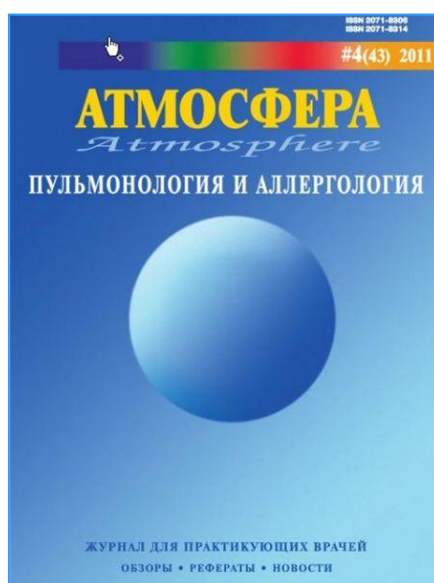




## Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№12 (декабрь), 2014



## СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ .....	21
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	24

## УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

*Папырин, А. Как выполняется программа развития здравоохранения? [Текст] / А. Папырин // Медицинская газета. – 2014. – №87. – С. 13.*

Заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева, директора департаментов и главные специалисты Минздрава России приняли участие в «круглом столе» по вопросам реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения», который состоялся в Общественной палате.

Участники «круглого стола» обсудили пути совершенствования оказания скорой медицинской помощи, переход на одноканальное финансирование в рамках обязательного медицинского страхования, вопросы подготовки медицинских кадров, меры борьбы с алкоголизмом и наркоманией.

Минздравом России разработан проект подпрограммы по развитию скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме и специализированной медицинской помощи в экстренной форме.

Т.Яковлева сообщила, что проект обсуждался с профессиональным сообществом, на заседаниях профильных комиссий в Минздраве России. Подпрограмма включает основные мероприятия и индикаторы. Основные индикаторы – это доля выездов бригад скорой помощи со временем доезда не более 20 минут, доля станций скорой помощи, оснащённых информационными системами, ряд других. В числе мероприятий – обновление парка автомобилей скорой медицинской помощи, информатизация службы, подготовка врачей скорой медицинской помощи, формирование стационарных отделений скорой медицинской помощи, развитие первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме.

«Около 60% всех случаев вызовов скорой помощи относятся к категории неотложных, то есть это те вызовы, когда нет Непосредственной угрозы для жизни пациента», – отмечали участники обсуждения. Таким образом, развивая поликлиническое звено, можно снизить нагрузку на экстренную медицинскую помощь, уделив внимание повышению эффективности и качества её оказания.

«Проект подпрограммы находится на стадии межведомственного согласования, – отметила заместитель министра. – Для её научного обоснования нужны научно-исследовательские разработки, которые предполагается выполнить до середины следующего года».

Т. Яковлева подчеркнула, что развитие скорой медицинской помощи в регионах относится к полномочиям субъектов Российской Федерации.

«Как только будет утверждена подпрограмма по развитию скорой медицинской помощи, мы начнём совместно с регионами пересматривать региональные «дорожные карты» и региональные программы по развитию здравоохранения с тем, чтобы внести в них изменения», – сказала Т.Яковлева.

В ходе работы «круглого стола» обсуждались вопросы обеспечения медицинскими кадрами в регионах. При этом отмечалось, что к решению проблемы должны подключиться региональные власти.

«Если есть софинансирование со стороны региона, если будет инфраструктура, нормальное жильё, детский сад и школа для детей, то врачи поедут туда на работу, – подчеркнул член Общественной палаты, главный оториноларинголог Минздрава России Николай Дайхес и предложил в критерии оценки эффективности работы губернаторов включить такой показатель, как создание условий для врачей.

Высказывались опасения, что в связи с полным переводом медучреждений на одноканальное финансирование через ОМС в 2015 г. могут возникнуть проблемы с закупкой высокотехнологичного оборудования. Директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Игорь Никитин прокомментировал, что средства на эти цели по-прежнему будут поступать из федерального бюджета, а не через фонд ОМС.

По итогам «круглого стола» членами Общественной палаты совместно с Минздравом России было принято решение доработать подготовленные экспертами рекомендации по основным направлениям реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения».

*Мельников, Ю. Ю. Механизмы и пути реализации государственно-частного партнерства в системе здравоохранения Российской Федерации [Текст] / Ю. Ю. Мельников, Ю. А. Коротков // ГлавВрач. –2014. – №11. – С. 3-7.*

В настоящий момент отсутствуют системообразующие нормативно-правовые документы, позволяющие осуществлять регулирование в области государственно-частного партнерства в системе здравоохранения. Таким образом, первоочередной задачей, связанной с реализацией механизмов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, является разработка нормативно-правовой базы как на федеральном, так и региональном уровне, которая позволит эффективно взаимодействовать государству и бизнесу в рамках модели государственно-частного партнерства.

На сегодняшний день в Российской Федерации каждый может вложить свой смысл в понятие «государственно-частное партнерство». Законодательного закрепления этого понятия, к сожалению, пока не существует. В нашем представлении государственно-частное партнерство – это альянс или союз государства и бизнеса для решения общественно значимых задач на взаимовыгодных условиях. Сюда можно отнести и особые экономические зоны, и концессионные соглашения, и инвестиционные проекты, и всевозможные программы развития, индустриальные парки, государственные контракты, госкорпорации и т. д.

Необходимо понять, что нужно сделать, для того, чтобы привлечь инвестиции и поднять сферу здравоохранения; поднять уровень оказания медицинских услуг; как выйти на новый качественный путь развития; чего не хватает для полноценного развития государственно-частного партнерства в данной сфере.

Практика показывает, что в числе приоритетных направлений участия частного бизнеса в государственно-частном партнерстве медицина занимает, к сожалению, далеко не первое место. Процентный приоритет здесь примерно следующий:

- транспортная инфраструктура – 65%;
- жилищно-коммунальное хозяйство – 55%;
- энергетика – 35%;
- строительство – 30%;
- промышленность – 30%;
- здравоохранение – 18%.

Такой разброс характерен для развивающихся стран, страны же развитые (Европа, Америка, Канада и др.) как раз-таки наоборот, предпочтение отдают именно социальным сферам, так как только их стабильное положение гарантирует высокий уровень жизни населения и отсутствие недовольства со стороны жителей.

Все это говорит о недооценке потенциала использования механизмов государственно-частного партнерства в этой области, о слаборазвитой законодательной базе сферы здравоохранения. Допустим, вполне возможна передача в управление частному бизнесу незадействованных или пустующих мощностей лечебно-профилактических учреждений, естественно, при соблюдении впоследствии надлежащего контроля со стороны государства. Интерес государства в таких проектах будет обеспечиваться снижением расходов по содержанию неиспользуемых медицинских учреждений, а экономия может быть направлена на развитие востребованных видов медицинской помощи.

Для того чтобы реализовать все эти идеи, нужно внести соответствующие изменения в местное и федеральное бюджетное, налоговое и гражданское законодательство.

В настоящее время в Российской Федерации государственно-частное партнерство регулируется федеральным законом от 21 июля 2005 г. № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях» и от 22 июля 2005 г. № 116-ФЗ «Об особых экономических зонах в Российской Федерации». Концессии и особые экономические зоны являются наиболее распространенными формами государственно-частного партнерства.

Смысл концессии состоит в том, что частный бизнес вкладывает инвестиции, управляет переданным ему имуществом и получает оплату, главным образом, из платежей, осуществляемых пользователями. Применения механизмов государственно-частного партнерства можно рассмотреть на примере реконструкции больницы или медицинского центра.

Так, например, объекты здравоохранения находятся в крайне плачевном состоянии: оборудование устарело, рушится само здание, койко-мест не хватает и т. п. Можно, все на тех же

условиях, применяя механизм концессии, привлечь частную компанию в качестве инвестора, генподрядчика и управляющего этим объектом.

Инвестор осуществит реконструкцию и капитальный ремонт здания медицинского центра, всех помещений, которые находятся в плачевном состоянии, а также оснастит всем необходимым оборудованием. Реализация этого проекта позволит приобрести современный центр и качественное обслуживание. При этом предполагается сохранить объем бесплатной медицинской помощи гражданам. Естественно, часть дохода от платных услуг пойдет инвестору.

Особенностью концессионных соглашений в социальной сфере является то, что в ходе их реализации должен быть предоставлен законодательно гарантированный минимум социальных услуг населению: обязательное медицинское страхование в здравоохранении и бесплатная медицинская помощь. Государство в таком случае обязано принять на себя часть расходов на создание и реконструкцию объекта концессионного соглашения.

Трудности, связанные с осуществлением концессионной схемы, вполне преодолимы при согласованном взаимодействии региональных и муниципальных органов власти и частного бизнеса.

Концессионные проекты в силу их длительности и сложности организации связаны с определенными рисками. Но вместе с тем для государства это реальная возможность привлечь дополнительные финансовые ресурсы и таким образом временно снять нагрузку на бюджет.

Механизм концессий и особых экономических зон может быть более привлекательным, если попытаться привлечь под конкретный проект ассигнования инвестиционного фонда Российской Федерации. Процедура эта, безусловно, длительная и сложная, требующая огромной работы и терпения.

Необходимо отметить, что механизмы реализации государственно-частного партнерства являются очень индивидуальными и специфичными. Все зависит от общей обстановки на конкретной территории, городе, объекте. В соответствии с данным обстоятельством на сегодняшний день в регионах уже появляется понимание необходимости развития своей нормативной базы в области государственно-частного партнерства.

Необходимость развития, прежде всего, региональной нормативной базы в области государственно-частного партнерства обусловлена тем, что очень многие проекты и сферы, в которых традиционно применимы механизмы государственно-частного партнерства, так или иначе находятся в плоскости интересов и забот субъектов Российской Федерации и муниципалитетов (здравоохранение, образование, культура, ЖКХ, региональная транспортная инфраструктура и т. д.).

Сложность разработки регионального закона о государственно-частном партнерстве в основном заключается в отсутствии единого законодательного акта, регулирующего вопросы государственно-частного партнерства на федеральном уровне. Так, в соответствии с Конституцией Российской Федерации гражданское законодательство находится в исключительном ведении Российской Федерации. Законодательство же субъектов Российской Федерации не должно противоречить Конституции Российской Федерации и федеральным законам, а поскольку механизмы государственно-частного партнерства находятся, в том числе, в гражданско-правовой плоскости отношений, то при разработке регионального закона следует очень внимательно относиться к его содержанию, чтобы оно не выходило за пределы допустимого нормотворчества на уровне субъекта Российской Федерации.

Однако следует отметить, что необходимость разработки федерального закона о государственно-частном партнерстве хотя и обсуждается среди специалистов и участников этого рынка, но, вероятнее всего, разработка такого законопроекта натолкнется на ряд трудностей. Причин здесь можно выделить как минимум две:

- в настоящее время федеральное законодательство идет по пути создания отдельных нормативных актов, регулирующих ту или иную специфическую форму участия государства во взаимоотношениях с частными лицами;
- на федеральном уровне разработано существенное количество гражданско-правовых механизмов, позволяющих вписывать реализацию проектов государственно-частного партнерства в рамки существующего законодательства. Что касается порядка реализации этих проектов, то это относится к ведению законодательства субъектов Российской Федерации, которые вправе самостоятельно разработать и принять соответствующие правила.



С учетом вышеуказанных ограничений, идеология региональной нормативной базы в области регулирования отношений государственно-частного партнерства должна сводиться к разработке принципов, на которые будет опираться субъект Российской Федерации при участии в проектах в формате государственно-частного партнерства, определению конкретных механизмов (определенных форм участия из имеющегося арсенала гражданско-правовых механизмов), описанию процедур инициализации и реализации проекта, отбора партнеров и основных условий, на которых или при согласовании которых субъект Российской Федерации будет участвовать в проектах.

