

Вакцинация
плюс
модернизация
стр. 3

Когда
вас лечат
«на дому...»
стр. 4

Вестник
врачебной
палаты
стр. 5

2000+
ФАРМАЦЕВТИКА

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ



Октябрь
ноябрь
№ 10-11 2010

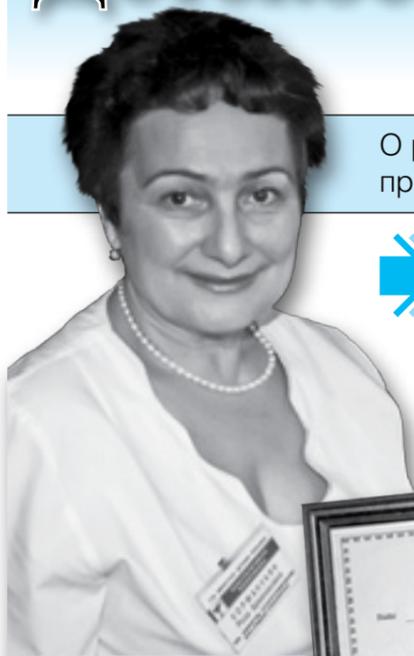
Современное здравоохранение

НОВАЯ
психиатрия

кохлеарная имплантация

Детское слухопротезирование в Ростовской области

О работе медиков Областной детской больницы в рамках Всероссийской программы реабилитации детей после кохлеарной имплантации



Медики Государственного учреждения здравоохранения «Областная детская больница» г.Ростова-на-Дону воодушевлены инициативой Санкт-Петербургского ЛОР НИИ по вовлечению регионов страны в программу реабилитации слабослышащих и глухих детей.

О программе «Я слышу мир!»

В России более 13 миллионов глухих людей, в том числе более одного миллиона – дети. «Растет страна глухих инвалидов», – констатирует Р.А.Корманукян. В основе программы «Я слышу мир!» – методика слухоречевой реабилитации, ориентированной на детей с ограниченными возможностями слуха. Методика основана на работе реабилитологов при активном участии родителей. Это позволит наиболее эффективно развивать и реорганизовать систему реабилитации детей с нарушением слуха, действующей в центре речи и слуха областной детской больницы, в соответствии с возможностями современной медицины, высоким уровнем технических средств, методик реабилитации и достижениями в области новейших педагогических технологий.



ковна Корманукян и сурдопедагог, реабилитолог Марина Григорьевна Андреева рассказали об общих и частных аспектах этого проекта.

«Я смогу услышать Мир!»

«Все нужно делать вовремя», – привлекает внимание родителей опытный сурдолог Р.А.Корманукян. Судьба ребенка с нарушением слуха во многом зависит от того, в каком возрасте поставлен диагноз. Статистически, у 82% детей нарушение слуха возникает на первом-втором году жизни, то есть в «доречевом периоде». Поэтому выявление нарушений слуха должно начинаться с периода новорожденности – уже на третий-четвертый день после рождения в роддомах проводится аудиологический скрининг, считающийся в настоящее время единственным эффективным методом выявления нарушений слуха у детей первого года жизни. Дети с отрицательной реакцией на акустический стимул (а также при условии, если обследование ребенка по каким-либо причинам не было проведено вообще), должны направляться к сурдологу в ГУЗ ОДБ для более глубоких исследований.

Если диагноз глухоты подтверждается, ребенку подбирают слуховой аппарат, затем проводятся занятия по речевому развитию. При отсутствии улучшения слухового восприятия от применения слуховых аппаратов, ре-

бенку рекомендуется кохлеарная имплантация. Если сделать операцию в возрасте до одного года, ребенок будет развиваться хорошо, – быстрее, чем дети, перенесшие операцию в позднем возрасте. Более того, пережив операцию в самом раннем возрасте, ребенок развивается (в том числе и слышит) также хорошо, как и его ровесники, родившиеся с нормальным слухом.

Речевой процессор и кохлеарный имплант как основные технические средства кохлеарной имплантации

Кохлеарный имплант – это сложное уникальное электронное медицинское устройство, которое вживляется во внутреннее ухо пациента. Оно воспринимает электромагнитные сигналы от речевого процессора, преобразует их в электрические и, посредством стимуляции слухового нерва в улитке внутреннего уха, позволяет структурам головного мозга

распознавать звуки. Это прибор, который выполняет функцию отсутствующих или поврежденных волосковых клеток, тех клеток, которые ответственны за восприятие звука. Кохлеарный имплант берет на себя функцию поврежденной части цепи слухового анализатора. Электродная решетка вводится в улитку, где чаще всего повреждаются волосковые клетки, ответственные за периферическое восприятие звука. Причинами повреждения могут быть: гипоксия плода, тугое обвитие пуповиной, асфиксия, черепно-мозговая травма, кефалогематома, повреждение в шейном отделе позвоночника. При этом волосковые клетки не выдерживают и погибают, они не могут восстанавливаться, взамен этого и вводится электродная решетка, – в ту часть, которая будет воспринимать звуки. Эксплуатационные свойства импланта рассчитаны на 50 лет. Его вживление – очень важный, но не самый трудоемкий процесс. Самый сложный и длительный процесс – послеоперационная реабилитация.

