

В центре внимания

Когда завтрашний день рядом

Рост или падение будет демонстрировать отечественное здравоохранение в нынешнем году?



Эксперты ВОЗ, говоря о показателях общественного здоровья, не забывают и о таких критериях: процент ВВП, идущий на охрану здоровья, доступность первичной медико-санитарной помощи, обеспеченность городов и сёл безопасным водоснабжением, охват населения иммунизацией против инфекционных болезней, состояние питания детей, уровень младенческой смертности и средней продолжительности жизни, степень санитарного просвещения и многое другое.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова знакомится с программой «Живи долго» в Воронежском областном консультативно-диагностическом центре

Если проанализировать эти показатели за прошлый год в нашей стране, то убеждаешься, что всё совсем не плохо. И кажется, что главное, чего не хватает нам всем, так это оптимизма. Но подобное утверждение будет слишком простой трактовкой ситуации в медицинской отрасли и в стране. На самом деле, здравоохранение продолжает развиваться, несмотря на возник-

шие экономические сложности. Но существуют и серьёзные проблемы.

«Медицинская газета» публикует к расширенной коллегии Минздрава России специальный выпуск (стр. 4-12), в котором своим мнением о состоянии дел и перспективах поделились самые известные в стране представители врачебного сообщества.



Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения РФ:
Наша страна выполнила 4-ю и 5-ю цели развития тысячелетия ООН.

Стр. 4-5

Леонид РОШАЛЬ,
президент Национальной
медицинской палаты, профессор:
У меня такое ощущение, что только сейчас мы начинаем строить российское здравоохранение.

Стр. 6.



Игорь ЕСАУЛЕНКО,
ректор Воронежской
государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко, профессор:
Возможности симуляционной техники объединяют как простейшие манипуляции, так и проведение сложнейших хирургических вмешательств.

Стр. 12

Акции

К демографическим достижениям

«Женский день здоровья» – под таким названием в Воронеже прошла всероссийская акция. В течение 2015 г. она состоится и в других крупных городах России. Сохранение женского здоровья, охрана материнства и детства, профилактика заболеваний, снижение риска развития рецидивов и хронических воспалительных процессов у женщин – вот главные цели, на которые направлено данное мероприятие.

Врачи акушеры-гинекологи должны вовремя знакомиться с актуальной информацией о современных методах диагностики и коррекции состояния урогенитального тракта у женщин. Но их усилия должны подкрепляться заботой самих пациенток о собственном здоровье.

Согласно статистике, причиной воспалительных гинекологических заболеваний (вульвиты, вагиниты), с которыми чаще всего женщины обращаются к гинекологу, в 65% случаев являются инфекции нижнего отдела половой системы. Неспецифический вагинит установлен у 19,2% пациенток гинекологической практики.

Те или иные воспалительные заболевания половых органов лежат в основе репродуктивных неудач, акушерских осложнений родов и послеродового периода.

В рамках конференции, прошедшей в Воронежском перинатальном центре, ведущие российские специалисты в области диагностики и лечения вагинальных инфекций доложили об инновациях в сфере современных диагностических методик. Особое внимание было уделено разбору клинических случаев и обмену опытом.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Cito!

Воронеж.

Деловые встречи

Село требует внимания

Врачи-стоматологи сразу 6 сельских районов Смоленской области стали участниками научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологической помощи населению», прошедшей на базе Руднянской центральной больницы.

С докладом о состоянии стоматологической службы региона в 2014 г. и задачах по её совершенствованию выступила заместитель главного врача областной клинической стоматологической поликлиники Галина Басова,

с информацией о методиках эндодонтического лечения по Программе госгарантий бесплатной стоматологической помощи – доцент кафедры терапевтической стоматологии Смоленского государственного медицинского университета Татьяна Галанова.

Специалисты, в том числе и частнопрактикующие, обменялись опытом работы.

– Оказывая системную методическую помощь сельским врачам, мы тем самым работаем на авторитет нашей службы среди сельских жите-

лей и – главное – стимулируем наших коллег на профилактическую работу в глубинке, – сказал корреспонденту «МГ» главный стоматолог Департамента здравоохранения Смоленской области по здравоохранению Игорь Зубакин.

Подобные межрайонные конференции пройдут в течение года в Гагарине, Рославле и Десногорске.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленская область.

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Новости

Главное — оценка пациентов

Каждый житель Челябинской области может дать оценку качеству оказания медицинских услуг в лечебных учреждениях региона. Анализ мнения южноуральцев проводит общественный совет при региональном Минздраве. Экспертов интересует, насколько граждане удовлетворены качеством медицинских услуг в амбулаторных и стационарных условиях.

В анкетах, размещённых на официальном сайте Минздрава, порядка 30 вопросов, отражающих качество работы медицинских организаций. В частности, такие: удовлетворены ли пациенты приёмом врача, возникла ли необходимость во время лечения оплачивать дополнительные диагностические исследования за свой счёт, каким образом пациенты записались на приём к специалисту.

Анализировать результаты опроса будет созданный при Минздраве области в мае этого года общественный совет, в состав которого вошли эксперты совета общественной палаты региона, представители профсоюзов и общественных организаций области. По результатам анкетирования будет выявлена эффективность работы медучреждений. Как пояснила председатель общественного совета при Минздраве Челябинской области Марина Москвичёва, каждый житель имеет право принимать участие в оценке, высказывать своё мнение.

— Ответы на вопросы, которые поднимаются в анкетах, позволят определить болевые точки, имеющиеся в каждой медицинской организации, — подчеркнула Марина Москвичёва.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

«Скорая» Сахалина будет усилена

Около 20 заявлений на трудоустройство от представителей среднего медицинского звена подано уже в этом году в службу скорой помощи региона. Большинство соискателей — будущие фельдшеры, в настоящее время оканчивающие обучение в Сахалинском базовом медицинском колледже — участники Программы кадрового обеспечения системы здравоохранения Сахалинской области. Ещё часть — жители других регионов страны, в основном Дальнего Востока.

Функционирование скорой медицинской помощи региона, кадровое обеспечение службы стали одним из вопросов, рассмотренных в ходе коллегии Министерства здравоохранения Сахалинской области. В настоящее время время укомплектованность «скорой» медицинскими кадрами в области составляет 36%, вместе с тем наблюдается тенденция по замещению врачебных бригад фельдшерскими: укомплектованность средним медицинским персоналом увеличилась с 75,6% в 2009 г. до 78,8% в 2014 г.

Большие перспективы в работе «скорой» специалисты связывают с притоком новых кадров. Отбор их уже сейчас осуществляется в рамках реализации кадровой программы. Интенсификация этого процесса, возможно, послужит решению вопроса о выделении служебного жилья фельдшерам «скорой» наравне с врачебным составом. Данное предложение внесено для рассмотрения правительством Сахалинской области.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Южно-Сахалинск.

Без очереди

«Более 97% пациентов столичных поликлиник имеют возможность посетить врача в день обращения или на следующий день, тогда как ещё в январе нынешнего года этот показатель составлял 77%», — заявил заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Алексей Погодин.

Чиновник уверен: показатели записи на приём к участковому терапевту значительно улучшились в связи с началом работы ситуационного центра при Департаменте здравоохранения, который позволяет отслеживать процесс записи пациентов в московских поликлиниках в режиме реального времени.

«Благодаря постоянному мониторингу и контролю со стороны ведомства время ожидания приёма у врача значительно сократилось», — пояснил А.Погодин. — Когда мы начинали, в так называемой «красной зоне» с длительным сроком ожидания приёма врача оказывалось свыше 23% пациентов от общего числа записавшихся. Им приходилось ждать свободного времени специалиста свыше 3 дней. А сейчас охват «красной зоны» не превышает 2,5% по всем медучреждениям Москвы», — добавил он.

Ян РИЦКИЙ.

Москва.

Выпускники предпочитают Приамурье

Подведены итоги работы комиссии по содействию трудоустройству выпускников Амурской государственной медицинской академии 2015 г. Участие в её работе приняли руководители и представители медицинских организаций Приамурья и других регионов Дальнего Востока.

В этом году лечебный факультет академии оканчивают 189 человек, педиатрический — 41. Итоги работы комиссии говорят о том, что наибольшее число выпускников выбирает Приамурье: более 70 молодых специалистов пожелали работать в родной Амурской области.

После Приамурья традиционно самая большая группа выпускников медакадемии — 31 человек — отправляется на Сахалин. В отличие от предыдущих лет среди нынешних выпускников не нашлось желающих поехать в Комсомольск-на-Амуре (в прошлом году таких было 9), а также на Чукотку и в Еврейскую автономную область.

Николай ИГНАТОВ.

Благовещенск.

Сообщения подготовлены корреспондентами «Медицинской газеты» и Медицинского информационного агентства «МГ» Cito! (inform@mgzt.ru)

События

Праздник на площади

Всероссийская акция «Время быть здоровым!» — на чеченской земле



Будущие медики знают пути к здоровью

Масштабная акция, посвящённая празднованию Всемирного дня здоровья, прошла в Грозном под девизом «Время быть здоровым!». Организаторами праздника здорового образа жизни выступили Министерство здравоохранения, Министерство по делам молодёжи Чеченской Республики, Республиканская станция переливания крови.

С утра на площади перед Министерством здравоохранения начали работу два мобильных комплекса заготовки крови.

Свыше 100 студентов медицинского колледжа и Чеченского государственного нефтяного технического университета, сотрудники аппарата Министерства здравоохранения, медицинские работники приняли непосредственное участие в мероприятии.

Были проведены лекции на тему здорового образа жизни. Все желающие могли на месте проверить своё артериальное давление, определить гемоглобин, группу крови и резус-фактор, а также стать донорами, сдав кровь в мобильном комплексе заготовки крови. Личный

пример в этом благородном деле показали заместитель председателя Правительства Чеченской Республики Абдула Магомадов, министр здравоохранения Шахид Ахмадов, министр по делам молодёжи Мурат Тагиев, главный врач Республиканской станции переливания крови Зура Татаева и другие. В итоге акции около сотни человек сдали кровь и изъявили желание стать донорами в дальнейшем.

Рубен КАЗАРЯН, соб. корр. «МГ».

Грозный.

Тенденции

«Земский доктор» идёт в глубинку

Обеспечение граждан качественной и доступной медицинской помощью в значительной степени определяется уровнем компетентности кадрового состава учреждений здравоохранения. В настоящее время актуализируются вопросы, связанные с распределением и закреплением медицинских работников как на уровне регионов, так и в масштабах страны в целом.

По данным Министерства здравоохранения РФ, общий дефицит врачей в стране составляет около 30%. Особая нехватка специалистов наблюдается в учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и скорую медицинскую помощь. В сельской местности укомплектованность медицинскими кадрами составляет лишь треть от нормативной.

В Московской области основными причинами неуккомплектованности штатов являются отмена обязательного распределения в вузах, соседство со столицей и необеспеченность медработников жильём.

В целях привлечения врачей в учреждения здравоохранения сельской местности в Подмосковье активно реализуются специальные проекты и программы. Так, в 2015 г. продолжается реализация Федеральной программы «Земский доктор», согласно которой предоставля-



ются единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн руб. для медицинских работников, имеющих высшее образование и прибывших на работу в сельский населённый пункт либо рабочий посёлок из другого населённого пункта и заключивших с Минздравом Московской области соответствующий договор.

Денежную выплату можно использовать на приобретение жилья или земельного участка для жилищного строительства, в качестве компенсации части процентной ставки по кредитам, предоставляемым на приобретение жилья, и (или) на иные меры социальной поддержки.

Первоначально в проект «Земский доктор» входили специалисты только первичного медико-

профилактического участкового звена, но сейчас действие этой программы распространяется на врачей всех специальностей, а возраст медицинских работников, имеющих право на выплату, увеличен до 45 лет.

Для участия в программе необходимо наличие трудового договора с государственным или муниципальным учреждением здравоохранения на срок не менее 5 лет на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством. В случае прекращения трудового договора по инициативе медицинского работника до истечения указанного срока он обязан вернуть в бюджет региона часть полученной единовременной компенсационной выплаты пропорционально неотработанному периоду.

В соответствии с распоряжением Правительства РФ № 2594-р от 17.12.2014 межбюджетный трансферт из бюджета Федерального фонда ОМС, предоставляемый бюджету территориального фонда ОМС Московской области по программе «Земский доктор», в 2015 г. составляет 100 млн руб., что с учётом равного софинансирования из бюджета Подмосковья позволит привлечь на работу в сельскую местность примерно 200 специалистов.

Галина АНТОНОВА, директор территориального фонда ОМС Московской области.

Конкурсы

Регионы выдвигают кандидатов

Рабочая группа премии Национальной медицинской палаты получила уже более 100 заявок из 30 регионов РФ для участия в борьбе за призовые места.

Свыше 50 заявок направил Центральный федеральный округ. На премию НМП представлены номинанты Московской, Тульской, Липецкой, Костромской и Ивановской областей. Уральский федеральный округ представлен 20 кандидатами, поступили работы из Ямало-Ненецкого автономного округа, Челябинской и Тюменской областей. Большую активность проявили Приволжский, Южный, Северо-Западный и Сибирский федеральные округа. Не отстают от коллег республики Алтай, Бурятия, Красноярский край и Иркутская область, Поволжье и другие регионы. Лидером в СЗФО по количеству заявок является Санкт-Петербург. Конкурс на премию Националь-

ной медицинской палаты стартовал в конце февраля. Сбор заявок завершается 20 апреля. Вручение подобной премии – возможность не только вернуть доверие к медицинским работникам, но и привлечь внимание к необходимости решения проблем, которые сейчас есть в медицине. Подобная масштабная премия, лауреатами которой станут врачи, студенты медицинских вузов, журналисты и общественные деятели, профессиональные и территориальные общественные объединения медицинских работников, учреждена в России в прошлом году. Такие номинации, как «Земский доктор», «Карьера», «Мой наставник», «Почему я хочу стать врачом», «Право на защиту», «Территория взаимодействия», «Наш маяк», демонстрируют широкую палитру интересов нашего медицинского сословия. Особо надо отметить премии НМП «Врач под защитой», «Профессия – врач»,

«Диагноз», которые будут вручены представителям СМИ, проявляющим внимание к проблемам российского здравоохранения.

Президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль считает, что в конкурсе должны принять участие представители всех российских регионов, чтобы не были забыты врачи из самых отдалённых уголков нашей страны, из маленьких городков, из земских больниц. И не случайно премию получают те, кто имеет отношение к нашему здравоохранению: студенты медицинских вузов, чья профессиональное будущее ещё только определяется, журналисты и СМИ, которые освещают трудности профессии врача и ежедневно привлекают внимание общественности к проблемам медицины.

Пресс-служба
Национальной
медицинской палаты.

К 70-летию Великой Победы

Зарубки на долгую память

Мемориальные доски появятся на стенах трёх лечебных учреждений краевой столицы Забайкалья в соответствии с решением медицинской общественности. Будет увековечена память четырёх выдающихся врачей – участников Великой Отечественной войны, внёсших огромный вклад в развитие забайкальской медицины.

Фасад здания поликлиники Центрального района украсит мемориальная доска в честь талантливого хирурга, кавалера ордена «Знак Почёта» Владислава Тальковского, стоявшего у истоков хирургии в регионе, создававшего и сохранявшего медицинскую Забайкалья в военные годы. Много лет назад такая доска уже была размещена на здании поликлиники, но её утратили при переезде учреждения из одного помещения в другое.

Вопрос открытия досок в честь

выдающихся местных медиков, в том числе работавших в годы Великой Отечественной войны, не первый раз ставится и обсуждается медицинской общественностью, читинскими краеведами. В результате уже существуют памятные знаки на зданиях бывших эвакогоспиталей. Новые имена врачей на сохранение памяти о них в камне накануне празднования 70-летия Великой Победы были выбраны неслучайно – они неразрывно связаны с Забайкальем, с Великой Отечественной войной, с воспитанием и профессиональной подготовкой будущих специалистов-медиков.

Учитывая рекомендации Читинского городского совета по вопросам истории, городская Дума приняла решение установить мемориальную доску и в честь Григория Аксмана – основателя школы онкологии в Забайкалье. Память об этом выдающемся

хирурге-онкологе, заслуженном враче РСФСР, ведущем хирурге эвакогоспиталей Читы в 1941-1945 гг. будет запечатлена на фасаде корпуса краевого онкологического диспансера.

Ещё одну мемориальную доску разместят на здании дорожной клинической больницы на станции Чита-2 в честь участниц Великой Отечественной войны, многие годы работавших в ДКБ, – старшего врача 149-го бомбардировочного авиаполка 12-й Воздушной армии Елизаветы Кириченко и врача 107-го передвижного полевого хирургического госпиталя Марии Урютиной.

Мемориальные доски в честь медиков – ветеранов Великой Отечественной будут открыты в течение 2015 г. в торжественной обстановке.

Ирина БЕЛОШИЦКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Чита.

СРОЧНО! Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница» приглашает для постоянного трудоустройства терапевта участкового для работы в посёлке городского типа, в котором действует программа «О единовременных компенсационных выплатах медицинским работникам, прибывшим в 2013-2014 гг. после окончания образовательной организации высшего образования на работу в сельский населённый пункт или переехавшим на работу в сельский населённый пункт из другого населённого пункта, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника».

(Постановление Правительства ХМАО – Югры от 12.10.2012.)

Местность приравнена к району Крайнего Севера, предоставляется служебное жильё.

