



Scientia potentia est. Знание — сила.

ALMA MATER

№ 1 (149)
31 января 2017 г.

Газета ученого совета Института повышения квалификации
специалистов здравоохранения

Выходит с 2002 г.

*«Врач, впервые приступая к лечению
своего пациента, должен делать
это изычно, весело и с приятностью
для больного. Никогда хмурый врач
не преусеет в своем ремесле».*

Мишель Монтень

- РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ -

Минздрав внес коррективы

В новую редакцию государственной программы «Развитие здравоохранения», опубликованную Минздравом на сайте regulation.gov.ru, внесен ряд существенных изменений. По сравнению с прошлой версией в ней ухудшен ряд ключевых прогнозных показателей, характеризующих смертность, продолжительность жизни, охват диспансеризацией и количество курящих к 2020 году. Зато улучшены прогнозы по смертности от туберкулеза и сердечно-сосудистых заболеваний, а также добавлены новые разделы по профилактике ВИЧ, сокращению количества аборт и другие.

Бюджет действующей госпрограммы «Развитие здравоохранения» состоит из средств, выделяемых на эти цели регионами, федеральным бюджетом и фондом ОМС. Действующая версия программы предусматривает общее финансирование в размере 15,187 трлн рублей на период с 2017 по 2020 год, из них 6,2 трлн рублей — за счет регионов.

В паспорте обновленной программы, в отличие от утвержденной в 2014 году версии, данных о региональном финансировании не содержится.

В Министерстве здравоохранения на запрос редакции журнала *Vademecum* ответили, что региональные бюджеты продолжают участвовать в программе, однако суммы выделенных ими средств прописаны в рабочем документе, который не публикуется в открытом доступе.

«Регионы сами проводят расчет тех средств, которые будут выделены на достижение показателей программы, и направляют данные в Минздрав», — пояснил сотрудник министерства. Он добавил, что уровень регионального финансирования, по сравнению с уже утвержденной программой, «практически не изменится».

Учитывая, что обеспечение из региональных бюджетов остается на прежнем уровне, можно рассчитать объем государственных затрат на здравоохранение по новой версии программы: он составит 15,012 трлн рублей на период с 2017 по 2020 год — на 175 млрд рублей меньше, чем предполагалось ранее.

Помимо объемов финансирования, в обновленной версии программы Минздрав предложил также изменить ряд целевых показателей, по которым будет контролироваться успешность ее исполнения.

Несмотря на оптимистичный прогноз министра здравоохранения Вероники Скворцовой, который она дала в сентябре 2016 года, в госпрограмме были ухудшены целевые показатели смертности населения.

Согласно действующей версии, смертность должна постепенно снизиться с 12,3 случая на тысячу человек в 2016 году до 11,4 случая на тысячу в 2020 году. Вероятно, в министерстве посчитали, что не смогут достичь столь низкой цифры, и увеличили ее до 13 случаев на тысячу человек населения с 2016

по 2020 год. В министерстве корреспонденту *Vademecum* пояснили, почему в госпрограмме теперь указан стагнирующий показатель общей смертности.

«В соответствии с прогнозом социально-экономического развития Российской Федерации на 2017 и на плановый период 2018 и 2019 годов, предполагается усиление тенденции старения населения и изменение возрастной структуры населения. По информации ведущих специалистов-экспертов в области демографии, прогнозируется уменьшение темпа дальнейшего снижения уровня смертности в целом по Российской Федерации», — уточнили в Минздраве.

Эти изменения еще на стадии подготовки документа критиковали в фонде «Здоровье», члены которого обвинили Минздрав в манипуляциях с показателями. Ведомство, в свою очередь, ответило, что в фонде не умеют правильно рассчитывать смертность населения.

Менее оптимистично министерство теперь смотрит и на увеличение продолжительности жизни россиян. В 2014 году в ведомстве считали, что за три года (к 2017 году) средняя прогнозируемая продолжительность жизни составит 73,3 года, а к 2020-му — 74,3 года. Теперь ведомство пересмотрело свой прогноз: чиновники планируют, что к 2020 году этот показатель вырастет только до 74 лет. В 2016 году, по данным Минздрава, средняя продолжительность жизни в России составила 72 года.

Рост продолжительности жизни в стране должен быть тесно связан с развитием профилактической медицины, которое в последние годы декларирует Минздрав, возлагая большие надежды на диспансеризацию. Несмотря на это, ведомство пересмотрело свой прогноз роста числа граждан, прошедших профилактический осмотр. Согласно действующей версии госпрограммы, к 2020 году 23 % населения должны проходить диспансеризацию. Теперь же ведомство считает, что к этому сроку сможет убедить следить за своим здоровьем только 21 % населения страны.

В госпрограмме скорректированы и другие показатели. Например, заболеваемость острым вирусным гепатитом В должна была снижаться



с 0,9 в 2017 году до 0,83 человека на 100 тысяч населения к 2020 году. В новом варианте программы показатель увеличен до одного человека на 100 тысяч с 2017 по 2020 год.

Другой индикатор госпрограммы – уровень потребления табака среди взрослого населения. Действующая версия документа предусматривает снижение числа курильщиков с 33,5 % среди всего населения страны в 2016 году до 26 % к 2020 году. Министерство здравоохранения, исходя из предложенной программы, констатирует, что реально достижимый показатель на 3 % выше – 29 % курильщиков к 2020 году. И это несмотря на то, что в январе 2017 года ведомство представило и новую антитабачную концепцию, согласно которой планирует запретить курить на остановках общественного транспорта, в личных автомобилях при детях, а также в присутствии человека, возражающего против курения. Министерство также планирует запретить продавать сигареты и другие табачные изделия россиянам, родившимся позже 2014 года. Антитабачная концепция пока не одобрена.

Есть в программе «Развитие здравоохранения» и структурные нововведения: исключен показатель смертности от самоубийств, который должен был составить не более 16 случаев на 100 тысяч населения к 2020 году. Также исключен показатель смертности детей.

Зато добавлен новый – «Уровень информированности населения в возрасте 18–49 лет по вопросам ВИЧ-инфекции». За его достижение будет

отвечать замминистра здравоохранения Татьяна Яковлева. Согласно планам ведомства, к 2020 году 93 % россиян должны знать, что такое вирус иммунодефицита, как он распространяется и как защититься от заражения ВИЧ-инфекцией. В 2017 году такими сведениями должны обладать 84 % населения.

Другие целевые показатели были повышены. Например, смертность от туберкулеза, которая в качестве одного из 16 главных целевых показателей программы должна быть зафиксирована на уровне 11,2 к 2020 году, скорректирована до 8,7 случая на 100 тысяч населения в год.

Значительно улучшены ожидаемые показатели младенческой смертности, смертности от болезней системы кровообращения, уровня обеспеченности населения врачами, потребления алкоголя и другие.

В области охраны материнства и детства министерство также улучшило планируемые результаты и добавило новые цели. К примеру, к концу 2017 года в стране должны заработать 94 перинатальных центра. Количество аборт (новый показатель) при этом планируется к 2020 году снизить до 18,5 случая на тысячу женщин в возрасте 15–49 лет. В 2015 году этот показатель составил 20,9 случая. Всего в 2015 году, согласно данным Минздрава, было сделано 450 тысяч абортов.

Журнал *Vademecum* (www.vademecum.ru)

- РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ХРОНИКА СОБЫТИЙ -

ВЦИОМ: Динамика оценок населением России состояния здравоохранения в 2014–2016 гг.

На фоне растущего интереса населения нашей страны к теме здравоохранения результаты социологических опросов, проведенных в 2014–2016 годах, показывают умеренно-позитивную динамику удовлетворенности населения медицинской помощью и здравоохранением в целом. Исследование об отношении россиян к ситуации в здравоохранении будет продолжено в 2017 году.

По данным 2016 года, 41 % россиян, которые за последние три года пользовались медицинскими услугами, считают, что текущая ситуация в сфере здравоохранения соответствует оценкам «очень хорошо» или «скорее хорошо». За этот год на 3 процентных пункта (п.п.) выросла доля положительных оценок, на 7 п.п. снизилась доля отрицательных ответов.

Динамика оценок ситуации в российском здравоохранении в 2016 году проведена ВЦИОМ (% от пользователей медицинских услуг). В 2015 году опрос проведен s-media, вопросы полностью сопоставимы.

В той или иной степени удовлетворены полученной амбулаторной медицинской помощью 79 % россиян, обращавшихся к врачам, стационарной – 80 %, скорой и неотложной – 83 %. В 2014 году удовлетворенность для всех типов медицинской помощи составляла 73 %.

Оценка удовлетворенности оказанными медицинскими услугами в 2016 году проведена ВЦИОМ (в % от опрошенных получателей услуг).

Всероссийский опрос проведен в период с 23 августа по 19 сентября 2016 года в 272 населенных пунктах, в 69 областях, краях и республиках, в 8 федеральных округах. Объем выборки 6000 человек. Выборка репрезентирует население РФ в возрасте 18–65 лет и старше по полу, возрасту, образованию, типу населенного пункта. Выборка многоступенчатая стратифицированная, с пошаговым отбором домохозяйств, с применением квот на последнем этапе отбора. Для данной выборки максимальный размер ошибки составляет +/-1,3 %. Метод опроса – личные формализованные интервью по месту жительства респондента.

СПРАВОЧНО:

Данные исследования ВЦИОМ подтверждаются и независимым исследованием Финансового университета при Правительстве Российской Федерации, который провел очередное исследование, посвященное потребительскому восприятию качества медицинского обслуживания в 38 крупных и средних российских городах (опрошено 22 800 человек). Исследование показало, что в крупных и средних городах население больше пользуется платными услугами, чем в среднем по стране (47 % против 21 %), но при этом количество обращений за бесплатными медицинскими услугами неуклонно растет (75 % в 2016 году против 58 % в 2013 году). Доля тех, кто в крупных и средних городах удовлетворен работой системы здравоохранения в своем городе, выросла с 36 % в 2013 году до 47 % в 2016 году. Масштабное исследование Финансового университета показало, что оценка личного опыта в части качества медицинского обслуживания намного превосходит оценки, сделанные для города в целом: сегодня около двух третей населения, 66 %, полностью или в основном довольны тем медицинским обслуживанием, которые они лично получают.

www.minzdrav.ru

Минздрав РФ сделает диспансеризацию россиян более индивидуализированной

Минздрав РФ планирует сделать диспансеризацию более индивидуализированной, чтобы план обследования зависел не только от возраста пациента, но и от индивидуальных особенностей здоровья. Об этом в рамках Гайдаровского форума сообщила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

По словам Скворцовой, эта работа тесно сопряжена с формированием пациентоориентированной модели здравоохранения.

— После того, как закончится формирование единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, диспансеризация станет более индивидуализированной: план обследования будет различаться не только в зависимости от возраста и пола пациента, как сейчас, но и будет приобретать специфику в зависимости от особенностей здоровья, — сказала министр.

Она также напомнила, что с января 2017 года в ряде пилотных регионов заработает проект по индивидуальному оповещению пациентов о диспансеризации по SMS.



— Те регионы, в которых страховые организации уже «пилотно» внедрили подобные программы, получают очень позитивные результаты. Например, минимум треть из тех, кто получил SMS-оповещение о диспансеризации, приходят на нее, — сказала министр.

Напомним, врачи в недалеком будущем смогут ставить диагнозы и выписывать рецепты дистанционно. Это следует из законопроекта о телемедицине, направленного Минздравом в правительство в декабре 2016 года.

www.dvnovosti.ru/khab
фото: www.kirov-portal.ru

Минздрав завершил работу по подготовке национальных клинических руководств

Минздрав России завершил работу по подготовке национальных клинических руководств, начатую в 2013 году. Об этом заявила 13 января на проходящем в Москве Гайдаровском форуме министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова.

«Это был тяжелый труд, — сказала она, — потому что российское здравоохранение не было к этому приучено, и ведущие медицинские школы одного профиля имели иногда противоположные взгляды на лечение того или иного заболевания. Для того чтобы подойти к формированию национальных клинических руководств, мы изучили гайдлайн (англ. guideline — руководящее указание) британской, австралийской, немецкой, канадской систем здравоохранения. И на основе полученных знаний создали типовую модель наших руководств, естественно, различающихся при разных медицинских профилях».