Речевой процессор – это внешнее, носимое, как правило, за ухом, сложное миниатюрное электронное устройство, преобразующее звуковые волны в электрические импульсы. Речевой процессор ответственен за разборчивость речи. Настройка речевого процессора происходит после операции.

Окончание на стр. 2 >>

Искусственное завышение цен на лекарства – преступление

Искусственное завышение цен на лекарства «выглядит просто аморально, если не сказать преступно». Такое заявление сделал Президент России Дмитрий Медведев на заседании президиума Госсовета Российской Федерации, передает ПРАЙМ-ТАСС.



«Определяющее значение для здоровья пожилых людей, снижения смертности имеет доступность медицинской помощи и лекарств. Здесь крайне важно

сохранять стабильные цены на препараты и их ассортимент. В этой связи государственные закупки лекарственных средств должны стать максимально эффективными. Искусственное завышение цен в этой сфере выглядит просто аморально, если не сказать преступно», – сказал глава российского государства.

Медведев также заявил, что в регионах нужно навести порядок с учетом льготников и выделяемых на них денег. «Нужно расширять аптечную сеть», – продолжил он, – а также практику продажи лекарств в уполномоченных на это фельдшерско-акушерских пунктах, упрощать выдачу пожилым людям рецептов и внедрять удобную для них форму доставки лекарств на дом».

В министерстве
здравоохранения
Ростовской области работает
горячая линия по вопросам
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ЛЕКАРСТВЕННОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРАЖДАН

Специалисты фармацевтического управления ответят на все вопросы, а также помогут разрешить возникшие трудности в обеспечении лекарственными препаратами по телефону

(863) 263-20-50

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ
РАБОТАЕТ ЕЖЕДНЕВНО

с понедельника по четверг –
с 9.00 до 18.00, в пятницу – до 16.45

Методика разработана на базе многолетнего опыта работы с пациентами с кохлеарными имплантами и направлена на развитие устной речи на основе слухового восприятия. У тугоухих детей, слухопротезирование которых оказалось малоэффективным, появилась перспектива слышать лучше. Эта возможность осуществляется при помощи новейшей технологии – кохлеарной имплантации, предназначенной для восстановления физически отсутствующего у детей слуха. Кроме восстановления слуха, инновационный проект нацелен на социализацию ребенка, на его полную адаптацию среди нормально слышащих детей. Заверяющая сурдологическим кабинетом консультационной поликлиники ГУЗ ОДБ Роза Армена-

Сердцу ребенка можно помочь

Врожденные пороки сердца (ВПС) являются самыми распространенными врожденными заболеваниями и самой распространенной причиной смертности среди новорожденных и детей старшего возраста.

Без своевременного вмешательства 50% детей, страдающих врожденными пороками сердца, не доживают до одного года, а те, кто переступает этот рубеж, обречены на жизнь, отягощенную болезнями. В Ростовской области около 1% детей рождается с врожденными пороками сердца. Оперативное вмешательство показано 300-350 детям. Причем 70% малышей его необхо-

димо провести в первый год жизни. Как правило, для достижения хорошего результата необходимо многоэтапное хирургическое лечение, и чем раньше оно начнется, тем выше вероятность сохранить ребенку жизнь и качество жизни.

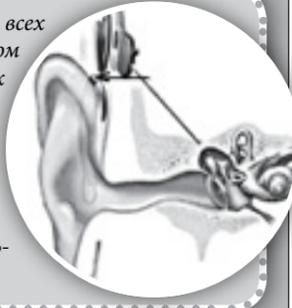
Кардиоцентр Областной клинической больницы успешно развивает хирургию врожденных пороков сердца. Ростовский центр является площадкой Научного

центра сердечно-сосудистой хирургии им.А.Н.Бакулева РАМН. Хорошие функциональные результаты, по мере накопления хирургического опыта и оснащения, позволяют двигаться к хирургическому лечению сложных пороков сердца у детей периода новорожденности и старшего возраста. В немалой степени этому способствовало создание такого направления в центре, как пренатальная диагностика, то есть выявление ВПС у плода, еще в утробе матери. Об этом свидетельствует и награда донских медиков на конкурсе «Призвание» в номинации «За открытие нового направления в медицине».

Окончание на стр. 7 >>

Проблемы массового здравоохранения

Ощущения или восприятие звука у всех пользователей кохлеарным имплантом может быть различным. Одни из них слышат звуки, похожие на обычные, которые слышат люди с нормальным слухом. Другие слышат звуки, которые отличаются от натуральных, и сначала они кажутся им незнакомыми, поэтому иногда требуется дополнительное время для адаптации к импланту.