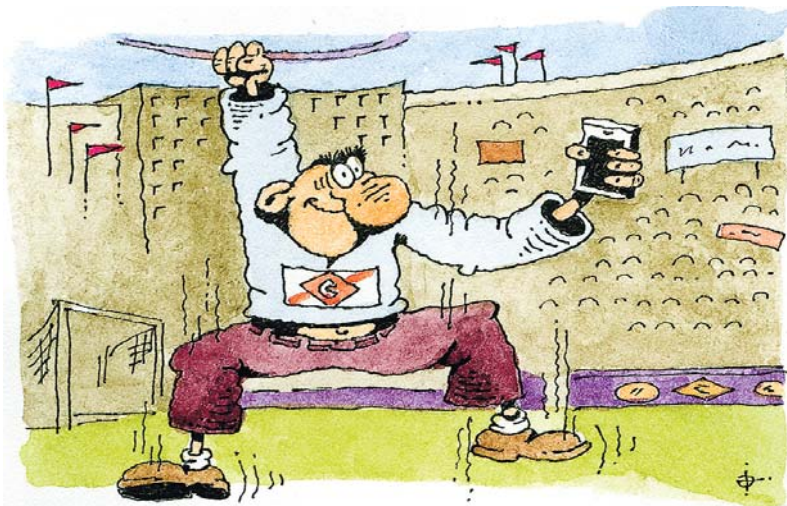
Контактный телефон для справок (34675) 3-41-20. Резюме с указанием контактных телефонов присылать

по факсу (34675) 3-15-73 или по адресу: ул. Киевская, 33, г. Советский, ХМАО – Югра 628240.

E-mail: sovhospital@mail.ru

Ну и ну!

После селфи – в операционную



Житель Тулы, 1994 г. рождения, упал с крыши стадиона во время матча между местным «Арсеналом» и московским «Спартаком». Он не удержался на лестнице, которая ведёт на крышу трибуны, когда фотографировал себя на мобильный телефон – делал селфи.

мимо многочисленных переломов горе-болельщик получил ушиб поджелудочной железы и лёгких. В настоящее время его прооперировали и удалили селезёнку. Пока он подключён к аппарату искусственной вентиляции лёгких.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

МИА Сити!

В результате бригада «скорой» доставила его в больницу. По-

Тула.

Подписка-2015

Продолжается подписная кампания



Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на второе полугодие 2015 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдете в Объединённом каталоге «Пресса России – 2015».

Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

50075 – на месяц;

32289 – на полугодие.

Физические лица также могут подписаться на «МГ» через редакцию по льготным ценам, направив заявку по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110** или по электронной почте: **mg-podpiska@mail.ru**.

Справки по телефонам: **8-495-608-7439**,

681-3596, 8-916-271-0813.

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте **www.mgzt.ru**

Выписывайте и читайте «Медицинскую» газету! Будет больше подписчиков – значит, громче будет звучать ваш голос в аудитории медицинского сообщества, мы вместе сможем не только лучше разобраться в сугубо медицинских, врачебных вопросах, но и веселее заявить о том, что для вас важно. Успехов и до встреч на страницах старейшей врачебной газеты России!

Министерство связи											
АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ											
Медицинская газета											
(индекс издания)											
Количество комплектов											
на 2015 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)											
(адрес)											
Кому											
ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА											
на газету											
(индекс издания)											
Медицинская газета											
Стоимость	подписки	_____ руб.	_____ коп.	количество комплектов							
	пере-адресовки	_____ руб.	_____ коп.	тов							
на 2015 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)											
(адрес)											
Кому											

Прошедший 2014 г. стал очень важным для настоящего и будущего здоровья нации. Ответственными за него должны быть государство и само общество. Минздрав России консолидированно с субъектами РФ и общественными организациями осуществляет ряд целевых программ. Как известно, в последние годы министерством была усилена и профилактическая составляющая. Надо полагать, что движение вперёд и результаты мероприятий ощутили уже все граждане страны.

Но сегодня наступили не лучшие времена в экономике. Тем не менее медицинская отрасль настойчиво работает над решением задач, касающихся сохранения здоровья россиян. Минздрав России контролирует ситуацию. Несмотря на царящую некоторую нервозность по поводу финансового кризиса, нужно думать о здоровом будущем России. О сегодняшних непростых проблемах в здравоохранении наш корреспондент Алексей ПАПЫРИН беседует с министром Вероникой СКВОРЦОВОЙ.

– Вероника Игоревна, давайте начнём с хороших новостей. Недавно прошла информация, что продолжительность жизни женщин в России достигла исторического максимума. А вот уровень младенческой смертности, наоборот, демонстрирует минимум. Как вы считаете, это знаковые моменты?

– Безусловно. Достижение этих показателей – результат долгой и последовательной работы всего российского здравоохранения. Мы можем по праву гордиться тем, что наша страна одна из немногих выполнила 4-ю и 5-ю цели развития тысячелетия ООН, существенно снизив показатели материнской и детской смертности – в 4,5 и 3 раза соответственно. А средняя продолжительность жизни женщин достигла 76,5 года.

Важно подчеркнуть, что вся медицинская помощь, оказываемая женщинам и детям в Российской Федерации, связанная, в том числе, с беременностью и родами, является полностью бесплатной, включая самые сложные высокотехнологичные методы лечения, такие как фетальная хирургия, трансплантация органов и тканей и др.

Создание трёхуровневой системы оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорождённым повысило её доступность, вне зависимости от места проживания. В перинатальных центрах концентрируются все сложные случаи, глубококондоношенные дети. В 2015-2016 гг. мы планируем дополнительно ввести в строй 32 перинатальных центра в 30 регионах страны.

Активно внедряется комплексная пренатальная, в том числе молекулярно-генетическая, диагностика. Сегодня более 77% женщин охвачено бесплатным пренатальным скринингом, что в 3 раза больше, чем 3 года назад. Кроме того, неонатальный генетический и аудиологический скрининг проходят более 95% новорождённых. В результате выявляются наследственные заболевания и своевременно предоставляется заместительная медикаментозная терапия, а при выявлении нарушений слуха проводятся операции кохлеарной имплантации (ежегодно около 1 тыс.).

Нам удалось решить и ещё одну сложную задачу – обеспечить здоровое материнство женщинам из групп риска, в том числе живущим с ВИЧ. Сегодня в России практически полностью остановлена вертикальная передача ВИЧ: более 96% детей, матери которых инфицированы, рождаются здоровыми.

сийской Федерации была возрождена широкомасштабная программа диспансеризации – направленных диагностических скринингов, в которой приняли участие более 75 млн человек. Программа проводится по специально разработанным регламентам для разных возрастных групп. Она включает все необходимые лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов и является основой для проведения индивидуализированной профилактики.

Результаты этой работы – спасённые жизни. Например,

сравнению с 2011 г. на 3270 (или 7,3%). При этом почти вдвое возросла доля врачебных подразделений – с 12,4% в 2011 г. до 23,5% в 2014 г., что, безусловно, отражает повышение квалификации медицинской помощи.

Окрепла и сеть сельских и поселковых больниц. По сравнению с 2011 г. их число увеличилось более чем на треть, – превысив 3 тыс.

Всё это стало возможным благодаря увеличению на 7,6 тыс. числа врачей, работающих в региональных и муниципальных учреждениях здра-

воохранения. Обеспеченность сельского населения врачами выросла на 17,5%. Таким образом, удалось переломить тенденцию по сокращению инфраструктуры сельской медицины, имевшую место в 2007-2011 гг. В тот период численность врачей в сельской местности, наоборот, снизилась на 3,6%, число ФАПов сократилось на 7,6%, центров и отделений общей врачебной практики – на 20,1%. Выстраивание трёхуровневой системы здравоохранения позволило уже сегодня сельским жителям получать медицинскую помощь в специализированных межрайонных и региональных учреждениях. Внедрение правильной маршрутизации больных, их госпитализация при необходимости в учреждения 2-го и 3-го уровня сократило с 2011 по 2014 г. уровень общей смертности на селе на 2,6%, от cerebrovasкулярных заболеваний – на 14,4, от туберкулёза – на 26,1, а также увеличить ожидаемую продолжительность жизни на 1,4 года.

От первого лица

Опираясь на достигнутое, думать о будущем

Здравоохранение России: стратегия антикризисных мер



Успешно вынашивают беременность женщины, страдающие тяжёлым сахарным диабетом, а также перенёвшие трансплантацию органов.

Особое значение имеет и количество проводимых в России процедур экстракорпорального оплодотворения. За последние 5 лет их число увеличилось более чем в 7 раз. А это наглядно свидетельствует, насколько доступными становятся вспомогательные репродуктивные технологии.

– Думаю, что список достижений отрасли можно продолжить...

– Да, Росстат за 2014 г. отмечает снижение общей смертности по большинству классов заболеваний и увеличение продолжительности жизни. В результате естественный прирост населения за год составил 33 688 человек (в аналогичном периоде предшествующего года – 19 076 человек).

Своё развитие получило профилактическое здравоохранение, ведь ещё с древних времён известно, что болезнь легче предупредить, нежели вылечить. Два года назад в Рос-

активная ранняя (на I-II стадиях) выявляемость злокачественных новообразований репродуктивной сферы у женщин повысилась с 50 до 70-80%, что сохранило жизнь более 15 тыс. женщинам, своевременно получившим комплексную медицинскую помощь.

Сердечно-сосудистые заболевания выявлены у 1,6 млн человек (у каждого 12-го гражданина), хронические заболевания лёгких – у 200 тыс. пациентов (у каждого 100-го обследованного), поставлены на учёт 100 тыс. больных с сахарным диабетом (каждый – 200-й).

В другом режиме начинает работать первичное звено, амбулаторная помощь становится более доступной, в том числе на селе. За 2014 г. открыты 328 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, 508 офисов врачей общей практики и 148 врачебных сельских амбулаторий. Общее число медицинских подразделений, оказывающих первичную медицинскую помощь сельскому населению, увеличилось по

сравнению с 2011 г. на 3270 (или 7,3%). При этом почти вдвое возросла доля врачебных подразделений – с 12,4% в 2011 г. до 23,5% в 2014 г., что, безусловно, отражает повышение квалификации медицинской помощи.

Окрепла и сеть сельских и поселковых больниц. По сравнению с 2011 г. их число увеличилось более чем на треть, – превысив 3 тыс.

Всё это стало возможным благодаря увеличению на 7,6 тыс. числа врачей, работающих в региональных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Обеспеченность сельского населения врачами выросла на 17,5%. Таким образом, удалось переломить тенденцию по сокращению инфраструктуры сельской медицины, имевшую место в 2007-2011 гг. В тот период численность врачей в сельской местности, наоборот, снизилась на 3,6%, число ФАПов сократилось на 7,6%, центров и отделений общей врачебной практики – на 20,1%. Выстраивание трёхуровневой системы здравоохранения позволило уже сегодня сельским жителям получать медицинскую помощь в специализированных межрайонных и региональных учреждениях. Внедрение правильной маршрутизации больных, их госпитализация при необходимости в учреждения 2-го и 3-го уровня сократило с 2011 по 2014 г. уровень общей смертности на селе на 2,6%, от cerebrovasкулярных заболеваний – на 14,4, от туберкулёза – на 26,1, а также увеличить ожидаемую продолжительность жизни на 1,4 года.

– Эти перемены заметны гражданам? Становится ли число довольных российской медициной больше?

– По данным ВЦИОМ за 2014 г., 44% опрошенных положительно оценивают состояние российской системы здравоохранения, хотя ещё пару лет назад такое количество, по разным оценкам, не превышало 33-35%. И тем не менее это всё ещё недостаточный показатель. Многие ещё предстоит сделать.

– Долгие годы кадровые проблемы считались слабым местом в отечественном здравоохранении. А в прошлом году число врачей даже на селе, вы говорите, стало больше на 17,5%...

– Вы правы. Ещё недавно отрасль имела огромные проблемы с обеспеченностью специалистами. Но причина этого была очевидна организаторам здравоохранения. Население испытывало потребность в медицинской помощи, прежде всего в амбулаторном звене, а кадровый потенциал всё

селе более привлекательной для молодёжи. Конечно, таких результатов также невозможно добиться без существенного повышения заработной платы врачам и медицинским сёстрам.

– Хочется более подробно узнать, что показывает детальный мониторинг. Какая обстановка в регионах? Удаётся ли там, несмотря на объективные трудности, повышать заработную плату, как установлено «дорожными картами»?

– По итогам 2014 г., целевые показатели по средней заработной плате врачей и среднего медицинского персонала, установленные отраслевой «дорожной картой», на этот период достигнуты.

Одновременно с повышением заработной платы уменьшается межрегиональная дифференциация оплаты труда медицинских работников. Данные Росстата свидетельствуют, что среднемесячная заработная плата врачей в 2014 г. составила 46 231 руб. (увеличение по сравнению с аналогичным периодом прошлого года на 9,4%), оплата труда среднего медицинского (фармацевтического) персонала – 26 310 руб. (80,7% к средней заработной плате по РФ).

Пилотные проекты, проведённые Минздравом, показали, что для снижения уровня дифференциации заработной платы у специалистов сходной квалификации и ограничения влияния субъективных факторов необходимо увеличение доли базового оклада в заработной плате медиков до 55-60% и сокращение стимулирующих надбавок до 30%. Поэтому в прошлом году были даны рекомендации регионам – изменить модель формирования оплаты труда. Работа в этом направлении идёт по всей стране.

– Расширенная коллегия, к которой обычно тщательно готовятся министерство и регионы, – время анализа и подведения итогов. В наступившем году отрасль оказалась в непростой ситуации. В первую очередь это

связано с изменением курса рубля. И тем не менее в таких условиях придётся жить и работать. А потому антикризисные меры, наверное, будут интересовать участников не меньше, чем оценка работы отрасли в 2014 г. На ваш взгляд, не придётся ли сокращать объёмы бесплатной медицинской помощи?

– Несмотря на трудности в экономике, для этого нет никаких оснований: объёмы бесплатной медицинской помощи в рамках программы госгарантий не только не уменьшаются, но и увеличиваются.

С 1 января 2013 г. был впервые возвращён принцип социального равенства и солидарности при распределении государственных ресурсов здравоохранения. Территориальные программы ОМС стали финансироваться на основе единого для всей страны подушевого норматива с учётом численности застрахованного населения и коэффициента дифференциации между регионами.

С 2015 г. все регионы перешли на полный финансовый тариф по страхованию неработающего населения, что направлено на усиление финансовой устойчивости. Из года в год значительно увеличиваются подушевые нормативы финансирования базовой программы ОМС, которые в 2013 г. установлены в размере 5942,5 руб., с ростом на 45% к уровню предыдущего года, в 2014 г. – 6962,5 руб. (рост на 17,2%), а в 2015 г. – 8260,7 руб. (рост на 18,6%).

С 2015 г. начали полностью оплачиваться из системы ОМС скорая и высокотехнологичная медицинская помощь.

Благодаря принятому год назад решению о включении 459 методов высокотехнологичной помощи в базовую программу ОМС за один год увеличился объём высокотехнологичной помощи на 41%, по сравнению с 2013 г., с 505,5 тыс. до 715 616 человек. При этом почти 80% больных, получивших ВМП в рамках базовой программы ОМС, были пролечены в региональных учреждениях. Нужно подчеркнуть, что число медицинских организаций, оказывающих бесплатную для населения высокотехнологичную помощь, увеличилось с 2011 г. в 2,6 раза (с 252 до 675), включая 461 региональную организацию и впервые – 75 частных. Среднее время ожидания ВМП сократилось за этот период с 41 до 21 дня для взрослых и с 35 до 14 дней – для детей.

Особо следует отметить, что среди больных, пролеченных с помощью высоких технологий, увеличилась доля людей старше трудоспособного возраста (до 49%), а также доля пациентов, проживающих в сельской местности, составила 26%, что соответствует представленности сельских жителей в структуре населения страны. Это показывает, что впервые ВМП стала действительно равнодоступной.

Стентирование коронарных артерий в 2014 г. осуществлено 96,9 тыс. пациентов, в том числе более 61 тыс. – по экстренным показаниям. Эндопротезирование крупных суставов выполнено 80,2 тыс. человек.

В 2015 г. мы должны как минимум сохранить достигнутый уровень высокотехнологичной медицинской помощи. Конечно, это будет непросто в условиях изменения цен. Но мы сделаем

всё возможное, чтобы объёмы ВМП и бесплатной медицинской помощи увеличить.

И конечно, серьёзной задачей на этот год станет «удержание» цен на лекарственные препараты.

– Согласитесь, но обеспечить ценовую и ассортиментную доступность большинства препаратов из Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) будет совсем непросто...

– Чтобы этого добиться, принимаются беспрецедентные меры. Впервые с 2010 г. пересмотрен Перечень ЖНВЛП. Причём его пересмотр осуществлён на основании утверждённого порядка, предусматривающего прозрачную процедуру включения (или исключения) лекарственного препарата в перечень. Решения об этом принимались на заседаниях комиссии, которые в целях открытости транслировались на официальном сайте Минздрава России в сети Интернет. По результатам проведённой работы комиссией принято решение о включении в Перечень ЖНВЛП 50 дополнительных позиций лекарственных препаратов, 6 новых лекарственных форм для уже включённых в него позиций, и исключения 3.

Важно также отметить, что пересмотр перечня теперь будет осуществляться на основании заявлений производителей о включении препарата в перечень, что делает его более динамичным и отвечающим требованиям сегодняшнего дня.

Следует подчеркнуть, что новый Перечень ЖНВЛП включает дополнительно 4 препарата для лечения пациентов с заболеваниями из числа так называемых «семи нозологий», в случаях, когда другие препараты не действуют или же не переносятся пациентом. Таким образом, примерно для 30% пациентов, страдающих заболеваниями, относящимися к «семи нозологиям», лекарства станут более доступными.

Перечень ЖНВЛП на 2015 г. расширен до 608 международных непатентованных наименований (МНН), что составляет более 20 тыс. торговых наименований. Отмечу, что из указанного числа МНН 413 наименований (68%) производятся на территории Российской Федерации.

Также Министерством здравоохранения Российской Федерации был подготовлен принятый 22 декабря 2014 г. Федеральный закон № 429-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств», которым предусмотрены системные изменения в части оптимизации процедуры регистрации лекарственных средств и регулирования цен на лекарственные препараты.

Чтобы избежать дефектуры, подготовлено и принято законодательство, позволяющее разово индексировать цены на лекарства из нижнего и среднего ценовых сегментов.

– Вышло в «свет» распоряжение правительства об утверждении плана по проведению года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Какие результаты, на ваш взгляд, может дать его выполнение?