Как сообщила Вероника Скворцова, в настоящее время клинические руководства переведены в электронную форму, создан электронный рубрикатор, который будет встроен в каждое автоматизированное рабочее место врача в амбулаторном и стационарном звеньях. Врач по ключевым словам сможет быстро выйти на необходимые графологические структуры, связанные с диагностикой, получить нужную в каждой конкретной ситуации информацию.

Кроме того, начато прикрепление к клиническим руководствам протоколов конкретных манипуляций, прежде всего хирургических. Обяза-

тельным компонентом руководств стали критерии качества оказания медицинской помощи. «Мы взяли за основу британскую систему, наиболее продвинутую, как нам кажется, — сообщила министр. — Фактически по каждому

законченному случаю лечения мы выставляем интегральный балл качества, состоящий как из процессуальных, так и из временных критериев. И эти критерии качества становятся основными регламентами проверок для наших контрольно-надзорных органов и страховых медицинских организаций».

Вероника Скворцова добавила, что сейчас в Главном правовом управлении Администрации Президента РФ находится на рассмотрении подготовленный Минздравом законопроект, который сделает клинические руководства обязательными к применению на всей территории РФ. «Это важнейший постулат, — отметила она. — При этом мы нашим оппонентам объясняем, что обязательность применения алгоритма не означает одинаковое лечение каждого пациента. Каждый пациент — как мир. Мы за индивидуализацию подхода при лечении, более того, мы уже на старте персонификации пациентов».



www.medvestnik.ru

Леонид Рошаль: учебные программы подготовки врачей первичного звена должны быть едиными

Президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль заявил о необходимости унифицирования программ подготовки врачей первичного звена. По его словам, они должны быть едиными для всех вузов.



Такое предложение президент НМП высказал в рамках круглого стола «Роль медицинских профессиональных общественных организаций в развитии здравоохранения до 2020 года», который прошел в рамках XI Национального конгресса терапевтов 23 ноября 2016 г. Мероприятие состоялось под эгидой Министерства здравоохранения РФ.

«До сих пор нет единых программ подготовки в первичном звене. Каждый институт создает свои программы. Но где для них эталон? А эталон – это профессиональный стандарт, который должен быть един для всей страны. Мы полтора года работаем над стандартами. Но только сегодня сообщество повернулось к ним лицом. Мы должны четко знать, что должен знать, уметь и делать специалист в первичном звене, специалист, который окончил ординатуру по терапии, причем последний должен знать и уметь больше», – уверяет глава НМП.

При этом он отметил, что подход к постдипломному образованию специалистов должен быть более приближенным к его нуждам. Так, «если

человек работает 20 часов в день на полторы-две ставки, а ему говорят: учись», понятно, что времени на дополнительное образование такому врачу взять неоткуда.

Ранее в рамках соглашения с Минздравом НМП сообщила о начале общественной аккредитации образовательных организаций и профессионально-общественной аккредитации программ среднего профессионального, высшего и дополнительного профессионального образования (программ профессионального обучения) в сфере здравоохранения. По мнению представителей организации, участие профессиональных сообществ сделает механизм оценки содержания учебных циклов более независимым и гибким. Ведь экспертам, представляющим практическое здравоохранение, проще видеть слабые и уязвимые места учебного процесса.

Как считает заведующий кафедрой терапии и эндокринологии факультета усовершенствования врачей Волгоградского государственного медицинского университета Сергей Недогода, вузы нуждаются в модификации программ подготовки. Ведь кафедры преимущественно расположены на базе стационаров. «Мы понимаем специфику работы поликлинического врача, однако нам следует больше ориентироваться на проблемный подход в диагностике», – считает Сергей Недогода.

www.medvestnik.ru

фото: www.intemist.ru

Важнейшая задача Минздрава – решение проблемы кадрового дефицита

Важнейшие задачи Минздрава – подготовка медицинских работников для решения проблемы кадрового дефицита и изменение подходов к их обучению, заявила министр здравоохранения Вероника Скворцова на заседании в РУДН.

Совместное заседание общего собрания ассоциации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов» и Совета деканов медицинских факультетов и директоров медицинских институтов государственных университетов Минобрнауки РФ стартовало 27 декабря 2016 г. в РУДН.

«Понимая, что у нас есть огромная территория, люди проживают очень неравномерно: у нас есть участки с низкой плотностью населения, труднодоступные территории, а там тоже должны быть медицинские работники и врачи. Мы должны адресно по потребностям каждого региона готовить медицинские кадры. Это – важнейшая задача», – заявила Скворцова.



«И второй момент – это, конечно, квалификация и изменение подходов в подготовке наших кадров, ведение непрерывного медицинского образова-

ния через всю профессиональную жизнь человека», – добавила она.

Министр также отметила, что квота целевого приема в медвузы страны была увеличена на 2 % по сравнению с 2015 годом и составила 56,8 %. Кроме того, в 2017 году будет увеличено количество бюджетных мест. В частности, будет на 4,4 % мест больше по программам специалитета и на 23 % – по программе ординатуры.

www.vrachirf.ru

фото: www.tomck.ru

Особенности регулирования трудовой деятельности работников медицинских и фармацевтических организаций в 2017 г.

Наступивший год внес очередные изменения в регулирование труда работников медицинских и фармацевтических организаций. О том, что именно поменялось в законодательстве и как эти перемены отразятся на трудовой деятельности медиков, фармацевтов и некоторых иных работников – в нашем обзоре.

Особенности заключения трудового договора

Соискатели вакансий из числа медиков и фармацевтов, обязанных к началу 2017 года пройти аккредитацию, помимо необходимых для заключения трудового договора документов об образовании (квалификации, наличии специальных знаний), должны иметь на руках (и быть готовыми представить работодателю) выписку из протокола уполномоченной комиссии о прохождении аккредитации¹. Напомним, порядок аккредитации и форма протокола установлены Положением, утвержденным приказом Минздрава России от 2 июня 2016 г. № 334н, а сроки и этапы прохождения аккредитации – приказом Минздрава России от 25 февраля 2016 г. № 127н.

Регулирование труда работников микропредприятий

Регулирование труда работников микропредприятий², в том числе осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения (кабинеты, пункты и т.п.), отныне осуществляется с соблюдением особенностей, предусмотренных главой 48.1 ТК РФ. Их специфика заключается в возможности регулирования трудовых отношений между работодателем и работником только посредством трудового договора без принятия локальных нормативных актов (правил внутреннего трудового распорядка, графиков сменности и т.п., далее – ЛНА), но с обязательным включением в трудовой договор всех условий, регулирующих вопросы трудовых отношений, обычно устанавливаемых ЛНА.

Типовая форма трудового договора, заключаемого с работником микропредприятия, утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 27 августа 2016 г. № 858. Подчеркнем, условия трудового договора, заключаемого с медицинским (фармацевтическим) работником микропредприятия, не должны противоречить положениям статьи 350 ТК РФ (Некоторые особенности регулирования труда медицинских работников).

Охрана труда. Специальная оценка условий труда

Охрана труда работников сферы здравоохранения в 2017 году организуется работодателями с соблюдением обязательных требований, содержащихся в том числе во вновь принятых и обновленных правилах охраны труда. Последнее относится, в частности, к обновленным Правилам по охране труда при эксплуатации электроустановок (имеются в каждой медицинской или фармацевтической организации)³.

В наступающем году должна быть, в основном, завершена работа по специальной оценке условий труда (далее – СОУТ), в том числе на рабочих местах работодателей, осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения. Напомним, общая регламентация СОУТ

осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 28 декабря 2013 г. № 426-ФЗ (в ред. от 1 мая 2016 г.), а оценочной процедуры – в соответствии с Методикой, утвержденной приказом Минтруда России от 24 января 2016 г. № 33н (в ред. от 7 сентября 2015 г.). При проведении оценки физических факторов (их воздействия на работников) следует руководствоваться вступающими в силу с 1 января 2017 года санитарно-эпидемиологическими требованиями (утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 21 июня 2016 г. № 81). В случае признания по результатам СОУТ условий труда вредными или опасными работникам, выполняющим порученную им работу на соответствующих рабочих местах, должны предоставляться полагающиеся гарантии и компенсации, в том числе:

- устанавливаться сокращенная (по сравнению с предусмотренной для соответствующих работников)⁴ продолжительность рабочего времени (статья 92 ТК РФ);

- предоставляться ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск минимальной продолжительностью семь календарных дней (статья 117 ТК РФ)⁵;

- производиться в повышенном размере оплата труда (за работы, выполняемые во вредных или опасных условиях. Минимальный размер повышения – 4 процента тарифной ставки (оклада), установленной для работ, выполняемых в нормальных условиях труда, статья 147 ТК РФ).

Особенности материального стимулирования отдельных категорий медицинских и фармацевтических работников

Системы оплаты труда работников государственных и муниципальных организаций здравоохранения в 2017 году должны «выстраиваться» исходя из Рекомендаций Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 23 декабря 2016 г.⁶

Размеры заработной платы руководителей, их заместителей и главных бухгалтеров государственных и муниципальных учреждений, предприятий, в том числе осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения, устанавливаются с соблюдением ограничений, предусмотренных новой редакцией части второй статьи 145 ТК РФ, которая вступила в силу с 01.01.2017 г. Но соотношение среднего размера заработной платы перечисленных руководителей и их заместителей и главных бухгалтеров со средним размером зарплаты работников соответствующего учреждения устанавливается актами органов государственной власти РФ или субъектов РФ.

www.lekoboz.ru

¹ Сведения о прохождении аккредитации включаются в соответствующий Федеральный регистр (ведется в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России от 31 декабря 2013 г. № 1159н).

² О критериях отнесения субъектов предпринимательской деятельности к микропредприятиям см. Федеральный закон от 24 июля 2007 г. № 209-ФЗ (в ред. от 1 августа 2016 г.).

³ Утверждены приказом Минтруда от 24 июля 2013 г. № 324н (в ред., действующей с 19 октября 2016 г.).

⁴ Продолжительность еженедельного рабочего времени медицинских работников не должна превышать 39 часов (часть первая статьи 350 Трудового кодекса Российской Федерации). Конкретная продолжительность рабочего времени медицинского работника устанавливается с соблюдением соответствующих положений постановления Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2003 г. № 101 (в ред. от 7 января 2015 г.) и с учетом результатов СОУТ либо результатов экспертизы условий труда.

⁵ Помимо дополнительных оплачиваемых отпусков, предусмотренных для медицинских работников частью третьей статьи 350 Трудового кодекса Российской Федерации.

⁶ Раздел X Рекомендаций.

Новое в нормативно-правовой базе здравоохранения в 2017 году

В 2017 году в силу вступают новые положения законодательства и ведомственных нормативных актов, которые обязательны для исполнения. Изменения коснулись критериев оценки качества медпомощи, высокотехнологичной медпомощи, аккредитации медработников и государственных закупок препаратов и изделий для медицинского применения.