официально

Большекрепинская амбулатория готова к приему пациентов

В Ростовской области более половины населения проживает в сельских районах. Первичную медицинскую помощь жители отдаленных населенных пунктов получают в фельдшерско-акушерских пунктах и врачебных амбулаториях. Администрация Ростовской области именно сельскую медицину определила приоритетом развития донского здравоохранения. Поэтому на Дону удалось сохранить 1044 ФАПа и 172 сельских врачебных амбулатории. В то время как во всей России работает лишь около 10 тысяч учреждений данного типа.



Старое здание Большекрепинской амбулатории порядком обветшало за полвека службы. Однако, администрация района не смогла в одиночку справиться с проблемой аварийного здания и обратилась с ходатайством о выделении средств для приобретения модульной амбулатории в областную администрацию. В апреле 2010 г. на приобретение и оснащение модуля для врачебной амбулатории было выделено 10,6 млн. рублей. Из них 9 млн. руб. – из средств областного бюджета, 1,6 млн. руб. – из местного бюджета.

Уже летом был установлен модуль, закуплено оборудование, в сентябре подведены коммуникации, завершены работы по внутренней отделке здания, присоединению к электросетям. Помимо этого, на выделенные средства было дополнительно закуплено медицинское оборудование, а также медицинская мебель, холодильники, жалюзи, сплит-системы в кабинеты, мягкий инвентарь.

В новом здании размещен дневной стационар и, что сегодня очень важно для сельчан, предусмотрено помещение для аптеки. Новое оборудование теперь в физиотерапевтическом кабинете, двух процедурных кабинетах, лаборатории. Удобное и просторное помещение отведено под регистратуру. Достаточно места для инвентарной и стерилизационной комнат. Есть комната для медицинского персонала, гардероб, санузлы для посетителей и персонала. Организован круглосуточный сестринский пост. В оборудованных всем необходимым кабинетах будут вести прием врач-терапевт, врач-акушер-гинеколог, врач-педиатр, зубной врач.

Большекрепинская амбулатория является структурным подразделением муниципального учреждения здравоохранения «Центральная районная больница» Родионово-Несветайского района, она расположена в 35 км от районного центра и рассчитана на 100 посещений в смену с дневным стационаром на 30 мест. Амбулатория обслуживает 4245 человек, в том числе 749 детей до 17 лет, 1057 пенсионеров. К врачебной амбулатории прикреплены шесть фельдшерско-акушерских пунктов, расположенных в хуторах Чистополье, Выдел, Почтовый-Яр, Греково-Ульяновка, Платово-Ивановка, Папчино. Радиус обслуживания составляет 15 км. Теперь, в современной амбулатории, есть все для оказания качественной медицинской помощи первичного уровня.

детское здоровье

<< Окончание. Начало на стр. 1

Детское слухопротезирование в Ростовской области

На протяжении реабилитационного периода к настройке процессора приходится прибегать неоднократно, регулируя звуковое восприятие пациента, которое непрерывно меняется (одни и те же звуки могут восприниматься в начале как чрезмерно громкие, а со временем перестают быть воспринимаемыми, – в этом случае процессор настраивает соответствие восприятия звуковым стимулом). Настройка корреляции речевого процессора с кохлеарным имплантом – очень важный технический процесс, осуществляемый с помощью компьютера. В дальнейшем будет возможна настройка даже через Интернет, и ростовские медики надеются, что технические средства связи позволят опытным Санкт-Петербургским специалистам ЛОР НИИ периодически помогать настраивать процессоры маленьким ростовским пациентам. Речевой процессор меняется раз в пять лет: он морально устаревает, может повреждаться, испытывая механические воздействия.

Успех операции – усердие родителей

Кохлеарная имплантация это целая система процедур с применением высокотехнологичных средств: от этапа обследования, вживления под кожу ребенка имплантата до развития способности слушать и говорить. В этом процессе задействован ряд специалистов разного профиля: сурдопедагоги, сурдологи, аудиологи, психологи, реабилитологи, дефектологи, отоларингологи. Однако, после того как операция сделана (в России довольно высокий уровень кохлеарной имплантологии), ответственность за успешное развитие ребенка полностью ложится на родителей. Именно от их дисциплинированности, терпения, системности в действиях зависит слух и состояние речи ребенка, потому что, кроме занятий в больнице со специалистами – сурдопедагогами, развивающую реабилитационную программу нужно будет продолжать и дома, каждый день!

Детская реабилитация – процесс самый важный, яркий, образный, эмоциональный

Реабилитация осуществляется с учетом возраста пациента, его детской психологии и восприятия. И антураж должен быть ярким, создающе оптимистичным. С помощью специалистов Санкт-Петербургского института «НИИ ухо-горло-нос и речи» и спонсора программы – ООО «Азимут медгруп» – в Ростовской областной детской больнице для занятий планируется оборудовать специальный кабинет в едином для программы «Я слышу мир!» стиле. Главный персонаж детской программы реабилитации – Ушарик и известные всем современным детям герои мультсериала «Смешарики». У этих забавных персонажей много функций. Основная: Ушарик – львенок с нарушенным слухом – должен своим поведением послужить примером ребенку на пути в мир, полный звуков.