– Нынешний год обозначен Президентом РФ Националь-

ным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями не случайно. ССЗ остаются лидирующими причинами смерти россиян. В реализации разработанного комплекса мероприятий принимают участие все субъекты, большинство федеральных ведомств и общественных организаций.

За последнее время нам удалось немалого добиться: уменьшения смертности от ССЗ, формирования трёхуровневой системы оказания медицинской помощи в рамках сосудистой программы. Но многое ещё предстоит сделать.

Цель мероприятий Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями – привлечь внимание населения к этой проблеме и существенно повысить и осведомлённость, и мотивированность к ведению здорового образа жизни, а также к правильному поведению в случае наличия факторов риска развития заболеваний, и особенно при возникновении их острых проявлений.

– Вероника Игоревна, медицинских работников интересует оптимизация сети лечебных учреждений. Не получится ли так, что задуманный процесс приведения системы в наилучшее состояние обернётся потерей квалифицированных специалистов?

– Мы с вами в начале разговора уже упоминали тот факт, что проблемы кадрового обеспечения здравоохранения связаны не столько с дефицитом врачей и средних медицинских работников по ряду специальностей, сколько со сформировавшимися диспропорциями, в первую очередь в обеспеченности медицинскими кадрами медицинских организаций, оказывающих стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь, а также в обеспеченности медицинскими кадрами лечебных учреждений, расположенных в сельской местности, посёлках городского типа и крупных городах.

Если говорить о цифрах, то в настоящее время в медицинских организациях субъектов РФ отмечается дефицит врачей: в первичном звене – около 32 тыс., при профиците врачей, работающих в стационарах, в 5 тыс. человек.

Анализ свидетельствует, что подчас дефицит медицинских кадров в ряде субъектов РФ обусловлен незначительными темпами структурных преобразований в отрасли. К сожалению, практически во всех регионах наблюдается кадровый дисбаланс. И руководство Минздрава России прикладывает все усилия вместе с органами управления здравоохранением территорий, чтобы кадровый состав «выравнивался».

За 2014 г. существенно расширилось применение ресурсосберегающих стационарозамещающих технологий диагностики и лечения. Число мест в дневных стационарах увеличилось на 19 тыс., или 8%, а число пролеченных в них больных – почти на 800 тыс. (или 11,4%). Объём амбулаторной хирургии возрос за один год почти на 23%. Это не привело к снижению оперативной активности в круглосуточных стационарах. Напротив, она увеличилась более чем на 60 тыс. человек, и, как мы уже заметили, в ней значительно увеличилась доля

высоких технологий. Однако такой результат был достигнут на меньшем количестве коек и при повышении эффективности их работы!

Преобразования в нашей отрасли необходимы, но все они должны быть максимально деликатными и выверенными, проводимая работа должна сопровождаться общением с населением и работниками системы, объясняющим тот или иной шаг.

В случае принятия обоснованных решений о кадровых изменениях медику должны быть предоставлены все необходимые гарантии – от предложений по трудоустройству до денежной компенсации. Медики не должны пострадать.

– Со следующего года изменится процедура аккредитации медицинской деятельности. Как идёт подготовка к этому, что предусматривает новый порядок и кто разрабатывает критерии требований по сдаче профессионального тестирования?

– Действительно, с 2016 г. будет осуществляться поэтапный переход к принципиально новой системе допуска к медицинской деятельности – аккредитации специалистов. Приказом при министерстве создан совет по обеспечению перехода к проведению аккредитации специалистов. В его состав вошли представители федеральных органов государственной власти, образовательных организаций высшего и среднего профессионального образования разной ведомственной принадлежности и представители профессионального сообщества. Для разработки критериев аккредитации привлекаются главные специалисты Минздрава России. Переход к системе аккредитации будет носить поэтапный характер. В 2016 г. эту процедуру пройдут лица, завершившие обучение по основной образовательной программе высшего образования по специальностям «стоматология» и «фармация». В 2017 г. аккредитация ждёт специалистов, окончивших обучение по всем специальностям основной образовательной программы высшего образования, среднего профессионального образования; ординатуры/интернатуры; прошедших профессиональную переподготовку; получивших новый навык в рамках своей квалификации.

На базе учебных организаций будут развёрнуты окружные центры аккредитации.

– Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев на совещании в Уфе отметил, что «за последние 5 лет производство лекарственных средств в России увеличилось в 2 раза, объёмы инвестиций в фармацевтическую отрасль, по данным аналитических агентств, уже превышают 100 млрд руб. Практически ежеквартально открываются новые производственные площадки, новые заводы во всех регионах нашей страны, где есть соответствующие компетенции, возможности с точки зрения реализации инвестиционных планов компаний». Но если заглянуть в перспективу, когда всё-таки подойдёт к импортозамещению хотя бы 50% наиболее часто применяющихся в лечебной практике лекарств?

– Уже сегодня отечественные препараты в Перечне ЖНВЛП по номенклатуре занимают 67%. То же касается принятых перечней минимального аптечного ассортимента, дорогостоящих льготных лекарств. К 2018 г. планируется достигнуть 90% локализации производства этого списка.

На это нацелены Стратегия развития лекарственного обеспечения населения Российской Федерации до 2025 г. и Федеральная целевая программа «Фарма 2020».

– Как известно, против нашей страны введены санкции. А распространяются ли они на сотрудничество в области здравоохранения? Наши врачи – желанные гости на научных симпозиумах и в международных организациях?

– Несмотря на определённое осложнение межгосударственных отношений, российские врачи активно принимают участие в работе различных международных конференций, симпозиумов, более того, количество их встреч с иностранными коллегами по некоторым направлениям даже возросло. Мы ведём конструктивный диалог с органами управления здравоохранением стран мира. Вы сами были свидетелем, что перед моим интервью прошла наша встреча с группой ведущих эпилептологов мира, прилетевших к нам для участия в конгрессе. Медицина – это та отрасль, которая традиционно объединяет людей.

– Вероника Игоревна, вы возглавляете штаб отрасли уже более 3 лет. Судя по обстановке, работать становится всё сложнее, всё-таки непростые задачи стоят по реформированию отрасли, и экономическая ситуация в стране крайне трудная. Как вам удаётся держать руку на пульсе проблем здравоохранения?

– Очень многое даёт слаженная работа команды Минздрава России с регионами. Радует искреннее желание помочь со стороны членов Совета Федерации, депутатов Государственной Думы, представителей профессиональных и общественных организаций, журналистов. Сегодня проблемы отечественного здравоохранения волнуют всех, они, что называется, «на слуху». Мы последовательно их решаем. И объективные данные свидетельствуют о том, что ситуация в медицине становится лучше. Но мы прекрасно понимаем – чтобы положительные перемены ощутил каждый человек, приходящий в поликлинику или госпитализированный в стационар, предстоит сделать ещё очень и очень многое.

– Мы, журналисты, пишу-щие на медицинские темы, хотим пожелать вам стабильности в работе отрасли и продвижения вперёд. Пусть успех сопутствует всем вашим начинаниям, а результат соответствует ожиданиям.

– Спасибо. Со своей стороны мне хотелось бы поблагодарить журналистское сообщество за неравнодушие к проблемам здравоохранения. Минздрав России всегда досконально разбирается в ситуациях, описанных в статьях и репортажах, и реально, а не на бумаге, старается решить проблемы, на которые обращают внимание ваши коллеги.

Крупные личности в любой сфере деятельности не только приближают, но и моделируют будущее. Это в полной мере относится к директору Научно-исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения Москвы, президенту Национальной медицинской палаты (НМП), профессору Леониду РОШАЛЮ. Вместе с коллегами и в конструктивном диалоге с Минздравом России он создаёт профессиональное медицинское сообщество, роль которого значима уже сегодня, а в скором будущем станет главенствующей.

Перспективам профессионального саморегулируемого формирования посвящена беседа с доктором Рошалем.

— Леонид Михайлович, исходя из опыта нескольких лет деятельности НМП, скажите, насколько консолидировано сегодня медицинское, в частности врачебное сообщество? Слушают и слышат ли люди друг друга в парадигме «врач — врач», «врач — организатор здравоохранения», «врач — Минздрав России»?

— Ещё несколько лет назад кто-то был очень серьёзно заинтересован в том, чтобы в России не было единой медицинской профессиональной организации, в том числе врачебной. Поэтому создавались новые нежизнеспособные формирования, которые умирали, да и старые (так распорядилась жизнь), которые в своё время сделали много положительного, практически прекратили свою деятельность. И наиболее мощной организацией стала Национальная медицинская палата, которая сегодня объединяет подавляющее число территориальных организаций и ассоциаций страны и обществ одной специальности. Мы победили в жёсткой, непримиримой борьбе с прошлыми кривыми идеями, ушли от волюнтаристских решений, гонений, страха за свою жизнь.

Структура есть, но работы предостой ещё очень много. Нам необходимо, чтобы каждый врач понимал, что это не просто организация, куда платят деньги, а именно его организация. Она ему помогает, защищает, принимает на себя ответственность за его профессиональную квалификацию, создаёт все условия, чтобы он имел возможность её повышать.

Сегодня у нас иной разговор с Минздравом России. Если прежде министерство к нам относилось враждебно, то сейчас совместно, впервые в истории России, мы фактически ушли от государственно-административной системы и сформировали государственно-общественную форму управления профессиональной деятельностью. Раньше многие документы писались кулуарно, без совета с гражданским обществом. Теперь ни один документ, который касается профессиональной деятельности, не выходит из недр Минздрава России без предварительного направления в НМП для экспертной оценки, согласованного совместного обсуждения ещё до публикации на сайтах. После этого проходит обсуждение в электронном виде. И лишь затем рождается документ, который удовлетворяет и Минздрав, и гражданское общество. В регламенте соглашения о сотрудничестве Минздрава России и НМП записано, что перед окончательным подписанием документа министром ставится подпись президента или вице-президента НМП.

Могу отметить, что Минздрав России трудится сейчас в постоянном цейтноте, поскольку объём работы огромный. У меня такое ощущение, что только сейчас мы начинаем строить российское здравоохранение.

— Не получится ли так, что НМП станет одним из подразделений минздрава? Бывают ли у вас разногласия с минздравом при обсуждении болевых вопросов отрасли?

Авторитетное мнение

Святая наука — расслышать друг друга

Леонид Рошаль убеждён, что сплочённое медицинское сообщество способно изменить здравоохранение к лучшему



— Да, разногласия бывают. Но в этом как раз и прелесть, что мы перешли от огульной критики к конструктивному сотрудничеству, к содружественной работе. Это мы расцениваем как этап по переходу к полному саморегулированию профессиональной деятельности. Мне далеко не всё нравится, что делается за рубежом, но в данном случае за образец мы взяли положительный опыт, когда за уровень профессиональной подготовки врачебного сообщества отвечает не министерство здравоохранения, а профессиональная организация. Минздрав занимается общими проблемами, профессиональным же формированию государство делегировало функции управления профессиональной деятельностью. Таким образом, выполняя возложенные на нас функции, мы несём ответственность перед государством. Нам предстоит приложить немало усилий, чтобы в стране было больше квалифицированных врачей, чтобы население наконец поверило в нас и не представляло (совершенно огульно) всё наше сообщество непрофессионалами. Это не так. И работы в этом плане намечено очень много. НМП не просто подставила плечо Минздраву, мы активно работаем и выходим с собственными инициативами.

— Какие тенденции в отечественной системе здравоохранения тревожат, и как врачебное самоуправление в центре и на местах помогает при решении актуальных проблем?

— Например, по инициативе НМП разработан проект дистанционного обучения врачей первичного звена — участковых педиатров, терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей). Опыт показал, что такая форма эффективна. Мы считаем, что врач должен учиться постоянно, и сейчас готовим единый документ, определяющий новую систему последипломной подготовки, которая включает различные формы с использованием кредитной (балльной) системы.

На НМП возложена обязанность по разработке стандартов профессиональной деятельности, основой которой являются квалификационные категории. Квалификационные категории должны быть чёткими, ясными и оправдывать себя. Врач

не может получить высшую категорию только вследствие большого стажа работы. Он обязан владеть определённым набором умений, навыков, методов и подтверждать свою категорию. Кроме того, в основу категорий стоит заложить мотивацию в необходимости повышения квалификации и постоянного совершенствования. Нужна система стимулирования, чтобы врач постоянно стремился повышать свою категорию — от второй к первой, от первой — к высшей.

Мы заканчиваем три пилотных проекта по профессиональным квалификациям — по анестезиологии и реанимации, травматологии и ортопедии и по педиатрии. В 2015 и в 2016 гг. предполагаем разработать дополнительно 40, ежегодно — по 20 специальностям. Задача очень сложная и ответственная. Фактически эта работа ляжет в основу приближающейся аккредитации медицинских работников. Сейчас совместными усилиями создаём такую структуру.

Здесь я хотел бы подчеркнуть поддержку со стороны ректорского сообщества при первой аккредитации студентов после окончания медицинских вузов. Сегодня часто можно слышать о низком уровне подготовки будущих врачей. НМП может способствовать повышению уровня врача. При допуске к профессии должна резко возрасти роль профессиональных организаций. Основная наша идея заключается в следующем — педагоги учат, а профессиональное медицинское сообщество принимает на работу, поэтому при аккредитации молодых специалистов помимо работодателей и педагогов должны участвовать представители НМП.

Мы говорим о том, что врач сегодня беззащитен. Это правда. Поэтому нам необходимо обеспечить защиту врачебного сообщества в форме страхования коллективной профессиональной ответственности. Мы в течение 3 лет подходим к этому сложному вопросу. И вот уже скоро в Тюменской области начнём эксперимент в этом направлении. Если получится, распространим опыт в рамках всей страны, что будет колоссальным прорывом в развитии нашего здравоохранения.

И вообще наша упорная работа направлена на повышение престижа медицинской профессии и укрепление социальной защиты медицинских работников. Позором для нас являются забастовки и голодовки наших коллег.

К нам нередко обращаются простые врачи по адвокатской линии, когда их дела рассматриваются в судах. Наши силы и возможности пока не очень мощные, но мы пытаемся никому не отказывать. И уже есть несколько конкретных примеров, когда с помощью НМП мы выигрывали суды. Сейчас мы занимаемся повышением юридической грамотности нашего сообщества. Только что прошёл очередной семинар для врачей, который был посвящён правовой защите медиков. Также НМП начала создавать общероссийскую структуру досудебного разбирательства, третейских судов и независимой профессиональной экспертизы. Недавно прошло 2 семинара на эту тему.

— Расскажите подробнее о независимой профессиональной экспертизе.

— В народе бытует уверенность, что правды у медиков не найдёшь, рука руку моет... Мы взяли за основу немецкую модель независимой профессиональной экспертизы, пригласив ведущих специалистов в этой области из Германии. И решили провести пилотные проекты в Московской, Смоленской и Липецкой областях по созданию независимой профессиональной экспертизы. В основу предлагаемой нами модели, которая, по признанию немецких специалистов, станет шагом вперёд в сравнении с тем, что создано в Германии, положена работа по обезличенным документам. Руководит Комитетом по качеству у нас не доктор, а отставной судья. Вместе с ним работают 2-3 представителя врачебного сообщества, имеющие юридическое образование. Кроме того, в одном из пилотных проектов мы вводим в состав Комитета по качеству представителей пациентских организаций.

Этот комитет получает документы в обезличенном виде, рассматривает их и направляет 2-3 экспертам в разных концах страны, чтобы они дали своё заключение. Документы возвращаются в комитет также в обезличенном виде, рассматриваются, после чего принимается решение, которое выдаётся обратившемуся к нам.

На первом этапе мы предполагаем рассматривать не первичные, а только вторичные жалобы, когда человек обратился, допустим, в ОМС, Минздрав, Росздравнадзор или иную организацию. Наша задача — попытаться разрешить возникшие споры в досудебном порядке. Опыт тех стран, где это развито достаточно хорошо, показывает, что до 80% всех жалоб не доходят до судов. И у нас есть пример продвинутой в этом плане Смоленской области, где досудебное разбирательство уже сегодня играет существенную роль.

— То, о чём вы говорите, очень важно. Но многое из этого в нынешних непростых условиях реализовать весьма проблематично.

— Мы должны сказать, что в последние годы Министерство здравоохранения не работало в столь сложных условиях, в каких

оно и наша отрасль оказались сегодня. Складывается впечатление, будто финансовое лобби делает всё, лишь бы задушить Минздрав. Плодотворно трудиться в условиях огромного дефицита финансовых средств, когда на здравоохранение выделяется 3,7% внутреннего валового продукта при необходимости 7-8%, как в других странах, очень сложно. Общались с представителями Германии, Франции, мы спрашивали у них, сможет ли существовать их здравоохранение, если будет выделяться 3,7% ВВП, и нам было заявлено, что оно умрёт. А мы — живы...

Когда от нас сейчас требуют качества, хотя бы наши доктора трудились лучше, чем на Западе, я говорю, конечно же, понимая непростую экономическую ситуацию в стране, что прежде необходимо создать нам условия для нормальной работы. Многие территории реально не в состоянии выполнить возложенные на них функции из-за недофинансирования отрасли. У нас много претензий к существующей сегодня страховой системе здравоохранения с её издержками...

— Леонид Михайлович, не кажется ли вам, что напрашивается логичный вопрос, может, не туда идём?

— Действительно, часто поднимается вопрос — по правильному ли пути мы идём? И требуется серьёзная оценка той кадровой оптимизации здравоохранения и сокращения коек, которое мы наблюдаем сегодня. Нас с вами приравняли к парикмахерам. Мы сейчас оказываем услугу, а не медицинскую помощь.

И на этом фоне Минздраву активно мешают. Мешают те, кто ранее работал в Минздравсоцразвития, а теперь, уйдя в Счётную палату, публично показывает несостоятельность и высшего медицинского ведомства страны, и министра здравоохранения. Например, О.Кривонос, которую я критиковал за её профессиональную непригодность в качестве организатора здравоохранения. Теперь она и её коллеги пытаются опорочить Министерство здравоохранения, используя при этом фонд «Здоровье» и сливая через него весь негатив.

