрому усвоению и внедрению новых знаний в практику | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Разработка портала в информационно-телекоммуникационной сети интернет с целью обмена актуальной научной информацией | + | | | |

Оценка функции – 7 баллов

10.А.4: Оценка страной развития, осуществления и практического эффекта научно-исследовательских работ в области общественного здравоохранения (а также услуг общественного здравоохранения)

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Наличие значительного научного потенциала в Российской Федерации | + | + | | |
| 2 | Распространение практики оформления актов внедрения результатов исследования в практическое здравоохранения | + | | | + |
| 3 | Создание по итогам и на основе результатов научных исследований руководств и рекомендаций для общественного здравоохранения. | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствие механизма оценки результатов научных исследований | + | | | |
| 2 | Отсутствие системы оценки эффективности от внедрения результатов научных исследований в практику | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Создание во всех регионах Российской Федерации экспертного Совета для оценки результатов НИР и целесообразности их внедрения в практику | | | | |

Оценка функции – 8 баллов

10.A.5: Поощрение инноваций среди персонала

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОР) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Наличие соглашений между специалистами системы здравоохранения и научными организациями | + | + | | |
| 2 | Высокая степень сотрудничества между специалистами учреждений здравоохранения и научными работниками | + | + | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствие адекватной системы мотивации практических врачей к занятиям научной деятельностью | + | + | + | + |
| 2 | Ограниченность финансирования поисковых исследований | + | | + | |
| 3 | Отсутствие нормативной базы, регулирующей взаимоотношения между медицинскими учреждениями и кафедрами медицинской академии | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Создание фонда для финансирования поисковых исследований в сфере общественного здоровья и здравоохранения | | | + | |
| 2 | Создание системы стимулов для специалистов медицинских учреждений для проведения научных исследований | + | + | + | + |

Оценка функции – 7 баллов

10.A.6: Научные исследования и мониторинг передовой практики, проводимые министерством здравоохранения

Выявление передовой практики в масштабе страны и на международном уровне и ее распространение проводится в Российской Федерации постоянно как сотрудниками научных организаций и медицинской академии, так и специалистами учреждений здравоохранения, путем участия в научных конференциях, работы с научной литературой, посещения передовых медицинских центров.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОП) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|--|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | Выявление передовой практики в масштабе страны и на международном уровне и ее распространение путем участия в научных конференциях, работы с научной литературой, посещения передовых медицинских центров. | + | + | | + |
| 2 | Заимствование, реализация и адаптация к условиям России рекомендаций ВОЗ | + | | | |

Оценка функции – 8 баллов

10.А.7: Активное использование данных научных исследований для разработки и обоснования политики в области общественного здравоохранения

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов (ОП) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|--------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------|
| 1 | Существует практика использования результатов научных исследований при разработке стратегических и программных документов в области здравоохранения | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОП | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Не всегда производится анализ соотношения затраты –эффект | + | | | |
| 2 | Недостаточность методик оценки эффективности научных исследований для медицинской практики | + | | | |
| 3 | Недостаточность государственных заказов на научные исследования в области общественного здравоохранения на уровне региона (с соответствующим финансированием) | + | | + | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | P | OP | Ф | OY |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Включение в состав разработчиков стратегических и программных документов специалистов научных организаций | + | | | + |
| 2 | Разработка и внедрение системы государственных заказов на научные исследования | | | | + |

Оценка функции – 7 баллов

10.А.8: Возможности для сбора, анализа и распространения информации о состоянии и охране здоровья

Наличие информации о состоянии и охране здоровья, собираемой государственным сектором.

В целях обеспечения органов государственного управления и общественности России объективной систематизированной аналитической информацией о здоровье и медико-социальной помощи населению, специалистами Национального НИИ общественного здоровья РАМН подготавливается ежегодный государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации (Постановление Совета Министров - Правительства Российской Федерации от 3 марта 1993 г. N 195). В Докладе освещаются основные аспекты медико-демографической ситуации в стране, деятельности системы здравоохранения и достижения в области медицины с использованием данных из субъектов Российской Федерации, материалов Минздравсоцразвития России и Росстата, результатов научных исследований.