Успех реабилитации – индивидуальность пациента

Индивидуальность ребенка (его характер, темперамент, интеллект) – одно из главных условий успешности реабилитации. В сурдологическом кабинете консультационной поликлиники могут работать только бесконечно терпеливые и доброжелательные люди, заинтересованные в своих маленьких пациентах и в высоких результатах их развития.

Специалисты могут помочь малышу, лишь установив с ним теплые доверительные отношения, но определяющими факторами развития остаются интеллектуальные и психологические особенности подопечного, поэто-



Большинство взрослых пользователей имплантами отмечают, что после операции они значительно легче общаются с окружающими их людьми, лучше слышат и распознают речь говорящего даже без помощи чтения с губ. При этом треть пользователей имплантами даже способна разговаривать по телефону. Кохлеарные импланты хорошо помогают детям и взрослым, особенно если до операции они уже владели разговорной речью. При этом, чем раньше после потери слуха проводится кохлеарная имплантация, тем лучше будут ее конечные результаты для пользователя. Глухие дети с помощью кохлеарного импланта значительно лучше развиваются, их жизнь становится ярче и полноценнее.

Полезность и эффективность применения кохлеарного импланта обусловлена многими факторами. Они зависят от типа и продолжительности глухоты, интеллектуального развития человека, мотивации ребенка и его родителей, а также периода времени после операции. При этом эффективность применения импланта в значительной степени зависит от качества и количества проведенных с ребенком коррекционных занятий.

му одни дети быстрее приспосабливаются к импланту, начинают хорошо слышать и говорить, у других на освоение этих навыков уходит больше времени. Быстрее адаптируются к импланту и восстанавливают навыки слушания и говорения дети (и взрослые), потерявшие слух в силу разных обстоятельств в постлингвальном возрасте, когда речь уже была сформирована. Нельзя рассчитывать и на то, что родившийся глухим или тугоухим, ребенок будет говорить совершенно, звучание его речи, все же, будет в определенной степени специфичным. И, тем не менее, дети с кохлеарными имплантами и после (и во время) реабилитации могут учиться в обычных учебных заведениях, и чем раньше ребенок там оказыва-



Н.Рошанская. Фото Я.Федосцевой

Приоритеты региональной медицины

За счет федерального бюджета в Ростовскую область поступит 937,2 тысячи доз вакцины. На сегодня уже поступили: 151 тысяча доз вакцины для детей и 559,5 тысяч доз – для взрослых. Вакцины Гриппол+, Флюарикс, Инфлювак, Ваксигрипп, содержат актуальные штаммы для сезона 2010-2011 – вирусов гриппа А (H1N1), А (H3N2), В (Brisbane). Кроме того, в Ростовской области объявляется дополнительная иммунизация оральной полиомиелитной вакциной, которая будет проходить в два тура: с 27 октября по 11 ноября и с 27 ноября по 12 декабря.

стратегия регионального здравоохранения

Вакцинация ПЛЮС МОДЕРНИЗАЦИЯ

В соответствии с распоряжением губернатора области Василия Голубева выделены средства на дополнительную закупку вакцин от гриппа на сумму 27,5 млн. рублей. 937,2 тысяч ампул для вакцинации жителей Ростовской области донские медики получают за счет средств федерального бюджета. О вакцинации и предстоящей модернизации системы здравоохранения шла речь в ходе видеоконференции с участием вице-губернатора Сергея Горбаня, министра здравоохранения Татьяны Быковской, руководителя управления Роспотребнадзора по Ростовской области Михаила Соловьева, глав муниципальных образований и главных врачей территорий.

Основные направления модернизации здравоохранения в Ростовской области:

- модернизация материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений (капитальный ремонт, оснащение оборудования-нием);
- информатизация;
- обеспечение стандартов оказания медицинской помощи.

Установлено, что при своевременной вакцинации можно предотвратить заболевание гриппом у 80-90% детей и взрослых. При этом болезнь у привитых протекает, как правило, легче и без каких-либо осложнений. Также вакцинация против гриппа способствует снижению уровня заболеваемости другими ОРВИ, инфекция протекает в более легкой форме.

Вакцинация

По статистике Всемирной организации здравоохранения, для сдерживания эпидемии сезонного гриппа достаточно привить около 20% населения. Высокий процент вакцинации населения против гриппа уже на протяжении 6 лет позволяет избежать эпидемии гриппа в Ростовской области. В наступающем эпидсезоне за счет средств федерального и областного бюджетов в Ростовской области будет привито более трети населения (в 2009 году – 23%).

Однако поступивших за счет федеральных средств вакцин недостаточно для того, чтобы охватить все группы высокого риска заражения гриппом, поясняют в министерстве здравоохранения области, к ним относятся дети младшего и школьного возраста, работники социальной сферы и ЖКХ, пенсионеры, водители общественного транспорта. Дополнительно для этих категорий населения ежегодно закупается вакцина за счет средств областного и городского бюджетов. Губернатор области уже подписал распоряжение о выделении денежных средств в размере 27,5 млн. рублей на дополнительную закупку вакцины. Пять тысяч доз уже распределены по лечебным учреждениям. На закупку остальных (а это около 121000) объявлены конкурсные торги.