**Нормативное закрепление таких принципов и условий позволит:**

- повысить инвестиционную привлекательность региона для потенциальных региональных и национальных инвесторов;
- установить четкие и понятные для всех правила участия органов власти в реализации совместных проектов, а также порядка участия партнеров в таких проектах;
- придать легитимность заключаемым соглашениям и нормативно защитить интересы органов власти в случае возникновения споров;
- повысить качество и количество реализуемых проектов;
- повысить контроль за целевым и эффективным распоряжением государственным имуществом;
- повысить эффективность управления и финансовую отдачу от использования государственного имущества;
- избежать потенциальных системных ошибок при принятии решений об участии в проектах;
- участвовать в проектах на максимально выгодных для региона условиях, в том числе обеспечивающих минимизацию рисков;
- реализовывать проекты с заданными параметрами рентабельности и иных финансовых показателей;
- разделить риски реализации проектов с частными партнерами;
- придать полномочий органам власти по реализации отдельных функций в проекте (кто заключает, кто дает заключение, кто разрабатывает акты по реализации закона и т. д.).

При разработке регионального законодательства важно учитывать следующие моменты:

- работа по разработке регионального закона должна носить комплексный характер и учитывать как особенности самого региона, так и политику его развития;
- региональный закон должен опираться на концепцию (стратегию) социально-экономического развития региона с тем, чтобы поставленные в ней задачи коррелировались с механизмами их реализации через процедуры и формы государственно-частного партнерства, предусмотренные законом;
- при разработке нормативной базы необходимо провести аудит существующих актов и определить необходимость внесения изменений или отмены каких-либо из них;
- региональная нормативная база не должна противоречить федеральному законодательству, но при этом может не ограничиваться только прямо прописанными в федеральных законах инструментами государственно-частного партнерства, и в комплексе обеспечивать достаточное и конкретное нормативное регулирование всему процессу организации партнерства;
- формы и механизмы государственно-частного партнерства, предусмотренные законом, должны учитывать баланс интересов региона и партнеров, в том числе в отношении распределения прав, рисков и гарантий;
- организация государственно-частного партнерства должна строиться на принципах конкуренции с тем, чтобы обеспечивалась возможность достижения максимально положительного эффекта для региона от участия в каждом отдельном проекте государственно-частного партнерства;
- процедуры, предусмотренные законом и принятые на реализацию, должны быть понятны, прозрачны и обеспечивать равные возможности доступа партнерам для участия в государственно-частном партнерстве.

Таким образом, в общем виде структура нормативной базы по государственно- частному партнерству может выглядеть следующим образом:

1. Закон субъекта Российской Федерации о государственно-частном партнерстве.
2. Подзаконные нормативные акты субъекта Российской Федерации, принятые на основании положений закона в целях конкретизации и реализации его отдельных норм.

Системообразующий нормативный акт в области государственно-частного партнерства должен быть принят в форме закона, поскольку именно такая форма позволит обеспечить максимальную легитимность действий органов власти в области государственно-частного партнерства, в частности, по вопросам, неурегулированным федеральным законодательством и открытым для нормативного регулирования или практической реализации субъектами Российской Федерации, а также судебную защиту соглашениям, заключенным на его основе.

Подводя итог всему вышесказанному, становится понятно, что первоочередной задачей, связанной с реализацией механизмов государственно-частного партнерства, в т. ч. в сфере здравоохранения, является разработка нормативно-правовой базы как на федеральном, так и региональном уровне, которая позволит эффективно взаимодействовать государству и бизнесу в рамках модели государственно-частного партнерства.

\*\*\*

**Обухова, О. В. О мерах, направленных на совершенствование региональных и муниципальных систем оплаты труда медицинских работников [Текст] / О. В. Обухова // Заместитель главного врача. – 2014. – № 11. – С. 6-9.**

Минздравом России 4 сентября 2014 г. выпущено письмо № 16-3/10/2-6752 «О совершенствовании региональных и муниципальных систем оплаты труда медицинских работников». Документ содержит рекомендации высшим органам государственной власти субъектов РФ по изменению подходов к мероприятиям, направленным на совершенствование систем оплаты труда медицинских работников.

Медицинское сообщество переживает новый виток реформы системы оплаты труда медицинских работников, вызванный необходимостью перехода на эффективный контракт. Насколько новый трудовой договор стал эффективнее по отношению к старому, демонстрируют первые результаты работы субъектов РФ.

Изначально подразумевалось, что процесс повышения уровня заработной платы медицинских работников должен сопровождаться внедрением эффективного контракта или оплатой работы с учетом достижения конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг, как было утверждено майским указом Президента РФ. В настоящее время следует констатировать, что реализация мероприятий, направленных на повышение заработной платы и переход на эффективный контракт, происходит параллельно.

Повышение заработной платы подразумевает использование всех возможных механизмов и финансовых источников. Так, фонд заработной платы формируется за счет всех направлений деятельности учреждения, в т. ч. за счет увеличения доходов от оказания платных услуг, а также за счет сокращения т. н. неэффективных расходов медицинской организации. В перечень мероприятий по оптимизации неэффективных расходов в системе здравоохранения включены: сокращение расходов на оплату труда вспомогательного и административно-управленческого персонала за счет передачи неключевых функций (бухгалтерские службы, службы управления персоналом, службы эксплуатации) аутсорсерам, сокращение неэффективных организаций.

Указанные мероприятия по повышению фонда заработной платы зачастую происходят незапланированно. Данный процесс сопровождается необходимостью увязки оплаты труда с повышением качества предоставляемых государственных (муниципальных) услуг. То есть у медицинской организации на момент начисления заработной платы нет полной информации об объеме тех средств, на которые она могла бы рассчитывать при распределении стимулирующих выплат.

Отсутствие изначально установленной структуры заработной платы, включающей основной оклад, компенсационные выплаты и выплаты стимулирующего характера, привело к значительной дифференциации в размере заработной платы медицинских работников не только

между субъектами РФ, но и между медицинскими организациями внутри субъекта, а зачастую и между медицинскими работниками одной организации.

Основными проводниками между медицинским сообществом и органами власти были и остаются профессиональные союзы работников здравоохранения. Профорганизации первыми подняли проблему высокой дифференциации заработной платы и вынесли на федеральный уровень предложение по установлению единого уровня базового оклада на всей территории РФ с учетом коэффициентов территориальной дифференциации.

Так, по данным профсоюзов, размер низких должностных окладов приводит к нарушению действующей нормативной базы по стимулирующим выплатам. Зачастую, для достижения контрольных цифр по средней заработной плате, установленных «дорожной картой», выплаты стимулирующего характера составляют от 100 до 200% должностного оклада медицинского работника. При этом выплаты производятся без учета показателей качества работы, тем самым нивелируя цели и основные принципы стимулирующих выплат, определенных нормативными документами и договорами.

Проведенная Минздравом России оценка первых результатов работы субъектов РФ по совершенствованию систем оплаты труда медицинских работников показала низкую эффективность осуществленных мероприятий из-за дисбаланса в структуре заработной платы работников медицинских организаций, где доля выплат по окладу составляет 20% и менее. Все это указывает на необходимость пересмотра как структуры стимулирующих выплат, так и их размера и условий назначения.

По результатам оценки работы регионов, Минздравом России 4 сентября 2014 г. выпущено письмо № 16-3/10/2-6752 «О совершенствовании региональных и муниципальных систем оплаты труда медицинских работников», содержащее рекомендации субъектам РФ по изменению подходов к мероприятиям по совершенствованию систем оплаты труда медицинских работников и формированию гарантированной части заработной платы на уровне 55-60%.

В расчет средней заработной платы включаются компенсационные выплаты (за работу в ночное время, работу с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда), что приводит к «уравниловке» при расчете средней заработной платы работников, выполняющих свои договорные обязанности в различных условиях труда. Оптимизация выплат компенсационного и стимулирующего характера может стать одним из механизмов увеличения доли оклада в структуре заработной платы.

В письме Минздрава России также отмечено, что совершенствование системы стимулирующих выплат должно осуществляться на основе пересмотра действующей системы показателей эффективности деятельности работников, что подразумевает:

- установление показателей, позволяющих ориентировать работников на достижение конкретных результатов, а также критериев и условий их назначения, с отражением в положениях об оплате труда работников учреждений, локальных нормативных актах и трудовых договорах с руководителями и работниками учреждений;
- отмену неэффективных стимулирующих выплат;
- использование при оценке достижения конкретных показателей качества и количества оказываемых государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ), в т. ч. в рамках независимой оценки качества оказания услуг учреждениями, и введения публичных рейтингов их деятельности.

В рамках перехода на эффективный контракт Минздравом России рекомендовано использовать положения Единых рекомендаций по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2014 год, а при отнесении в системах оплаты труда выплат к выплатам компенсационного характера и выплатам стимулирующего характера – руководствоваться п. 11 Рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта, утвержденных приказом Минтруда России от 26.04.2013 № 167н.

Своего решения ожидают и другие проблемы оплаты труда медицинских работников. Повсеместно отмечено усиление социальной напряженности в коллективах медицинских организаций, особенно с низкой укомплектованностью кадрами и высоким уровнем совместительства. Расчет среднего заработка на одно физическое лицо, при котором в сумму на-



численной заработной платы включается оплата труда по внутреннему совместительству<sup>1</sup>, противоречит требованиям Трудового кодекса РФ, т. к. совместительство оформляется самостоятельным трудовым договором. Заработная плата по данному договору начисляется отдельно и не должна включаться в расчет общей средней заработной платы. Такое положение дел вызывает справедливое возмущение у медицинского сообщества и ведет к отказу части работников от внутреннего совместительства.

Остается надеяться, что процесс адаптации нормативных документов, регламентирующих программные мероприятия по реформированию системы оплаты труда медицинских работников, к реалиям функционирования медицинских организаций со стороны органов управления отраслью будет продолжен.

\*\*\*

*Сергеев, А. В больницы им. Пирогова ввели систему «эффективного контракта» [Текст] / А. Сергеев // Волжская коммуна. – 2014. – 21 ноябр. (№307). – С. 7.*

В Самарской области продолжает наблюдаться кадровый голод в медицине. Этой проблемой всерьез занялось региональное правительство, которое проводит регулярное повышение заработной платы медработникам, а также реализует целевые программы, стимулируя молодежь оставаться работать в этой жизненно важной отрасли. Но многое зависит и от самих лечебных учреждений, которые выстраивают собственные системы мотивации сотрудников.

*Ставка на эффективность.*

Вопросам качества в городской клинической больнице №1 им. Н.И. Пирогова всегда уделялось повышенное внимание. В результате тщательно продуманной политики в этой области в октябре 2013 года учреждение заслуженно получило сертификат соответствия системы менеджмента качества ИСО 9001:2008, который применяется ко всем видам оказываемой медицинской помощи. Успешно проведенная сертификационная процедура означает, что качество услуг, оказываемых коллективом ведущей городской больницы, не только соответствует нормативным требованиям, но и отвечает всем ожиданиям пациентов.

Деятельность медицинского персонала является ключевым показателем эффективности лечебного учреждения. Учитывая, что в больнице им. Н.И. Пирогова основным направлением деятельности является оказание экстренной медицинской помощи, наряду с ее своевременностью не менее важно и ее качество. А объемы оказываемой медицинской помощи – за год здесь лечится более 86 тысяч человек – усложняют задачу. Поэтому использование подходов в управлении, соответствующих международным требованиям, отражается и на кадровой политике больницы им. Н.И. Пирогова: здесь применяется целый комплекс мер, направленных на устранение дефицита медицинских сотрудников, усиление их мотивации и, как следствие, увеличение эффективности их деятельности.

Еще одним способом стимулирования медицинских сотрудников и повышения качества их труда стало создание системы «эффективного контракта», на которую городская клиническая больница имени Н.И. Пирогова перешла с 1 октября 2014 года. Что стало логическим продолжением развития системы управления качеством, которая с успехом применяется в лечебном учреждении. Теперь в договоре с каждым медицинским работником определяются не только его основные трудовые обязанности, но также целевые показатели и критерии эффективности его деятельности. Таким образом, размер заработной платы каждого медицинского сотрудника обусловлен не только количеством, но и качеством предоставляемых им услуг.