Наличие регулярно представляемой ежегодной информации о состоянии и охране здоровья в национальном статистическом ведомстве.

Удовлетворение потребностей органов власти и управления, средств массовой информации, населения, научной общественности, коммерческих организаций и предпринимателей, международных организаций в разнообразной, объективной и полной статистической информации – главная задача. Для ее решения действует система государственной статистики, в состав которой входят центральный аппарат на федеральном уровне и территориальные органы Росстата, расположенные во всех субъектах Российской Федерации.

Ежегодно Федеральная служба государственной статистики выпускает "Статистический ежегодник", содержащий статистические данные о социально-экономическом положении Российской Федерации. Представлены сведения об основных социально-экономических характеристиках Российской Федерации, содержится описание географических и климатических условий России, данные об окружающей среде и национальном богатстве. Публикуется информация о населении, его занятости и денежных доходах, о социальной сфере, сфере здравоохранения.

Уровень качества информации, собираемой, анализируемой и распространяемой сектором общественного здравоохранения.

Международная экспертиза признала статистические данные Федеральной службы государственной статистики надежными.

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Наличие доступной и полной информации об общественном здоровье в Российской Федерации | + | | | |
| 2 | Подготовка ежегодных аналитических документов о состоянии здоровья населения в Российской Федерации, утвержденных на уровне Правительства | + | | | |
| 3 | Широкое использование информации о здоровье населения в работе органов управления здравоохранением | + | | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Необходим пересмотр существующих статистических форм | + | | | |
| 2 | Недостаточный кадровый потенциал по подготовке аналитических материалов и внедрению информационных технологий в области автоматизации сбора и анализа данных | | | | + |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | Р | ОР | Ф | ОУ |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Разработать новые методики оценки качества медико-статистической информации | + | | | |

Оценка функции – 8 баллов

10.А.9: Возможности для осуществления научных исследований по изучению социальных детерминант здоровья (и их влияния на здоровье) с целью формирования и выбора целей политики

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (Р) | Обеспечение ресурсов | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (ОУ) |
|---|---|-----------------|----------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Наличие научных организаций, способных проводить исследования по изучению социальных детерминант здоровья | + | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|
| 2 | Наличие исследований различных социальных групп населения | + | | | + |
|---|---|---|--|--|---|

Недостатки

| | Описание недостатков | P | OP | Ф | OY |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствие надежного финансирования таких исследований | + | | + | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | P | OP | Ф | OY |
|---|---|---|----|---|----|
| 1 | Создание фонда для финансирования исследований по оценке влияния социальных детерминант на здоровье различных групп населения | + | | + | |

Оценка функции – 7 баллов

10.A.10: Механизмы, с помощью которых обеспечивается соответствие между стратегиями, приоритетами и принимаемыми решениями и фактическим данным об эффективности воздействия на более широкие детерминанты здоровья

Сильные стороны

| | Описание сильных сторон | Руководство (P) | Обеспечение ресурсов (OP) | Финансирование (Ф) | Оказание услуг (OY) |
|---|---|-----------------|---------------------------|--------------------|---------------------|
| 1 | Наличие специалистов, способных выполнять исследования по изучению различных социальных детерминант | | + | | |
| 2 | Наличие результатов исследований в отношении ряда социальных детерминант | | + | | |

Недостатки

| | Описание недостатков | P | OP | Ф | OY |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Отсутствие системы комплексного подхода к изучению социальных детерминант здоровья | + | | | |
| 2 | Недостаточное использование результатов исследования при подготовке решений | + | | | |

Предлагаемые меры

| | Описание предлагаемых мер | P | OP | Ф | OY |
|---|--|---|----|---|----|
| 1 | Разработка методологии и методики оценки эффективности исследований по изучению социальных детерминант | + | | | + |

Оценка функции – 8 баллов