— Возможно ли построить нормальную систему здравоохранения в России и как обеспечить её «свежее дыхание»?

— Я — оптимист. Не может в России не получиться этого. Мы должны уже закончить все «преобразования» и начать нормально работать в устоявшейся системе. Бесспорно, она будет совершенствоваться. На заседании Врачебной палаты Германии я был свидетелем жарких дискуссий. Сидел и думал, где находится — у нас или у них? Понять коллег можно, ведь очень сложно прийти к абсолютному идеалу. Правда, стабильность системы здравоохранения Запада (Германии) сравнить со стабильностью России сложно...

Мы с вами сегодня должны быть как никогда сплочёнными. И чётко понимать свои задачи. Нам есть над чем трудиться, предстоит большая работа. Важно, чтобы нам не мешали и помогали.

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

– **Александр Григорьевич, 2 месяца назад под эгидой Министерства здравоохранения прошла конференция с международным участием на тему клинических рекомендаций под вашим председательством. Как бы вы могли резюмировать это мероприятие?**

– Эта конференция имеет свою предысторию, которая относится к началу 1990-х годов. Чтобы это мероприятие состоялось, нам нужно было пройти путь длиною в четверть века. Собственно говоря, основной целью наших учёных в те, уже далёкие, годы являлось вхождение в международное формирование доказательной медицины. Однако курс развития отрасли в нашей стране в то время был направлен в сторону медико-экономических стандартов. Всё обосновывалось исключительно с экономической точки зрения. Так что наша идея о внедрении в практику клинических рекомендаций сошла на «нет». И только с назначением Вероники Игоревны Скворцовой на должность министра наши начинания тех лет стали набирать вес. Должен заметить, что В.Скворцова сама является высококвалифицированным клиницистом в своей области. Она прошла блестящую советскую клиническую школу, а также неоднократно стажировалась в своё время за рубежом. Одним словом, она воспитана на этих клинических рекомендациях. Так что нам не пришлось её убеждать в том, что эти документы представляют собой великолепное подспорье практическому врачу в диагностическом и лечебном процессах, в осуществлении основных принципов персонализированной медицины. С того момента, как она возглавила ведомство, это стало политикой отечественного здравоохранения.

Но идея одно, а дело другое – практическая деятельность. Я сумел убедить Веронику Игоревну в том, что без международного сотрудничества нам не добиться успехов на этом поприще. К сожалению, наши учёные не владеют методологией составления клинических рекомендаций на современном этапе. Так что недавняя конференция стала отправной точкой нашего курса в сторону международного сотрудничества. Мне было приятно, что наши зарубежные коллеги увидели в лице российских медиков необычайно высокую заинтересованность и готовность эффективно работать на самом высоком международном уровне. Наряду с этим необходимо сказать о том, что данное мероприятие послужило неким мостиком для вхождения наших учёных в мировое сообщество по клиническим рекомендациям.

Позитивную атмосферу нашей встречи переоценить очень сложно. Вы же сами там были, вспомните: аудитория конференции представляла собой съезд лучших российских учёных, главных специалистов Минздрава, директоров ведущих медицинских учреждений. Они пытливно изучали и вникали во все тонкости и подробности деятельности зарубежных коллег на ниве разработки и внедрения в практику клинических рекомендаций, а также всех сопутствующих документов.

Эта конференция направлена не столько в настоящее, сколько в будущее. Так, летом этого года ведущие специалисты по каждому направлению клинической медицины поедут в США для более детального ознакомления с деятельностью своих иностранных коллег, а также

собственного внедрения в мировое сообщество по клиническим рекомендациям. Кроме того, совсем недавно наш министр проводила встречу с главными специалистами, где весьма чётко обрисовала сквозную программу по подготовке тех документов, которые мы называем клиническими рекомендациями. Эта программа должна затронуть все этапы медицинского образования: университетское, послепломное, а также предстоящую аккредитацию врачей. Наряду с

Я перелопатил огромное количество литературы, прежде чем сделать вывод о том, что это нужно. За рубежом это обычная практика – выискивать работы. Клинические рекомендации не пишутся просто так – это путь к деградации самой идеи. И очень хорошо, что наш министр это прекрасно понимает. К сожалению, у нас практически нет учёных, готовых написать систематический обзор или составить метаанализ. Их этому не учили, они этого не умеют.

тывает клинические рекомендации в нашей стране?

– Собственно говоря, эта колоссальная работа лежит на аппарате главных специалистов Минздрава. Каждый трудится в своей области. Однако должен заметить, что у нас нет единого информационного центра, куда поступали бы данные о публикациях на ту или иную тему в ведущих мировых отраслевых научных журналах. Это бы значительно облегчило работу наших клиницистов.

Беседы с главными специалистами

Устами эксперта — о клинических рекомендациях

Персонализированная медицина глазами главного терапевта-пульмонолога Минздрава России Александра Чучалина

Методология составления клинических рекомендаций на современном этапе и механизм их внедрения в повседневную деятельность каждого практического врача – одна из самых актуальных отраслевых задач в настоящее время. Именно разработка таких согласительных документов является ведущим механизмом повышения качества оказания медицинской помощи населению. Так, на протяжении двух последних лет в рамках деятельности Министерства здравоохранения РФ аппаратом главных внештатных специалистов Минздрава по каждой клинической специализации проводится непрерывная и последовательная работа в этом направлении. Своим экспертным взглядом на эту тему с читателями «МГ» любезно поделился главный внештатный терапевт-пульмонолог Минздрава, директор НИИ пульмонологии, заведующий кафедрой госпитальной терапии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, академик РАН Александр ЧУЧАЛИН.



этим клинические рекомендации – серьёзный документ для страховых компаний, деятельность которых, основанная на соблюдении врачом этих документов, станет более прозрачной и доступной для понимания.

Если нам удастся всё это реализовать, то недавняя конференция будет носить исторический характер, так как именно она станет отправным пунктом в оказании более качественной помощи пациентам, страдающим самыми разными заболеваниями – главным показателем эффективности деятельности отрасли.

– В чём состоит методология составления клинических рекомендаций?

– Очень хороший вопрос. Это весьма непростая работа. Собственно говоря, мы всегда стремились к персонализированному подходу в лечении больных. Для того чтобы эффективно реализовывать современные научные знания на практике, нужно исходить из принципов доказательной медицины. Поэтому в основе клинических рекомендаций лежат два документа: систематические обзоры, основанные на проводимых клинических исследованиях, а также метаанализ. Это строгий математический язык. Всё должно зиждиться на статистически достоверных результатах рандомизированных и мультицентровых исследований.

Я сейчас написал большую статью на предмет анализа систематических обзоров и метаанализов по пневмонии. Стоит вопрос: а нужно ли использовать глюкокортикостероиды при этом заболевании органов дыхания?

Чтобы данная стратегия заработала в нашей стране, нужно приложить немало усилий...

– Что дают клинические рекомендации непосредственно практическому врачу?

– Эти документы в первую очередь как раз и пишутся для практикующих врачей, а не для учёных-клиницистов. Клинические рекомендации позволяют специалисту минимизировать врачебную ошибку. Если доктор не пользуется ими, он автоматически подвергает себя высокому риску ятрогенной причины невыздоровления больного.

– Не «мешают» ли друг другу клинические рекомендации и медико-экономические стандарты?

– И вновь вы задаёте очень хороший вопрос. Такой конфликт есть и всегда будет. Однако бояться его не надо. Клинические рекомендации всегда стремительно развиваются с высокой динамикой. МЭСы же всегда консервативны, одним своим существованием они ставят вопрос: а нужны ли клинические рекомендации? Однако и они (МЭСы) будут меняться и уже меняются под влиянием новых научных знаний. Что же касается юридической защиты врача, то Минздрав уже подготовил ряд законодательных документов на предмет клинических рекомендаций. Они уже, если не ошибаюсь, прошли первое чтение. Пока же всё ориентировано на стандарты медико-экономической помощи, однако, как известно, всё течёт, всё изменяется...

– Кто и как сегодня разраба-

– Каковы принципы работы международного сообщества по клиническим рекомендациям?

– Они достаточно активно работают. У них есть сайт, где, помимо непосредственно текста клинической рекомендации, существует множество обучающих ресурсов для дистанционного образования с целью сдачи тех или иных экзаменов, успешное прохождение которых значительно повышает статус того или иного специалиста в мировом медицинском сообществе.

Вся эта международная структура направлена на поиск информации для формирования клинических рекомендаций самого высокого качества, на основании которых происходит ведение вебинаров, веб-конференций, онлайн-консультаций пациентов с тем или иным заболеванием. Уверен, что подобная практика даст очень многое для развития отечественного здравоохранения.

– Как часто обновляются клинические рекомендации?

– Структура работает так: мониторится публикуемая литература. Как правило, отслеживаются те исследования, которые проводятся на данный момент. Как известно, научные публикации идут только на 3-й фазе клинического исследования. В основном отбирают журналы с высоким индексом цитирования. Если «свежая» информация превысила объём существующих рекомендаций на 20%, то это та критическая масса информации, когда необходимо переделывать клинические рекомендации. В среднем эти документы обновляются каждые 2 года.

Примечательно, что ежегодно проводится 180 тыс. клинических исследований. По одной только пневмонии их насчитывается 10 тыс. каждый год. Данные этих исследований и являются отправной точкой для пересмотра клинических рекомендаций.

– Планируется ли создание российского общества по клиническим рекомендациям?

– Я не вижу в этом необходимости. Куда важнее – вступление в международное общество. Мы должны быть достойными партнёрами, чтобы удержаться на этой орбите. У нас всё для этого есть. Дело в том, что новое общество появляется тогда, когда есть определённая организационная структура – институт пульмонологии, онкологии и т.д. Я полагаю, что намного эффективнее будет, если мы создадим некую институтскую структуру, которая бы занималась информатикой и подготавливала материал для того, чтобы эксперты готовили свои предложения по изменению клинических рекомендаций. Как эта структура будет называться, спрогнозировать сложно. Возможно, с течением времени, по мере того как всё это будет развиваться, мы создадим более серьёзную и значимую организацию, как, например, в США был создан Институт медицины для всего этого дела.

Сейчас же мы говорим о создании референс-центра при каком-либо вузе или научно-исследовательском учреждении. Пока мы находимся на таком этапе: нам необходимо иметь экспертов первого уровня, в обязанности которых входили бы архивирование и классификация необходимой информации по той или иной нозологии. Надо заметить, что эту группу, как за рубежом, должны составлять не врачи. Это математики, аналитики – те люди, которые могут эффективно работать с информацией: понимать её актуальность, правильно выбирать, складировать и только потом выходить на клиницистов – экспертов второй группы, которые и будут формировать и писать клинические рекомендации. Необходимо заметить, что сотрудничество между группами экспертов должно быть весьма тесным, а не дистанционным.

Пока же этого у нас нет, наши главные специалисты Минздрава (сужу по себе) самостоятельно проделывают работу экспертов первой группы или же обращаются за помощью к аналитикам в индивидуальном порядке, по предоставлению необходимой информации которыми и начинается непосредственная работа над написанием, исправлением и дополнением тех или иных клинических рекомендаций.

Что касается Российского респираторного общества, председателем которого я являюсь, то первые наши клинические рекомендации пришли на 1995 г. Это были рекомендации по ведению пациентов с бронхиальной астмой. Без преувеличения, мы добились потрясающего эффекта: прошло 20 лет, и астма перестала быть тяжёлой проблемой для скорой помощи, а также для стационарного этапа оказания медицинской помощи. На сегодняшний день в нашей стране это заболевание эффективно лечится на амбулаторном этапе: участковым врачом или пульмонологом по месту жительства.

Вот вам яркий пример роли и значения клинических рекомендаций для практического здравоохранения.

**Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».**

В сегодняшней ситуации весьма востребован ретроспективный взгляд в историю становления и развития ОМС, позволяющий увидеть, как решались вопросы реформирования и финансового обеспечения отечественного здравоохранения в не менее сложных социально-экономических условиях 90-х и «нулевых» годов.

Об этом размышляет директор территориального фонда ОМС Ростовской области Алексей РЕШЕТНИКОВ.

– Становление и развитие ОМС на Дону проходило путём поэтапного решения приоритетных проблем, что придавало этому процессу необходимые целенаправленность и динамику, – говорит он. – Неизменными оставались основные задачи фонда, определённые в его положении: реализация государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования граждан, обеспечение финансовой устойчивости медицинских и страховых медицинских организаций, работающих в системе ОМС.

Можно условно выделить 3 этапа в решении этих основных задач.

От выживания к развитию

Первый этап – становление системы – хронологически стартовал с июля 1993 г., когда был создан региональный фонд ОМС, и завершился в начале нового XXI века. На этом этапе в системе ОМС, как в зеркале, отражались те пореформенные процессы, которые происходили в стране и в Ростовской области.

С одной стороны, это период ощутимых достижений: именно на этом этапе сформировались все основные элементы системы ОМС в Ростовской области, разработана её первичная нормативно-правовая база. В систему ОМС были включены практически все ведущие медицинские организации области и образовавшиеся к тому времени страховые медицинские компании.

Велись продуктивные поиски оптимальных механизмов финансирования донского здравоохранения. Фонд выполнял разноплановые функции, в том числе сбора страховых взносов от работодателей и даже страховщика. Начали развиваться и такие функции фонда, как контроль за целевым и рациональным расходованием средств ОМС, объёмов и качества медицинских услуг, отработывалась схема лекарственного обеспечения медицинских организаций, работающих в системе ОМС.

С другой стороны, становление ОМС в Ростовской области на первом этапе серьёзно дестабилизировалось экономическими и социальными проблемами, присущими тому времени. Это был период так называемого кризиса неплатежей, выстраивания всевозможных взаимозачётных схем, неполного и неритмичного поступления в фонд страховых средств. Всё это обуславливало финансовую неустойчивость системы ОМС, что проявлялось в невыполнении запланированных доходов бюджета фонда, а следовательно, в нарушении его расходных обязательств перед медицинскими и страховыми медицинскими организациями. Так, например, до конца 90-х отмечался высокий уровень задолженности по финансированию оплаты труда медицинских работников, имели место серьёзные перебои в обеспечении медицинских организаций медикаментами, продуктами питания, мягким инвентарём.

Проблемы и решения

Страхование на Дону — стратегия развития

Более 22 лет назад с принятием закона было начато внедрение в нашей стране ОМС



Высокотехнологичные операции сегодня оплачиваются системой ОМС

Действуя в правовом поле

Вместе с тем выживание донского здравоохранения в тот период стало возможным именно благодаря введению второго – страхового канала финансирования, который по своему значению и удельному весу не уступал, а порой даже превосходил размеры финансовых потоков, поступавших в медицинские организации области из бюджетов разного уровня. Так, например, в «дефолтовском» 1998 г. доля средств ОМС в структуре финансирования донского здравоохранения составила 64%, тогда как в предыдущие годы не превышала 53%, а в последующий период – 55-58%.

Эта стабилизирующая роль ОМС позволила уже к началу «нулевых» годов перейти ко второму этапу развития системы ОМС, длившемуся до 2010-2011 гг., для которого характерно постепенное достижение её финансовой устойчивости.

На этот процесс оказала влияние, прежде всего, поступательная динамика социально-экономического развития Ростовской области, способствовавшая росту страховых поступлений в бюджет фонда. Показателен в этом отношении рост бюджета фонда, доходы и расходы которого увеличились с 816 млн руб. в 1998 г. до 12,2 млрд руб. в 2010 г. и до 33,7 млрд руб. в 2015 г. Но важны не сами по себе количественные показатели этого роста, а то, что на этом втором этапе на основе постоянно совершенствующейся законодательной базы был создан чётко работающий механизм финансирования системы ОМС, когда каждый рубль из средств ОМС должен расходоваться участниками системы в рамках строго очерченного правового поля.

Это правовое поле включает ежегодно принимаемые областные законы об утверждении и исполнении бюджета фонда, постановления правительства Ростовской области о территориальной Программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, тарифные соглашения по тарифам на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Ростовской обла-

сти, а также другие нормативные правовые акты.

В этот период получает распространение практика дополнительного финансирования через бюджет фонда ряда федеральных и областных программ. Так, в 2005-2007 гг. через систему ОМС была профинансирована на сумму более 4 млрд руб. программа дополнительного лекарственного обеспечения федеральных льготников Ростовской области. А в 2006-2012 гг. осуществлялась реализация мероприятий Национального проекта «Здоровье», на финансовое обеспечение которых из бюджета фонда было направлено 3869 млн руб.

В конце «нулевых» годов, по мере обретения системой ОМС всё большей финансовой устойчивости, стали вызревать предпосылки для перехода к третьему этапу её развития, начало которому было положено принятием нового Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Для него характерно утверждение страховых принципов в российском здравоохранении, существенное повышение правового статуса застрахованных граждан, изменение порядка взаимодействия всех субъектов и участников системы ОМС.

Принятие закона № 326-ФЗ сопровождалось существенными изменениями в действующем законодательстве по вопросам сбора страховых взносов на ОМС, предусматривающих увеличение тарифа на страховые взносы для работающего населения до 5,1% от фонда оплаты труда и установление размеров страховых взносов на неработающее население.

Данные изменения органично вписались в социально-экономическую ситуацию на Дону, где в последние годы позитивная динамика развития экономики сочетается с постоянным вниманием губернатора Ростовской области Василия Голубева к вопросам здравоохранения.

Всё это позволило начать в 2011 г. проведение беспрецедентной по своим масштабам программы модернизации здравоохранения, финансовое обеспечение которой было возложено на территориальные фонды ОМС. За 2 года через

фонд в здравоохранение Дона было направлено около 13 млрд руб. Эти средства, выделяемые на перспективные «прорывные» направления, стали своего рода «бюджетом развития», позволившим внедрить стандарты медицинской помощи, укрепить материально-техническую базу донского здравоохранения, приступить к его масштабной информатизации, а в сочетании с применением новых гибких дифференцированных тарифов ОМС увеличить зарплату всех категорий медицинских работников, создать для них материальные стимулы для повышения объёмов и качества медицинского обслуживания жителей области.