Надо сказать, что размер заработной платы медицинских сотрудников больницы имени Пирогова в последние годы постоянно повышается и является одним из самых высоких среди других лечебных учреждений города. Так, если в 2011 году врачи получали в месяц в среднем 25 тыс. рублей, то сегодня – 38 тыс. рублей. Аналогичным образом ситуация выглядит и для среднего медперсонала: средняя зарплата медсестер с 2011 по 2014 год увеличилась с 14,3 до 27,7 тыс. рублей.

*Важно мотивировать.*

Медицинский персонал является главной ценностью больницы имени Пирогова, поэтому в лечебном учреждении поддерживаются традиции, благодаря которым сотрудники чувствуют внимание администрации к себе, своим проблемам и остаются преданными своей работе. Одной из таких добрых традиций является регулярное награждение и премирование юбиляров и сотрудников, десятилетиями работающих в стенах старейшей городской больницы. Только с начала этого года 183 сотрудника больницы были удостоены почетных грамот и благодарственных писем, к которым выплачивается премия в размере 100% и 50% оклада соответственно.

Помимо увеличения заработной платы, руководство больницы имени Пирогова огромное внимание уделяет социальному пакету. Например, молодым специалистам (врачам и медицинским сестрам), отработавшим в больнице полгода, оказывается материальная помощь в размере 20 тыс. рублей. Также компенсируются затраты на аренду жилья и расходы на проезд. Стоит отметить, что благодаря этим мерам больница имени Пирогова увеличила свою привлекательность для потенциальных сотрудников и из районов губернии.

Финансовая поддержка оказывается сотрудникам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, воспитывающим детей-инвалидов, многодетным и одиноким матерям.

Социальный пакет для медицинских работников больницы имени Пирогова в последние годы постоянно расширяется, что наглядно демонстрируют следующие показатели: если в 2011 году общая сумма социальных выплат составила всего 88 тыс. рублей, то по итогам трех кварталов текущего года этот показатель равен 5,5 млн рублей.

Постоянная забота о людях приносит свои плоды: в 2011 году штат врачей больницы был укомплектован на 86%, а средним медперсоналом – на 72%, сегодня укомплектованность врачами в учреждении составляет 89%, а медицинскими сестрами – 93%.

Коллектив больницы поддерживает и развивает добрые традиции ведущего лечебного учреждения Самарской области со 139-летней историей и готовится встретить 140-летний юбилей новыми трудовыми успехами.

\*\*\*

***Щеглов, К. Здоровье – направление стратегическое [Текст] / К. Щеглов // Медицинская газета. – 2014. – 28 ноябр. – С.4-5.***

В статье представлен материал о форуме, проходившем в Пензе. Основные темы форума – реализация майских указов Президента и развитие российской экономики в условиях санкций.

«Форум собрал представителей со всех регионов России. В целом можно сказать, что работа его дискуссионных площадок была неформальной, не для галочки. Кипели настоящие страсти! Люди свободно излагали своё мнение, говорили о проблемах своих территорий. Было много представителей власти, причём задавались им крайне неприятные, острые, а порой и дерзкие вопросы, и они на них отвечали. Критики было немало».

В работе площадки «Социальная справедливость», где рассматривались вопросы социальной политики и здравоохранения, приняли участие министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова и министр труда и социального развития РФ Максим Топилин.

*«Отрасль здравоохранения – это стратегическая отрасль».*

Свой доклад В.Скворцова начала с комментариев по наиболее обсуждаемой теме, опровергнув слухи о якобы проводимой Минздравом реформе здравоохранения, предусматривающей сокращение коек. «В настоящее время в стране нет единой программы оптимизации систем здравоохранения субъектов Федерации. Существуют только единые критерии качества и эффективности работы системы здравоохранения, – отметила министр. – К ним относятся, например, время ожидания плановой медицинской помощи, время приёма участковых специалистов – оно должно быть одинаковым в любом регионе страны».

В. Скворцова уточнила, что достижение указанных показателей, обеспечиваемых каждым регионом с учётом климатических, географических и социальных особенностей, осуществляется в соответствии с «дорожными картами». Министр при этом подчеркнула, что во время совместной работы с регионами были чётко определены требования к оптимизационным мероприятиям в здравоохранении субъектов Федерации.

«Прежде всего, ни в коем случае нельзя сокращать маломощные лечебно-профилактические учреждения: участковые и районные, в сельской местности или в удалённых районах страны. Также нельзя сокращать детские койки и койки скорой медицинской помощи», – отметила В. Скворцова. Ресурс для повышения эффективности работы отрасли, как показал анализ, находится в городах с населением более 50 тыс. человек.

«При этом для того, чтобы оптимизировать коечный фонд, необходимо создать условия, куда могут перейти пациенты, – подчеркнула министр. – Прежде всего, это требует высокой эффективности работы первичного звена и внедрения стационарозамещающих технологий».

Глава Минздрава обратила внимание, что в регионах случаются искажения этого подхода. Возможность сокращения их числа министерство видит в повышении эффективности вертикали управления.

«Отрасль здравоохранения – это стратегическая отрасль, и Минздрав России должен полностью разделить ответственность вместе с каждым субъектом Федерации. Наше предложение заключается в том, чтобы вертикаль управления была воссоздана», – заявила В.Скворцова.

Министр детально остановилась на характеристике государственных гарантий, в рамках которых ежегодно на протяжении последних лет общий объём медицинской помощи не снижается, но перераспределяется: последовательно увеличивается доля первичного звена, дневных стационаров, незначительно уменьшаются объёмы скорой помощи за счёт перехода её части в неотложную помощь. Объём стационарной круглосуточной помощи остаётся пока прежним с минимальной тенденцией к уменьшению, резюмировала министр.

Глава Минздрава обратила внимание на необходимость развития первичной медицинской помощи. «Это базовая помощь, и мы должны постепенно прийти к тому, чтобы не менее 60% всех объёмов помощи оказывалось в первичном звене, – отметила В.Скворцова. – При этом она должна быть переориентирована на преимущественно профилактические направления».

Одной из основных тем доклада стало развитие кадрового потенциала в здравоохранении. Для решения проблемы дефицита кадров Минздравом России был существенно увеличен объём целевой подготовки: в текущем году этот показатель составил 50%, в прошлом году – 38,3%. Кроме того, в 2014 г. 88% выпускников, окончивших вуз в рамках целевой подготовки, идут на свои подготовленные рабочие места в рамках целевой программы. Прорабатывается возможность принятия нормативных актов, которые предусматривают прохождение ординатуры и обучение на узкого специалиста не ранее чем через 3 года после работы в первичном звене. С 2016 г. выпускники медицинских вузов смогут работать непосредственно в медицинских организациях первичного звена врачами-терапевтами и педиатрами.

В. Скворцова также упомянула о возможности ввести целевую ординатуру, если регион действительно нуждается в специалистах узкого профиля. «С 2016 г. будет проводиться обязательная аккредитация медицинских работников: врачей и медсестёр. Аккредитация подразумевает обучение как в рамках своей специальности, так и в смежных зонах: кардиология и ультразвуковая диагностика, неврология и функциональная диагностика. То есть фактически аккредитация даёт каждому специалисту индивидуальный лист допуска к конкретным видам медицинской деятельности», – пояснила министр.

В её докладе был затронут и вопрос совершенствования механизмов оплаты медицинской помощи. «Впервые в 2013 г. был введён единый подушевой финансовый норматив, создана единая тарифная система, разработаны 335 тарифов. Это позволило за последние 2 года снизить дифференциацию регионов в стоимости оказания медицинской помощи с 25 раз до минимума. Осталось всего 7 регионов из 83, в которых дифференциация составляет до 20%, и нет регионов, в которых дифференциация превышает 20%», – сказала В. Скворцова.

«В тарифах заложена и доля, которая идёт в фонд оплаты труда. И если в 2011 г. зарплаты специалистов одного профиля, занимающих низкую должность, различались более чем в 3 раза, то сейчас – в 1,5 и 1,6 раза, – отметила министр. – Показатель средней зарплаты повысился на 37% за 2 последних года. Мы вышли сейчас с опережением нашей «дорожной карты»: 143% в среднем по экономике для врачей и 83% в среднем по экономике для среднего медицинского персонала».

В. Скворцова напомнила также, что в этом году во все регионы были направлены предложения по пересмотру структуры оплаты труда. Сегодня больше 30 субъектов Федерации

имеют базовый оклад 15% и стимулирующий – более 60%, что приводит к формированию региональных элит в «медицинском сословии». В 2013 г. было реализовано несколько пилотных проектов, по итогам которых предложено перейти на единую систему, предусматривающую, что базовая часть составляет 55-60%, компенсационная – 10% и стимулирующая – 30%. «Ряд регионов уже перешёл на эту систему и добился результатов, при которых люди стали получать достойную заработную плату», – сказала министр.

Комментируя вопрос стандартов внедрения медицинской помощи. В. Скворцова напомнила, что ни одна страна мира сегодня не использует такие стандарты в том виде, в котором они были разработаны у нас в 2010 г. Они неэффективны для формирования тарифа, поскольку не покрывают всего спектра из 32 тыс. заболеваний, а опыт двухгодичной модернизации в наших регионах показал, что кроме искажений и конфликтов внутри коллектива по поводу тех стандартов, которые были разработаны, ни к чему другому, к сожалению, это не привело.

«В настоящее время мы переходим на единый способ оплаты медицинской помощи со всем международным сообществом – это клиничко-статистические группы, – сказала министр. – Только за последние полгода их количество увеличилось с 220 до 335. Сейчас уже подготовлены 900 методических рекомендаций, клинических протоколов, и их количество будет доведено до того норматива, который позволит сделать работу более эффективной».

Отметив важность дискуссии, проводимой в рамках ОНФ, глава Минздрава сообщила, что все предложения, поступившие в ходе дискуссионной панели, будут проработаны министерством и учтены.

Здоровая дискуссия по «болевым точкам».

Участники форума обсудили такую важную тему, как материнский капитал. Известно, что действие этой программы рассчитано до 2016 г. «Это один из самых успешных социальных проектов нашего государства за последнее время. Мы называем его «авторским» проектом Владимира Путина. Естественно, в стране поднялась рождаемость. Поэтому все единогласно поддержали предложение продлить действие материнского капитала вплоть до 2025 г., – сказала врач. – Другой вопрос – нужно ли расширять возможности использования материнского капитала. Возможно, да, если, к примеру, ребёнок рождён с инвалидностью или здоровье матери утрачено. Но ведь к деньгам все относится по-разному».

На обсуждение участников площадки «Социальная справедливость» был вынесен также вопрос, связанный с оказанием высокотехнологичной медицинской помощи. Дело в том, что оплата по этой программе должна перейти в систему обязательного медицинского страхования. «Все центры по оказанию высокотехнологичной медпомощи финансируются из федерального бюджета. Это высокие технологии, дорогостоящие виды лечения. Теперь их хотят перевести в систему ОМС. Я, как и остальные участники площадки, считаю, что нельзя этого делать. В регионах бюджет ограниченный. Если передать им высокие технологии, пострадают другие статьи расхода бюджета», – рассказала С. Шевченко.

По её словам, директор Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева академик Лео Бокерия, выступая на форуме, сказал, что за последний год зафиксирован существенный рост количества выполненных операций на открытом сердце, с использованием самых современных высокотехнологичных средств. Если в 2005 г. центр проводил 6 тыс. операций в год, то в текущем году эта цифра уже достигла 49 тыс. Но даже такие показатели недостаточны, операций на сердце нужно делать в 3 раза больше. Поэтому есть опасения, что если такие центры отдадут в регионы, операции приостановятся. 203 тыс. руб. выделяется из федерального бюджета центру сердечно-сосудистой хирургии на операцию ребёнка, хотя, к примеру, в Бостоне на такую же операцию выдаётся 123 тыс. долл.