На прошедшей 27 октября в Администрации Ростовской области видеоконференции по вопросам модернизации здравоохранения, первоочередным мером по вакцинации населения против гриппа и полиомиелита вице-губернатор Сергей Горбань поставил задачу перед руководителями территорий профинансировать за счет средств муниципальных бюджетов и средств работодателей закупку прививок дополнительно для 300 тысяч человек.



Министр здравоохранения Татьяна Быковская призвала руководителей муниципалитетов уделить пристальное внимание иммунизации детей против полиомиелита и взять организацию прививочной кампании под личный контроль. В 2002 году Европейским Бюро ВОЗ Россия была признана территорией свободной от полиомиелита. Однако высокая миграция населения способствовала завозу вируса в нашу страну. В области проживает 3077 детей, не привитых от полиомиелита. 1596 детей из них не привиты в связи с отказами родителей.

Модернизация

Иммунизация населения в рамках Национального календаря прививок является частью одного из десяти основных направлений национального проекта «Здоровье» – развитие первичной медицинской помощи.

На Дону нацпроект «Здоровье» осуществляется с 2006 года. Его реализация продолжила глубокие преобразования в сфере здравоохранения, начатые донской властью в 2000 году. Для системы здравоохранения области последние десять лет были знаковыми: охрана здоровья стала приоритетом социальной политики в Ростовской области. Объем средств, направляемых на здравоохранение из областного бюджета, возрос с 2,8 млрд. рублей в 2000 году до 21 706,4 млрд. рублей в 2010 году.

Реализация нацпроекта привела к качественным изменениям в

первичной медико-санитарной помощи, укреплению материально-технической базы муниципальных учреждений здравоохранения, значительному увеличению заработной платы специалистов первичного звена, притоку кадров в эту сферу. Улучшились демографические показатели: снизилась младенческая смертность, увеличилась рождаемость, сократился коэффициент естественной убыли населения, продолжительность жизни в Ростовской области на год выше среднероссийской.

Однако национальный проект «Здоровье» не мог решить всех проблем. Поэтому Владимир Путин предложил программу модернизации здравоохранения, являющуюся продолжением системных преобразований, начатых в рамках проекта «Здоровье».

В ближайшие два года в здравоохранение страны будет дополнительно направлено 460 миллиардов рублей. Однако увеличение финансирования – это необходимое, но недостаточное условие развития отрасли. Нужны меры по комплексному обновлению системы охраны здоровья населения, переориентации отрасли на профилактические и реабилитационно-восстановительные мероприятия, усиление мотивации человека на сохранение собственного здоровья. Работа в этом направлении становится приоритетной для Администрации Ростовской области.

Впервые из федерального бюджета будут направлены средства на капитальный ремонт и обновление оборудования медицинских

учреждений в регионах. На эти цели в течение двух лет планируется выделить 300 млрд. рублей. До 1 декабря 2010 года необходимо разработать, обсудить, и защитить региональную программу модернизации здравоохранения. Основой данному проекту станет «Паспорт территории», учитывающий индивидуальные особенности Донского края, эпидемиологию заболеваемости, структуру смертности, объем финансирования из регионального бюджета, состояние материально-технической базы лечебных учреждений.

Стандартизация

Значительные средства (136 млрд. рублей) будут выделены на повышение уровня обеспеченности стандартов медицинских услуг по всей стране. Они включают такие статьи, как зарплата персонала, медикаменты, питание больных, расходные материалы и диагностическое оборудование.

Донское здравоохранение давно готовится к стандартизации медицинских услуг. Еще в 2004 году в обращении к Федеральному Собранию Президент России поднял этот вопрос. К тому времени в Ростовской области уже были изданы первые стандарты – протоколы лечения отдельных заболеваний.

Приоритет был отдан педиатрии, гинекологии и акушерству. Очевидный плюс стандартов – они дисциплинируют врачей, гарантируют, что качество медицинского обслуживания будет расти. Рабо-

та по стандартам привела к значительному снижению материнской смертности. На сегодняшний день в области действует 658 федеральных стандартов и 43 областных протокола по заболеваниям, не стандартизированным на федеральном уровне. Стандартизация медицинских услуг на Дону требует дополнительных финансовых вложений на исполнение полного тарифа оплаты медпомощи и дополнительную закупку оборудования для отделений кардиологии, травматологии, онкологии и акушерства.

Модернизация здравоохранения начинает свой отсчет в России с 2011 года. Ростовская область по показателям здоровья населения и оснащенности лечебных учреждений готова выполнять задачи модернизации, направленные на формирование инновационной модели оказания медицинской помощи. При этом требуется полное понимание и взаимодействие органов исполнительной власти всех уровней. Стратегия развития здравоохранения подразумевает объединение усилий всех ветвей власти и бюджетов всех уровней, а также программно-целевой подход. Это, по мнению министра Татьяны Быковской, сыграет ключевую роль в предстоящей модернизации донской медицины: распределение средств по госзаказу как по регионам, так и внутри субъекта, и даже внутри лечебного учреждения, будет целевым, индивидуальным – кто больше готов, тот больше и получит.