Конечно, повышение качества медицинской помощи не обеспечивается автоматически, только за счёт направления дополнительных средств на финансирование здравоохранения. Для их оптимального расходования, а главное – для получения нужного результата требуется то, что сегодня принято образно называть «режимом ручного управления», «ручной настройкой». Речь идёт о кропотливой совместной работе фонда с Минздравом области и другими участниками системы ОМС, о разработке и утверждении губернатором области «дорожной карты», в которой определены чёткие медико-демографические и финансово-экономические показатели развития донского здравоохранения на перспективу до 2018 г.

С принятием закона № 326-ФЗ начала выстраиваться единая административно-управленческая вертикаль. Федеральный фонд ОМС – территориальный фонд ОМС, обеспечивающая выравнивание финансовых и организационных условий ОМС граждан и оказания им медицинской помощи во всех субъектах РФ. Вводится новая модель финансового обеспечения системы ОМС, предусматривающая централизованную аккумуляцию всех средств ОМС на работающее и неработающее население регионов в Федеральный фонд ОМС, с последующим выделением субвенций для территориального.

На одноканальное финансирование

Это позволило начать с 2013 г. перевод донского здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование, при котором все расходы медицинских организаций, кроме капитального ремонта и приобретения дорогостоящего оборудования, финансируются за счёт средств ОМС. Одновременно происходит расширение системы ОМС Ростовской области за счёт включения в неё службы скорой медицинской помощи, ФАПов, всё более возрастающего количества частных медицинских клиник, а с 2014 г. – отдельных видов высокотехнологичной медицинской помощи. В результате удельный вес средств ОМС в общем объёме финансирования здравоохранения области сегодня превышает 81%.

Все эти финансово-экономические преобразования создают условия для окончательного у-

тверждения страховых принципов и свидетельствуют о возрастающей роли ОМС в стратегии развития донского здравоохранения.

Весьма показательна в этом отношении преемственность задач, поставленных Президентом РФ в посланиях Федеральному собранию. Если в послании от 2013 г. отмечалось, что «базовый вопрос» на 2014 г. – это «реальный переход к страховому принципу», то в аналогичном документе 2014 г. ставится задача в 2015 г. «завершить переход к страховым принципам» в здравоохранении.

Эта преемственность наглядно просматривается на двух примерах.

Так, в 2014 г. в Ростовской области начато проведение работы по реализации приказа Федерального фонда ОМС № 263 от 20.12.2013 об информационном сопровождении застрахованных лиц при их госпитализации. На интернет-сайте фонда создан специальный портал для взаимного обмена в режиме онлайн соответствующей персонализированной информацией с доступом к ней по закрытому каналу VIPNet. К порталу подключено 152 медицинские организации, организован постоянный мониторинг их работы. Это не только способствовало оптимизации работы стационарной койки, но одновременно создало условия для реализации пациентами права выбора медицинской организации и сокращения сроков ожидания ими госпитализации, то есть означает «реальный переход к страховому принципу».

А в 2015 г. в медицинских организациях области начата работа по индивидуальному информированию пациентов о перечне и стоимости оказанной им медицинской помощи. Эта работа проводится в соответствии с поручением Президента РФ о формировании у пациентов объективного представления о затратах на оказанную им медицинскую помощь. ОМС пациента начинается с уплаты за него страхователем страховых взносов. По логике ОМС: «деньги должны следовать за пациентом», в связи с чем финансирование в системе ОМС основывается на подушевом нормативе. На заключительном этапе движения финансовых средств, то есть оплаты оказанной пациенту медицинской помощи, он должен знать, куда и в каком размере были направлены уплаченные за него страховые взносы. Это позволит обеспечить «прозрачность» страховой модели финансирования здравоохранения. Скорректирует «ментальный код» наших сограждан в сторону понимания роли государства в обеспечении бесплатно предоставляемой им медицинской помощи, станет дополнительным стимулом, внутренним мотивом к формированию здорового образа жизни. По сути дела, это и есть «завершение перехода к страховым принципам» в здравоохранении.

Подготовил
Павел АЛЕКСЕЕВ.

Ростов-на-Дону.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Мой собеседник не новичок в медицине – за плечами тысячи операций, был заведующим хирургическим отделением, потом главным врачом центральной районной больницы, главным хирургом Алтайского края, в «шоковые» 90-е годы руководил здравоохранением края, вот уже 18 лет, 5 созывов – депутат Госдумы РФ. Николай Герасименко – первый заместитель председателя Комитета по охране здоровья, академик РАН, член коллегии Минздрава России, заслуженный врач РФ.

– Как профессионал, политик, вы лучше, чем многие, чувствуете болевые проблемы отечественного здравоохранения. Каким образом принимаемые законы влияют на жизнь и здоровье населения?

– На памяти слова Александра Солженицына о «сбережении русского народа», под которыми он подразумевал культурное выживание страны, видя в этом национальную идею России. Писатель отталкивался от мысли М.Ломоносова, высказанной им в трактате-письме «О сохранении и размножении русского народа». Согласен с Солженицыным: «Нужно проанализировать каждое действие, каждый закон на предмет того, помогают ли они сохранить народ. В противном случае такой закон не нужен».

В 90-е годы, как известно, произошло резкое, почти в 2 раза, по сравнению с 1985 г., снижение рождаемости в стране. Резко выросла смертность, которая превысила рождаемость, и даже появился новый научный термин «сверхсмертность» и литературное определение ситуации «русский крест». Особенно выросла заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, травм и несчастных случаев в трудоспособном возрасте. Переломить ситуацию удалось лишь во второй половине 2000 г. Потребовалась разработка и реализация государственных программ, нацеленных на укрепление отечественного здравоохранения, – прежде всего, Национального проекта «Здоровье» и госпрограммы «Модернизация здравоохранения». Дополнительно выделенные огромные средства направлялись на ключевые, наиболее болезненные точки российского здравоохранения: первичное звено, повышение доступности и качества медицинской помощи, строительство новых федеральных центров для оказания высокотехнологичной помощи, строительство, реконструкцию и переоснащение больниц. Началось развитие профилактических направлений и формирование здорового образа жизни. Росту рождаемости активно способствовало внедрение материнского капитала. В 2013 г. впервые рождаемость превысила смертность. Общество с огромным облегчением заговорило о разрушении так называемого «русского креста» – о реальных успехах на пути оздоровления населения.

Недавно, в феврале, выступая на парламентском часе в Госдуме, министр здравоохранения РФ В.Скворцова рассказала о беспрецедентном снижении уровня материнской и младенческой смертности, росте

в разы объемов высокотехнологичной помощи. Продолжительность жизни в современной России достигла 71 года – у женщин до 76,5, у мужчин – до 65,4. Президентом России поставлена задача увеличить среднюю продолжительность жизни к 2018 г. до 74 лет.

В настоящее время в демографическом развитии страны наступает непростой период. В фертильный возраст вступили девочки, родившиеся в 90-е

очень важно разработать концепцию развития репродуктивного здоровья в России, чтобы увеличивалось не только количество рождений детей, но и их качество. Необходимо законодательно определить стимулы для своевременного обращения на обследование репродуктивного здоровья, прежде всего вступающих в брак.

Нет более важной темы, чем здоровье человека. Каждый из

и среди девочек, и среди мальчиков. Остро встаёт тема роста генетически детерминированных заболеваний. Принятие Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» стало важнейшим этапом на пути формирования обновлённой отечественной системы охраны здоровья. Отныне на первом месте – профилактика заболеваний, пропаганда

затрагивающим обращение лекарственных средств. В январе вышел Федеральный закон №532-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок».

Итоги и прогнозы

Оттачивая законы об охране здоровья

И помня, что экономить в этой сфере – недопустимо!



нас чувствует свою ответственность за реализацию исключительно важной задачи, поставленной Президентом, – увеличить продолжительность жизни россиян до 74 лет. Чтобы добиться этого, нам предстоит преодолеть сложные вызовы времени.

– **Как вы, на ваш взгляд, слабые стороны охраны здоровья общества?**

– Народная мудрость утверждает: «Хотите продлить век? Не сокращайте его!..» К сожалению, на личностном уровне многие не задумываются о том, что сохранность здоровья предполагает каждодневную работу по его поддержанию, что за продление века необходимо бороться.

Нигде в мире нет такой разницы, как у нас: мужчины практически на 10 лет живут меньше, чем их спутницы. Хотя и те и другие дышат одним воздухом, пьют одну и ту же воду... Сказывается то, что женщины меньше подвержены вредным привычкам – алкоголь, табакокурение, более стрессоустойчивы, считая себя ответственными за свою семью. И по своей жизнедеятельности менее склонны к гиподинамии...

Нам надо серьезно задуматься о воспитании культуры здорового образа жизни в молодёжной среде. Определённые успехи есть в борьбе с курением. Настоящим бичом молодёжного общества стала наркомания. 100 тыс. россиян умирают ежегодно от употребления наркотиков. По оценке ФСКН, в стране не менее 8 млн тех, кто потребляет наркотики. Приходится говорить о росте СПИДа, венерических заболеваний... И как результат – нередкие случаи бесплодия

здорового образа жизни и ответственность гражданина за своё здоровье. Особое внимание уделено раннему выявлению неинфекционных заболеваний, прежде всего путём целевых скрининговых осмотров, диспансеризации, широкого поиска социально значимых заболеваний, в первую очередь онкологических и сердечно-сосудистых. Популяризации и экспертной оценке результатов профилактики неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни служат проводимые Государственной душой совместно с Минздравом ежегодные всероссийские форумы «За здоровую жизнь» и «Здоровье или табак».

Положительным шагом для укрепления здоровья населения стало принятие закона о возврате к зимнему времени, более естественному для биоритмов человека, и особенно детей. Подготовка такого решения проходила непросто, в обстановке многочисленных дискуссий.

За последние годы Госдума приняла ряд важных законов, направленных на борьбу с оборотом новых психоактивных веществ и реабилитацию и ресоциализацию наркоманов. Внесены поправки в Закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», тяжёлобытным стало прошение получить обезболивающие, увеличен до 15 дней срок действия рецептов, не нужно возвращать использованные ампулы и пластыри, упрощён контроль за медицинским потреблением наркотиков. В настоящее время Минздрав и ФСКН завершают подготовку своих подзаконных актов.

– **Среди тем, которые на слуху среди россиян, – проблема лекарственного обеспечения...**

– Недавно Государственная Дума приняла серьёзные поправки в Закон «Об обращении лекарственных средств», разработанный Министерством здравоохранения.

Комитет по охране здоровья, Комитет по безопасности вместе с Минздравом неоднократно обращались к проблемам,

Он вносит существенные изменения в УК РФ. В частности, вводится ответственность за производство лекарственных средств или медицинских изделий без специального разрешения, если такое разрешение обязательно, а также за подделку лекарственных средств, медицинских изделий, биологически активных добавок и за их обращение, в том числе сбыт или ввоз на территорию страны. Кроме того, установлена уголовная ответственность за изготовление и использование поддельных документов на лекарственные средства и медицинские изделия, их поддельной упаковки. Впервые установлена уголовная ответственность за тяжкие последствия от применения фальсифицированных лекарств и БАДов – до 8-9 лет. Надеюсь, эти меры дадут реальный результат.

Когда речь заходит о здоровье населения и демографии, то – убеждён – здесь очень важна на законодательном уровне профилактика многих заболеваний. Например, в России отсутствует обязательное йодирование соли. Когда-то в СССР оно было. А дефицит йода в организме, по данным эндокринологов, которые бьют тревогу, – это рост заболеваний щитовидной железы, развитие детского кретинизма... Не случайно в той же Белоруссии, Казахстане йодирование соли выступает обязательным условием её поступления в продажу. Пока нам с Минздравом несколько лет не удаётся согласовать в Правительстве законопроект об обязательном йодировании соли.

На очереди – законопроекты «О трансплантации органов и тканей», «О биомедицинских клеточных и тканевых технологиях». Их принятие будет способствовать улучшению результатов лечения тяжёлых заболеваний и снижению смертности. А это та самая – важнейшая задача, над которой в полном контакте совместно работают Министерство здравоохранения и Комитет Госдумы РФ по охране здоровья.

Беседу вёл
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Десять лет назад в России был создан новый институт гражданского общества – Общественная палата РФ. Основная задача её – контролировать, соблюдаются ли в процессе разработки законов интересы и права граждан, как в стране защищают наши права и свободы. На днях мы встретились с членом палаты, директором Федерального научно-клинического центра оториноларингологии профессором Н.Дайхесом

– Николай Аркадьевич, в составе Комиссии по здравоохранению Общественной палаты работали и работают сегодня многие видные учёные, организаторы здравоохранения, практики. Благодаря их усилиям и неравнодушию видны определённые результаты.

– Прежде всего, хочу назвать тех, кто стоял у истоков нашего общего дела. Это наш знаменитый врач, директор Московского НИИ неотложной детской хирургии и травматологии профессор Леонид Рошаль, академики Лео Бокерия, Александр Баранов и другие. Благодаря их усилиям за эти годы сделано немало. Знаковым событием работы за последний год стало заседание комиссии по теме приоритета проблем демографии в здравоохранении, где по существу

Итоги и прогнозы

Защищая права и свободы

Их гарантом выступает Общественная палата РФ

рассматривались проблемы её современного развития. Благодаря присутствию на заседании министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой было больше конструктивности и конкретности в итоговых документах.

– В последнее время встали острые, неоднозначные проблемы в связи с перестройкой в московском здравоохранении. Комиссия Общественной палаты по здравоохранению первой, по сути, обсудила их.

– Это действительно так, и разговор состоялся серьёзный. В связи с сокращением рабочих мест Департаментом здравоохранения Москвы в медицинских учреждениях возникло активное протестное движение наших коллег врачей, которые подлежали увольнению. И Общественная палата, и Минздрав озаботились этой проблемой. Благодаря се-



рьёзному разговору, состоявшемуся в Общественной палате, удалось, я считаю, переломить ситуацию. На нашей площадке собрались представители как протестной инициативной группы врачей, которые представляли интересы наших столичных медиков, так и представители Департамента здравоохранения Москвы, Минздрава России, Национальной медицинской палаты. Тогда удалось митинговое выступление людей перевести в конструктивное русло, в ре-

зультате совместного заседания нас услышало и правительство Москвы, что позволило принять более взвешенные и правильные решения. Более того, на заседании была создана рабочая группа с представителями всех перечисленных ведомств, которая объезжала эти лечебные учреждения и находила там компромиссные решения. В результате в целом были приняты те решения, может, не совсем идеальные, но которые приостановили «волну» недовольства.

– Поддерживаете ли вы связь с региональными органами здравоохранения?

– Безусловно, в нашу комиссию Общественной палаты по-прежнему обращается много людей – это и пациенты, и наши коллеги, мы стараемся оперативно реагировать на их запросы, это та традиция, которая была заложена в самом начале работы комиссии и благодаря чему

авторитет её остаётся высоким. Как старожил вспоминаю историю обсуждения плана развития здравоохранения до 2020 г., реформы военной медицины, которую удалось приостановить. Это было одним из первых решений тогдашнего нового министра обороны РФ Сергея Шойгу. Нам есть чем гордиться. Очень активно и в предыдущие годы, и в последний год идёт работа Координационного центра по добровольному донорству, председателем которого в Общественной палате я являюсь. Донорство крови, работа по пропаганде и организации здорового образа жизни, которую проводит Лига здоровья нации во главе с академиком РАН Л.Бокерией – всё это большая заслуга всех наших коллег.

Сегодня комиссией Общественной палаты по здравоохранению руководит директор Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца профессор В.Нероев. Стремимся, чтобы не снизилась планка, которая была задана всеми этими годами работы палаты. Как старейший член палаты могу с ответственностью заявить, что сегодня нам очень важно опираться на те традиции и поставленные задачи, которые были сформированы за годы, у нас накоплен опыт, и этот опыт, уверен, будет востребован.

Беседу вела
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Высокое качество оказания медицинской помощи населению является одним из важнейших показателей эффективности работы системы здравоохранения. В обеспечении этого качества большая роль принадлежит клиничко-лабораторной диагностике, которая, кроме оказания помощи в лечении больных, имеет первостепенное значение и при проведении клинических научных исследований, особенно если эти исследования кооперативные и в них участвуют учреждения, находящиеся в разных городах и даже странах. Поэтому необходимость оценки сопоставимости результатов лабораторных исследований, проводимых в различных лабораториях, уже в 60-70-е годы прошлого столетия, привела к созданию во многих развитых странах мира национальных систем внешней оценки качества (ВОК) лабораторных исследований.

В Советском Союзе реальные действия по межлабораторной оценке качества исследований начались после выхода приказа Минздрава СССР № 545 от 23.04.1983 «О дальнейшем совершенствовании контроля качества клинических лабораторных исследований». Согласно этому приказу, все клиничко-диагностические лаборатории должны были участвовать в межлабораторном контроле качества, обеспечение которого возлагалось на региональные контрольные центры.

Однако реализация этого приказа столкнулась с большими трудностями, так как многие региональные центры не имели достаточно ресурсов для охвата всех видов лабораторных исследований, поэтому проводились лишь для небольшой части анализов и не всегда на необходимом методическом уровне.

В то же время накопленный международный опыт показывал существенные преимущества крупных общенациональных систем контроля качества лабораторных исследований по сравнению с небольшими региональными системами. Более того, некоторые крупные национальные системы превратились в транс-

На контроле

О создании федеральной системы внешней оценки качества клинических лабораторных исследований в России

национальные, в частности при проведении международных кооперативных проектов, оказывая услуги и лабораториям других стран.

Можно сформулировать следующие преимущества общенациональных систем ВОК:

1. Возможность привлекать к работе наиболее квалифицированных специалистов страны, а их число ограничено, так как в этой области имеются свои особенности и требуются знания не только методов лабораторной работы, но и методологии качества аналитических систем, метрологии и математической статистики.