«Разные затраты, но 203 тыс. руб. этому центру хватает, а сможет ли региональный бюджет выделить эти средства? В то же время, я считаю, мы не должны всей страной собирать деньги на проведение операции какому-либо конкретному человеку. Ведь нередко идёт сбор средств через Интернет, телевидение... Мы – богатое государство, и отправлять человека на операцию за границу считаю позором для нашей страны! Поэтому мы должны изыскать средства на операцию для любого человека», – говорит Светлана Анатольевна.

Кадровый вопрос в здравоохранении – ещё одна большая тема, которую обсудили участники форума. В России на сегодняшний день не хватает 40 тыс. врачей, 270 тыс. – дефицит сред-



него медицинского персонала. «Это катастрофические цифры. В Европе, к примеру, на одного врача приходится три медсестры. По словам ректоров наших медицинских вузов, они ежегодно выпускают 36 тыс. врачей, но, к сожалению, не все возвращаются в специальность. В связи с этим было предложено вновь ввести обязательное распределение выпускников медицинских учебных учреждений или использование целевого направления с обязательной отработкой. Для того чтобы стимулировать человека, необходим хороший социальный пакет. Это или дотации, или предоставление полноценной квартиры, транспорта, достойная заработная плата, тогда и на периферию врачи придут работать», – убеждена С. Шевченко.

«В течение последнего месяца изменение курса национальной валюты для меня как для врача напоминает электрокардиограмму пациента с острым коронарным синдромом, течение болезни которого осложнилось нарушением ритма, фибрилляцией предсердий, – поделился наболевшим сопредседатель штаба ОНФ, руководитель регионального сосудистого центра, врач-нейрохирург из Пензы Михаил Краснов. – Курс растёт, ничего не понятно, и это нас тревожит, потому что сегодня в Пензенской области строится перинатальный центр, а в Российской Федерации в ближайшие годы мы обязательно построим и пустим в эксплуатацию 32 перинатальных центра. А эти центры требуют современного, высококачественного медицинского оборудования, часть которого нельзя импорто-заместить, и, соответственно, стоимость этого оборудования увязана с курсом национальной валюты. Это, во-первых.

Во-вторых, как руководитель регионального сосудистого центра, а сосудистые центры успешно работают в РФ во всех регионах, доказали свою высокую эффективность, каждый день я считаю деньги. Вчера для того, чтобы обследовать пациента с инфарктом миокарда или с нарушением мозгового кровообращения, выполнить ему ангиографическое исследование; на диагностические лекарства и расходные материалы мне надо было 13 тыс. руб., сегодня уже 18 тыс. Сколько надо будет завтра, не знаю, потому что курс непонятен, я не экономист, это тревожит. Как работать, не совсем понятно.

Третий вопрос. Мы в ответе за всех, кого пролечили. Если сегодня пациенту с острым коронарным синдромом мы оказываем эндоваскулярное пособие, выполняя высокотехнологичную эндоваскулярную операцию, этот пациент должен в течение длительного времени получать жизненно важное лекарственное средство, чтобы инфаркт миокарда или инсульт не повторились. К сожалению, здесь тоже ряд лекарственных средств не могут быть замещены отечественными лекарственными препаратами и стоят достаточно дорого.

В повседневной жизни строим перинатальный центр, работает сосудистый центр. Запланировали буквально на эту осень отправить 20 специалистов на стажировку в европейские клиники. Мы обучали специалистов в Израиле, Германии, Австрии, это дало хороший эффект. Непонятно, что делать сейчас, где искать дополнительные средства. Сокращать количество специалистов?

Нужны немедленные действия по защите этих жизненно важных для Российской Федерации проектов. Чтобы перинатальные центры были построены, успешно работали, чтобы программы, направленные на совершенствование медицинской помощи пациентам с сосудистой патологией, при дорожно-транспортных происшествиях, эффективно работали. Вот эти мероприятия нужны немедленно».

\*\*\*

**Геннадий Гридасов: «Сейчас идет колоссальная ломка системы» [Текст] // Ремедиум Приволжье. – 2014. – № 9. – С. 12-13.**

О том, какие задачи удалось решить Министерству здравоохранения Самарской области по итогам 2013, какие проекты реализовать, а также о достижениях отрасли, о проблемах и ближайших планах рассказывает министр здравоохранения Геннадий Гридасов.

– Геннадий Николаевич, каким был 2013 год для здравоохранения Самарской области?

– Сейчас идет колоссальная ломка системы. Ломаем стереотипы, заставляем работать, отстраняем от работы тех, кто привык ничего не делать. Такой «революции» не было в областном здравоохранении последние 25 лет. Мы ликвидировали все муниципальные органы самоуправления, департаменты, отделы, сократили 112 служащих! Это 117 млн. рублей бюджетных денег. Почему ликвидировали? В 2012 году мы отдали полномочия органам местного самоуправления. Муниципалитеты получили и финансы. Но у них такая позиция:



расходовать только полученные деньги и не больше. Хотя они являлись собственниками и должны были сами изыскивать средства. Мы понаблюдали за их работой и приняли решение о переходе всего муниципального здравоохранения на областной уровень. Но штат Минздрава при этом не увеличился ни на одного человека! Это грандиозная борьба с чиновничеством. Зато стало больше лечебных учреждений, теперь их 150.

– А обычным жителям какая польза от этой ломки?

– Все взаимосвязано. Медпомощь должна быть равнодоступной. Мы объединили Алексеевскую больницу с Нефтегорской. Почему? В Алексеевском районе уже почти не было здравоохранения. Там сложилась такая ситуация: в больнице 23 врача, из них 18 – давно пенсионеры. И на такой небольшой коллектив аж 10 бухгалтеров! В Алексеевской больнице нагрузка на единицу медицинского оборудования, которое было приобретено по приоритетному проекту «Здоровье», по модернизации, минимальная. Например, на аппарате УЗИ проходили обследование всего два человека в день, а в Нефтегорской больнице – 16. Это говорит о том, что алексеевцы не доверяли местному здравоохранению: ехали в соседний район, платили деньги за машину и медпомощь. Теперь эти больницы объединены в одну, в Алексеевское отделение будут приезжать врачи из Нефтегорска, оказывать помощь на имеющемся оборудовании. Человек не должен никуда ездить. Он должен прийти в больницу и получить помощь.

– Какие еще лечебные учреждения были объединены в 2013 году?

– Из 18 стоматологических поликлиник – сделали 11. То же самое произошло с противотуберкулезными диспансерами: было 7, стало 3, другие остались отделениями. И вместо 5 наркологических диспансеров теперь 3.

– И что это дает?

– Тем самым мы повышаем мощности лечебного учреждения, создаем службы, и они работают и функционируют так, как нужно. А увеличились мощности – выросла зарплата. Вот задача, которую мы решаем, объединяя лечебные учреждения, помимо медпомощи населению и борьбы с чиновничеством. Мы увеличиваем количество кадров и уменьшаем бухгалтерию. Многие главврачи не понимают, что они должны работать как менеджеры. В 2013 году я освободил от должности 17% главврачей. Человек на этой должности обязан заниматься прорывными технологиями и ответственно относиться к качеству медицинской помощи. Качество работы и его профпригодность оценивается еще и по тому, сколько востребованных специалистов привлекла больница к работе за год.

– Над какими проблемами областного здравоохранения удалось эффективно поработать в 2013 году?

– Мы организовываем службы, но сталкиваемся с тем, что в медицине большой дефицит кадров. Нехватка врачей службы скорой помощи, врачей в сельской местности, врачей в поликлиниках. Повсеместный дефицит медработников среднего звена, причем подготовка их проходит быстро, качественно, в течение двух лет. Но, к сожалению, на одном месте они не задерживаются. Много лет образование было оторвано от медпрактики, от потребностей рынка труда. Губернатор дал нам конкретное поручение менять ситуацию с нехваткой среднего медперсонала.

– Какие меры предприняли?

– Мы из 10 медицинских колледжей 8 забрали в структуру Минздрава. Теперь 1000 учащихся ежегодно идет на целевой прием, и это те кадры, которые пойдут туда, где не хватает рабочих рук. Через 2-3 года будут видны результаты этой системы.

В 2013 году зарплата среднего медперсонала выросла на 20%. Кроме этого, действуют стимулирующие выплаты для сотрудников «скорой помощи». Зарплаты и дальше будут расти. Также молодым специалистам – врачам и средним медицинским работникам, которые заключают с лечебным учреждением трудовой договор по наиболее востребованной специальности, предоставляется единовременное пособие на обустройство в размере 165996 рублей. В 2013 году выплату получили 286 специалистов.

– Меняется ли ситуация с нехваткой врачей в сельской местности?

– В конце 2013 года мы подводили итоги работы Федеральной программы «Земский доктор». Программа функционировала с 2011 года. За это время мы привлекли в сельскую местность 207 врачей. Врач, устроившийся в 2013 году в лечебное учреждение в сельской местности, получал подъемные в размере одного миллиона рублей. А жилье на эту сумму можно купить в любой сельской местности. Кстати, привлечение кадров – еще один показатель работы главного врача. Программа действовала два года.

- А какие в Самарском регионе показатели рождаемости и смертности?
- По демографической ситуации мы не чемпионы в ПФО, но рождаемость в Самарской области растет. На сегодняшний день рост составляет 12,3%. Но население за счет рождаемости не увеличивается. У нас активно развивается химическое производство, высокая онкологическая заболеваемость, существуют серьезные факторы, связанные с сердечнососудистыми болезнями. Кроме того, сейчас в детородный возраст вступили девушки 1990-х годов рождения. А тогда и рождаемость была очень низкой, и девочек рождалось очень мало. Так что нам сейчас чисто физически сложно прирасти: мало женщин репродуктивного возраста.
- Какие приоритеты развития здравоохранения Самарской области вы могли бы отметить?
- Увеличение продолжительности жизни, укрепление здоровья населения и снижение смертности от наиболее значимых заболеваний. Как снизить смертность? Обеспечить доступность качественной медицинской помощи каждому гражданину – вот это важнейший приоритет политики Правительства Самарской области в сфере здравоохранения.

\*\*\*

***Модернизация системы информационного обеспечения медицинской помощи в Российской Федерации на примере г. Москвы [Текст] / А. В. Белостоцкий [и др.] // Главный врач. – 2014. – № 11. – С. 14-15.***

В настоящее время продолжается создание единой информационной системы, которая объединяет медицинские учреждения Российской Федерации. Примером фрагмента такой системы является единая медицинская информационно-аналитическая система, внедряемая в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы. Система позволяет вести запись на прием к врачу в электронном виде, перевести всю медицинскую документацию в электронный формат и получать информацию о доступности врачей-специалистов.

Существующие в субъектах Российской Федерации компьютерные системы используют различные программы и зачастую построены на разных платформах. Очевидна необходимость создания единой системы, которая объединяла бы медицинские учреждения и органы управления здравоохранением для оптимизации процесса ввода и получения статистических данных, оперативного получения информации для принятия управленческих решений на уровне отделения ЛПУ, учреждения муниципального образования, субъекта Федерации и, наконец, государства в целом. Принципы создания такой системы, основные функции, архитектура, вопросы безопасности, методология внедрения приведены в приказе Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 № 364 «Об утверждении концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения». Приказ подразумевает возможность и целесообразность обеспечения совместимости существующих региональных систем, поэтому особую важность приобретает изучение уже работающих региональных систем для поиска удачных технических решений.

Вопрос о целесообразности в краткосрочной перспективе остается открытым: следует ли собирать ЕГИС из разработанных и внедренных в настоящее время систем с помощью доработки протоколов обмена информацией, либо нужно внедрять во всех субъектах РФ наиболее жизнеспособную систему (с большими затратами на переобучение персонала, но меньшими затратами на дальнейшее сопровождение Системы). В долгосрочной перспективе экономическая целесообразность создания унифицированных модулей ЕГИС является бесспорной. Примером такой системы является внедряемая в настоящее время в г. Москве Единая Медицинская Информационно-Аналитическая Система (ЕМИАС), которая уже сейчас позволяет оценить преимущества унификации для принятия управленческих решений на уровнях заведующего отделением, главного врача, органов управления здравоохранением.