Коротко об изменении	Основание	Дата вступления в силу
Минздрав утверждает форму документа, в котором содержатся итоги проверки безопасности и эффективности лекарственного средства, который применяется в медицинской деятельности. Мониторинг должен быть проведен силами владельца регистрационного удостоверения на препарат.	Приказ Минздрава РФ № 520н от 15.07.2016 года.	С января 2017 г.
Изменения в законе «Об ОМС»: виды высокотехнологической помощи (ВМП), которые не вошли в базовую часть программы ОМС, будут обеспечиваться из бюджета ФФОМС. Правительством РФ будет утверждаться список медучреждений, которые будут оказывать ВМП. Законодатель устанавливает требования к ведению федеральной базы лиц, которые болеют туберкулезом и заражены ВИЧ. Ведение подобных регистров окажет влияние на порядок закупок препаратов для лечения указанных лиц.	ФЗ № 286 от 03.07.2016 года, внесший изменения в ФЗ «Об ОМС»	Большая часть изменений вступит в силу с января 2017 года. С января 2019 года вступят в силу п. 3 ч. 1, п. 4, п. 8 и п. 13 ст. 50.1 ФЗ «Об ОМС».
Правительство утвердило правила составления перечня федеральных медучреждений, которые оказывают населению ВМП, не включенную в базовую программу ОМС.	Постановление Правительства РФ № 1160 от 12.11.2016 года	С января 2017 года
Изменения, которые касаются установления предельного соотношения оплаты труда руководителей медучреждений, в том числе их заместителей и главных бухгалтеров с заработной платой остальных сотрудников. Если будет зафиксировано нарушение предельного уровня соотношения оплаты труда, это может стать основанием для прекращения трудового договора с главным врачом медицинского учреждения.	ФЗ № 347 от 03.07.2016 года, который внес изменения в ст. 145 ТК РФ	С января 2017 года
Контроль страховых взносов - С 2017 года в налоговые службы нужно будет сдавать расчет страховых взносов по временной нетрудоспособности и в связи с уходом за ребенком. - ФСС РФ подтвердит суммы расходов по оплате листков нетрудоспособности и пособий по уходу за ребенком, которые рассчитали медучреждения. - ФСС и налоговые органы будут проводить совместные проверки. - Обжаловать результаты проверок придется в ФСС. - Налоговые органы будут осуществлять возврат ФСС сумм переплаты по страховым взносам.	Информационное письмо ФСС РФ от 24.08.2016 года	С января 2017 года
С 2017 года начинают действовать специальные центры, которые будут в независимой форме оценивать квалификацию сотрудников. Направление на оценку допустимо с согласия сотрудника. Поскольку оценка происходит по действующим профстандартам, предварительно в медучреждении необходимо их внедрить. Медицинские работники в соответствии с требованиями ФЗ «Об охране здоровья» имеют право на получение льгот и компенсаций, а значит, применение профстандартов является обязательным.	ФЗ № 238 от 03.07.2016 года «О независимой оценке квалификации»	С января 2017 года
Вступление в силу новых критериев оценки качества медпомощи. Новый документ является более конкретным и обширным: критерии применяются по группам состояний и заболеваний; пациенты могут участвовать в системе оценки качества медпомощи непосредственно с помощью специальных опросников.	Приказ Минздрава РФ № 520н от 15.07.2016 года	С июля 2017 года

Генетика-2016: итоги

За 2016 год произошло много интересного в мире науки и в частности в мире биологии. Генетические исследования сейчас – рутина современных лабораторий, то, о чем писали научные фантасты раньше, воплотилось в реальность. Любопытно, что на сегодняшний день выделить «лидирующий институт» или «самую передовую лабораторию» сложно. Глобальные темы требуют интернационального сотрудничества. Мы вспомнили 6 самых фантастических заголовков 2016 года и прокомментировали, что они значат. Как эти исследования проводились на самом деле и как они могут повлиять на нашу жизнь.



Валерий Ильинский

Редактирование генома с CRISPR/Cas9

Технология редактирования генома CRISPR/Cas9, над которой трудились научные коллаборации со всех концов света, уже не первый год будоражит умы ученых, врачей, журналистов, а также поборников нравственности и морали. В ноябре 2016 года в журнале Nature вышла статья о том, что впервые технология была применена в клинической практике на человеке, а произошло это в перенаселенном Китае. Когда летом 2016 года в Великобритании объявили об испытаниях технологии в эмбрионах, это вызывает вопросы в обществе. Давайте разберемся, что же такого в этой прекрасной и ужасной CRISPR/Cas9.

Зачем придумали

Изначально система CRISPR/Cas9 была подсмотрена у бактерий – это их собственный защитный механизм для борьбы с вирусами. CRISPR – это не печенье, а аббревиатура «clustered regularly interspaced short palindromic repeats» или «короткие палиндромные повторы, регулярно расположенные группами». Так называются последовательности, которые находят и разрезают белок Cas9. Секрет технологии в том, что биологи научились задавать последовательность CRISPR, направляя таким образом ножницы Cas9.

Что это такое

Вирусы существуют только в чужих клетках, встраиваясь в ДНК. Бактерии запоминают эти вирусы, вносят их в свою базу данных, чтобы при следующей встрече, идентифицировав совпадение, вырезать его с помощью белка Cas9. Разработанная технология работает примерно так же: «ножницы» делают разрыв в нужном месте, чтобы произвести однонуклеотидную замену. Фактически, мы можем заставить белок распознать любое место генома и «починить» его – отредактировать. Пока что метод нельзя запускать в массовую терапию: направлять «генетические ножницы» точно люди еще не научились. Разрывы и замены делаются не всегда в нужных местах, а это рождает новые мутации, которые усугубляют ситуацию.

Каковы перспективы

Прежде всего применения CRISPR/Cas9 ожидают для лечения онкологических и тя-

желых наследственных заболеваний, а также различных вирусов, например, ВИЧ.

В потенциале применение этой технологии возможно для лечения мультифакторных заболеваний, например, диабет, биполярное расстройство и ожирение. Но что больше всего беспокоит общественность, так это противоречивость технологии с точки зрения этики. С распространением технологии люди могут начать выбирать детей по цвету глаз, талантам, спортивным и умственным способностям, но иметь такую возможность будут далеко не все, а значит, в социуме родится новый тип дискриминации – по генетическому признаку. (Это сценарий фильма «Гаттака», который может быть воплощен в жизнь).

Будучи генетиком, я считаю, что вопросы этики в данном вопросе стоят крайне остро, но говорить о них преждевременно. К тому же следует ввести разделение между вопросами этики и науки.

Ученые уничтожат ВИЧ

Второе место нашего рейтинга плавно вытекает из первого: с помощью технологии CRISPR/Cas9 удалось вычислить, через какие гены ВИЧ попадает в иммунные клетки. Рассчитали три слабых звена: TPST2, SLC35B2 и ALCAM. До этого все знали о том, что работа генов CD4 и CCR5 очень важна для ВИЧ, так как они отвечают за сборку белковых молекул, за которые ВИЧ цепляется при заражении клеток. Отключение этих генов дает серьезные побочные эффекты. Что касается новой находки, гены TPST2 и SLC35B2 меняют работу белка CCR5, а ген ALCAM отвечает за способность склеивать клетки между собой. Теоретически, отключение гена ALCAM делает клетки почти невидимыми для ВИЧ, но пока что нет данных о том, как это может повлиять на организм.

Перспективы и значение технологии

Фактически, если мы научимся отключать и включать нужные гены, тем самым влияя на жизнеспособность вируса иммунодефицита человека, это будет огромным прорывом в медицине, науке и жизни социума. Известны удачные случаи симбиоза медицины и генетики, сократившего число больных определенными заболеваниями – правда, другими способами, чем теми, которые доступны на

сегодняшний день. Яркий пример – болезнь Тея-Сакса, которую раньше называли «еврейской» болезнью из-за частой встречаемости в закрытой этнической группе евреев-ашкенази. В 70-х годах прошлого века в США были проведены исследования в ашкеназских общинах по выявлению носительства генов, вызывающих болезнь Тея-Сакса. В результате на сегодняшний день, по прошествии 30 лет, «еврейская болезнь» чаще встречается в других этнических группах.

Ребенок от трех родителей

Это настоящий прорыв в медицине и генетике; теперь партнеры, у которых есть серьезные проблемы со здоровьем, могут планировать семью и создать собственного ребенка. Технология позволяет решить важную проблему редких наследственных заболеваний. В Мексике на свет появился первый в мире ребенок с ДНК трех разных людей.

Как они это сделали

Дмитрий Коростин, научный директор Genotek:

«ДНК хранится не только в хромосомах, но и в митохондриях. В них содержится около 50 генов, в них тоже могут возникать мутации, связанные с наследственными заболеваниями. Таких заболеваний немного, несколько десятков, но это не самые редкие заболевания. Если в семейной паре женщина является носителем генетического заболевания или болеет им и мутации содержатся в митохондриальной ДНК, существует высокий риск передать заболевание ребенку. При этом митохондриальная ДНК передается только по женской линии: от матери к дочери и так далее. От матери к сыну она тоже передается, но его потомству – уже нет. Как можно исправить такую ситуацию и родить ребенка без генетического заболевания?

Для этого берется здоровая яйцеклетка от другой женщины без аномалий в мтДНК, оплодотворяются обе яйцеклетки – с мутацией и без – а затем ядро из здоровой яйцеклетки удаляют и помещают в нее ядро, взятое из яйцеклетки с мутацией. Таким образом, эмбрион будет иметь ДНК от трех людей: мамы, папы и мамы-донора мтДНК».

Значение технологии – точно ли третий не лишний

До настоящего времени генетика помогала в терапии наследственных заболеваний только как инструмент, помогающий поставить точный диагноз. Последовательность такая: врач не может диагностировать наследственное заболевание без информации о том, в каком гене произошла поломка, и направляет пациента в медико-генетический центр. Там происходит забор биоматериала (крови), после чего можно расшифровать клинически значимую последовательность экзона. Наконец, врач получает информацию о том, в каком гене произошла мутация и с каким заболеванием это может быть ассоциировано.

Только после постановки диагноза возможно назначение терапии (не лечения, а именно терапии, поскольку пока генетические заболевания неизлечимы – все ждут глобализации технологии CRISPR/Cas9). Борьба с наследственными заболеваниями сейчас возможна только превентивно – если будущие родители еще до зачатия пройдут генетическое исследование, выявляющее носительство генетических заболеваний. При высокой вероятности наследования заболевания пара направляется к врачу-генетику, который может порекомендовать процедуру ЭКО, например.

Теперь же наука и медицина предлагают новый способ – донорская ДНК. Заболеваний, которых поможет избежать данный метод, не так много, несколько десятков, но для некоторых пар – это единственный способ зачать ребенка, не передав ему тяжелое наследственное заболевание.

Побеждаем ожирение

Решение проблемы ожирения может прийти из Сибири – ученые Новосибирского государственного университета проводят исследование

на «гормоне сытости» – лептине. Летом 2016 года начался эксперимент по введению лептина мышам, в ходе исследования было замечено изменение уровня инсулина и глюкозы, на данный момент результаты исследования проходят статистическую обработку. Использование этого гормона может помочь людям, страдающим ожирением, однако на данный момент носит скорее фундаментальный характер – разработка лекарства потребует больше времени. Решение, доступное уже сейчас – ДНК-тесты для выбора оптимальной диеты и режима тренировок – персонализированная помощь в изменении образа жизни, коррекции пищевых привычек и подбор оптимальной программы занятий на основании ваших генетических данных.

Во всем виноваты гены – база данных генетических ассоциаций пополняется

Измерять качество жизни в генах стало возможным благодаря открытию и анализу ассоциаций генов не только с патологиями, но и со специфическими особенностями человека. В их числе ген, связанный с психическими расстройствами, гены, влияющие на работу сердца, гены, определяющие потребность в соленой пище, а также гены, связанные со стрессом и настроением. Отслеживание таких генов – одного за одним – сравнимо с поиском и анализом ракушек на берегу моря. Однако именно эта работа на данной стадии развития науки самая важная. Шаг за шагом исследователи понимают, какие функциональные связи лежат между участками ДНК и частями организма. Через какое-то время можно будет отойти назад и увидеть полную картину, но сейчас мы к этому не готовы. Максимально доступный нам практически полезный инструмент – ДНК-тесты, которые позволяют узнать о себе что-то новое.

Дети наследуют ум от матери

Впервые, у мышей материнские гены несут больший вклад в развитие высшей нервной деятельности, чем отцовские.

Потомство мышей с увеличенной долей материнских генов имеет больший объем мозга при меньших размерах тела. Увеличение доли генов отца имело обратный эффект. Исследователи не нашли клеток с отцовским генетическим материалом в центрах мозга, отвечающих за высшую нервную деятельность, например, восприятие языка и долгосрочное планирование. Тем не менее, нельзя говорить, что показатель IQ зависит исключительно от генетической предрасположенности.

Однако на выборке из 12 686 человек от 14 до 22 лет было показано, что IQ матери позволяет спрогнозировать показатель интеллекта. Помимо этого, можно говорить о предрасположенности к определенным видам деятельности – и здесь свою роль отчасти может сыграть генетика. Так, темперамент человека зависит от особенностей выработки у него нейромедиаторов, что, в свою очередь, может влиять на его способности.