- **Будь грамотным пациентом!**
- **Знай свои права и умей их защищать!**
- **Медицинские страховые компании всегда на твоей стороне!**

100+
ФАРМАЦЕВТИКА



спец
раздел

ПРАВО ПАЦИЕНТА

болевые точки здравоохранения

Когда вас лечат «на дому...»

➔ **Медицинская общественность едино во мнении, что услуги «врачей на дому» опасны. Но в стремлении медиков «уйти в тень» виновато не только желание подзаработать, но и неудовлетворительная система лицензирования медицинских услуг.**

«**П**ри оказании любых медуслуг на дому риски для пациентов растут многократно, – считает президент Общества специалистов доказательной медицины Алексей Бобрик. – Могут отсутствовать минимальные гигиенические условия, условия стерильности, до несоответствия квалификационным требованиям к специалисту».

Никогда нельзя гарантировать контроль работы оборудования, медицинских приборов, если они используются на дому». Многие просто будут зависеть от честности врача, считает Алексей Бобрик, «хотя технически он, возможно, и может выполнить услугу». Однако сами медики считают, что виновато в таком положении дел не только стремление медиков к заработкам.

ЛИЦЕНЗИЯ
«НА КАЖДЫЙ ЧИХ»

«При нынешней усложненной системе лицензирования государство все сделало, чтобы оказание медуслуг уходило в тень, – говорит председатель правления НП «Содействие объединению частных медицинских центров и клиник» Сергей Мисюлин, – я, конечно, не говорю про прямую «уголовщину», но нелегально на дому может предложить оказать услугу не только частный врач,

но и сотрудник государственного лечебно-профилактического учреждения...».

К примеру, косметолог вполне может купить материалы для пилинга, эпиляции и контурной пластики у клиники, имеющей лицензию, и принять клиента дома. Чтобы этого не было, необходимо упрощение в получении лицензий, выдача лицензий врачу, а не ЛПУ, врач должен стать субъектом права, а «у нас вся система лицензирования повернута с ног на голову», говорит С.Мисюлин.

Частной клинике, если она многопрофильная, к примеру, сейчас нужно около десятка разных лицензий: на амбулаторную помощь, на стационарную, на аптеку, на лабораторию, на работу с наркотическими веществами, с сильнодействующими веществами, если в клинике будут оказывать высоко-технологичную медпомощь – еще она лицензия.

«На каждый «чих» нужна отдельная лицензия! – удивляется С.Мисюлин. – Сейчас если есть лицензия на работу абдоминального хирурга, то, чтобы он мог удалить родинку, потребуются отдельные лицензии. Этой весной, когда Минздравсоцразвития выделил как новую специальность пластическую хирургию, всем специалистам, причем не только начинающим, а и всем работающим, было предложено пройти пере-

обучение за кругленькую сумму. В 150 видах работ и услуг они сами не могут разобраться. Я вижу в этом только коррупционные мотивы». Мисюлин полагает, что в системе допуска в медицинские специальности слишком значимы «карательные меры». Однако полная отмена лицензирования обра-

ЛЕЧИЛИ ШЕЮ,
А СДЕЛАЛИ ИНВАЛИДОМ

Татьяна Голикова предложила с марта 2011 г. совсем «отменить лицензирования по целому ряду направлений, которые сейчас существуют в Росздравнадзоре и заменить обязательное лицензирование на декларирование», то есть произвести перевод с разрешительной системы на уведомительную.

«В системе лицензирования медицинских услуг и ее улучшения пока еще много неясностей. Лицензия нужна и конкретному врачу, если он работает частным порядком, но она нужна и ЛПУ, – считает президент Лиги защиты прав пациентов Александр Саверский. – Мне часто все равно, какой врач окажет помощь, если я прихожу за медицинской помощью в конкретное ЛПУ. А в том варианте, который обсуждается сейчас, и будет предлагать с 2011 г. отмену лицензирования, я вижу еще

больше опасностей и рисков. Если сейчас у ЛПУ есть боязнь отзыва лицензий, то что останется для гарантии качества услуг, если лицензирования не будет вовсе?»

Если говорить о частной медицине, то больше всего жалоб на некачественные услуги в сферах стоматологии и косметологии, как полагает А.Саверский. «В стоматологии участились случаи использования незарегистрированных методик. В области косметологии в Москве известен случай, когда, обещав провести диагностику на шейных позвонках, врач, не имевший никакой лицензии и работавший полуподпольно, повредил пациентке нервные корешки, сделал ее инвалидом I группы. Женщина не может ходить. Но пока действия прокуратуры крайне пассивны», – рассказал юрист.

Если пациент допускает медицинскую услугу на дому, он должен оценивать многократно растущие риски: нет никакой возможности проверить содеянное, никаких документальных следов, хотя бы в виде договоров аренды помещения, предупреждает А.Саверский.