До внедрения ЕМИАС информатизация в г. Москве носила локальный характер – проекты реализовывались в конкретной поликлинике, взаимодействие учреждений между собой было ограничено. В 2012 г. было принято решение, что информатизация должна происходить во всем амбулаторно-поликлиническом звене. Для этих целей Департаментом информационных технологий г. Москвы совместно с Департаментом здравоохранения г. Москвы в рамках программы "Информационный город" был разработан проект создания единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС).

В составе ЕМИАС создаются следующие общегородские информационные сервисы:

- общегородской регистр пациентов;
- система управления потоками пациентов;
- система интегрированной медицинской информации;
- система консолидированного управленческого учета;
- система персонифицированного учета медицинской помощи;

- система управления медицинскими регистрами.

Внедрение ЕМИАС позволяет сократить время ожидания пациентов при оформлении в регистратуре, получении направления к специалисту; повысить оперативность и адекватность управленческих решений; уменьшить бумажный документооборот; повысить обоснованность оплаты результатов деятельности медицинского персонала в рамках эффективного контракта; автоматизировать процессы сбора, хранения и представления информации; повысить качество и производительность работы сотрудников поликлиники.

ЕМИАС дает возможность мониторинга времени ожидания приема врачей различных специальностей, что дает представление о доступности специалистов для населения в московских поликлиниках. Электронная регистратура дает возможность записаться на прием к врачу из дома, самостоятельно выбрав удобное время, также она позволяет управлять расписанием врачей, оценивать их загруженность, маршрутизировать пациентов к разным специалистам и многое другое. Доступна запись пациента на прием к участковым врачам-терапевтам и некоторым врачам-специалистам по пяти каналам записи - через интернет-портал [www.rgu.mos.ru](http://www.rgu.mos.ru), по телефону, через инфоматы и при личном обращении в регистратуру, а также от врача к врачу. Благодаря ЕМИАС в поликлинике стала доступна аналитическая информация по доступности первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи, что позволило значительно повысить качество контроля деятельности отделений и кабинетов.

Реализована возможность записи с помощью инфомата из филиала в филиал амбулаторного центра, а также в другие ЛПУ в условиях трехуровневой системы оказания первичной медико-санитарной помощи в г. Москве. Постоянно совершенствуются функциональные возможности модуля аналитики.

В настоящее время происходит тестирование электронной медицинской карты амбулаторного больного (МКАБ), внедрение которой запланировано в течение 2014 года, организована подготовка персонала поликлиник.

Таким образом, внедрение ЕМИАС является важным этапом модернизации московского здравоохранения, и опыт работы ЕМИАС может применяться в других субъектах Российской Федерации.

\*\*\*

***Палитра мнений необходима для развития качества медицинской помощи [Текст] // Ремедиум Приволжье. – 2014. – № 9. – С. 4-5.***

Вероника Скворцова информировала Президента о текущей деятельности ведомства, итогах работы за истекший период 2014 года. Отдельно обсуждалось формирование бюджета сферы здравоохранения на 2015-2016 годы.

В. ПУТИН: Вероника Игоревна, с учетом бюджетного процесса, который развивается, первый вопрос по финансированию отрасли, текущему финансированию, и тому, как это выглядит на ближайшее будущее – на 2015 год и на последующий период. Пожалуйста.

В. СКВОРЦОВА: Владимир Владимирович, у нас полностью сбалансирован бюджет на 2015 год и практически полностью на 2016 год. Увеличивается программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи более чем на 306 миллиардов рублей, это 18%, и подушевой финансовый норматив на каждого гражданина страны увеличивается на 15,4%, а в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – более чем на 18%.

У нас есть, таким образом, все ресурсы для того, чтобы выполнить задачи, поставленные в Государственной программе развития здравоохранения, и выполнить поручения, связанные с увеличением объема высокотехнологичной медицинской помощи. Мы уже на сегодняшний день увеличили объем на 32 тысячи граждан, получающих высокотехнологичную помощь, по сравнению с прошлым годом. На будущий год мы выйдем на 650 тысяч, год назад это было всего 506 тысяч. И в 2016 году, так как Вы и поручали, мы выйдем на 750 тысяч граждан, увеличив объем в 1,5 раза от базы 2013 года.

Параллельно у нас есть ресурсы для того, чтобы выполнить указы по повышению заработной платы медицинских работников. Уже по результатам первого полугодия текущего года, у нас средняя заработная плата врачей стала 45 тысяч рублей, это примерно 143% от средней по экономике, по среднему медицинскому персоналу – 26 тысяч рублей, это примерно 83% от средней по экономике.

Что для нас очень важно, существенно уменьшилась вариативность заработных плат у специалистов одного профиля, занимающих схожую должность. Если в 2011 году это было

примерно в 2,5-3,2 раза, то в этом году уже в 1,5-1,6 раза. В 2014 году мы предприняли шаги к тому, чтобы убрать необоснованную дифференциацию заработных плат. Для этого вместе с руководителями субъектов Российской Федерации мы подвели итоги пилотных проектов, обсудили их с профсоюзами и увеличили базовый оклад заработных плат с 20-25% до 55-60%. Таким образом, это позволит нам, с учетом высокого уровня стандартизации отрасли, практически прийти к тому, чтобы адекватная заработная плата была на одинаковых должностях. Хотелось бы также отметить, что во всех регионах страны существенно уменьшилось отклонение от нормативной стоимости той или иной медицинской услуги. Это, собственно, является результатом достаточно напряженной двухгодичной работы.

В. ПУТИН: Имеется в виду стоимость для ОМС?

В. СКВОРЦОВА: Да. Если в 2011 году у нас в 34 регионах отмечалось отличие от норматива оплаты более 50% и в 33 регионах от 20 до 50%, то в этом году не осталось ни одного региона, где бы отклонение превышало 50 процентов, и всего семь, в которых отклонение от 20 до 50%. То есть фактически ситуация выровнялась. С 1 января 2013 года у нас единый подушевой норматив и бездефицитная программа обязательного медицинского страхования. Мы нивелировали различия в оплате медицинской помощи.

Проблемы мы видим на сегодняшний день, они сохраняются и связаны, прежде всего, с необходимостью совершенствования вертикали управления отраслью. За последние три месяца мы в каждом федеральном округе провели встречи с региональными министрами и вице-губернаторами по социальным вопросам для того, чтобы предпринять вместе шаги к настраиванию вертикали управления. Сейчас в каждое юридическое лицо (медицинскую организацию) внедряем специально подготовленного человека с финансово-экономическим образованием, который проходит подготовку по единой программе, сдает экзамен и защищает диплом по управлению конкретной медицинской организацией, для того, чтобы уйти от самостоятельности на местах.

Кроме того, видоизменяем методику формирования фонда оплаты труда на местах и закупочную политику, поскольку в искажениях последней, особенно это касается лекарств и реактивов для лабораторных исследований, мы видим очень большой ресурс для повышения эффективности системы. В ряде регионов это позволит нам высвободить дополнительно около 25% средств, которые могут быть направлены на развитие технологий, на повышение заработных плат, на все потребности отрасли.

В. ПУТИН: Хорошо.

Второй вопрос, он уже традиционный, тем не менее, один из ключевых, – это демография.

В. СКВОРЦОВА: К счастью, Владимир Владимирович, у нас хорошее поступательное движение. Мы подвели итоги вместе с Росстатом по результатам 8 месяцев. У нас родилось на 14 тысяч новорождённых больше, чем в прошлом году за аналогичный период; умерло на 11 тысяч человек меньше, чем в прошлом году, и мы достигли прироста населения в 19 тысяч человек, тогда как в 2013 году у нас была за 8 месяцев убыль на 6,6 тысячи.

Особенно радует то, что уже сейчас увеличилась продолжительность жизни практически на год (на 0,8 года) и составила по результатам 8 месяцев 71,6, а была 70,8. Женщины перешли границу 77 лет, у них продолжительность жизни составила 77,2, у мужчин она ниже - 65,6.

Вместе с Росстатом мы провели декомпенсационный анализ, чтобы посмотреть, какие факторы в большей степени влияют на продолжительность жизни нашего населения. У мужчин на первое место вышли внешние причины, связанные, прежде всего, с употреблением алкоголя и теми несчастными случаями, которые сопряжены с этим. У женщин первое место разделили внешние причины и сосудистые поражения мозга – инсульты. Но разница такова, что статистически она определяет то различие в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами, которое сложилось, – 11 лет.

У нас существенно снизилась младенческая смертность, на 8,5%, по сравнению с прошлым годом, и она достигла своего исторического минимума – 7,5 промилле. Фактически за два года мы нивелировали тот временный подъем, который был связан с переходом на международные критерии. По прогнозам ВОЗ, мы должны были несколько лет еще идти на повышенных цифрах, но больше этого подъема нет.

У нас хорошие результаты – снижение по всем основным причинам смерти: по сосудистой патологии смертность снизилась на 12%, при дорожно-транспортных происшествиях – на 10%, на 20% – при туберкулёзе. Только при онкологических заболеваниях – на 1%, но это связано с тем, что чтобы снизилась онкологическая смертность, нужно рано выявлять заболевание. Поэтому здесь этот показатель просто несколько отсрочен, и мы надеемся, что с учетом того, что



мы выстроили сейчас ранний скрининг в рамках диспансеризации, через полтора, два, три года дойдут эти результаты, и смертность начнет более серьезно снижаться.

В. ПУТИН: От онкологии именно?

В. СКВОРЦОВА: Да. Причем на первое место вышли рак грудной железы и рак предстательной железы, то есть гормонально зависимые, которые хорошо поддаются лечению и с очень высокой эффективностью излечиваются в том случае, если их выявлять на первой и второй стадиях.

В. ПУТИН: Надо все равно внимание к этим проблемам держать на самом высоком уровне и постоянно отслеживать все эти процессы, влиять на них, тем более что инструменты сейчас у вас есть.

Еще рассчитываю на то, что и бюджетный процесс завершится так, как сейчас Вы сказали, потому что здоровье наших людей - одна из главных задач государства в целом. Поэтому я очень рассчитываю на эффективную работу всей системы.

В. СКВОРЦОВА: Мы будем очень стараться.

\*\*\*

*Развитие высокотехнологичной медицинской помощи [Текст] // Ремедиум Приволжье. – 2014. – № 9. – С. 13-15.*

*Новый перинатальный центр в Самаре откроют в 2016 году.*

В 22 регионах такие центры уже есть. В Приволжском федеральном округе – в Саратовской, Кировской областях, Пермском крае и Мордовии».

Проблема нехватки коек в региональном центре разрешится после того, как на базе больницы им. Калинина в 2016 году будет открыт новый перинатальный центр. Сейчас проект строительства учреждения проходит заключительный этап государственной экспертизы. Всего же на возведение центра планируется выделить 1 млрд. 270 млн. рублей.

В целом же, медицинская помощь беременным и родившим женщинам, а также новорожденным оказывается в губернии на достойном уровне. Об этом свидетельствует статистика, представленная региональным Минздравом. В частности, по словам руководителя Управления организации медицинской помощи женщинам и детям Министерства здравоохранения Самарской области Виталия Пономарева, на протяжении многих лет показатели материнской и младенческой смертности в Самарской области остаются ниже, чем в Приволжском федеральном округе и стране. Так, в 2013 году показатель младенческой смертности в нашем регионе составил 7,1 на 1000 младенцев, родившихся живыми, в ПФО – 7,5, в России – 8,2.

А показатель материнской смертности в Самарской области составляет 5,1 на 100 тысяч родившихся живыми детей. «Общероссийских данных за 2013 год пока нет, – пояснил Пономарев. – Но в 2012 году в стране показатель материнской смертности достигал 15-17».