В 2016 году научное сообщество перешло к новому витку решения общечеловеческих проблем – посмотрим, что принесет год следующий.

Автор материала Валерий Ильинский – генетик, выпускник биофака МГУ, генеральный директор компании «Genotek»

www.scientificrussia.ru
(портал «Научная Россия»)

В Новосибирске начнет работать клиника для испытаний бор-нейтронозахватной терапии

К 2020 году при Институте ядерной физики им. Г.И. Будкера (ИЯФ) в Новосибирске начнет работать клиника для испытаний бор-нейтронозахватной терапии (БНЗТ) онкологических заболеваний. Под эти цели планируется реконструировать одно из зданий на территории института.

«Мы планируем и надеемся на поддержку Федерального агентства научных организаций, что в рамках институтов ФАНО нам удастся в ближайшие годы реконструировать здание на территории нашего института и превратить его в первую очередь клиники для начала реальных клинических испытаний», – цитирует директора ИЯФ Павла Логачева агентство «Интерфакс-Сибирь». По расчетам ИЯФ, общий объем инвестиций в проект составит порядка 100 млн рублей.

ИЯФ специализируется на физике высоких энергий и ускорителей, плазмы и термоядерного синтеза, а одним из направлений его работы

являются методики и устройства для ядерной медицины. Например, в институте создали источник нейтронов для будущей клиники. «Ускоритель мы можем взять на себя, чтобы к 2020 году выйти на клинические испытания. Нужно решать вторую проблему – создания группы препаратов, которые смогут избирательно доставлять бор в клетки», – пояснил Логачев.

Методика избирательного воздействия на клетки злокачественных опухолей, БНЗТ, действует по следующей схеме: в кровь пациента вводится раствор, содержащий бор, который скапливается в пораженных клетках. Затем

опухоль облучают потоком нейтронов, ядра бора их поглощают, и, вследствие ядерной реакции, клетки уничтожаются. Аналогичная схема используется при ПЭТ-диагностике, когда в качестве биологически активного вещества используется глюкоза, меченная радиоактивным изотопом. Глюкоза концентрируется в активно делящихся клетках, прежде всего раковых, и ее гамма-излучение регистрируется ПЭТ-сканером и компьютерным томографом.

www.vrachirf.ru

Минздрав рассказал о фантастических результатах первого российского препарата против рака

Глава ведомства Вероника Скворцова выразила надежду, что в продажу препарат поступит не позже чем через год.

Россия вошла в число передовых стран, которые занимаются созданием таргетных, «точечных» препаратов, блокирующих развитие опухоли путем вмешательства в работу конкретных молекул, необходимых для ее роста. Об этом сообщила министр здравоохранения России Вероника Скворцова в интервью телеканалу «Россия 24» 28 декабря 2016 г. «Мы сейчас на том этапе, когда мы в числе самых передовых стран мира научились делать таргетные, то есть точечные, препараты для блокады развития той или иной опухоли», — сказала она.

По словам Скворцовой, в этом году начались клинические исследования — и сейчас уже идет вторая фаза — первого отечественного препарата, «который показал фантастический результат по устранению метастазирующих меланом». «Пока он носит название PD-1, потом,

наверное, будет какое-то торговое наименование другое», — рассказала глава Минздрава, выразив надежду на то, что в продажу препарат поступит не более чем через год, «может быть, полтора года».

Как заявила министр, за результатами по разработке этого препарата «следит весь мир». «Японцы уже сейчас заявили о том, что они готовы купить наши разработки, чтобы на своей территории сделать совместное производство или каким-то другим образом выразить готовность к общению для того, чтобы этот препарат выпускать», — отметила глава Минздрава.

«В мире есть один-единственный аналог — в Соединенных Штатах, и по тем открытым публикациям, которые мы видим, этот аналог менее эффективен, чем тот препарат, который появил-

ся у нас, поэтому очень активно, поступательно идет развитие сейчас», — подчеркнула она.

Ранее в июле 2016 года на первом заседании совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам Скворцова сообщила о том, что не менее 36 инновационных лекарственных препаратов будут разработаны и внедрены в 2016–2018 годах.

Выявляемость онкологии

По словам главы Минздрава, выявляемость онкологических заболеваний на ранней стадии по итогам 10 месяцев 2016 года превысила 57 % благодаря массовым онкологическим скринингам, проводимым во время диспансеризации.

«По неполному году у нас выявление на самых ранних первой, второй стадии разных онкологических заболеваний уже превысило 57 %, прежде всего, за счет массовых онкологических скринингов, которые мы встроили в систему нашей диспансеризации», — сказала она.

www.tass.ru/obschestvo

Технологии в медицине: суперзрение, анализ речи и бот-психотерапевт

Эксперты компании IBM опубликовали в своем блоге краткое описание технологий, которые, по их мнению, изменят жизнь человечества уже в ближайшие пять лет. Три пункта из перечисленных пяти имеют прямое или косвенное отношение к медицине. Все чаще в последнее время врачи прибегают к услугам роботов при операциях, составляют схему лечения с учетом данных 3D-моделирования, не говоря уже о компьютерной диагностике — но специалисты IBM считают, что вскоре технологии шагнут гораздо дальше.

Одна из новинок, ожидающих людей — суперзрение. Способность видеть сквозь стены может в ближайшем будущем превратиться из сказочной во вполне реальную. Человеческий глаз не способен воспринимать 99 % электромагнитных волн, однако с помощью камер и искусственного интеллекта ученые планируют это исправить. Сейчас подобные технологии используются, но они достаточно дороги — а новые гаджеты сделают их доступными для всех. Увидеть скрытый объект, оценить его размеры и расстояние до него, провести машину сквозь ливень и туман без всяких проблем — все эти действия вскоре станут тривиальными.

Еще один пункт перечня — «лаборатории на чипе». Анализировать больше не придется ждать неделями, крохотные устройства распознают болезнетворные микроорганизмы и патологии в клетках еще до появления первых симптомов. Только в этом году ученые уже предложили тесты для быстрого выявления туберкулеза, колоректального рака, сепсиса, меланомы и многих других заболеваний.

И последнее — по списку, но не по значимости. В ближайшие годы, заявили в IBM, можно будет распознать нейродегенеративные заболевания еще на ранней стадии — с помощью анализа текста. Система выявит в устной и письменной речи определенные схемы, которые укажут, что с человеком не все в порядке. С помощью компьютера врачи смогут диагностировать не только нейродегенеративные заболевания, но и болезни психики, и нарушения развития. Отметим, что уже в наше время такие технологии существуют и работают — летом этого года ученые из США представили алгоритм, способный распознать депрессию у пациента по тому, как он говорит.

Если SimSensei анализирует темп устной речи, то другая программа, которая применяется уже сейчас, способна понимать письменную. Эта история началась в 2014 году, когда в Кремниевой долине встретились два человека — Мичил Роус (Michiel Rauws) и Юджин Банн (Eugene Bann). Они основали стартап, специализирующийся на психотерапевтических чат-ботах. У Мичила Роуса были определенные

проблемы с здоровьем, и, встречаясь со своим психотерапевтом, он обратил внимание на то, что многие советы были стандартными, что давало возможность для автоматизации. Этим занялся Юджин Банн. Один из чат-ботов под названием Karim был разработан специально для беженцев из Сирии — и тесты показали, что он действительно работает. Так, 27-летнему Ракану Гебару (Rakan Ghebar), который потерял большую часть своей семьи, Karim помог частично справиться с тревожным расстройством. Чат-бот посоветовал мужчине концентрироваться на настоящем и добавил, что если беженец будет тратить максимум энергии на то, что он делает сейчас, то это поможет ему отвлечься от страхов и беспокойства. Ракан Гебар последовал совету цифрового собеседника. Сириец рассказал, что благодаря этим рекомендациям ему стало легче.

Чат-боты доступны в любой момент и вполне способны на первых порах заменить психотерапевта, а кроме того, их не нужно кормить, платить им зарплату, покупать билеты или обеспечивать защиту.

www.medportal.ru

По мнению руководителя Фонда «Здоровье», 2016 год в здравоохранении не привел к обещанному росту доступности медпомощи



Свое мнение о состоянии здравоохранения, результатах, достигнутых в 2016 году, и сохраняющихся проблемах, на медицинском портале «ВрачиРФ» высказывает Эдуард Леонидович Гаврилов, к.м.н., заместитель руководителя Федерального неврологического центра экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья, директор Фонда независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека, заместитель председателя Общественной палаты РФ по здравоохранению и популяризации здорового образа жизни.

2016 год стал очередным годом оптимизации здравоохранения и сокращения медработников, но пока обещанного роста качества и своевременности медицинских услуг не наблюдается; напротив, опросы медработников и пациентов говорят о снижении доступности медпомощи для населения и роста платных медуслуг в стране, утверждают эксперты Фонда независимого мониторинга «Здоровье».

Статистические данные за 2016 год будут предоставлены Росстатом лишь через несколько месяцев, однако уже сегодня можно отметить, что за год отечественное здравоохранение добилось успеха по ряду направлений. Продолжила снижаться младенческая и материнская смертность, значительно выросли объемы оказанной высокотехнологичной медпомощи, увеличилась информатизация рабочих мест врачей.

В то же время основным трендом 2016 года в сфере здравоохранения стало продолжение оптимизации медицинских организаций и сокращения медработников в регионах, рассказал директор Фонда «Здоровье», член Общественной палаты РФ Эдуард Гаврилов.

«В 2016 году, как и в предыдущие три года, власти на местах активно занимались оптимизацией медицинских организаций. Несмотря на критику со стороны общественных организаций, эта работа вновь проводилась без учета плотности и возрастного состава населения и транспортной инфраструктуры региона. Нередко медицинские организации закрывались с нарушением положения об обязательном проведении общественных слушаний, в обстановке секретности», – сообщил он.

В 2016 году продолжились увольнения врачей, среднего и младшего медперсонала, несмотря на то, что к концу 2015 года обеспеченность населения врачами уже была на 7,5 % ниже целевого показателя, уста-

новленного госпрограммой «Развитие здравоохранения» (37,2 против 40,2 человека на 10 тысяч населения). На сегодняшний день медицинские организации первичного звена в регионах укомплектованы кадрами, в среднем, на 60 %.

В результате, даже в условиях ежегодного увеличения примерно на 20 % объема средств в системе ОМС, не первый год снижаются объемы оказанной медицинской помощи и по амбулаторным посещениям, и по госпитализациям. Рост внутрибольничной летальности при одновременном увеличении смертности на дому, которые наблюдались в 2014 и 2015 годах, вызывают у экспертов вопросы о качестве трехуровневой системы, маршрутизации пациентов и своевременности обращений за медпомощью, рассказал директор Фонда «Здоровье».

Как показали опросы медработников и пациентов, проведенные Фондом в 2016 году, в стране продолжила развиваться тенденция последних лет по вытеснению пациентов из бесплатной медицины в платную. Происходит неконтролируемый, ползучий рост платности медицинских услуг, сохраняются проблемы с доступностью лекарственного обеспечения.

«Приходится с сожалением констатировать, что российское здравоохранение переходит от модели сохранения и укрепления здоровья граждан к модели индивидуального лечения запущенных хронических заболеваний. Хотелось бы надеяться, что в 2017 году ситуация изменится к лучшему, и медпомощь станет более доступной для населения», – резюмировал Эдуард Гаврилов.

www.vrachirf.ru

фото: www.oblast45.ru

Каким должен быть вклад в систему здравоохранения со стороны населения

Правда ли, что государство не заботится о здоровье своих граждан так, как нужно? Насколько верно мнение о том, что российское здравоохранение бедно, развалено, неработоспособно и его (а значит, и наши) перспективы безрадостны? Об этом с представителем крупной российской фармацевтической компании вела беседу журналист портала «Лента Ру» Анастасия Никифорова.

Сложности понимания

В отношении здравоохранения российское общество удивительно единодушно, и позиция большинства выражается кратко: все плохо. Как принято считать, в первую очередь потому, что государство выделяет на здравоохранение недостаточно средств. Частично это так, денег действительно не хватает, говорят опрошенные «Лентой.ру» специалисты. Другое

дело, что критики политики государства часто путают понятия и оперируют некорректными цифрами, указывает один из экспертов, специалист по взаимодействию с органами государственной власти (GR-специалист) крупной российской фармкомпании.