В заключение заметим, что, в случае, если все же манипуляции надомного врача принесли ухудшение состояния здоровья, даже в условиях несовершенства существующей системы лицензирования, все же ответственность лицо, причинившее вред, нести будет, например, не по причине отсутствия лицензии, а из-за того, что имело место, скажем, нарушение правил безопасности...

медицинское право

В России разработана Декларация о правах пациента

В России разработана Декларация о правах пациента. Документ фиксирует ответственность врачей за свои ошибки, а также вводит пациентов в число субъектов, участвующих в выделении бюджетных средств на здравоохранение. Правда, силы полноценного законодательного акта у Декларации пока не будет.

«Отсутствие внятной концепции развития здравоохранения, фрагментарность лекарственной политики, безудержное нарастание платности в бюджетных и муниципальных учреждениях, подготовленный закон об обязательном медстраховании (в варианте, который еще больше ухудшит права пациента) – все это свидетельства легализации всех негативных тенденций за последние 15 лет», – пояснил президент Лиги защиты прав пациентов Александр Саверский. Пациентские организации хотели бы, чтобы ведомства начали с ними от-

крытый и откровенный разговор об их правах.

В настоящее время Хартии прав пациентов приняты в таких странах, как: Франция, Испания, Ирландия, Малайзия, Южная Африка, Португалия, Германия, Словакия, Австрия, Германия (в последнем случае – даже две хартии – прав пациентов и прав людей, нуждающихся в помощи и уходе). Страны, принявшие законы о правах пациентов на основе Европейской Хартии – это: Финляндия, Дания, Нидерланды, Израиль, Исландия, Литва, Норвегия, Венгрия, Дания, Грузия, Франция, Бельгия, Румыния, Кипр.

Основных гражданских прав в Европейской хартии, касающихся прав пациентов, насчитывается около двух десятков. Базовые отражены в аналогичных хартиях других стран. Это:

- право на доступность медицинской помощи;
- право на информацию;

медстрахование

Ваши права как застрахованного

Права пациента, в том числе застрахованного по ОМС, на получение бесплатной медицинской помощи определены Основами законодательства России об охране здоровья граждан и Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и являются едиными для всей территории РФ.

В соответствии с этими документами, при обращении за медпомощью в лечебно-профилактические учреждения, работающие в системе ОМС, пациент имеет право на:

- получение медицинской помощи, объем, виды и сроки предоставления которой определены условиями Московской городской программы ОМС;
- получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- проведение консилиума и консультации иных специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении;
- возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью при оказании медпомощи.

- право на свободу выбора лечения;
- право на частную жизнь и конфиденциальность;
- право на уважение времени пациента;
- право на соблюдение стандартов качества;
- право на безопасность;
- право на избежание не неизбежной боли и страданий;
- право на жалобы/претензии;
- право на возмещение ущерба;
- право на деятельность по представлению интересов пациентов;
- право на участие в формировании политики в сфере здоровья.

В соответствии с международными хартиями, государство не может нарушать права никаких групп пациентов и обязано защищать особо уязвимые группы (например, психически больных). Если бюджет не в состоянии обеспечить медпомощь всем и сразу, во многих странах применяются, как и в РФ, **листы ожидания**. Но в хартиях указан конкретный предельный срок ожидания. К примеру, в Швеции этот срок ограничен двумя месяцами, после этого государство обязано предоставить такую помощь в другом учреждении и оплатить проезд для лечения.



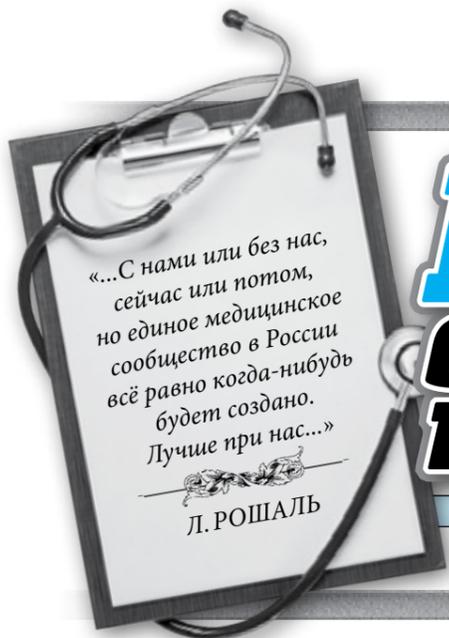
МАКС-М

ВНИМАНИЮ ПАЦИЕНТОВ!

Вам поможет советом круглосуточный консультативно-диспетчерский центр (КДЦ) Ростовского филиала медицинской страховой компании «МАКС-М»

бесплатный телефон 8-800-555-00-03
городской телефон 8 (863) 227-04-81
эл. почта: maksmkdc@aaanet.ru

Мы ждем Вас!