Что касается состояния здоровья беременных, как рассказал Виталий Пономарев, в 2013 году у 72% зарегистрировались какие-либо заболевания. В частности, у 25% женщин отмечалась анемия или низкий гемоглобин. У 6,5% – болезни сердечно-сосудистой системы. Еще у 11% – гистоз (токсикоз).

То, как будет протекать беременность, зависит в первую очередь от состояния здоровья женщины и от ее подготовки к этому важному мероприятию. Оптимальный вариант – когда женщина предварительно прошла полное обследование и выполнила все рекомендации врача. К сожалению, по этому пути идут далеко не все представительницы прекрасного пола.

Татьяна Сочинская, заместитель министра здравоохранения Самарской области:

– Беременных, у которых во время родов могут возникнуть осложнения, направляют в перинатальные центры: в больницу им. Калинина в Самаре или в Тольяттинскую городскую больницу № 5. Эти учреждения принципиально отличаются от остальных родильных отделений региона уровнем помощи. В них есть специалисты всех профилей. Что бы ни случилось во время родов – нужный врач всегда найдется. К тому же в больнице № 5 Тольятти и больнице им. Калинина есть уникальное высокотехнологичное оборудование, позволяющее оказывать помощь женщинам и детям в сложных случаях, в основном при нефизиологических родах.

Виталий Пономарев:

– В службе родовспоможения и детства основными показателями качества работы являются материнская и младенческая смертность. Первый показатель рассчитывается на 100 тысяч родившихся живыми, второй – на 1 тысячу родившихся. На протяжении нескольких лет



эти цифры в Самарской области остаются ниже, чем в Приволжском федеральном округе и в стране. Причем данные показатели в селах и городах не разнятся. Всем беременным оказывается своевременная и качественная медицинская помощь.

*Кардиоцентр примет пациентов в 2016 году.*

Губернатор Самарской области Николай Меркушкин провел рабочую встречу, посвященную вопросам строительства в Самаре нового здания кардиохирургического центра. Это будет сооружение мирового уровня, не имеющее аналогов в России по технологиям и оборудованию. Проект реализуют с применением механизмов государственно-частного партнерства: строительство и оснащение медучреждения высокотехнологичным оборудованием будет вестись за счет внебюджетных средств. Глава региона высоко оценил проект, представленный инвестором ООО «Современные медицинские технологии», и подписал меморандум о сотрудничестве.

Предыдущая встреча Николая Меркушкина и руководителя компании Сергея Шатило состоялась еще в ноябре 2012 года. За это время был разработан проект кардиоцентра. Сергей Шатило представил его губернатору, продемонстрировав также макет будущего здания, которое соединится переходом с действующим сегодня кардиологическим центром.

Общая площадь нового медицинского учреждения составит 25,3 тыс. кв. м. Здание будет пятиэтажным. Первый займет приемный покой и диагностическое отделение, где установят томограф и другое современное оборудование. На втором и третьем этажах расположится хирургический блок восемь операционных и отделение реанимации. На четвертом этаже будут оборудованы одно- и двухместные палаты для стационарного размещения пациентов - одновременно в стационаре смогут находиться 66 человек. Последний этаж займет администрация лечебного учреждения.

*Работающий центр модернизируют.*

Николай Меркушкин в целом одобрил представленный проект, но отметил необходимость «подтянуть» до современного уровня действующий сегодня кардиоцентр. Планируется, что в его стенах будут размещаться пациенты на долечивание, и условия их содержания не должны быть хуже, чем в новом стационаре.

Главный врач кардиоцентра Сергей Хохлунов признал, что медучреждение перегружено - в трехместных палатах стоит по пять коек. Правда, в больнице проведен ремонт в рамках программы модернизации здравоохранения. Губернатор же констатировал, что «те ремонты, которые делаются, зачастую не соответствуют требованиям даже сегодняшнего дня, не говоря о завтрашнем». И пообещал посетить кардиоцентр, чтобы оценить его нынешнее состояние.

При создании нового кардиоцентра стоят амбициозные задачи.

«Мы хотим выйти на новый уровень и построить объект, сегодня практически не имеющий равных в России, – заявил Сергей Шатило. – Мы делаем проект завтрашнего дня, с возможностью постоянного совершенствования оборудования».

Не случайно к разработке проекта центра привлекались крупные европейские компании, имеющие опыт создания современных медицинских учреждений.

*«Задача задач».*

Новый кардиоцентр рассчитан на пациентов не только из Самарской области, но и всех соседних регионов. По словам Николая Меркушкина, привлечение туда пациентов из других субъектов РФ – «задача задач». Сегодня таким центром притяжения является кардиохирургический центр в Пензе. Но у самарского проекта задачи более масштабные: он будет более высокотехнологичным и рассчитанным на большее количество пациентов.

*Меморандум подписан.*

Новое учреждение примет первых пациентов уже в 2016 году. Но оно могло распахнуть свои двери раньше на целый год, если бы не бумажная волокита.

По итогам встречи Николай Меркушкин и Сергей Шатило подписали меморандум об инвестиционном сотрудничестве. В соответствии с этим документом, ООО «Современные медицинские технологии» осуществит инвестирование в общем объеме до 3 млрд. рублей. Из них на строительство центра пойдет до 540 млн. рублей, на закупку оборудования – до 2,46 млн. рублей. Реализация проекта позволит создать 250 рабочих мест и оказывать кардиохирургическую помощь около 11,5 тыс. пациентов в год.

*Искусственную почку получают все нуждающиеся.*

Жителей области, которым требуется заместительная почечная терапия, с каждым годом становится все больше. Поэтому в региональном правительстве решили расширять сеть диализных центров.

Самарская область относится к тем немногочисленным регионам страны, где для пациентов с хронической почечной недостаточностью созданы все условия. В регионе действует семь отделений диализа. А в центре трансплантации органов и тканей, который базируется в клиниках СамГМУ, делают пересадку почек.

«Во многих субъектах Федерации представлена только одна разновидность заместительной почечной терапии, – рассказывает заместитель регионального министра здравоохранения Альберт Навасардян. – Мы же еще к 2009 году полностью решили эту проблему. Сейчас у нас нет очереди на данный вид медицинской помощи. Все люди, которым требуется заместительная почечная терапия, без проблем ее получают».

По данным на начало года, в губернии проживают 934 человека, которым требуется заместительная почечная терапия. Из них 677 человек получают лечение с помощью гемодиализа, 133 – с помощью перитонеального диализа. Еще 124 людям пересадили почку, и они постоянно наблюдаются у нефрологов.

Развивать сеть диализных центров решено было с помощью государственно-частного партнерства.

«Для того, чтобы быстро провести полную модернизацию, требуется около 1 млрд. рублей, – объясняет Навасардян. – Выделить из бюджета столь значительную сумму за короткий период времени мы не можем. Ведь есть и другие направления в здравоохранении, которые нуждаются в финансовых вливаниях. Например, нам нужно совершенствовать первичную санитарную помощь, улучшать работу станций скорой медицинской помощи».

В региональном Минздраве уже разработали несколько проектов, направленных на развитие сети диализных центров. К реализации каждого из них будет привлечен инвестор. В частности, к 2016 году новые диализные центры заработают на базе Самарской городской больницы № 10 и Сызранской центральной городской больницы.

Примерно в это же время отдельное здание появится у Центра экстракорпоральной гемокоррекции и клинической трансфузиологии областной больницы имени Калинина. По этому проекту в конце прошлого года Минэкономразвития региона объявило конкурс на право заключения соглашения. Предполагается, что в строительство центра инвестор вложит около 300 млн. рублей. Будет расширяться и отделение гемодиализа в Дорожной клинической больнице, которая расположена на улице Солнечной в Самаре. Проводить модернизацию владелец медучреждения, ОАО «РЦ», будет самостоятельно, по мере необходимости.

Еще два дополнительных диализных отделения появятся в Тольятти.

Все вновь открывающиеся центры будут принимать пациентов в рамках программы ОМС. «Реализация намеченных проектов позволит создать материально-техническую базу и полностью решить проблему с принятием на лечение новых пациентов до 2026 года», – поясняет Альберт Навасардян.

*В СПИД-центре работают на уникальном оборудовании.*

Небольшая экскурсия по этажам СПИД-центра поражает: кристально белые стены и коридоры, самое современное оборудование. Возникает ощущение, что находишься в дорогой европейской клинике.

Диагностическое отделение уникально по-своему: здесь есть 16-срезовый томограф, который занимает отдельную большую комнату, и фиброскан – таких аппаратов всего несколько во всей России. Фиброскан крайне удобен при диагностике пациентов, у которых ВИЧ-инфекция сопровождается гепатитом. Особенность прибора в том, что на экране врач сразу четко видит изменения, произошедшие в печени.

Для хранения взятой у пациентов крови лаборантам купили специальные стеклянные шкафы. Во время манипуляций внутри этого бокса находятся только руки сотрудника, благодаря чему риск пролить на себя кровь и заразиться сводится к минимуму.

Принятые областными властями меры уже приносят первые позитивные результаты. По итогам 2013 года регион по приросту ВИЧ-инфицированных переместился на пятое место в России. Напомним, что до этого на протяжении 23 лет губерния по этому показателю стабильно занимала второе место в стране.

## МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

*Стоматологи осваивают новые технологии [Текст] / О. Попова // Волжская коммуна. – 2014. – 9 дек. (№ 322). – С. 11.*

Одним из последних новшеств, которые внедрили самарские стоматологи, стала процедура базальной имплантации, которая позволяет восстановить идеальный внешний вид зубов. Новые технологии приходят в Самару, невзирая на санкции со стороны Запада.

*Новый метод.*

Для большинства пациентов стоматологических клиник наиболее простым и удобным способом решить проблему отсутствия зубов является именно установка имплантов. Однако далеко не все могут воспользоваться традиционной методикой имплантации. И если, например, у пациента недостаточное количество костной ткани (а это может быть либо следствием пародонтоза, или врожденной аномалии), ему приходилось пользоваться неудобными съемными протезами. Другой вариант – наращивать костную ткань, но в этом случае процесс растягивается на долгие месяцы, в течение которых пациент, разумеется, не может быть доволен своим внешним видом. К тому же это требует серьезных финансовых затрат.

Однако в Самаре появилась новая методика, которая облегчит жизнь таких больных. Речь идет о базальной имплантации, которая была разработана в Германии профессором Стефаном Иде. Как рассказал «ВК» директор самарской «Клиники красивой улыбки» Александр Некипелов, подобные операции уже более двадцати лет проводят по всему миру, и коэффициент успешности близок к 100%. В июне самарские стоматологи посетили конгресс в Праге, посвященный этому методу, а затем совместно с известным специалистом Евгением Оконечниковым, учеником Стефана Иде, провели в Москве две успешные операции с пациентами, у которых полностью отсутствовали зубы. Затем несколько операций были успешно проведены самостоятельно уже в Самаре.

А недавно, в конце ноября, в Самару по приглашению профессора Александра Шумского приезжал сам автор методики – Стефан Иде. Он прочитал курс лекций на базе медицинского институт «РЕАВИЗ» и провел ряд показательных операций. Профессор Шумский, опираясь на свой огромный медицинский, научный и практический опыт, счел эту методику прогрессивной, позволяющей избавиться от съемных протезов в тех случаях, когда классическая имплантация не позволяет добиться желаемого результата.

*Дешево и быстро.*

Суть базальной имплантации в том, что имплант вводится в челюсть под определенным углом, который определяется индивидуально для каждого пациента. При полном отсутствии зубов на верхней и нижней челюсти конечная стоимость восстановления красивой улыбки составит приблизительно 400 тыс. рублей. Причем установка базальных имплантов не является болезненной процедурой – для комфорта пациента достаточно местного обезболивания. Процесс приживления идет за счет естественной нагрузки на зубы в процессе жевания, когда задействованная костная ткань начинает самовосстанавливаться. Так что у пациента нет никакой нужды «сидеть» на жиденьких кашках или кефире – буквально через неделю о вставленных имплантах можно забыть.