Расходы на здравоохранение финансируются из нескольких источников, поясняет он. Более 80 процентов консолидированного бюджета обеспечивает Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС).

Средства сюда поступают за счет отчислений с зарплат граждан. Еще почти 20 процентов – это деньги из федерального и регионального бюджетов. Формально ФОМС не относится к бюджетным источникам, говорит эксперт, но при этом обеспечивает львиную долю финансирования. Если не учитывать эту сумму, впечатление о бюджете, разумеется, сложится резко негативное.

А вот консолидированный бюджет на здравоохранение и медицинскую помощь каждый год растет – увеличение запланировано и в 2017-м, и в два последующих года, говорила в недавнем интервью «Российской газете» министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. «В 2017 году расходы на здравоохранение превысят три триллиона рублей. Таких денег никогда не было в системе», – подчеркивала она.

Субвенции федерального фонда территориальным фондам ОМС в 2017 году вырастут на 10,6 процента, или на 155 миллиардов рублей. Эти средства позволят «сохранить и увеличить объемы медицинской помощи, повысить тарифы на основные ее виды, а следовательно, сохранить адекватное лекарственное обеспечение и значительно повысить зарплаты медицинским работникам», – отмечала Скворцова.

«Почему-то когда говорят о резком сокращении бюджетных расходов на медицину, то умалчивают о том, что средства из федерального бюджета просто переносятся в фонд ОМС. Это абсолютно не верно», – посоветовала глава Минздрава.

Проблемный парадокс

Деньги в здравоохранении есть, и немаленькие, говорит собеседник «Ленты.ру». Но дело не в их количестве.

Тревога населения за состояние здравоохранения растет пропорционально увеличению финансирования, указывала директор института экономики здравоохранения Высшей школы экономики (ВШЭ) Лариса Попович в статье «О проблеме расходов в сфере здравоохранения». Проблема, по ее словам, заключается не столько в объемах, сколько в эффективности расходов.

«Больше всего в смысле эффективности мы теряем на нерациональном использовании медицинского персонала: в случаях, например, когда больному может помочь медсестра, работает врач. Врачи перегружены, их не хватает на всех, а в результате страдает качество медицинского обслуживания в целом», – объясняла эксперт. Кроме того, в России проводится избыточное количество процедур, исследований. Наконец, есть проблема низкого качества помощи и медицинских ошибок: это не принято обсуждать открыто, но это прямое следствие недостаточной квалификации персонала.

Ровно о том же говорит на условиях анонимности и GR-специалист. «Врачи не хотят учиться. Они ссылаются на нехватку времени, других ресурсов... Доктора не знают английского и других иностранных языков, а значит, не могут получать актуальную информацию. Определенные данные им приносят представители фармкомпаний, но это дозированная информация, к тому же представленная нужным компаниям образом», – утверждает эксперт.

В больницах не хватает квалифицированного среднего персонала, при этом врачей с высшим образованием больше, чем требуется системе. «Нужна реформа чисто кадровая, перестройка текущей структуры медицинских организаций», – подчеркивает GR-эксперт. Провести ее сложно – как показывает практика, любая попытка оптимизации здравоохранения вызывает настоящий социальный взрыв.

Генеральный директор фармкомпания «Натива» Александр Малин также напоминает об актуальности профильного образования. «Программы обучения в специализированных вузах нуждаются в системном обновлении, ориентированном на задачи и вызовы текущих аспектов развития здравоохранения», – подчеркивает он в беседе с «Лентой.ру».

Тот факт, что врачам не хватает знаний, понимают и в правительстве. Министр здравоохранения Вероника Скворцова во время декабрьской встречи с президентом РФ Владимиром Путиным отмечала, что перед правительством стоит задача улучшить качество первичной медицинской помощи. Определены и два важнейших механизма для этого: «повышение качества подготовки и квалификации медицинских работников и улучшение самих условий труда», сообщала Скворцова.

Ответственность по умолчанию

В обществе глубоко укоренились представления о преимуществах советской системы здравоохранения, говорят собеседники «Ленты.ру».

Тогда государство действительно, по сути, отвечало за здоровье гражданина, но предъявляло ответные требования – и об этом сейчас многие забыли. Одним из таких требований была регулярная диспансеризация. Сейчас же подавляющее большинство граждан ведет не особо правильный образ жизни, занимается самолечением, посещает врачей не регулярно, а только когда болезнь уже проявилась, и даже после этого не выполняют предписания врачей.

GR-эксперт с медицинским опытом рассказывает историю, которую он называет классической для России. «После того как пациенту поставлен диагноз рак почки, один из самых простых методов лечения – это удаление одной почки или ее пораженной части. Если это сделать вовремя, человек будет полноценно жить десятки лет. Но после операции пациент должен регулярно посещать онколога: через месяц, затем через три, шесть, через год и потом раз в году, постоянно. Поскольку раковый процесс уже был, необходимо смотреть, не проявится ли он в оставшейся части органа или другой почке», – объясняет специалист.

Уже через месяц после операции на плановый осмотр приходит на 30 процентов меньше пациентов, чем прооперировано. На каждом последующем этапе «отваливается» еще треть пациентов от общего числа. «Это все, что нужно понимать об отношении наших сограждан к своему здоровью», – комментирует эксперт.

Заставить человека ходить на осмотр нельзя, напоминает он. «В итоге один пациент уверен, что после операции он полностью здоров и медосмотры не нужны, второй переходит на нетрадиционную медицину... Через несколько лет некоторые возвращаются с заболеванием в запущенной стадии – а момент, когда можно было зафиксировать и остановить рак, уже упущен».

О катастрофически низкой ответственности граждан говорят все эксперты. «В некоторых моментах российская система здравоохранения очень далека от мировых стандартов, и это даже не финансирование, – заявляла Лариса Попович в одном из интервью. – Во-первых, это отношение к собственному здоровью, – мы куда более легкомысленны, чем жители других стран, где человек понимает, что здоровье – ценность, которая не восстанавливается».

Александр Малин из «Нативы» напоминает, что во всем мире при развитых системах здравоохранения ведутся дискуссии о внедрении принципа разумной достаточности медицинской помощи. Это пропаганда здорового образа жизни, а также уход от патернализма, где пациент полностью полагается на врача и перекладывает ответственность за собственное здоровье на медика или государство, поясняет он.

Профилактическая экономика

Между тем здоровье граждан напрямую связано с расходами бюджета. К примеру, государство гарантирует гражданам обширную бесплатную медпомощь при всех заболеваниях, рассказывает GR-специалист. «В России нет никаких ограничений, например, по поводу бесплатных препаратов, которые граждане имеют право получать», – говорит он. Эксперт ссылается на постановление правительства № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

Сам по себе этот факт – безусловный плюс для граждан, соглашается собеседник «Ленты.ру». Однако, по его словам, в постановлении «нет жестко зафиксированных обязательств государства, но при этом есть жесткие фиксированные обязательства федерального бюджета. При этом все перекладывается либо на ОМС, либо на ту же региональную часть бюджета». В последнем случае далеко не всегда заложенная сумма соответствует запросам пациентов, возникает дефицит, и начинаются жалобы на недостаток положенных по закону лекарств. «Но ведь невозможно рассчитать бюджет, если нет жестко фиксированного списка того, на что вы его потратите», – рассуждает эксперт.

Государство рассчитывает затраты на медицину с учетом определенных показателей по заболеваемости. Это не минимально возможные цифры, но они вычислены с учетом того, что граждане будут ответственно относиться к своему здоровью. Как раз этого не происходит.

«Большинство заболеваний поддаются профилактике, это помогает избежать осложнений и перехода заболеваний в хроническую форму, и как следствие, сократить экономические затраты на последующее лечение из

кармана не только пациента, но и государства», — указывает Александр Малин из «Нативы».

Даже если человек уже болен, но болезнь обнаружена на ранней стадии, вылечить его проще и дешевле. Государство выполняет примерный подсчет бюджета, ориентируясь на результаты ранней диагностики — ожидая, что определенное количество заболевших выявится на диспансерном учете и их удастся вылечить с минимальными затратами.

«Кто сегодня добровольно проходит диспансеризацию? Никто. В итоге эти заболевшие выявляются на стадиях, лечение которых обходится во много раз дороже», — констатирует собеседник «Ленты.ру». Граждане, увы, не оправдывают те затраты или действия, которые хотело бы видеть государство, сетует он.

Проблем в здравоохранении достаточно, согласны эксперты. Но говорить о том, что система здравоохранения в России вообще не развивается, неправильно. «На мой взгляд, система сделала достаточно значимый рывок за это время: прослеживаются определенные шаги в этом направлении со стороны ведомственных органов, принимаются определенные инициативы, нарастает роль пациентских организаций, все чаще создаются отрасле-

вые рабочие группы для выработки конструктивных решений», — говорит Александр Малин.

Статистика показывает, что в России снижаются заболеваемость, смертность, растет рождаемость. Но комплекс проблем есть, и чтобы избавиться от него, нужны усилия и государства, и граждан, уверены специалисты.

«Суммарные затраты на здравоохранение у нас очень высоки. Да, они не оптимизированы, есть проблема с медицинскими кадрами, есть другие вопросы, требующие проработки. И определенные меры для этого принимаются. Но медленно. Потому что реформировать здравоохранение кардинальным образом сложно. Этот процесс слишком болезненный, и как минимум до президентских выборов никто за него не возьмется», — полагает GR-специалист.

А вот изменить отношение к собственному здоровью гораздо проще, добавляет он. «В конце концов, тезис "государство в ответе за мое здоровье" звучит довольно странно», — заключает он.

www.lenta.ru

- ОПЫТ ПАРТНЕРОВ -

Как устроено здравоохранение Республики Корея. Если ты твердо решил стать врачом — за это надо платить

Лицо корейской медицины сурово. Бесплатное медицинское образование доступно только горстке отличников. Бесплатное лечение — вообще никому. Традиционные врачи недолюбливают представителей европейской школы, те отвечают коллегам взаимностью, а принимать решение, к какому лагерю примкнуть, студенту приходится в самом начале обучения. Между тем южнокорейские медики за последние 20 лет сделали серьезный рывок, а госпитали всеми правдами и неправдами заманивают иностранных пациентов. Чтобы поставить это дело на поток, президент больницы «Хеунде Бек» Йонг-Су Мун приехал на переговоры с крупным российским медстраховщиком о включении в страховое покрытие возможности лечиться в Корею. Мун рассказал, какие механизмы помогают корейским врачам расти.

— Мы очень мало знаем о корейской медицине. Кто у вас главный игрок — государство, частный бизнес? Кому принадлежит ваш госпиталь?

Хотя у нас есть и государственные лечебные заведения, частных подавляющее большинство. Но тут главное не форма собственности. Основа корейской медицины — больницы при медицинских университетах, неважно, частных или национальных. Наша больница, например, существует при Университете Инчже.

— А кто ее создал? Кто деньги вкладывал?

Изначально был Университет Инчже. Это частное учебное заведение, его основал в 1932 году врач-хирург Бек Инчже (Paik In-Je), это очень известный человек. Университет частный, соответственно, и наша больница — частная. Всего в структуру университета входит пять больниц. Наша — в Пусане, это второй по размеру город Кореи, здесь есть несколько очень крупных университетов, один из них — Инчже. Средства на создание больниц выделял университет. Однако все больницы — некоммерческие организации, они не имеют права получать прибыль, поэтому доходы могут только циркулировать внутри системы «университет — больницы». Это не какая-то уникальная схема, в Корею большинство больниц при университетах именно так и работают. Еще примеры — Больница Сеульского университета, Система охраны здоровья при Университете Ёнсе (Yonsei University Health System).

— У нас университеты обычно не зарабатывают таких денег, чтобы построить больницу. А у вас? Студенты много платят?

— У нас все университеты платные, будущему врачу обучение стоит примерно \$10 тысяч в год. Но не надо говорить, что больницы строятся на деньги студентов. У нас это были средства основателя — Бека Инчже.