2. Получение достоверных референтных значений, специфических для каждого отдельного метода лабораторного анализа и каждой отдельной серии контрольных образцов, возможно только при большом количестве участвующих лабораторий.

3. Выполнение оценки контрольных образцов в сети референтных лабораторий, созданных на базе лучших аналитических лабораторий страны.

4. Снижение себестоимости системы в расчёте на одну участвующую лабораторию, так как стоимость контрольных материалов значительно ниже при закупке их большими партиями.

5. Получение достоверных данных о сравнительной характеристике качества разных наборов реактивов, измерительных устройств и т.д., что имеет большое практическое значение.

6. Возможность регулярной проверки силами компетентных лабораторий качества контрольных материалов.

Инициатива по созданию в Советском Союзе в 1989-1990 гг. общенациональной системы ВОК

принадлежала Всесоюзному научно-методическому центру по клинической лабораторной диагностике и Всесоюзному научно-исследовательскому центру профилактической медицины, в составе которого имелся уникальный отдел стандартизации и контроля качества клиничко-лабораторных исследований, где работали сотрудники с международным опытом в области контроля качества лабораторных исследований.

К сожалению, финансовые и социальные проблемы 90-х годов затормозили дальнейшее развитие общенациональной системы контроля качества лабораторных исследований. Выходом из этой ситуации был переход к другим организационным формам деятельности ВОК, а именно осуществление работы на хозрасчётной основе, при которой расходы по проведению циклов ВОК покрывались за счёт учреждений, чьи лаборатории принимали участие в этих циклах. Кстати, такая организационная схема существовала во всех зарубежных странах.

В России основополагающим стимулом в развитии общенациональной системы ВОК стал приказ Минздрава России № 9 от 26.01.1994 «О совершенствовании работы по внешнему контролю качества клинических лабораторных исследований», который определил конкретные меры по созданию системы ВОК, охватывающей все основные разделы лабораторной медицины.

В соответствии с этим приказом на базе отдела стандартизации и контроля качества лабораторных исследований Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России были созданы центр внешнего контроля качества клинических лабораторных ис-

следований и экспертные группы по разработке методов ВОК для конкретных дисциплин лабораторной медицины, которые совместно с Научно-методическим центром по клинической лабораторной диагностике разработали методические рекомендации по проведению ВОК в разных видах лабораторных исследований.

В 1998 г. была проведена регистрация клиничко-диагностических лабораторий на участие в первом цикле ВОК общенациональной системы России, которая получила название «Федеральная система внешней оценки качества клинических лабораторных исследований» (ФСВОК). Так в стране начала функционировать общенациональная система внешней оценки качества клинических лабораторных исследований.

Основными целями ФСВОК являются:

– помощь клиничским лабораториям в объективной оценке качества выполняемых исследований и выработке рекомендаций по его повышению;

– информирование лабораторий, главных специалистов по клинической лабораторной диагностике и органов управления здравоохранением о сравнительном качестве наборов реактивов, калибраторов и оборудования, применяемых в отечественной практике, а также о новых средствах и методах исследования.

ФСВОК была создана не как административно-разрешительная система, а как часть лабораторной технологии, позволяющей выявлять и оказывать помощь в устранении источников ошибок, возникающих в клиничко-диагностических лабораториях.

Работа ФСВОК направлена на выявление реальных погрешностей, присутствующих в рутинной

работе лабораторий при анализе реальных проб.

При этом принимаются меры по недопущению каких-либо прямых административных санкций по результатам оценки качества анализов, что обеспечивается, в частности, анонимностью конкретной лаборатории: все лаборатории кодируются, информация о качестве исследования сообщается только ее заведующему.

Нормативные документы Минздрава России определяют, что каждая клиническая лаборатория обязана ежегодно участвовать в ФСВОК, а главные врачи медицинских учреждений должны обеспечивать участие подведомственных им лабораторий в ФСВОК.

Сегодня число участвующих в ФСВОК клинических лабораторий ежегодно около 7 тыс.

Важнейшим направлением дальнейшего развития ФСВОК является введение новых разделов, охватывающих лабораторные исследования, еще не представленных в системе.

Внешний контроль качества лабораторных исследований составляет специальную область знаний, включающую в себя помимо методических аспектов лабораторной медицины современную методологию контроля качества аналитических систем, основы теории ошибок, метрологию и математическую статистику.

Создание нескольких десятков лет назад такой крупной системы внешнего контроля качества клинических лабораторных исследований – важное достижение в обеспечении эффективной работы лабораторной службы в здравоохранении нашей страны.

РОГАНОВ,
академик РАН.

– Ирина Валентиновна, ваш центр в последние годы – это конгломерат науки, образования и, конечно, клинических сфер. Сегодня формируется научно-образовательный кластер «Трансляционная медицина». Без опоры клинической базы на образовательную и научную платформы трудно было бы заслужить одно из первых мест в числе ведущих медицинских центров России, которым сегодня по плечу оказывать ВМП в рамках базовой программы ОМС по всем 64 группам из перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи?

– Я бы предпочла это объединение назвать союзом. В состав центра входит 6 научно-исследовательских институтов, 10 научных лабораторий, Институт последипломного образования. Кроме того, мы – многопрофильное специализированное лечебное учреждение. До принятия постановления Правительства РФ № 1273, которым закреплено понятие «группы высокотехнологичной медицинской помощи», в центре оказывалась ВМП по 23 профилям. Другими словами – по всему спектру клинического применения высоких медицинских технологий: от сердечно-сосудистой хирургии до неонатологии и педиатрии.

Крепкие и разносторонние научные «подпорки», глубокое погружение в исследовательскую работу позволяют решать новые, масштабные вопросы медицинской деятельности, что и было предопределено в своё время решением «выйти за рамки» НИИ кардиологии и мыслить о развитии ВМП категорией не только одного кардиологического вектора. Большой с сердечно-сосудистой патологией это, как правило, уже немолодой человек, обременённый сопутствующими заболеваниями – эндокринологическими, урологическими, иммунологическими и т.д. Согласитесь, что очень правильно, если все проблемы пациента будут решаться комплексно в одном учреждении. Эта реализованная в нашем центре идеология полностью себя оправдала, потому что сегодня есть возможность «переваривать» куда более значительный объём специализированной медицинской помощи, чем, скажем, десятилетие назад, причём с превосходящим качеством и оптимальными сроками лечения.

Вся система оказания ВМП нашим больным построена на преемственности и этапности. В состав центра входят клинические комплексы, позволяющие осуществлять этот принцип. Пациент поступает на госпитализацию уже полностью обследованным, его оперируют и по достижении определённого срока пребывания на койке сердечно-сосудистого отделения переводят в лечебно-реабилитационный комплекс для прохождения ранней реабилитации. Преемственность в лечении помогает снижать риски послеоперационных осложнений и позволяет быстрее восстановиться.

Внедрение принципа этапности сняло организационные преграды для лечения сопутствующих заболеваний у больных в условиях одного лечебного учреждения. Важен и экономический аспект: дорогостоящую «высокотехнологичную» койку не должны занимать пациенты для того, чтобы обследоваться в стационаре и тем более – «просто полежать».

– С целью отбора и подготовки пациентов для оказания ВМП в «Алмазове» открыт консультативно-диагностический центр. Неужто больного перед госпитализацией нельзя освидетельствовать в поликлинике по месту жительства?

– В принципе «наш» пациент может готовиться и в обычной районной участковой поликлинике. Но, согласитесь, не в каждой поликлинике можно побывать, к примеру, на приёме у кардиолога – этих специалистов, как правило, или нет в достаточном количестве, или вообще нет. Второй момент: для направле-

ния на ВМП по группе сердечно-сосудистой хирургии существует определённый протокол, который предполагает ряд исследований, в том числе инструментальных. В редких участковых поликлиниках существуют возможности для стресс-ЭХО-кардиографии, я уж не говорю о коронарографии, выполняемой в стационарных условиях. Для того чтобы пациент в ускорен-

кардиолога. В неделю они проводят 1-1,5 тыс. консультаций. Бок о бок с кардиологами трудятся, разумеется, и другие узкие специалисты, консультации которых необходимы для всесторонней подготовки пациентов к ВМП. Только за минувший год лабораторно-диагностические исследования – заборы крови на разные показатели – были проведены 30 тыс. пациентам.

счёт средств федерального бюджета и, таким образом, оплачивалась по тем тарифам, которые разработал и утвердил Минздрав России. В этом году средства поступают за счёт субсидий межтерриториальных трансфертов из Федерального фонда ОМС. До 2015 г. высокотехнологичной медицинской помощью считалось выполнение операции, а долечивание на койке финан-

шего филиалом Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра.

– Как вы оцениваете решение Минздрава России о присоединении первого в мире научно-практического нейрохирургического института с точки зрения влияния мощнейшего потенциала центра на развитие «высокой» нейрохирургии?

Ориентир

Богатырская поступь

Своя ноша в виде растущих объёмов высокотехнологичной помощи, похоже, не тянет

Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр Минздрава России, преобразованный два года назад из Федерального центра сердца, крови и эндокринологии, прародителем которого, в свою очередь, был открывшийся в 1980 г. Ленинградский НИИ кардиологии Минздрава РСФСР, в пору сравнить с известным богатырём из былинного эпоса. Помните? Тот, просидел на печи тридцать лет и три года, приобрёл опыт и житейскую мудрость, а однажды, испив водицу, ощутил в себе силу великую. «Волшебной водой» для центра, без сомнения, стала стратегия продуманной этапной трансформации из специализированного кардиологического учреждения в ведущий многопрофильный научно-клинический и образовательный медицинский центр федерального значения.

Поворотные события в жизнедеятельности Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра, по мнению его генерального директора академика РАН Евгения Шляхто, произошли в последние годы: вводятся в эксплуатацию современные здания,

открываются новые научные подразделения, растут с приличной динамикой объёмы оказываемой специализированной помощи, частью которой являются высокотехнологичные медицинские пособия. Если в 2014 г. в центре было выполнено 11 904 операции ВМП, то в нынешнем году их планируется осуществить 15 303.

При громадном и всё возрастающем объёме сложнейших оперативных вмешательств качество ВМП остаётся на стабильно высоком уровне. Это подтверждают и постоянный мониторинг, и опросы пациентов, пролечившихся в центре. Каким образом наладить весь порядок получения ВМП, от начала и до конца, так, чтобы ответы на вопросы выборочной анкеты, разносимой ежеквартально по клиникам «алмазовского центра», надлежащее качество или нет, содержали только удовлетворительные отзывы? Об этом корреспондент «МГ» беседует с заместителем главного врача по организационной работе Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра Минздрава России Ириной ПЕТРОВОЙ.



Ирина Петрова

ном порядке правильно и грамотно подготовился к госпитализации и не пришлось бы переделывать порой сомнительную «домашнюю» диагностику, и создавалась наша консультативная служба. Была сформулирована задача, и под неё сформировали консультационно-диагностический центр (КДЦ).

Сообщу, что в отношении жителей нашего города максимально упрощена процедура прохождения

Так серьёзно работают аналитики лабораторной службы КДЦ.

Отборочную комиссию возглавляет профессор Михаил Алексеевич Карпенко, заместитель генерального директора по научно-лечебной работе. Пациентов, которым комиссия отказала в получении ВМП, мы не бросаем. Они получают рекомендации по дальнейшему лечению, наблюдению. Жители Ленинградской области госпитализируются

сировалось дополнительно по специализированной медицинской помощи. С начала этого года мы работаем по законченному случаю. Тариф несколько увеличился, так как присоединилось долечивание на специализированной койке после оказания высокотехнологичного оперативного пособия.

Центр с 2006 г. работает по территориальным программам обязательного медицинского страхования субъектов РФ. Вхождение с систему ОМС субъектов предполагает плановое задание и соответствующее финансирование по тарифам генерального тарифного соглашения субъекта.

Специализированную, в том числе ВМП получают пациенты, которые приходят к нам лечиться по системе добровольного медицинского страхования, по договорам с юридическими лицами либо по договорам с физическими лицами. Для этой категории пациентов существует наш преискуртант, который общедоступен. С ним можно ознакомиться как на информационных стендах в центре, так и на нашем сайте в Интернете.

Прослеживается стойкая динамика роста объёмов бюджетного финансирования ВМП. Ежегодные целевые субсидии на обеспечение выполнения государственного задания и делают финансовую погоду.

Кардиохирургия остаётся одним из основных направлений клинической деятельности центра, у нас производится более 7 тыс. сердечно-сосудистых операций. В 2015 г. мы рассчитываем выполнить свыше 15 тыс. высокотехнологичных вмешательств по 64 группам видов ВМП. В том числе ожидаем значительное увеличение нейрохирургических операций вследствие присоединения в конце 2014 г. Российского научно-исследовательского нейрохирургического института им. А.Л. Поленова, став-

– В центре на протяжении последних лет проводились высокотехнологичные нейрохирургические операции. Присоединение «поленовского» НИИ, вхождение этого старейшего узкоспециализированного медицинского учреждения в состав активно развивающегося многопрофильного центра обогатят обоих. Нередко бывает так: перед тем, как решать главную задачу, требуется устранить сопутствующие проблемы, лишь в этом случае будет получен максимальный эффект от применения высоких технологий для пациента. Посмотрим на организационное решение и с другой стороны. При том, что нейрохирургия для центра – это очень интересное и в ряде проблем новое поле деятельности, формировать с чистого листа НИИ нейрохирургии было бы ну, наверное, не совсем оправданно. Такого рода созидательный процесс долг и сложен. А у «Поленова» есть замечательная история, прекрасные специалисты, клиническая база, серьёзная научная школа. Симбиоз разнопрофильных школ в целях общего блага состоится!

Беседу вёл
Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото автора
и Елены СЕЛИЩЕВОЙ.

ОТ РЕДАКЦИИ. Объёмы высокотехнологичной медицинской помощи в прошлом году беспрецедентно увеличились! В 2014 г. ВМП получили 715,6 тыс. человек – это на 41% больше, чем в 2013 г. (505,5 тыс.). При этом почти 80% больных, получивших ВМП в рамках базовой программы ОМС, были пролечены в региональных учреждениях.



Комплекс зданий федерального центра в Приморском районе города

по «инстанциям» пакета документов, предшествующая госпитализации. Сотрудники КДЦ сами готовят пакеты документов, необходимых для оформления талонов-направлений на ВМП и предоставляют их в соответствующий отдел Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, где эти талоны-направления и оформляются.

Приведу некоторые цифры, иллюстрирующие объём работы в КДЦ, рассчитанном на 350 посещений в смену. В КДЦ 22 специалиста-

в Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр в том же порядке, что и петербуржцы. Проживающие в других субъектах Российской Федерации оформляются через единый медицинско-информационный портал Минздрава России.

– За счёт какого источника чаще всего оплачивается центру оказание ВМП?

– Мы имеем дело с разными источниками финансирования. ВМП в прошлом году финансировалась за

Когда попадаешь в учебно-виртуальную клинику Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко, то понимаешь, как далеко вперёд шагнула используемая для образования техника. Ведь ещё совсем недавно самым строгим экзаменатором был профессор, отличающийся особой принципиальностью, которую не могли поколебать настоячивые просьбы кого-либо. Теперь же в роли такого справедливого и отстранённого от мирских дел судьи может выступать «умный манекен», который способен оценить знания и провести клинический разбор, дать рекомендации, как следовало бы оказывать экстренную медицинскую помощь, или выступить консультантом при сложнейшей операции.

Сегодня программа такого удивительного манекена способна задать жизненно важные показатели, которые могут быть выявлены у пострадавшего в дорожно-транспортном происшествии, а врачам нужно назначить и выполнить внутривенные и внутримышечные инъекции, сделать непрямой массаж сердца, провести реанимационные мероприятия или принять роды. И всё это происходит на фоне меняющихся объективных данных состояния больного с детальной оценкой, проводимой врачом в опасной для жизни пострадавшего ситуации. Данные объективного контроля мониторируются и записываются на жёсткий диск компьютера. После завершения тренировки или экзамена можно посмотреть на мониторе действия обучающегося и провести, как принято теперь говорить, полный дебрифинг, то



Игорь Есауленко

Ориентуры

Как в жизни, и даже интереснее...

Виртуальное обучение стало важной составляющей в подготовке врача

потрачены на ремонт помещений центра и оснащение оборудованием в соответствии с самыми строгими стандартами. Серьёзную финансовую помощь в создании виртуальной клиники оказали попечительский совет академии и Департамент здравоохранения Воронежской области. Специалисты Минздрава России признают виртуальную клинику ВГМА им. Н.Н.Бурденко одной из лучших в нашей стране. Масштабность проекта потре-

ченные навыки по различным медицинским специальностям.

С поступлением новой аппаратуры меняется объём виртуального курса, улучшаются возможности обучения. «Мягкие навыки», как стало принято называть такое обучение, помогают избежать ошибок, особенно тех, которые обусловлены человеческим фактором.

— Идея открытия симуляционных и тренинговых центров реализуется уже в течение де-

ского образования. Инновации должны активно внедряться не только в науке, но и в учебном процессе. Мы учитываем, что подготовка студентов-медиков отличается от обучения любых других специалистов. Возможности симуляционной техники способны выполнить как простейшие манипуляции (трахиостомия, внутривенное введение препаратов, извлечение из дыхательных путей инородного тела), так и проведение сложнейших хирургических вмешательств, требующих филигранного владения хирургическими инструментами. Виртуальная клиника оттачивает не только индивидуальные качества и умения, но и

Организаторы здравоохранения высоко оценили уровень оборудования центра и открывающиеся перспективы совершенствования практической подготовки специалистов области.

Созданная виртуальная клиника, предоставляемые ею возможности приобретения практических навыков и контроля за уровнем их освоения врачами будут являться базой процесса аккредитации специалистов Воронежской, Липецкой и других областей нашего региона.