*Мировые технологии будут приходить в Самару.*

«Несмотря на все заявления о санкциях, ученые с мировым именем продолжают активно сотрудничать с российскими врачами, – говорит Александр Некипелов. – Врачебная солидарность, стремление помогать пациентам всегда было и будет выше политики».

Метод базальной имплантации – далеко не единственная передовая технология, освоенная за последние годы самарскими стоматологами. Например, очень популярна у пациентов технология терапевтических виниров, позволяющая получить в короткие сроки «голливудскую» улыбку и, что немаловажно, без травматизации зуба. Новая технология максимально щадит «родные» зубы, давая хороший косметический эффект. И в этом случае самарские врачи прошли обучение у иностранных коллег, развивающих самые современные технологии.

*Андреева, И. Всё «расскажет» капля крови [Текст] / И. Андреева // Медицинская газета. – 2014. – №87. – С. 13.*

Как известно, чем раньше «поймаешь» рак, тем благоприятнее дальнейший прогноз. На ранней стадии болезнь значительно легче вылечить. Наиболее прогрессивный подход – регулярная проверка крови на онкомаркёры, специфические вещества, выделяемые опухолью или здоровыми тканями в ответ на её рост. В то же время в последние годы многие научные группы во всём мире работают над новыми методами, позволяющими проводить ещё более быструю и точную диагностику рака по анализу крови. Внедрение в широкую клиническую практику таких тестов, позволяющих не тратить время на проведение и ожидание результатов такой сложной и болезненной хирургической процедуры, как биопсия опухоли, пока ещё только предстоит.

Группа исследователей из Брэдфордского университета (Великобритания) описала созданный ими тест на «геномную чувствительность лимфоцитов» (lymphocyte genome sensitivity, LGS), в основу которого положен известный метод выявления повреждения клеточной ДНК, так называемый «метод ДНК- комет» (comet assay).

Лимфоциты помещают в нанесённый на предметное стекло слой агар-агара и подвергают повреждающему генетический материал жёсткому ультрафиолетовому излучению. В результате повреждения образуются не связанные с клеткой фрагменты ДНК, которые в электрическом поле вытягиваются в слое агар-агара по направлению к аноду. При этом у наблюдаемых объектов образуется «хвост», делая их похожими на кометы. По количеству и длине таких «хвостов» судят о степени повреждённости ДНК.

Авторы слегка модифицировали метод, варьируя толщину слоя агар-агара и интенсивность излучения. Было установлено, что у здоровых людей при увеличении слоя уровень повреждённых ДНК возвращается к норме, а у онкобольных остаётся высоким. В случае предракового состояния результаты оказываются промежуточными. Эта градация отражает степень уязвимости клеточной ДНК, которая при раке становится максимальной.

LGS-тест был проверен на образцах крови 208 человек. У 20 из них была диагностирована меланома, у 34 – рак толстой кишки, у 4 – рак лёгких, 56 человек находились в предраковом состоянии, 94 были здоровы. Тест показал очень высокий уровень чувствительности и специфичности, который, как отмечают авторы, при некоторой оптимизации может быть доведён до 100%. Такой тест может быть использован при скрининге на онкозаболевания как сам по себе, так и в комбинации с другими методами диагностики.

#### *По метилированию ДНК.*

Другая группа британских учёных, из University College London, сообщила о выявлении универсального биомаркёра, дающего возможность по анализу крови предсказать вероятность развития рака молочной железы даже в отсутствие у женщины мутантной копии онкогена BRCA1.

Известно, что мутация в гене BRCA1, связанная с 85%-ным риском развития рака груди у своей носительницы, является наследственной и ответственна примерно за 10% случаев. Однако причина развития опухоли в оставшихся 90%, не связанных с генетической предрасположенностью, остаётся пока не ясной.

Авторы исследования попробовали рассмотреть этот феномен с точки зрения эпигенетики, объясняющей изменение активности генов влиянием меняющихся внешних условий. В первую очередь речь идёт о таком важнейшем эпигенетическом механизме, задействованном в регуляции экспрессии (работы) генов, как варьирование уровней метилирования (модификации) ДНК. Учёные обнаружили, что и у носительниц мутантной копии BRCA1, и у тех, у кого она отсутствует, можно выделить характерную молекулярную «подпись», связанную с уровнем метилирования ДНК в определённых участках генома. Наличие в крови этого биомаркёра говорит о высоком риске развития рака молочной железы в ближайшие несколько лет.



*По опухолевому маркёру.*

В августе 2013 г. группа исследователей из Техасского университета представила многообещающие результаты разработанной ими двухступенчатой системы ранней диагностики рака яичников на основе анализа крови на опухолевый маркёр СА-125.

СА-125 – белок, продуцируемый маткой, шейкой матки, фаллопиевыми трубами и выстилкой грудной клетки и брюшины. Он был открыт ещё в 1980-е годы и исследования показали, что повышение уровня СА-125 в крови может быть связано с раком яичников. В то же время, использование СА-125 в качестве онкомаркёра оказалось затруднительным, так как выяснилось, что повышение его уровня в крови может быть вызвано причинами, не имеющими отношения к раку (беременностью, менструацией, эндометриозом и др.), а рак яичников на ранних стадиях приводит к росту уровня СА-125 лишь примерно в 80% случаев.

Тем не менее авторы решили, сосредоточить свои усилия именно на нём, поскольку активный поиск других потенциальных биомаркёров рака яичников результатов, не дал. А создание системы эффективного скрининга на этот вид рака просто необходимо, потому что в случае ранней диагностики он полностью излечим.

В продолжавшемся 11 лет масштабном исследовании приняли участие более 4 тыс. изначально здоровых женщин в возрасте от 50 до 74 лет, не имеющих наследственной предрасположенности к раку груди или яичников. Все они на старте исследования сдали кровь на уровень СА-125. Затем, основываясь на разработанной авторами математической модели расчёта риска рака яичников, базирующейся на возрасте и уровне СА-125, все участницы были разделены на три группы. Женщинам из группы низкого риска предлагалось сдавать кровь на СА-125 раз в год, из группы среднего риска – раз в 3 месяца, а из группы высокого риска – встать на учёт к гинекологу-онкологу и регулярно обследоваться с помощью метода трансвагинальной сонографии.

В итоге метод позволил правильно предсказать вероятность развития опухоли в 40% случаев, при том, что для обычных методов ранней диагностики подобный показатель составляет примерно 10%. И это только начало – сейчас в Великобритании проводятся клинические исследования панели, в которую входят 4 онкомаркёра, включая СА-125. Результаты исследований с участием 200 тыс. женщин станут известны в 2015 г.

\*\*\*

***Наночастицы на службе диагностики [Текст] // Ремедиум Приволжье. – 2014. – № 9. – С. 2.***

Google X, исследовательское подразделение компании Google, работает над технологией, которая позволит с помощью наночастиц продиагностировать рак, сердечно-сосудистые заболевания и другие опасные отклонения. Причем, все это на ранней стадии развития. Руководит процессом Эндрю Конрад.

Предлагается следующий подход: наночастицы вводятся в организм пациента с таблеткой. Вся информация, собираемая частицами, считывается специальным устройством, встроенным в браслет. Самое важное здесь – мониторинг незначительных изменений в биохимическом составе крови человека, которые свидетельствуют о развитии заболеваний.

Наночастицы благодаря различным антителам, будут взаимодействовать с разными клетками и белками в теле человека. По тому, смогла ли наночастица найти рецептор для своего антигена, определятся риск развития заболевания. Сейчас ученые трудятся над портативным магнитным устройством, которое притягивает и подсчитывает частицы. Такое устройство должно передавать собранную информацию не только владельцу, но и его врачу. Тогда удастся найти болезнь до появления симптомов.



## ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

*Степченко, В. И. Региональный опыт организации работы центров здоровья на примере Смоленской области [Текст] / В. И. Степченко, Н. А. Лебедева, Ю. В. Батрова // Менеджер здравоохранения. – 2014. – №12. – С. 13-23.*

С 2009 года в России работает новое приоритетное направление в области здравоохранения – комплекс мер по формированию здорового образа жизни и сокращению потребления алкоголя и табака. Итоги международных исследований доказали приоритетность вложения средств в здравоохранение на уровне профилактики заболеваний, в том числе неинфекционных хронических болезней (далее ХНИЗ), которые в большинстве случаев приносят значимые экономические потери и требуют постоянных финансовых вложений. Выделены основные факторы риска развития хронических заболеваний, ведущих к снижению работоспособности, потерь рабочего времени и качества жизни, а также к осложнениям, влекущим за собою в большинстве случаев инвалидность и смертельные исходы. Федеральная программа и коммуникационная компания «Здоровая Россия» явились началом работы региональных сегментов, в том числе в Смоленской области. Утверждена ведомственная целевая программа «Формирование здорового образа жизни» (далее – ЗОЖ), открыты Центры здоровья.

Справочно отметим, что каждые десять секунд на планете умирает один заядлый курильщик. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире 90% смертей – от рака легких, 75% – от хронического бронхита и 25% – от ишемической болезни сердца обусловлены курением. В России курят 65% мужчин и свыше 30% женщин; из них 80% мужчин и 50% женщин начали курить в подростковом возрасте. По данным национального исследования (ВЦИОМ), за последние 20 лет доля курильщиков увеличилась на 440 тысяч человек, и это происходит в первую очередь за счет молодежи и женщин. Так, в возрасте 15-19 лет курят 40% юношей и 7% девушек, при этом в день они выкуривают в среднем 12 и 7 сигарет, соответственно.

Именно Центры здоровья первыми были призваны реализовать главную задачу, стоящую сегодня перед здравоохранением – это активная профилактика ХНИЗ и оздоровление нации за счет формирования «моды на здоровье» и здорового образа жизни у населения, включая отказ от таких распространенных «традиционных» вредных привычек, как употребление алкоголя и табака.

В целях реализации Постановления Правительства РФ от 18.05.2009 №413 «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан РФ, включая потребление табака и алкоголя», Приказа Минздравсоцразвития РФ от 19.08.2009 №597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления табака и алкоголя» в Смоленской области созданы и функционируют 3 центра здоровья для взрослых и 1 детский центр здоровья.

- Областной центр здоровья – далее ОЦЗ (является отделением ОГАУЗ «Смоленский областной врачебно-физкультурный диспансер», далее ОГАУЗ СОВФД), где сосредоточена профилактическая служба субъекта, в том числе Областной центр медицинской профилактики и Областной центр охраны репродуктивного здоровья подростков – МЛАДА. В Центре здоровья ОГАУЗ СОВФД обследования проходят также лица, не достигшие 18 лет, которые попадают в категорию «дети» (учебные коллективы: СУЗы и первые курсы ВУЗов), которым по стандарту требуется заключение врача-педиатра.

- Межмуниципальный центр здоровья (МЦЗ) на базе отделения медицинской профилактики ОГБУЗ «Сафоновская ЦРБ»;

- Межмуниципальный центр здоровья на базе отделения медицинской профилактики ОГБУЗ «Вяземская ЦРБ»;

- Городской детский центр здоровья на базе ОГБУЗ «Городская детская клиническая больница» в городе Смоленске.

Основной целью деятельности Центров здоровья является формирование здорового образа жизни, то есть осуществление комплекса мероприятий, направленных на сохранение здоровья; пропаганду здорового образа жизни; мотивирование граждан к личной ответственности за свое здоровье и здоровье своих детей; разработку индивидуальных подходов по борьбе с факторами риска развития заболеваний; просвещение и информирование населения

о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем; предотвращение социально значимых заболеваний.