— Бесплатных медицинских вузов вообще нет?

— Платить надо всюду. Но есть разница в стоимости: примерно 30 % студентов получают от государства или учебного заведения стипендию, которая покрывает часть стоимости обучения. Стипендию могут дать беднякам, инвалидам, за учебу, за заслуги перед государством. 10 % студентов учатся вообще бесплатно: для этого нужно добиться на экзаменах действительно блестящих результатов.

— А есть страны с бесплатным медицинским образованием — например, Германия.

— Не знаю про Германию, но в Корею другая система. Если ты твердо решил стать врачом, за это надо платить. И это нормально: корейская система хороша тем, что, если у тебя сейчас нет денег, а тебе действительно очень хочется стать врачом, ты можешь получить государственный заем и отдавать его, когда начнешь работать.

— Когда же этот момент наступит? Я слышал, что в Корею врачи очень долго учатся. Вы, например, сколько учились?

— Шесть лет в университете, четыре года в ординатуре (если собираешься стать не только врачом, но и профессором в университете, эти этапы обязательны). Потом еще два года стипендиальной программы, а затем — обязательная стажировка за границей в течение одного-двух лет. 90 % наших врачей едут учиться в Америку, но я отправился в Японию, потому что занимался направлением «эндоскопия», а в Японии она тогда была на более высоком уровне, чем в США. Но сейчас уровень эндоскопии в Японии и Корею примерно одинаковый, а Америка, я считаю, даже немного отстает. Вообще, мне кажется, по сравнению с тем, что было 10 лет назад, уровень преподавания медицины в корейских университетах очень повысился.

– То есть теперь можно было бы и не ехать учиться за границу?
– Изучать эндоскопию теперь можно и в самой Корее. У нас также на очень высоком уровне трансплантология и замена суставов. А в Америку надо ехать за другими знаниями. В частности, у них очень хорошо поставлены исследования на животных, там есть чему поучиться.

– Менять суставы вы у кого учились?

– Изначально учились у Америки – там была лучше ситуация с компонентами, «запчастями». Но по самой технике операции мы уже давно на хорошем уровне.

– После всей этой подготовки сколько зарабатывает врач в Корее?

– Сравнительно низкая зарплата врача – это один из способов экономии для медицины. Хороший университетский врач у нас зарабатывает примерно \$10 тысяч в месяц. Его коллега в Америке может, в зависимости от каких-то особенностей своей работы, получать и \$20 тысяч, и \$30 тысяч. Профессор, обладающий особыми заслугами, может зарабатывать и \$100 тысяч в месяц, это все очень индивидуально. Но в среднем в США зарплаты врачей в два-три раза выше, чем в Корее.

– Многие ли уезжают работать в Америку, раз там такие условия?

– Почти все врачи остаются в Корее, ведь в США придется заново получать лицензию: иностранный гражданин должен доказать, что соответствует американским требованиям. Раньше многие уезжали – в США еще со времен войны во Вьетнаме была нехватка врачей, и они охотно принимали специалистов из-за рубежа. Теперь наоборот – всячески ограничивают въезд и работу иностранных врачей.

– Еще какие-то меры, помимо заграничных стажировок, государство принимает в поддержку медицины?

– В последние годы очень увеличились государственные затраты на проведение исследований в различных областях медицины. Отталкиваясь от этих исследований, можно совершенствовать качество проведения операций, развивать новые технологии лечения.

– У вас изменили систему страхования, сократили количество игроков?

– Раньше было много компаний, занимающихся медицинским страхованием, но с 2000 года оставили всего одну, которая, по договоренности с медицинскими операторами, определяет цены на все услуги.

– Каковы результаты?

– Важно, что у граждан сильно уменьшились затраты на лечение, ведь сейчас медицинским страхованием охвачены все. Но вообще говорить об эффекте реформы сложно, у людей может быть разное мнение на этот счет. Дело в том, что за любую медицинскую услугу гражданам приходится доплачивать, у нас нет ничего абсолютно бесплатного. У тебя страховка, но если ты попадешь в больницу, то 10 % расходов на лечение должен компенсировать сам. Если тяжелое заболевание – онкологическое, например, – то 5 %.

– Отличный способ убедить граждан поменьше ходить к врачу. А страховка покрывает только обычную медицину или традиционные корейские методы тоже?

– Традиционная корейская медицина входит в стандартную страховку. Пациент может сам выбрать, какой метод лечения предпочесть. Если в одной клинике ему не понравится, может перейти в другую.

– Можно ли традиционную медицину сочетать с современной?

– В нашей клинике, например, традиционной медицины нет вообще. Традиционная и современная медицина – в Корее две совершенно разные ветви. Разделение начинается с университетской скамьи: современные и традиционные врачи учатся в разных учебных заведениях. Клиники тоже существуют отдельно: есть такие, где лечат современными методами, и есть традиционные. Очень редки случаи, когда они сочетаются. Совершенно не приветствуется, когда обычный врач вдруг начинает использовать традиционные методы – он же ту, другую, медицину не изучал, как он может ее использовать? Наоборот тоже нельзя. Врачи двух разных направлений вообще не любят взаимодействовать, относятся друг к другу с недоверием.

– Лично вы как относитесь к традиционной медицине?

– Хорошо, когда сочетаются разные методы, проводятся совещания, на которых сотрудничают современные и традиционные врачи. Но пока между ними нет таких отношений, которые можно было бы назвать сотрудничеством. Я думаю, знания, которые копились веками, – это очень важно. Но слабость традиционной медицины в том, что, по моему личному мнению, недостаточно научных доказательств ее эффективности. Клинических исследований в этой сфере пока что практически нет.

www.vademec.ru

- НОВОСТИ. СОБЫТИЯ. ФАКТЫ -

За здоровый образ жизни!

В 2016 году управлением здравоохранения продолжено социологическое исследование распространенности факторов здорового образа жизни (далее ЗОЖ) среди населения г. Хабаровска и охвата населения профилактическими мероприятиями, направленными на формирование ЗОЖ. Социологическое исследование проведено Дальневосточным институтом управления при ФГБОУ ВПО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ» в 2016 году.

По результатам социологического исследования отмечается положительная динамика показателей эффективности муниципальной программы «Сохранение и укрепление здоровья» на 2015–2020 годы:

1. Доля лиц с умеренной и высокой физической активностью среди взрослого населения.

Отмечается рост на 0,5 % доли лиц с умеренной и высокой физической активностью среди взрослого населения (2016 г. – 37,3 %, 2015 г. – 36,8 %).

2. Распространенность потребления табака среди взрослого населения.

Отмечается снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения на 0,4 % (2016 г. – 27,4 %, 2015 г. – 27,8 %).

3. Распространенность потребления табака среди детей и подростков.

Отмечается снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения на 0,3 % (2016 г. – 18,4 %, 2015 г. – 18,7 %).

4. Доля лиц, знающих свое давление и контролирующих его при наличии гипертонии, от общего числа лиц с гипертонией.

Отмечается рост на 1,4 % доли лиц, знающих свое давление и контролирующих его при наличии гипертонии, от общего числа лиц с гипертонией (2016 г. – 79,2 %, 2015 г. – 77,8 %).

5. Доля лиц, знающих свой уровень холестерина и контролирующих его при наличии гиперхолестеринемии, от общего числа лиц с гиперхолестеринемией.

Отмечается рост на 14,5 % доли лиц, знающих свой уровень холестерина и контролирующих его при наличии гиперхолестеринемии, от общего числа лиц с гиперхолестеринемией (2016 г. – 54,8 %, 2015 г. – 40,3 %).

www.khabarovskadm.ru
(управление здравоохранения Администрации г. Хабаровска)

В ДВГМУ состоялся день открытых дверей

В Дальневосточном государственном медицинском университете состоялся День открытых дверей. С будущими абитуриентами встретился министр здравоохранения региона, руководители ведущих лечебных учреждений края. Они рассказали потенциальным студентам о возможности поступления в вуз и дальнейшем трудоустройстве, перспективах развития отрасли, ответили на вопросы старшеклассников и их родителей.

«Медицина, как одна из важнейших сфер социального развития региона, находится под пристальным вниманием губернатора и Правительства края. Ежегодно в регионе сдаются новые и приводятся в порядок старые лечебные учреждения, закупается современное оборудование, огромное внимание уделяется решению кадровых вопросов в отрасли. В этом году благодаря совместным усилиям Вячеслава Шпорта и Министерства здравоохранения России удалось существенно увеличить количество бюджетных мест для

абитуриентов края. Для нужд больниц, поликлиник, амбулаторий здесь будут обучаться 160 человек», – отметил Александр Витько.

По словам министра, вопросы кадрового обеспечения отрасли находятся на постоянном контроле. Регулярно индексируется зарплата медиков, в регионе действуют программы поддержки врачей и среднего медицинского персонала: «Земский доктор», «Кадры здравоохранения» и «Сберегательный капитал». Решаются вопросы обеспечения специалистов жильем. Одним из недавних таких примеров является сдача жилого дома для медиков в поселке Ягодный Комсомольского района.

«Программы призваны сократить дефицит специалистов высшего и среднего звена в районах края. И они уже дают результаты. В отдаленные населенные пункты сегодня едут медицинские работники, в том числе узкие специалисты. С 2012 года в сельскую местность отправились работать 199 врачей, более 80 фельдшеров и медицинских сестер. Комплектование кадров осуществлялось, в том числе, за счет выпускников Дальневосточного государственного медицинского университета», – добавил Александр Витько.

Пресс-служба губернатора и Правительства Хабаровского края
www.khabkrai.ru



Муниципальная практика «Движение – жизнь» по итогам 2016 года получила диплом на IX Международном смотре-конкурсе городских практик «Город, где хочется жить»

Хабаровск представил программу «Сохранение и укрепление здоровья». В рамках этой программы в краевом центре реализуется масса различных мероприятий и акций, направленных на пропаганду здорового образа жизни среди хабаровчан. Для этого в городе проводятся уличные зарядки, производственная гимнастика, еженедельные акции «Шаги здоровья».

Как сообщили в управлении здравоохранения администрации Хабаровска, реализация проекта «Движение – жизнь» помогает повысить физическую активность горожан. Во всех районах города организована доступная среда для занятий спортом. Так, уличные зарядки в теплое время года проводятся на 23 площадках в разных районах города: в парках, возле крупных торговых центров и домов культуры, домов ветеранов, спортивных комплексов, студенческих городков. Площадки для проведения этих мероприятий были предоставлены руководителями государственных и частных учреждений на бесплатной основе. Зимой организовано проведение зарядок на шести закрытых площадках.

По данным профильного управления, за 2016 год количество площадок и участников, которые посещают утренние зарядки, увеличилось в несколько раз. Если в 2014 году уличные тренировки посетила тысяча горожан, то в 2016-м – уже более 20 тысяч человек. За последние годы прибавилось число участников акции «Шаги здоровья». Для ее проведения во всех парках города разработаны маршруты здоровья. Во время часовых пеших прогулок врачи проводят консультации, рассказывают о методах профилактики различных заболеваний и о пользе здорового образа жизни. Ежедневно «Шаги здоровья» посещают более 100 человек.

www.khabarovskadm.ru

Научно-практическая конференция «Физико-химические аспекты обработки инструментария в ЛПУ»

27 января 2017 г. в лекционном зале Института повышения квалификации специалистов здравоохранения состоялась научно-практическая конференция «Физико-химические аспекты обработки инструментария в ЛПУ».



В работе конференции приняли участие Макарова Татьяна Евгеньевна – заведующая кафедрой инфекционных болезней ИПКСЗ, д.м.н., доцент; Каравянская Татьяна Николаевна – начальник отдела эпидемиологического надзора Управления Роспотребнадзора по Хабаровскому краю; Соболенко Наталья Васильевна – заместитель начальника отдела эпидемиологического надзора Управления Роспотребнадзора по Хабаровскому краю; Жигалова Елена Леонидовна – преподаватель медицинского колледжа (г. Бердск, Новосибирская область), член правления секции ЦСО Российской ассоциации медицинских сестер.