Только современный и хорошо оборудованный центр отработки практических компетенций может явиться основой создавае-



Курсанты проверяют свои знания при оказании помощи пострадавшим в ДТП

есть доскональный разбор ситуации с помощью видеоконтроля. Становится понятно, чему ещё стоит подучиться студенту или врачу, повышающему уровень освоения практических навыков, а какие его действия и решения признать безукоризненными.

Инициатором создания виртуальной клиники выступил ректор Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко профессор Игорь Есауленко. На реализацию проекта учебное заведение выделило 35 млн руб., которые

бывала больших усилий. Первые приобретённые тренажёры предназначались для отработки студентами базовых знаний. Следующим этапом стало оснащение палат, создающих полную иллюзию присутствия и работы врача в реанимационном отделении. Робот-тренажёр имитирует остановку сердца у пациента, требующую проведения дефибрилляции. При достижении нужного результата пациент начинает «дышать». Это программа дала команду, и компрессор привёл грудную клетку в движение,

сятилетия — говорит ректор ВГМА им. Н.Н.Бурденко Игорь Есауленко. — Наша страна идёт в мировом тренде развития образовательных технологий. В каких-то медицинских вузах они используются в большей степени, в каких-то — в меньшей. Как вы убедились, в ВГМА стараются давать их максимально, особенно при выработке практических навыков у хирургов. В этом направлении нам очень помогает и курс Министерства здравоохранения России на инновационный характер медицин-



Студенты с удовольствием осваивают эндоскопическую технику с помощью новых симуляторов

коллективные действия медиков, например, при оказании скорой медицинской помощи и работы в реанимационном отделении, а в дальнейшем помогает составить и план самосовершенствования, и алгоритм организации работы в команде.

В медицине надо всё время подкреплять свои знания практическими навыками. Мы проводим и видеоконференции, и видеотрансляции для обучающихся в виртуальной клинике, которые наблюдают онлайн реальную операцию в одной из больниц региона. После завершения трансляции определённые её этапы повторяют на тренажёрах. Участниками этого тренинга могут стать одновременно более 80 студентов, ординаторов и интернов.

Руководство ВГМА им. Н.Н.Бурденко организовало встречу главных врачей медицинских организаций области на базе виртуальной клиники для демонстрации возможностей нового современного обучения.

мых окружных аккредитационных комиссий. К решению данной задачи наш вуз готов.

В 2018 г. ВГМА им. Н.Н.Бурденко будет отмечать 100-летие со дня своего основания. Сегодня это один из крупнейших медицинских вузов нашей страны. На 78 кафедрах работают 1020 человек профессорско-преподавательского состава и учебно-вспомогательного персонала. Всего в Воронежской медакадемии обучаются более 10 тыс. студентов, интернов, ординаторов, аспирантов, докторантов, слушателей ИДПО.

До недавнего времени академия располагала двумя собственными клиниками — стоматологической поликлиникой и детской клинической больницей. В прошедшем году к ним присоединилась ещё одна — виртуальная.

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Воронеж.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

В 2014 г. объём российского фармацевтического рынка достиг 1 трлн 152 млрд руб., показав прирост в 10% по сравнению с 2013 г. Наибольшее снижение темпов роста было отмечено в аптечном сегменте. При этом сегмент госзакупок отмечается стабильностью – 10-12% ежегодного роста. Об этом сообщила директор отдела по стратегическим исследованиям маркетинговой компании DSM Group Юлия Нечаева, выступая на конференции в Москве.

Одна из новых тенденций – снижение рынка в упаковках. Так, если в предыдущие годы показатель рынка в упаковках практически не менялся, балансируя около 0%, то в 2014 г. зафиксировано снижение рынка в целом на 3% в натуральном выражении и коммерческого сегмента – на 5%. Это существенное падение для сегмента аптечных продаж с 2009 г.

Изменение курса доллара и евро уже сказалось на показателях российского фармрынка: по итогам 2014 г. рынок сократился на 8% в обеих валютах по сравнению с положительной динамикой в прошлые годы.

– Отрицательная динамика откатит наш рынок назад в структуре лидеров фармрынка в мире. Если по итогам 2013 г. Россия была на 7-м месте, то в 2014 г. заняла 9-10-е место, – сказала Юлия Нечаева.

Наиболее чувствительным к кризису является коммерческий сегмент рынка. Основными тенденциями в этом секторе эксперт назвала снижение темпов роста рынка и высокую инфляцию. Ещё одна тенденция, впер-

Акценты

Высокий полёт

Эксперты уверяют, что поводов для пессимизма нет



вые отмеченная аналитиками в 2014 г., – снижение спроса, и как следствие – падение натурального потребления лекарств.

Замедление темпов роста рынка отмечалась в течение всего прошлого года. По словам Юлии Нечаевой, «картинку» выправил декабрь, показав астрономический прирост в 30%. «Это случилось впервые за все 10 лет нашего наблюдения», – отметила эксперт.

И аптеки, и потребители, опасаясь, что лекарства подорожают, начали покупать их впрок. Как показывает анализ, основные

продажи пришлось на так называемые сезонные препараты, а также дешёвые лекарства (со средней ценой в 10 руб.). По словам Юлии Нечаевой, именно такие препараты из безрецептурного сегмента внесли наибольший вклад в рост рынка в декабре.

В 2014 г. инфляция на лекарства составила 12,7%, что выше, чем в среднем по стране. В предыдущие годы инфляция на лекарства не превышала средний индекс цен, а в 2014 г. была уже в 3 раза выше, чем в 2013 г. Основной рост цен на-

чался в IV квартале 2014 г. и своего пикового значения достиг в декабре, когда за один месяц цены выросли почти на 5%.

В 2014 г. российский фармрынок рос за счёт четырёх основных показателей: упаковок, структуры потребления, инфляции и курсовой разницы. И если раньше наибольший вклад в рост ёмкости рынка был обусловлен потреблением более дорогих препаратов, то в 2014 г. – именно курсовой разницей.

Эксперт констатировала, что, несмотря на усилия правительства, доля отечественных лекарственных препаратов сокращается как в денежном (23%), так и натуральном выражении (56%). При этом цены на отечественные препараты растут быстрее, чем на импортные. По итогам 2014 г. инфляция на российские лекарственные средства составила 15%, на импортные – 12%.

Доля сегмента ЖНВЛП продолжает расти и итогам 2014 г. составила 36-37%. В денежном выражении рынок поделён поровну между рецептурными и безрецептурными препаратами, в натуральном выражении на 70% обеспечен препаратами ОТС-сегмента. Инфляция на препараты безрецептурного отпуска значительно выше (+15%), на рецептурные – около 10%.

Доля безрецептурных препаратов в 2014 г. в денежном выражении сократилась с 51 до 50%, и эта тенденция продолжится и дальше. В кризис потребитель склонен отказываться от самолечения, отдавая предпочтение рецептурным препаратам, считает эксперт.

По данным DSM-Group, в январе 2015 г. рынок вырос на 16% в рублёвом выражении и упал в упаковках на 4% по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года. Рост рынка в денежном выражении продолжится и будет обеспечен высокой инфляцией. По итогам 2015 г., по прогнозам компании, рост цен на лекарства может составить 15-20%. В упаковках также сохранится тенденция снижения потребления (в натуральном выражении порядка 4-5%).

– В долларах и евро мы также увидим только отрицательные показатели. В долларах – минус 29%, в евро – минус 22%. Это откатит фармацевтический рынок на 5 лет назад, то есть мы вернёмся к показателям 2009-2010 гг., – констатировала Юлия Нечаева.

– Вместе с тем поводов для пессимизма нет. Предыдущий экономический кризис российский фармрынок пережил без особых потерь. Это одна из наиболее стабильных и социально значимых отраслей нашей экономики. Я надеюсь, что глобальных изменений не произойдёт, и, подводя итоги 2015 г., мы всё же сможем констатировать положительные, а не только отрицательные явления на рынке лекарств, – подвела итог выступлению эксперт.

Анна КРАСАВКИНА.

Прогнозы

Без границ

Согласно Договору о Евразийском экономическом союзе (ЕАЭС), с 1 января 2016 года на его территории заработает единый рынок лекарств и медицинских изделий

О том, какие механизмы будут регламентировать единый рынок и каким требованиям он должен соответствовать, рассказал начальник отдела координации гармонизации систем технического регулирования Евразийской экономической комиссии (ЕАЭК) Дмитрий Щёкин в ходе бизнес-конференции, прошедшей в Москве.

Евразийский союз объединил 4 страны – республики Армения, Беларусь, Казахстан и Российскую Федерацию. На его территории проживает порядка 176 млн человек. По словам Дмитрия Щёкина, уже к ноябрю 2014 г. объём взаимной торговли фармацевтической продукцией составил 332 млн долл., и при этом рынок продолжает динамично развиваться, поэтому существует необходимость в установлении единых требований к правилам обращения лекарственных средств и устранении всех ограничений в хождении препаратов на территории ЕАЭС.

В 7-м разделе договора, посвящённого рынкам лекарственных средств и медицинских изделий, было отмечено, что функционирование общего рынка будет осуществляться в соответствии с отдельным международным договором. В ст. 10 было определено, с какого года начнёт функ-

ционировать этот рынок. Тогда же началась непосредственная работа над соглашением, которое было подписано 23 декабря 2014 г. в Москве.

Сферой действия этого соглашения стали все лекарственные средства, которые будут продаваться на территории стран – участниц договора. Соглашение основано на единых правилах регулирования рынка, подходах к созданию системы качества лекарственных средств, общих требованиях к мерам по гармонизации национальных законодательств и установлении ответственности сторон при нарушениях требований в сфере обращения лекарственных средств.

Ещё в 2012 г. при ЕАЭК была создана рабочая группа по формированию подходов к регулированию обращения лекарственных средств. Одновременно с этим был подготовлен перечень документов по лекарствам, который позволит обеспечить формирование общего фармацевтического рынка.

Среди них: Надлежащие фармацевтические практики (GLP, GCP, GMP, GVP), Правила проведения исследований биологических лекарственных средств, Концепция гармонизации фармакопей государств – членов ЕАЭС, Правила регистрации и экспертизы лекарственных

средств – всего 25 документов. По словам Дмитрия Щёкина, они были разработаны отдельными сторонами, и их необходимо привести к одинаковому пониманию участниками рынка. К настоящему времени документы практически согласованы.

Регулирование обращения лекарственных средств на территории ЕАЭС будет осуществляться следующим образом. На уровне ЕАЭК устанавливаются единые требования к общему фармацевтическому рынку, их реализация будет обеспечиваться на базе уполномоченных органов сторон. При этом все контрольные и надзорные функции остаются за национальными регулирующими органами.

Соглашение предусматривает создание при ЕАЭК двух комитетов. Первый – фармакопейный. Он займётся рассмотрением и принятием статей, которые будут разработаны в рамках концепции по гармонизации фармакопей стран, входящих в ЕАЭС. Второй комитет – экспертный. Он будет рассматривать вопросы, связанные с регистрацией и обращением лекарственных средств. Оба комитета будут взаимодействовать с уполномоченными органами государств – членов ЕАЭС.

Как отметил Дмитрий Щёкин, обращение лекарственных средств, зарегистрированных

национальными органами до 1 января 2016 г., будет допускаться ещё 10 лет. В течение этого переходного периода все досье на лекарственные средства должны быть унифицированы в соответствии с правилами ЕАЭС.

Определённые изменения ожидают и рынок медицинских изделий. В 31-й статье договора о Евразийском союзе определён перечень принципов, которые положены в основу создания общего рынка медизделий. Его функционирование оговаривается отдельным международным соглашением, которое было подписано 23 декабря 2014 г.

Согласно данному документу, так же как и в отношении лекарственных средств, предполагается введение единых принципов и правил обращения медицинских изделий (как произведённых, так и ввезённых) на территории ЕАЭС. Ранее, в 2012 г. при ЕАЭК была создана рабочая группа по подготовке соглашений о правилах обращения медицинских изделий. В рамках этой работы готовится порядка 15 документов.

Наиболее значимый из них – «Общие требования безопасности и эффективности медицинских изделий». В частности, предполагается, что будут введены единые требования к маркировке и эксплуатационной документации изделий, обращающихся на рынке. Кроме того, разрабатывается положение о создании и функционировании единой информационной системы ЕАЭС в сфере обращения медицинских изделий. Предполагается, что единые требования в отношении медицинских изделий будут введены не позднее 31 декабря 2021 г.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Изъяты!

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения сообщает о поступлении информации о выявлении лекарственных препаратов, качество которых не отвечает установленным требованиям в ходе проведения государственного контроля качества лекарственных средств:

– ацетилсалициловая кислота МС, таблетки 0,5 г 10 шт., серии 013022014, упаковки безъячейковые контурные, производства ЗАО «Медисорб», Россия, показатель «растворение»;

– уголь активированный, таблетки 250 мг 10 шт., серии 260314, упаковки безъячейковые контурные, производства ООО «Асфарма», Россия, показатель «микробиологическая чистота»;

– меропенем, порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 1 г, флаконы (1), серии ТМ8251113, пачки картонные, производства «М.Дж.Биофарм Пвт. Лтд.», Индия, показатель «потеря в массе при высушивании»;

– кальция глюконат, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 100 мг/мл 5 мл, ампулы (5), серии 020314, упаковки ячеёвые контурные (2), пачки картонные, производства ООО «Эллара», Россия, показатели: «описание» (в ампулах присутствует осадок белого цвета), «упаковка» (пачки картонные со следами краски и частично стёртой маркировкой);

– салицилово-цинковая паста, паста для наружного применения 25 г, серии 081113, банки тёмного стекла, производства ОАО «Самарамедпром», Россия, показатель «описание» (на поверхности пасты ворсинки и тонкие волоски).

Территориальным органам Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации обеспечить контроль за изъятием и уничтожением в установленном порядке указанных партий лекарственных средств.

Казалось бы, великим философам пристало заглядывать в глубь человеческой души, не обращая внимания на брентную оболочку, но древнегреческие мыслители уделяли поразительно много внимания внешнему виду человека. Аристотель и его последователи даже написали трактат о том, как внешность человека отражает его дух. Форма, размеры головы и даже цвет лица могут многое рассказать о характере, здоровье и сексуальности человека, считали они.

Сейчас нас учат не судить о книге по обложке. Однако хотя здравый смысл подсказывает, что не стоит слишком полагаться на внешность человека, пытаясь оценить его качества, психологи всё же приходят к выводу, что даже самое невозмутимое лицо даёт ключ к подробностям характера, состоянию здоровья и уровню интеллекта его владельца.

Волевые кости

«Дело в том, что такие биологические параметры, как гены и уровень гормонов, оказывают влияние как на развитие организма, так и на формирование характера», — объясняет исследователь Кармен Лефевр из Нортумбрийского университета (Ньюкасл, Великобритания).

Скажем, анатомическая структура лицевых костей отвечает за то, будет ли лицо относительно коротким по вертикали и широким или, наоборот, удлинённым и узким. Как выяснила Лефевр, у людей с высоким уровнем тестостерона лица более широкие, с крупными скулами, а характер у них с большой долей вероятности волевой и порой даже агрессивный.

Как выясняется, взаимосвязь между формой лица и доминированием весьма распространена в природе — её можно встретить как в стаях обезьян-капуцинов (чем шире морда капуцина, тем выше вероятность того, что он занимает высокое положение в групповой иерархии), так и, например, в среде профессиональных футболистов. Проанализировав результаты чемпионата мира по футболу 2010 г., исследователь Кит Уэлкер из Колорадского университета (Боулдер, США) недавно сообщил о том, что соотношение ширины и высоты лиц футболистов находилось в прямой корреляции как с частотой фолов, совершенных полузащитниками, так и с числом голов, забитых нападающими.

Посоветуйтесь с Линкольном

Существует даже мнение, что по форме лица можно догадаться об истинных мотивах политиков. В одном из экспериментов Лефевр привлекла добровольцев для оценки различных психологических характеристик бывших американских президентов на основе их изображений и пришла к выводу, что форма лица политического деятеля в целом соответствовала его амбициям и темпераменту.

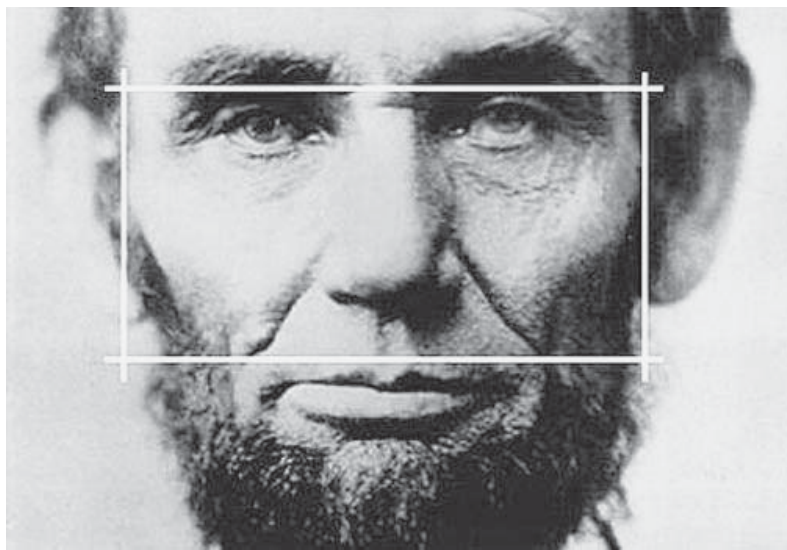
Так, лицо Джона Кеннеди было более плотным, чем, например, лицо популярного президента XIX столетия Честера Алана Артура. Впрочем, подобный анализ исторических персон, возможно, следует воспринимать с долей скептицизма, поскольку для успешной политической карьеры не менее важны такие качества, как способность к сотрудничеству и высокий интеллект.

(Чтобы самостоятельно вычислить пропорции своего лица,

Ракурс

Гормоны на физиономии

Как лицо говорит о характере и здоровье



сравните расстояние между ушами с расстоянием от верхней линии глаз до верхней губы. Среднестатистическое соотношение ширины к высоте составляет около 2 единиц, в то время как у 16-го президента США Авраама Линкольна оно составляло 1,93.)