Комплексное обязательное обследование в Центре здоровья включает следующие виды скринингового тестирования:

1. Измерение роста и веса, осмотр врача;
2. Тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма (программный продукт АКДО);
3. Скрининг сердца компьютеризированный (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей на кардиовизоре);
4. Ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плече-лодыжечного индекса;
5. Экспресс-анализ для определения общего холестерина и глюкозы в крови;
6. Комплексная детальная оценка функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный);
7. Осмотр оптика-оптометриста пациентов с факторами риска после 40 лет;
8. Осмотр гигиенистом стоматологическим.

При необходимости выявления дополнительных факторов риска рекомендуется проведение исследований, не входящих в перечень комплексного обследования, на установленном оборудовании, либо углубленная диагностика и посещение врача-специалиста. Динамическое наблюдение проводится ежегодно в сроки, назначенные врачом Центра здоровья, а комплексное обследование – один раз в год. Врач на основании результатов тестирования на аппаратно-программном комплексе и обследования на установленном оборудовании проводит оценку наиболее вероятных факторов риска, функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей; беседу по ЗОЖ в форме профилактического консультирования; оценивает прогноз состояния здоровья, составляет индивидуальную программу по ЗОЖ. В случае, если в процессе обследования выявляется подозрение на какое-либо заболевание, врач Центра здоровья рекомендует обратиться в ЛПУ к соответствующему врачу-специалисту для определения дальнейшей тактики его наблюдения и лечения.

Помимо комплексного обязательного обследования, дополнительно сотрудниками Центров здоровья проводятся:

- акции, кампании и мероприятия, направленные на мотивирование населения к ЗОЖ и повышение их знаний и культуры в отношении собственного здоровья и здоровья окружающих;
- обследование на биоимпедансе, анализаторе монооксида углерода;
- выездные обследования населения на отдельных видах аппаратуры (кардиовизоре, алкотестере, анализаторе монооксида углерода).

В рамках работы Центров здоровья в соответствии с требованиями нормативных правовых документов и методических рекомендаций в части медицинской профилактики, проводится комплексное обследование и профилактическое консультирование (индивидуальное краткое и углубленное, а также групповое профконсультирование в виде школ здоровья для пациентов), а также дополнительное консультирование (которое востребовано) и получение отдельных рекомендаций при повторных визитах динамического наблюдения, оказание профилактических консультативных услуг в виде школ здоровья, групповых консультаций, минисеминаров, «электронного консультирования».

Большинство обследованных имеют различные факторы риска в различных сочетаниях и таким образом риски развития заболеваний либо вероятность прогрессирования (или ускорения/ухудшения прогноза) уже имеющейся патологии разной степени выраженности. Всем пациентам, имеющим отклонения от нормальных показателей измеряемых параметров, выдаются на руки дубликаты результатов тестов и рекомендуется посещение врача-специалиста по месту жительства. Данной категории пациентов в ходе заключительной консультации врача Центра здоровья даются разъяснения в отношении выявленных изменений и рекомендации по соблюдению режимов физической активности и питания, необходимости чередования труда и отдыха с наличием достаточного ночного сна, периодов релаксации и аутотренингов для преодоления стрессов и перегрузок. Назначается консультация в Центре здоровья и отделении медицинской профилактики в виде динамического наблюдения (повторное посещение). Пациентам с выявленными факторами риска в ходе заключительной консультации врача Центра здоровья, помимо устных разъяснений, выдаются памятки с правилами ЗОЖ, брошюры для

пациентов с факторами риска. Всем пациентам даются индивидуальные рекомендации в виде углубленного профилактического консультирования по коррекции факторов риска и модификации образа жизни. Проводятся современные и доступные разъяснения вреда от употребления табака и чрезмерных доз алкоголя, в том числе пива, других слабоалкогольных и энергетических напитков, даются рекомендации отказа от вредных привычек с позиций выгод и затрат как непосредственно для здоровья индивидуума, так и для его материально-экономического положения и состояния. Рекомендуется ежегодное посещение комплексного обследования в Центре здоровья всем независимо от выявленных факторов риска для возможности проведения сравнительного анализа результатов обследований и их коррекции на индивидуальном и групповом уровнях. Все обследованные информируются о программе диспансеризации и профилактических осмотров, которые проводятся с 2013 года в поликлиниках по месту жительства каждого. Каждый пациент получает на руки карту ЗОЖ с рекомендациями по проведению индивидуальной профилактики заболеваний и динамического профилактического наблюдения с пояснениями, в том числе необходимости доставки этого документа в свою территориальную поликлинику. Это помогает обеспечивать процесс координации потоков пациентов первичного звена здравоохранения (поликлиники) и позволяет дополнительно информировать о программе диспансеризации. Таким образом, Центры здоровья оказывают помощь при проведении диспансеризации взрослого населения на территории Смоленской области и продвигают принцип преемственности в системе первичного звена здравоохранения с целью совершенствования деятельности по оказанию профилактической медицинской помощи.

В Центрах здоровья также практикуется проведение школ здоровья непосредственно в организованных коллективах после завершения профилактического тестирования и индивидуального углубленного консультирования по факторам риска. Также предлагаются и предоставляются как пациентам, так и слайдовые подборки по каждому фактору риска в виде адаптированных тематических презентаций в формате Microsoft Power Point с целью использования не только в индивидуальном порядке, но и в виде визуального ряда информационно-образовательного модуля по профилактике ХНИЗ и формированию ЗОЖ. Хорошо зарекомендовал себя и пользуется успехом способ трансляции слайдов школ здоровья на плазменных информационных экранах, имеющихся во многих организациях. В настоящее время разрабатывается система продвижения школ здоровья, которая приемлема для использования не только в системе здравоохранения, но и на межотраслевом уровне, в частности: 1) рассылки через электронную почту как отдельным пациентам, так и в учреждения/организации для создания единой информационной профилактической среды, а также волонтерам ЗОЖ, которые будут в данном случае подготовлены по программе «инструктор ЗОЖ»; 2) размещение слайдовых подборок по профилактике ХНИЗ, коррекции факторов риска и формированию новых моделей поведения в сети, используя различные ресурсы (сайт областного центра здоровья, тематические странички в социальных сетях и т.д.).

#### *Выездная работа областного центра здоровья.*

Областной центр здоровья с первого года деятельности сделал упор на выездные формы работы в организованные трудовые коллективы и прием на своей базе организованных коллективов по предварительно согласованному графику. Организация работы с организованными коллективами происходит по предварительной договоренности с руководством. При первом контакте, как правило, кратко описываются цель и задачи мероприятия, роль работодателя и ожидаемый результат. Затем руководителю направляется поясняющее письмо и предлагается ссылка на сайт ОЦЗ для возможности получения более полной информации по обсуждаемому вопросу. В 2010 г. подготовлено и разослано всем руководителям предприятий, организаций, госучреждений и т.д. рекомендательное письмо с разъяснением роли деятельности Центров здоровья в рамках государственной программы профилактики и профилактического направления ПНП «Здоровье» и необходимости всесторонней поддержки возрождения российской медицинской профилактики. Это сыграло значимую позитивную роль и существенно помогло на начальном этапе работы Областного центра здоровья. До начала работы Центра здоровья на территории предприятия/организации руководитель ОЦЗ проводит круглый стол или делает выступление на заседании Администрации, совете директоров и т.д. Данные мероприятия проводятся для презентации предлагаемого проекта как с позиции пояснения его социальной значимости, так и с позиции экономических выгод для работодателя за счет сохранения человеческих ресурсов.

Программа включает в себя для любого коллектива не только скрининговое тестирование, все виды профилактического консультирования, но и включение визуального образовательного модуля и формирование внутренней профилактической среды с обеспечением элементов и принципов ЗОЖ. Все вышеуказанное предлагается в качестве долгосрочной программы оздоровления коллектива.

\*\*\*

**Резников, В. Учат и лечат. Межвузовский студенческий медцентр отметил юбилей [Текст] // Аргументы и факты. – 2014. – №51. – С. 21.**

В августе 2003 года по инициативе ректора СамГМУ медицинское учреждение было реорганизовано в специализированный консультативно-диагностический центр (СКДЦ), в котором сочетаются современные научные технологии и практический опыт.

Студенческий центр вошел в него как структурное подразделение. С 2003 по 2010 гг. центром заведовал к.м.н. Станислав Апещенко. В настоящий момент уже более трёх лет СКДЦ руководит организатор здравоохранения, опытный врач, к.м.н. Инна Киселева. Межвузовский студенческий медицинский центр обеспечил условия для профилактики и лечения заболеваний как прикрепленных к нему студентов, так и иногородних.

*Молодежь в центре внимания.*

Сегодня в Самарской области работают 18 медицинских пунктов, связанных единой медицинской информационной системой, которые занимаются первичным приёмом студентов. При заболеваниях, которые требуют консультаций узких специалистов, дополнительных инструментальных и лабораторных методов диагностики, больных направляют в межвузовский студенческий медицинский центр, где они получают необходимые консультации и рекомендации по лечению.

В феврале 2005 года в СКДЦ появился дневной стационар. Здесь студент может получать лечение и одновременно посещать занятия. С января 2006 г. в центре оказывают медицинскую помощь женщинам в период беременности. С 2011 г. на консультацию врача можно записаться через Интернет – в электронной регистратуре, а для пациентов, пришедших в СКДЦ, работает электронная очередь. Клиники СамГМУ в 2011 году вошли в состав Всероссийской ассоциации учреждений здравоохранения, оказывающих помощь студенческой молодежи.

Говоря о результатах работы центра, проректор по клинической работе – главный врач Клиник СамГМУ, профессор Игорь Лосев отметил, что за последние годы здесь достигли максимальных результатов по оказанию помощи студентам: «За 4 года открыто 6 здравпунктов. 104 сотрудника трудятся в СКДЦ. В настоящее время медицинскую помощь в центре получают 48 000 студентов, 5000 ежегодно проходят диспансеризацию. Каждый год проводится около 11 000 обследований в мобильном Центре здоровья». В 2014 г. врачам центра добавилась работа по профилактике особо опасных инфекций, одна из которых – лихорадка Эбола. Только в Самарском государственном аэрокосмическом университете учатся 62 студента из Африки, и СКДЦ принимает на себя работу по их обследованию.

*Центр здоровья.*

На базе Клиник университета работает и Центр здоровья. В нём оказывают профилактическую помощь всем студентам высших и средних специальных учебных заведений Самары. В Центре здоровья есть необходимое оборудование: программно-аппаратный комплекс для тестирования организма, экспресс-анализаторы для определения общего холестерина и глюкозы в крови, кардиовизор для компьютеризированного обследования сердца, оборудование для комплексной детальной оценки функций дыхательной системы. Кроме того, оборудован офтальмологический кабинет.

В оснащении центра приняли участие все крупные вузы губернии, входящие в Ассоциацию вузов Самарской области, выделив средства на оборудование. Клиники выделили специальный автобус, выезжающий с оборудованием и специалистами в другие вузы губернии для проведения профилактической работы.



## Уважаемые коллеги!

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

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

### Наши контакты:

#### Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

### Режим работы:

#### С 1 сентября по 31 мая:

ежедневно, кроме субботы и воскресенья, – с 09.00 до 18.00;  
суббота – с 09.00 до 16.00; воскресенье – выходной день.

#### С 1 июня по 31 августа:

ежедневно, кроме субботы и воскресенья, – с 09.00 до 18.00;  
суббота и воскресенье – выходные дни.

1-й вторник второго месяца каждого квартала – санитарный день.

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

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

☎ тел./факс: (846) 372-39-38 – отдел комплектования и библиотечной обработки

✉ [miac@medlan.samara.ru](mailto:miac@medlan.samara.ru)

✉ [sonmb@inbox.ru](mailto:sonmb@inbox.ru)

#### Обособленное подразделение областной научной медицинской библиотеки МИАЦ

(в здании ГБУЗ СО «Чапаевская центральная городская больница»)

Адрес: 446100, г.о. Чапаевск, ул. Медицинская, д. 3а

### Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота, воскресенье - выходные дни

☎ (84639) 2-49-26

✉ [biblchap@yandex.ru](mailto:biblchap@yandex.ru)

Сайт: <http://medlan.samara.ru>