С вступительным словом к участникам конференции, представлявшим средний медицинский персонал ЛПУ Хабаровского края, обратился Воловик Валерий Евгеньевич – проректор Института, д.м.н., профессор. В.Е. Воловик обратил внимание участников на актуальность рассматриваемых на конференции вопросов в свете реализуемых российским здравоохранением принципов доступности, качества и безопасности медицинской помощи.

В докладе Т.Н. Каравянской было подчеркнуто, что одной из стратегических задач здравоохранения в плане обеспечения качества и безопасности медицинской помощи является защита от внутрибольничных инфекций, профилактика распространения инфекционных заболеваний, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) как в стационарах, так и в амбулаторных условиях и на дому. Докладчик обратила внимание присутствующих на высокий уровень ИСМП в ЛПУ России. По данным 2015 г., это 25–30 тысяч случаев. Однако истинное число гораздо больше – 2–2,5 млн человек. Основными причинами этого являются ошибки в постановке диагнозов перед помещением больных в стационар, нарушения правил приемки и последующей обработки продуктов, поступающих в больницы, позднее обнаружение инфекций у больных и перевод в инфекционные отделения, нарушения дезинфекционного и стерилизационного режимов.

В 2015 г. заболеваемость ИСМП в Хабаровском крае почти в 2 раза превышала заболеваемость в России (1,2 случая против 0,72 на 1000

человек). В направлении снижения уровня ИСМП в ЛПУ проводится большая работа. Существенно улучшился показатель бактериологического обследования рожениц. В последние два года охват составил 98 %, тогда как ранее он составлял 40 %. Обеспеченность ЛПУ стерилизующей аппаратурой в Хабаровском крае составил 253,4 единицы оборудования на 100 000 населения, что в 2 раза выше, чем в целом по РФ.

Особое внимание было обращено на необходимость 100% иммунизации персонала ЛПУ, неукоснительное соблюдение медицинскими работниками календаря прививок.

Е.Л. Жигалова в своем выступлении рассказала о сущности метода «сухой закладки» и преимуществах при его применении для стерилизации медицинских инструментов. Она обратила внимание участников конференции на то, что в медицинских учреждениях Германии уже давно используется данный метод, исключающий использование химических веществ, применяемых в российских ЛПУ для дезинфекции инструментов перед направлением их в централизованные стерилизационные отделения (ЦСО).

Докладчик отметила, что в клиниках Германии медицинские сестры не занимаются обработкой инструментов, там запрещена обработка инструментов дезинфицирующими химическими составами. В российских ЛПУ перед направлением в ЦСО инструмент дезинфицируется медицинскими сестрами вручную, что влечет риски заражения медперсонала инфекциями и значительно повышает трудозатраты и время обработки. Наиболее прогрессивным современным методом обработки инструментария является машинная обработка с использованием термических высокотемпературных процессов.

Представленные на конференции доклады вызвали живой интерес и обсуждение участников конференции. В мероприятии приняли участие 157 работников ЛПУ края.

Научный отдел ИПКСЗ

фото: www.ipksz.ru

Хабаровск ожидает новая волна ОРВИ и гриппа

В первые дни нового года уменьшилось количество обращений граждан в больницы и поликлиники краевой столицы с диагнозами ОРВИ и грипп. Однако с наступлением рабочих будней ситуация осложнилась. На сегодня порог заболеваемости вновь превышен.

Перед новогодними праздниками ситуация с заболеваемостью в Хабаровске была непростой. Эпидемиологический порог был превышен на 48,6 процента. Число заболевших росло и коснулось всех возрастных групп населения. Исправили ситуацию каникулы. Получив в свое распоряжение длительные выходные, люди успели поправить свое здоровье. В этот период отмечалось, что темпы роста числа заболевших замедлились и даже стали падать. К сожалению, положительная тенденция продлилась недолго. В первую рабочую неделю года в поликлиники города стали обращаться чаще.

– Не сказать, что разница огромная. Да, обращаться стали чаще, но пока ситуация не

критичная. Другое дело, что прошла всего неделя после праздников. Сейчас дети вернулись в школы, у студентов началась сессия, взрослые вышли на работу. Это все способствует распространению болезней, – рассказала Маргарита Андреева, врач-терапевт.

По данным Управления Роспотребнадзора, в первые дни после праздников в крае продолжился подъем заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями, гриппом. В крае уже сейчас превышен уровень эпидемического порога на 61,6 процента. Болезни коснулись практически всех возрастных групп. Исключение составляют дети до двух лет. Здесь ситуация пока стабильная. Хуже всего дела об-

стоят в краевой столице, а также Хабаровском и Верхнебуриинском районах.

В этот опасный период медики рекомендуют воздерживаться от посещения мест с большим скоплением людей, исключить контакты с больными, стараться носить маску. Кроме того, свою роль играет образ жизни. Правильное питание, закаливание и занятия спортом – это отличный способ борьбы с болезнями. И все же лучшей профилактикой против гриппа и ОРВИ является вакцинация.

www.dvnovosti.ru/khab

- БИБЛИОТЕЧНЫЕ НОВИНКИ -

Новые поступления в научную библиотеку

С 1 января 2013 г. вступила в силу часть 1 статьи 37 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», закрепляющая норму об организации и оказании медицинской помощи в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, обязательным для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравом России и зарегистрированных в Минюсте России. Разработка и распространение согласованных стандартов способствует повышению качества медицинской помощи населению.

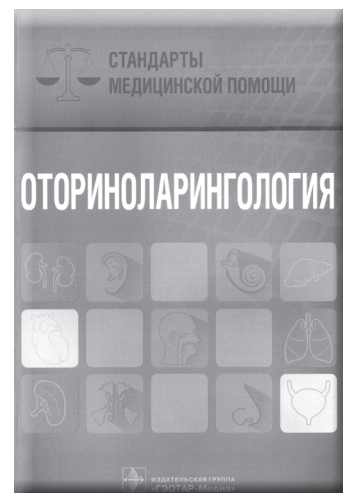
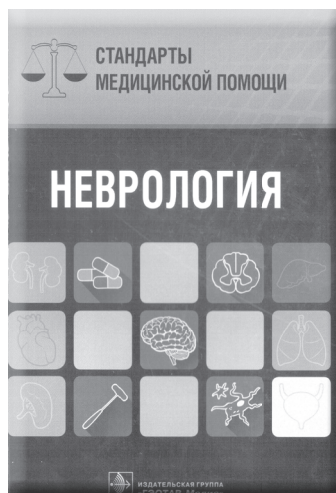
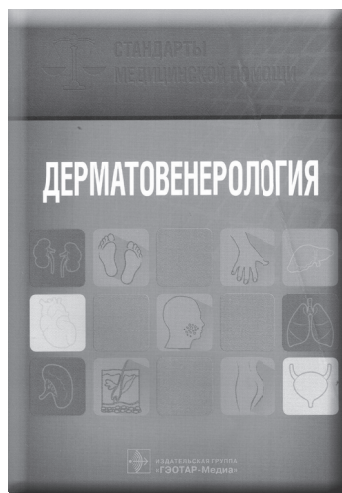
В 2016 г. издательство «ГЭОТАР-Медиа» начало издавать серию книг «Стандарты медицинской помощи». Первым из этой серии в научную библиотеку был приобретен выпуск «Гастроэнтерология». В конце прошлого года были приобретены еще восемь тематических выпусков, которые представляем в данном обзоре. Издания предназначены специалистам различных отраслей медицины, организаторам здравоохранения, работникам системы ОМС и ДМС, а также ответственным за контроль качества и безопасности медицинской деятельности. В конце каждой книги дан список лекарственных средств, упомянутых в стандартах.

Акушерство и гинекология / сост. А.С. Дементьев, И.Ю. Дементьева, С.Ю. Кочетков, Е.Ю. Чепанова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. –



992 с. – (Стандарты медицинской помощи). В справочнике представлены все актуальные стандарты и порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «Акушерство и гинекология», а также порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий. Особое внимание уделено применению стандартов при различных заболеваниях у беременных, при нарушениях менструального цикла и бесплодии, воспалительных заболеваниях женских половых органов, как у взрослых, так и у детей.

Воздушно-капельные инфекции / сост. А.С. Дементьев, Н.И. Журавлева, С.Ю. Кочетков, Е.Ю. Чепанова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 448 с. – (Стандарты медицинской помощи). Представлены действующие порядки



оказания медицинской помощи населению по профилю «Инфекционные болезни» и стандарты по инфекционным заболеваниям, передающимся воздушно-капельным путем. Акцент сделан на применении стандартов по гриппу и прочим острым респираторным инфекциям, а также «детским» инфекциям (корь, краснуха, ветряная оспа, паротит, коклюш, дифтерия, скарлатина, менингококковая инфекция).

Дерматовенерология / сост. А.С. Дементьев, С.Ю. Кочетков, Е.Ю. Чепанова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 432 с. – (Стандарты медицинской помощи). В выпуске представлены все актуальные стандарты и порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «Дерматовенерология». Уделено внимание применению стандартов при атопическом дерматите в амбулаторных и стационарных условиях, герпетическом, эксфолиативном, герпетическом и ряде других дерматитов; алопеции, витилиго, келоидных рубцах, поражении кожи при заболеваниях соединительной ткани, а также при злокачественных новообразованиях кожи.

Неврология / сост. А.С. Дементьев, Н.И. Журавлева, С.Ю. Кочетков, Е.Ю. Чепанова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 784 с. – (Стандарты медицинской помощи). Собраны воедино все актуальные стандарты и порядок оказания медицинской помощи населению

по профилю «Неврология». Первостепенное значение уделено таким заболеваниям, как эпилепсия, мигрень, сосудистые заболевания (инсульт, транзиторная ишемическая атака), полинейропатии (включая диабетическую), болезни Паркинсона и Альцгеймера, а также травмы и врожденные заболевания нервной системы.

Оториноларингология / сост. А.С. Дементьев, Н.И. Журавлева, С.Ю. Кочетков, Е.Ю. Чепанова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 320 с. – (Стандарты медицинской помощи). В издание вошли все актуальные стандарты и порядки оказания медицинской помощи населению по профилю «Оториноларингология». Существенное внимание уделено отосклерозу, нейросенсорной глухоте, стенозу гортани, острому тонзиллиту и синуситам, носовым кровотечениям, инородным телам в ЛОР-органах, а также некоторым инфекционным заболеваниям (скарлатине, дифтерии, гриппу и ОРВИ) у взрослых и детей.

Офтальмология / сост. А.С. Дементьев, С.Ю. Кочетков, Е.Ю. Чепанова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 432 с. – (Стандарты медицинской помощи). В сборнике представлены все действующие стандарты и порядки оказания медицинской помощи взрослому населению и детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты. Большое значение уделено лечению глаукомы, пресбиопии, диабетической

ретинопатии, возрастной макулярной дегенерации, тромбозу артерий и вен сетчатки, травмам и новообразованиям глаз, а также ретинопатии недоношенных.

Урология / сост. А.С. Дементьев, Н.И. Журавлева, С.Ю. Кочетков, Е.Ю. Чепанова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 208 с. – (Стандарты медицинской помощи). Справочник включает все актуальные стандарты и порядки оказания медицинской помощи взрослому населению и детям по профилю «Урология» и «Детская урология-андрология». Важная роль отведена стандартам по воспалительным заболеваниям (циститам, уретритам, простатитам и др.), нарушениям мочеиспускания, гиперплазии предстательной железы, эректильной дисфункции, травмам, почечной колике и прочим неотложным состояниям в урологии.

Эндокринология / сост. А.С. Дементьев, Н.А. Калабин, С.Ю. Кочетков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 608 с. – (Стандарты медицинской помощи). В тематический выпуск серии вошли все актуальные стандарты и порядки оказания медицинской помощи населению по профилям «Эндокринология» и «Детская эндокринология». Особое внимание уделено стандартам по различным формам сахарного диабета и его осложнениям у взрослых и детей; заболеваниям щитовидной железы – гипотиреозу, тиреотоксикозу, подострому тиреоидиту; надпочечниковой недостаточности и несахарному диабету; ожирению, болезни Гоше, а также при различных врожденных дефектах обмена веществ – тирозинемии, болезни Нимана-Пика, мукополисахаридозах, болезни Вильсона и др.