Пухлые щёки — проблемы со здоровьем

Стоит ли удивляться тому, что, как утверждают некоторые исследователи, о состоянии здоровья человека также можно судить по его лицу, причём в самых удивительных подробностях. Например, количество лицевого жира даёт лучшее представление о том, в какой физической форме вы находитесь, чем более привычные методы измерения (такие, как индекс массы тела).

Почему пухлые щёки так много говорят о нашем здоровье? Бенедикт Джонс из Университета Глазго (Великобритания) думает, что разгадка кроется в новом понимании роли жировых отложений в организме. «Состояние нашего здоровья зависит не столько от количества жира, сколько от того, где именно он скапливается», — объясняет исследователь.

«Грушеподобные» люди, у кото-

рых жировые отложения в основном сосредоточены на бёдрах и ягодицах, в среднем более здоровы, чем те, у кого жир откладывается вокруг торса — существует мнение, что жировая ткань, расположенная ближе к грудной клетке, является источником молекул, способных вызвать воспалительные процессы в жизненно важных органах. Возможно, полное лицо сигнализирует о наличии жировых отложений в более опасных для ор-

тона, которые лицо приобретает после сеанса искусственного загара.

Румянец, в свою очередь, сигнализирует о хорошем кровообращении вследствие активного образа жизни. Кроме того, у женщин он может являться признаком способности к деторождению. Джонс установил, что на пике менструального цикла у женщин часто появляется лёгкий румянец — возможно, из-за повышения уровня полового

гормона эстрадиола, который слегка расширяет кровеносные сосуды щёк. По-видимому, это одно из множества малозаметных изменений во внешнем виде и поведении женщины, в совокупности повышающих её привлекательность в тот период, когда её способность к зачатию наиболее велика.

«Эффект Дориана Грея»

Более того, авторы исследования нашли подтверждение «эффекту Дориана Грея», при котором стареющее лицо начинает выдавать некоторые аспекты характера, которые не были явно выражены в молодости. Женщины, отличавшиеся общительным и приветливым характером в возрасте до 40 лет, с возрастом становились всё более привлекательными внешне, и в возрасте за 50 выглядели лучше сохранившимися, чем те, чей менее располагающий к себе характер в молодости компенсировался естественной красотой. Возможно, эти женщины просто научились пользоваться своей внешностью наилучшим образом, а также знали, что их внутренняя уверенность в себе находит отражение в незаметных на первый взгляд изменениях в выражении лица.

Как продемонстрировало одно недавнее исследование, то, как выглядит и воспринимается другими человеческое лицо — это не просто сумма костной структуры и оттенка кожи. Учёные попросили добровольцев надеть их любимые предметы гардероба, после чего сфотографировали их лица. И хотя одежда в кадр не попала, беспристрастные жюри сочло, что на этих снимках участники эксперимента выглядели гораздо привлекательнее, чем на других фотографиях. Такой результат тем более поразителен, если учесть, что испытуемых специально просили фотографироваться с нейтральным выражением лица: по всей видимости, повышенная самооценка всё равно проявлялась на их лицах.

Таким образом, человеческое лицо — не просто продукт биологических процессов. Мы не в силах изменить собственные гены или гормоны, но благодаря воспитанию личности и повышению самооценки на наших лицах со временем начинают проступать гораздо более важные черты.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам BBC Future.

С умным лицом

Как отмечает Джонс, все эти признаки всегда были на виду, но учёным потребовалось очень много времени, чтобы обратить на них серьёзное внимание. Вероятно, приобретённые нами новые знания помогут реабилитировать физиогномику, которая начиная со времён Аристотеля не раз оказывалась в опале.

Так, английский король Генрих VIII был настолько скептически настроен по отношению к физиогномистам, что даже запретил им брать деньги за свою работу. Очередной удар по репутации физиогномики был нанесён в начале XX века, когда она подверглась гонениям вместе с френологией — псевдонаукой, утверждавшей, что особенности строения черепа человека связаны с особенностями его поведения.

Теперь, когда репутация физиогномики снова восстанавливается, нас, вероятно, ждут новые интересные открытия. Так, есть мнение, что по лицу человека можно судить — хотя бы приблизительно — об уровне его интеллекта, хотя пока ещё не ясно, какие именно признаки придают нам умный вид (разумеется, ношение очков само по себе таким признаком не является). Другие исследователи изучают так называемый феномен гей-радара — часто мы можем догадаться о сексуальной ориентации человека за доли секунды, даже при отсутствии видимых стереотипных маркёров. Какие именно признаки мы при этом считываем, до сих пор остаётся загадкой.

Было бы также интересно рассмотреть изменение взаимосвязи между характером, образом жизни и внешним видом человека с течением времени. В одном из иссле-

ганизма областях, говорит Джонс. А может быть, лицевой жир опасен и сам по себе.

«Грушеподобные» люди

Кроме этих, более очевидных признаков здоровья о нашем самочувствии могут также говорить едва заметные изменения в цвете кожного пигмента. Джонс и Лефевр подчёркивают, что цвет кожи, связанный с расовой принадлежностью человека, тут ни при чём — речь идёт об оттенках, отражающих особенности образа жизни. Например, кожа слегка золотисто-жёлтого оттенка может означать крепкое здоровье. Источниками отвечающих за этот цвет органических пигментов — каротиноидов — являются овощи и фрукты оранжевого и красного цвета. Каротиноиды способствуют укреплению иммунитета, говорит Лефевр.

«Но при достаточном их поступлении в организм излишки, неизрасходованные на борьбу с болезнями, откладываются в коже, придавая ей желтоватый оттенок». Причём такая «лучающаяся здоровьем» кожа повышает физическую привлекательность человека даже больше, чем ярко выраженные

Однако

Всё хорошо в меру

Как известно, врачи зачастую рекомендуют потреблять много воды для хорошего самочувствия. Однако с точки зрения профессора Марка Уитли, занимающегося лечением гипергидроза (повышенного потоотделения), избыточное количество воды может спровоцировать проблемы работы почек и увеличить потоотделение.

«Довольно часто проблема гипергидроза упирается в ко-

личество потребляемой воды. В таком случае следует уменьшить потребление жидкости, стараться не нервничать, прекратить приём лекарств. Если такие меры не помогут, то можно прибегнуть к инъекциям ботокса и удалению потовых желёз с помощью лазера», — отметил специалист.

Да, рекомендуется выпивать около 2 л воды в день. Примерно 500 мл человек и так получает из еды. Остальное мы потребляем с кофе и чаем. Этого вполне до-

статочно, считает эксперт. «Если жидкости очень много, то это приводит к перегрузке почек. Или организм начинает выводить излишки с потом, объёмы которого, понятное дело, увеличиваются. Вообще пить нужно только в случае возникновения жажды. Когда телу хватает жидкости, моча жёлтая и прозрачная», — подчеркнул эксперт.

Марк ВИНТЕР.

По сообщению Meddailly.



К 70-летию Великой Победы

Один из многих

Слово о старшем брате

Я рос в многодетной крестьянской семье в селе Алексеевск Почепского района Брянской области. Нас, детей, было 8. Я был последним, восьмым. Когда началась Великая Отечественная война, мне было 6 лет.

Два брата – Прокофий и Константин – уже были на фронте, но никаких вестей от них не приходило. В 1943 г., после освобождения Брянщины от немецко-фашистских захватчиков, в армию призвали брата Евгения, которому исполнилось 18 лет, и отца, Сергея Парфёновича.

В первом же бою отец был тяжело ранен, в госпиталях его долго лечили, но всё закончилось ампутацией ноги. Когда он на костылях возвратился домой, для нас это была огромная радость. Потом пришло письмо и от Евгения. Он сообщал, что ранен в бою и находится на лечении в госпитале.

За мужество и отвагу, проявленные в боях за освобождение Родины от фашистов, Сеньков Евгений Сергеевич награждён орденами и медалями, в том числе двумя орденами Славы.

...После демобилизации он решил продолжить учёбу – поступил в Брянскую фельдшерско-акушерскую школу, а затем в Смоленский медицинский институт. Точно такой же маршрут прошёл

и другой мой брат – Александр, который на войне по возрасту не был, но отпахал 3 года срочной службы – старшиной, командиром танка.

Меня же, чисто сухопутного человека, судьба забросила на Северный военно-морской флот. Кроме основной специальности я был внештатным корреспондентом газеты Северного флота «На страже Заполярья». Писал очерки о морских походах, стихи. Поэтому после демобилизации весьма остро для меня встал вопрос, куда пойти учиться?

На семейном совете братья Евгений и Александр настаивали, чтобы я поступал в медицинский институт. Я же, осенённый морской романтикой, очарованный белым безмолвием и сполохами Северного сияния, мечтал поступить в литературный. Итог семейному совету подвёл отец:

– На своих стихах ты не проживёшь, а врач при любой власти с голода не умрёт.

Я согласился, но сказал, что после военной службы на Севере, где о девочках только мечталось, я бы хотел познакомиться с местной красавицей, а поступать в институт буду в следующем году.

Но этот мой вариант не прошёл. Евгений сказал, что там, в институте, много девчат-студенток, и каждое воскресенье в общежитии танцы. Но пока вместо танцев Евгений Сергеевич нанял мне

репетитора, чтобы подготовиться к вступительным экзаменам.

Так я оказался третьим братом-студентом Смоленского медицинского института. Я – на первом курсе, Александр – на третьем, Евгений – на пятом. Такая вот «лесенка». После окончания института оба брата возвратились на Брянщину в распоряжение облздравотдела. Оба получили назначение – поработать главными врачами. Евгений – в Белых Берегах, Александр – в Воронке Стародубского района.

Испытав на себе, как жить только на стипендию, братья помогали мне, когда имели такую возможность.

Оба брата благополучно доработали до пенсии. Евгений – заведующим поликлиникой областного онкодиспансера, Александр – главным врачом Починковской райбольницы Смоленской области.

...Теперь моих братьев уже нет в живых, но осталась добрая память о них у многих земляков, которых они исцеляли от болезней, не только лечили лекарствами, но и отдавали частицу своего душевного тепла.

Приближается юбилей – 70-летие Великой Победы. Победы, за которую мы заплатили миллионами жизней. И наш святой долг – хранить память о тех, кто не вернулся с войны, бережно передать её нашим потомкам.

О чём я и хочу напомнить в представленном ниже стихотворении.

Комсорг лыжного батальона

*Памяти брата
Евгения Сенькова,
врача-онколога, инвалида
Отечественной войны*

Ты знал бойцов поротно, поимённо,
И кто откуда призван, тоже знал.
Назначенный комсоргом батальона,
Ты вместе с ним три года воевал.
Никто в нём старше двадцати и не был,
Но никогда в бою не дрогнул он,
Он налетал лавиной, словно с неба,
Тот лыжный комсомольский батальон.
Ещё в наплыв предутреннего мрака –
Для нападения самая пора –
Накатывалась на врага атака: –
За Родину! За Родину! Ура!
Ура! И на мгновенье тихо стало,
Потом огнём ощерилось село.
Убито в том бою врагов немало,
А разве наших меньше полегло!
Когда же обозначился кроваво
Над лугом и над речкою рассвет,
Ты посмотрел налево и направо, –
Нет никого!
Лишь твой кровавый след.
Ах, пуля-дура! Да ещё шальная!
Шальная пуля да метели стон.
Вот угодила в ногу разрывная –
И покатились лыжи под уклон...

Станислав СЕНЬКОВ,
врач-офтальмолог,
член Союза писателей России.

Брянск.

Конкурсы

Против знатоков играет рентгенохирург

Специалист окружного кардиологического диспансера сургутянин Денис Моргунов сразился в интеллектуальной битве с мастерами известной телевизионной игры «Что? Где? Когда?»

Придумать оригинальный, каверзный вопрос подчас сложнее, чем его разгадать. Имея солидный опыт участия в интеллектуальных играх городского и окружного уровня, врач-рентгенохирург окружного кардиологического диспансера Денис Моргунов решил попытать удачу и отправил своё задание в адрес редакции телепрограммы «Что? Где? Когда?»

Вопрос звучал так: в честь какого португальца назван трюк из футбольного фристайла, когда игрок делает оборот ноги вокруг мяча высоко в воздухе, и как только мяч начинает падать вниз, игрок делает оборот ноги вокруг мяча в обратную сторону.

– Этот вопрос пришёл мне в голову ещё несколько лет назад, когда на одном из спортивных телеканалов я увидел этот трюк. Вообще, можно было сформулировать задание несколько иначе, спросить обобщённо: «в честь кого назван этот приём?», но я умышленно указал национальность спортсмена, рассчитывая, что знатоки пойдут по ложному пути: португалец – значит, скорее всего, футболист, и дальше будут искать ответ именно в этой области. На самом же деле правильный ответ: трюк назван в честь мореплавателя Фернана Магеллана, совершившего кругосветное путешествие.

Спустя почти год, в конце марта состоялась программа, куда был включён вопрос Дениса Моргунова. Тогда в битву за «Хрустальную сову» вступила команда титулованного интеллектуала Андрея Козлова.

К слову, у рентгенохирурга кардиодиспансера среди знатоков есть свой фаворит.

– Мне нравится наблюдать за игрой Ильи Новикова (двукратный обладатель «Хрустальной совы», обладатель «Бриллиантовой совы»). Рассуждает он конкретно, по делу, очень импонирует его стройное мышление. Кстати однажды мне даже посчастливилось встретиться с ним в Тюмени на областном конкурсе «Эрудит-квартир».

По ходу игры для сургутянина всё складывалось благополучно. Вопрос Дениса Моргунова выпал последним при счёте 5:4 в пользу знатоков, а это значит, что у него были все шансы на победу.

– Эмоции мы с супругой испытывали неописуемые. Волнение зашкаливало. К тому моменту, когда пришёл черёд моего вопроса, на кону стояло 90 тыс. руб. Конечно, захватывал азарт выиграть солидную сумму, но дело даже не столько в деньгах, сколько в желании одержать победу над знатоками!

Но предвкушение победы продлились буквально несколько секунд. Именно столько времени понадобилось интеллектуалам, чтобы найти верный ответ на вопрос сургутянина.

Эта неудача лишь укрепила намерения рентгенохирурга. Денис Моргунов настроен и далее состязаться с интеллектуалами игры «Что? Где? Когда?», он уже отправил очередной вопрос.

Будем надеяться, что в этот раз фортуна непременно улыбнётся сургутскому знатоку!

Екатерина АТЕСОВА.

Сургут.

Далёкое – близкое

Считается, что последняя сексуальная революция (середина прошлого века) связана отнюдь не со свободой нравов, мини-бикини, а с прорывом в сфере контрацепции.

Но вот культурологи называют поводом предыдущей такой же революции, как выявили некоторые историки... катание на роликовых коньках. Отчего их популярность изначально была связана с новыми возможностями для романтических отношений.

Никто не будет спорить, что приглашать на свидание потенциальную свекровь или тещу – не самая хорошая идея. Остаётся только пожалеть бедных викторианцев, утративших контроль за романтическими жёстками молодёжи. Возможностей избежать такого контроля практически не было, пока в 1863 г. американский изобретатель Джеймс Леонард Плимpton не запатентовал четырёхколёсные роликовые коньки, позволявшие поворачивать на ходу. (Коньки к этому времени были в употреблении уже около 100 лет, однако могли ехать только по прямой и были довольно нескладными. А с роликами Плимптона можно было легко ездить по кругу.)

Первые роллердромы появились в Нью-Йорке и Род-Айленде. Их представляли как семейные центры здоровья и спорта, и популярность таких катков быстро росла. К середине 1870-х годов увлечение роликами пришло в Британию, и некоторое время в Лондоне работали до 50 роллердромов. Пресса окрестила явление «каткоманией», однако причины такой популярности не исчерпывались возможностью заниматься физическими упражнениями.

Не виновата я — это ролики

«Каткомания» как стимул здорового образа жизни



Катание на роликовых коньках (старинная гравюра)

Каток – нейтральная территория, на которой могут встретиться представители разных полов без церемоний и условностей, писали газеты. «На катке нет Матушки Гранди с её орлиным взором и острым языком, Матушка Гранди опасается роликов». Образ Матушки Гранди для британцев олицетворяет общественное

мнение в вопросах приличия, как княгиня Марья Алексевна из «Горя от ума» для русского читателя. Появляется возможность держаться за руки и шептаться без Матушки Гранди, возможность длительного зрительного контакта вместо взглядов украдкой. Действительно, к этому времени костюмы для катания на

коньках постепенно отходят от установленных норм. Увлечение катанием на льду привело к моде более облегающих нарядов. Так же действовали и ролики.

«Разве катание на роликах не зарекомендовало себя лучше других занятий, поскольку даже первая неловкая попытка удержаться равновесие у прекрасного пола сопровождается нежной и уважительной, но в то же время твёрдой и уверенной поддержкой опытного кавалера, своевременная помощь которого сгладит неровности, растопит лёд на этом скользком пути?» – писал тогдашний газетный хроникёр.

Однако большинство знакомств между мужчинами и женщинами были вполне невинными. Они часто заканчивались достойным и желанным браком. Тем не менее для английских матрон, озабоченных приличиями, было шоком видеть или узнавать, что её дочь кружилась в объятиях какого-то молодого человека, которого едва ей представили.

Сегодня молодые люди воспринимают это как данность. А в то время это была настоящая революция.

Юрий БОРИСОВ.

Владимир СТАРОДУБОВ,
директор Научно-исследовательского института организации
и информатизации здравоохранения Минздрава России, академик РАН:
*Сколько бы ни проводилось реформ в российском здраво-
охранении, «Медицинская газета» остаётся трибуной для
конструктивного обсуждения их медицинским сообществом.*



50075 – подписной индекс на 1 месяц
32289 – на второе полугодие 2015 г.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – А.ПАПЫРИН.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-925-437-53-98.
Отдел изданий и распространения 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ЗАО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 15-03-00478
Тираж 31 168 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондент – Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»: 50075 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.