Информация предоставлена
библиотекарем НБ ИПКСЗ
И.Г. Якимовой



XI Международный конгресс по репродуктивной медицине

В работе проходившего в г. Москве 17–20 января XI Международного конгресса по репродуктивной медицине приняли участие ректор Института повышения квалификации специалистов здравоохранения, д.м.н., профессор Г.В. Чижова, декан ФПКППСМРиФ, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии Н.В. Новикова, преподаватель кафедры акушерства и гинекологии, к.м.н. Н.Ю. Витько.



Конгресс был организован Министерством здравоохранения Российской Федерации, Российским обществом акушеров-гинекологов, ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова», Обществом репродуктивной медицины и хирургии, Российской Ассоциацией эндометриоза, Российской Ассоциацией гинекологов-эндоскопистов, кафедрой репродуктивной медицины и хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова.

В организационный и научный комитеты конгресса вошли известные медицинские специалисты ведущих научно-медицинских центров России в области акушерства и гинекологии. В качестве экспертов в работе конгресса приняли участие 45 известных специалистов из Франции, Швеции, Германии, Израиля, Австрии, Великобритании, Италии, Бельгии, США, Японии, Испании, Канады. Впервые на конгрессе присутствовали представители КНР.

Руководили работой конгресса Г.Т. Сухих, академик РАН, профессор, директор ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова» и Л.В. Адамьян, академик РАН, профессор, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии, заместитель директора по научной работе ФГБУ «НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова».

Программа конгресса была сфокусирована на наиболее актуальных вопросах современной репродуктивной медицины: профилактике мате-

ринской и перинатальной заболеваемости и смертности, репродуктивных потерь, ведении беременных с экстрагенитальной патологией и высоким риском акушерских осложнений, сохранении репродуктивного здоровья при различных заболеваниях, медицинским и социальным аспектам сохранения здоровья в переходном и пожилом возрастах.

Новым в работе конгресса было широкое представление результатов научных исследований по проблемам сохранения здоровья пар зрелого возраста. Данное направление является чрезвычайно актуальным в свете наметившихся тенденций к старению населения во всем мире и в России, в частности. Именно поэтому первый день работы конгресса практически целиком был посвящен данной проблематике. В рамках обсуждения задач по обеспечению здоровья и социальной активности населения старше 40 лет значительное внимание было уделено вопросам сохранения здоровья мужчин.

Профессор акушерства и гинекологии из университета МакГилла (Оттава, Канада) Вита Сеникас в своей лекции «Мировые тенденции судебного решения споров медицинского характера» сделала анализ основных конфликтных ситуаций в медицинской практике в ряде стран, в том числе в Канаде, и рассказала о формах и методах правовой поддержки врачей.

Большое количество докладов как российских, так и зарубежных специалистов было посвящено проблеме эндометриоза и его связи с возможностью возникновения онкологических заболеваний у женщин. Доклады по этим проблемам были сделаны ведущими мировыми специалистами из Австрии (Кекштайн Г., Филлах), Швеции (Минц М.), Франции (Декамп Ф., Анже, Ваттэз А.), Японии (Ота Й., Курашики) и других стран, большое число докладов было сделано российскими специалистами из Москвы, Санкт-Петербурга, Кемерово, Иваново.

Значительное место на конгрессе было уделено для обсуждения возможностей улучшения исходов беременности. Многие доклады представляли новые направления в акушерстве и гинекологии, дающие эффективные возможности в решении акушерских проблем.

В рамках конгресса работали несколько школ, семинаров и мастер-классов, проводившихся звездами медицины мировой величины. Чрезвычайно интересной была школа «Сексологическая медицина для гинекологов: ключевые практические советы», которую провел профессор из Милана А. Грациоттин.

Широкое освещение в ходе работы форума получили вопросы репродуктивной и фетальной хирургии, гинекологии детей и подростков, гинекологической эндокринологии.

Конгресс был аккредитован по системе непрерывного медицинского образования с присвоением кредитов (баллов) участникам.

Н.В. Новикова

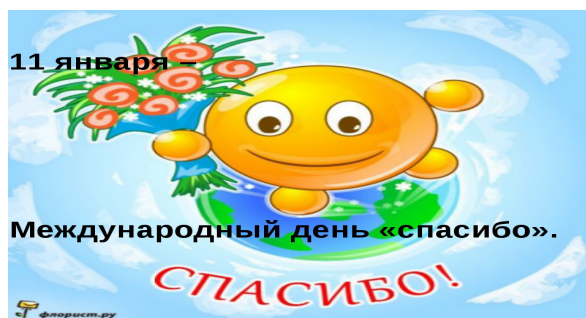
декан ФПКППСМРиФ, к.м.н.,

доцент кафедры акушерства и гинекологии



11 января – Международный день «спасибо»

11 января во многих странах мира, в том числе в России, отмечается День «спасибо». Слова благодарности обладают магическими свойствами – с их помощью люди дарят радость друг другу, выражают внимание и передают положительные эмоции – то, без чего наша жизнь стала бы скудной и мрачной. Неспроста во многих туристических путеводителях и наставлениях туристам часто указывается: слово «спасибо», произнесенное даже с акцентом на языке страны пребывания, повышает скорость, качество обслуживания и помогает наладить спокойный и приятный отдых.



Считается, что русское слово «спасибо» родилось в XVI веке из часто произносимого словосочетания «спаси Бог». Корни английского аналога – «Thank you» – также уходят гораздо глубже простой благодарности. Это говорит о том, что и русское «спасибо», и «спасибо», произнесенные практически на всех языках мира, имели и имеют чрезвычайно важное значение для культуры взаимоотношений любого народа.

www.vrachirf.ru

13 января – День российской печати

Сегодня, когда печатное слово сопровождает нас повсюду, является неотъемлемой частью нашей повседневности, трудно представить, что всего 314 лет назад ни газет, ни журналов на русском языке в России не было совсем. Появлению периодических изданий предшествовали следующие события:

В 1703 году Петр Великий 13 января издал Указ об учреждении первого печатного издания. Это была газета «Ведомости», ее задачей было информировать о реформах, проводившихся в Российской Империи.

В начале и первой трети XIX столетия получило широкое распространение издание газет и журналов просветительской направленности. Эти печатные издания основывались и возглавлялись выдающимися русскими литераторами: «Вестник Европы», 1802–1830 гг. (первый редактор Н.М. Карамзин, затем В.А. Жуковский); «Московский телеграф», 1825–1883 гг. (редактор Н.А. Полевой); «Отечественные записки», 1818–1884 гг. (издатели Н.А. Полевой, А.А. Краевский); «Современник», 1836–1866 гг. (основан А.С. Пушкиным).



В январе 1870 г. была проведена первая подписка на периодические издания, как русские, так и иностранные. Тиражирование росло огромными темпами. Появились технические, экономические, политические издания, выходили даже журналы мод. Уже в 1914 г. в России насчитывалось более 3 тысяч периодических печатных изданий.

После Революции, отвергая всяческое царское наследие, дату праздника приурочили к первому выходу (1905 г.) главной в Советском Союзе газеты «Правда». Праздновать «День Советской печати» начали ежегодно 5 мая. В 1991 г. историческую справедливость восстановил Указ Президента РФ, согласно которому День печати стали отмечать 13 января.

Несмотря на стремительное развитие технического прогресса, в настоящее время есть большой спрос и на печатные издания.

www.2017wiki.ru

19 января – Крещение Господне

Праздник Крещения Господня отмечается Православной церковью 19 января (6 января по старому стилю). Полное название праздника – Крещение Господа Бога и Спаса нашего Иисуса Христа. Этот праздник наступает сразу после 11-ти дней, отданных Святкам. Святки разделяют два православных праздника – Рождество и Крещение (6 и 19 января соответственно). Праздник называется Крещением в память о библейских событиях крещения Иисуса в реке Иордан Иоанном Крестителем (Предтечей), также этот день называется Богоявлением.



Рождеству предшествует длинный Рождественский Пост (с 28 ноября по 6 января), после Рождества – время «светлых вечеров», иначе Святки, когда на столе после долгого перерыва появляется изобилие блюд, 18 января – вновь строгий пост (правда, очень короткий, это Крещенский сочельник), наконец, 19-го – Богоявление.

www.foma.ru

фото: www.kiprinform.ru

- ПОЗДРАВЛЯЕМ -

В юбилеем:

БАРАНОВА
АЛЕКСАНДРА ЛЕОНИДОВИЧА

КЛИМОВСКИХ
ТАТЬЯНУ ЛЕОНИДОВНУ

ПЬЯНКОВУ
ЕЛЕНУ ЮРЬЕВНУ

СИНЬКОВСКУЮ
ЛЮДИЛУ ИВАНОВНУ

СПИРИДОНОВУ
ЛЮБОВЬ СЕРГЕЕВНУ

СУХОТИНА
СТАНИСЛАВА
КОНСТАНТИНОВИЧА

ТИМОШЕНКО
ТАТЬЯНУ ОЛЕГОВНУ



Благодарность

Союз фармацевтических работников по содействию развития профессии и фармацевтической отрасли «Национальная Фармацевтическая Палата» в лице президента Союза А.Д. Алазова выражает благодарность старшему преподавателю кафедры фармации ИПКСЗ Ирине Владимировне КРЮКОВОЙ за высокий профессионализм и ответственность, проявленные в работе аккредитационной комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «Фармация», проходившей в г. Владивостоке в Тихоокеанском государственном медицинском университете.

Примите наши поздравления!

23 января 1849 г. – впервые диплом врача был вручен женщине



Блэквелл (1821–1910).

Англичанка по рождению, девочка в десятилетнем возрасте покинула с семьей объединенное королевство. Ее карьера началась в Нью-Йорке с интерната для девочек, который 17-летняя Элизабет и ее сестры организовали как семейный бизнес после смерти отца. Блэквелл долгое время изучала медицину частным порядком, черпала знания из книг и устных инструкций доктора Сэмюэля Диксона. Позже попыталась поступить в ВУЗ.

Медицинские школы США отвергли ее заявление, учебные заведения Нью-Йорка

и Пенсильвании в 40-е годы 19-го столетия девушек не принимали. Исключением стал колледж города Женева недалеко от Нью-Йорка, администрация которого предложила студентам проголосовать, стоит принимать девушку на обучение или нет. Студенты решили, что речь идет лишь о розыгрыше, и проголосовали «за». Элизабет была лучшей на своем курсе и блестяще закончила учебное заведение.

Затем, несмотря на множество бюрократических преград, девушка все-таки получила диплом, магистерскую степень и начала практиковать.

В 1857 году, преодолев сопротивление властей и общественности, она основала в Нью-Йорке больницу для женщин, а позже и медицинские курсы при ней. В 1869 году доктор Блэквелл вернулась в Англию, где основала еще одну Школу – Лондонскую Медицинскую, тоже для женщин.

www.calend.ru

23 января – День ручного письма (День почерка)

Растущая с каждым годом популярность компьютеров, электронной почты и электронных блокнотов, СМС, наборов стикеров с напечатанными фразами-подсказками, а также других средств быстрого общения постепенно уводит современного человека от возможности выразить свои мысли, написав их собственноручно. Возможно, в недалеком будущем письмо или открытка, написанные «от руки», станут желанным приобретением.

Каждый год 23 января в мире отмечается **День почерка** или, говоря более

элегантно, **День ручного письма** (National Handwriting Day), который учрежден с целью напомнить всем нам об уникальности ручного письма, о необходимости практиковаться в нем, о неповторимости почерка каждого человека.

Инициатором Дня стала Ассоциация производителей пишущих принадлежностей (Writing Instrument Manufacturers Association, WIMA), которая и провозгласила датой «рукописного» праздника 23 января.

www.calend.ru

27 января – День полного освобождения Ленинграда от фашистской блокады (1944 год)

27 января отмечается День воинской славы России – День полного освобождения Ленинграда от фашистской блокады (1944 год), установленный в соответствии с Федеральным законом от 13 марта 1995

года «О днях воинской славы (победных днях) России». Ранее он назывался Днем снятия блокады города Ленинграда (1944 год).

www.calend.ru