ВЕСТНИК врачебной палаты ЮФО

спецраздел газеты «Современное здравоохранение»

№ 1 // ОКТЯБРЬ-НОЯБРЬ // 2010



реплика

**Театр
начинается
с вешалки,
а поликлиника –
с бахил**

На первый взгляд, в этом году отечественное здравоохранение несколько вернуло себе закономерную роль общественно значимого института: многие сугубо врачебные проблемы поднялись до уровня политических. С другой стороны, эти же факты можно интерпретировать и в пессимистическом ключе: даже те вопросы, ответ на которые вообще-то находится быстро и автоматически зачастую приходится решать всем миром.



Взять, к примеру, такой простой вопрос, как право на бесплатную медицинскую помощь. Как известно всякому, посетившему государственное лечебное учреждение, вход туда нередко... платный, как в кино. А сумма определяется стоимостью... бахил – 5-6 рублей (их оптовая цена – менее рубля).

Но, если в Ростове-на-Дону, приобретение и ношение бахил уже вошло в привычный ритуал, то в некоторых регионах России люди оказались поупрямее – так, для ликвидации этой «инициативы» потребовались «тысячи жалоб и обращений» жителей города Кемерово, после которых закрепленные в конституции права граждан решила защитить прокуратура. И вот, в этом году, пациенты входили в поликлиники... нет, не в бесплатных бахилах, конечно, но в своей «грязной» обуви. Кстати, бесплатные бахилы, я встречал только в платных клиниках.



А в «бесплатных» – денег хватает, вероятно, только на томографы (между прочим, неиспользование именно этого дорогостоящего оборудования, поставленного по нацпроекту «Здоровье» в Московскую медицинскую академию, стало поводом, позволившим снять руководителя учреждения). Есть о чем призадуматься...

от первого лица

Лишь структурная реформа здравоохранения способна изменить отношение россиян к медицине

➔ Многие недовольны российским массовым здравоохранением, причина этого – низкое качество медицинских услуг, отсутствие системы саморегулирования профессиональной деятельности, – так считает директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, президент Национальной медицинской палаты **Леонид Рошалъ**.

В конце октября состоялся международный форум-семинар «Международный опыт работы саморегулируемых организаций в системе здравоохранения», который прошел в Сочи. В форуме, организованном Врачебной палатой ЮФО, приняли участие представители регионов Южного федерального округа, а также члены Федеральной врачебной палаты Германии: специалисты по самоуправлению, последипломному обучению, врачебной этике и другим направлениям деятельности.

Перед проведением форума Национальная медицинская палата опросила руководителей крупнейших международных медицинских ассоциаций, чтобы выяснить, как народы мира относятся к своему здравоохранению, и оказалось, что в большинстве стран 80 и более процентов населения довольны своим здравоохранением. А в России – менее 30%...

По мнению Л.Рошалъ, дело не только в недостаточности финансирования здравоохранения, хотя доля его в валовом продукте в два раза ниже по сравнению с другими странами, но и в низком качестве подготовки врачей, фельдшеров и медицинских сестер.

«За рубежом хороших врачей гораздо больше, чем в России, и разница между хорошим и плохим врачом там гораздо меньше. Связано это, прежде всего, с тем, что там введена система саморегулирования профессиональной деятельности», – пояснил Рошалъ.

Наша справка:

В России ввести систему полного саморегулирования мешает отсутствие соответствующего законодательства. Однако медицинская общественность уже поняла, насколько это необходимо, и удачный опыт профессиональных объединений есть. «Первой ласточкой» стал Южный Федеральный округ – там «Врачебная палата ЮФО» была создана еще в 2006 году. Позже подобная палата была создана в Калининграде, затем – в Смоленске и в других городах.



Он добавил, что именно общественные профессиональные организации, досконально знающие предмет, а не национальные министерства здравоохранения, занимаются различными аспектами медицинской деятельности: проводят аттестации и сертификации, разрабатывают и контролируют стандарты, протоколы лечения и клинические рекомендации. Они сами организуют систему последипломной подготовки – причем не один раз в пять лет, как в России, а ежегодно.

– Каждый врач обязан в течение года набрать определенное количество баллов, побывав на разных обучающих семинарах и конференциях. В некоторых странах врачам за это даже платят – например, в Англии – по 200 фунтов десять раз в течение года, – рассказал Рошалъ.

Кроме того, отметил он, общественные объединения занимаются защитой прав медицинских работников, третейскими судами, страхованием профессиональной



Мнение...

«Палата ЮФО стала одним из учредителей Национальной медицинской палаты России, созданной 19 апреля этого года, президентом которой я являюсь. В нее вошли профессиональные общероссийские медицинские ассоциации и общества, медицинские региональные ассоциации, и палаты, врачи частной практики и ведомственной медицины», – напомнил Л.Рошалъ.

ответственности и другими вопросами, касающимися специальности. Что касается министерств здравоохранения – они осуществляют общее стратегическое руководство.

«Изобретать велосипед», по мнению Рошалъ, не нужно: на первых порах можно опереться на опыт зарубежных коллег. К примеру, Федеральная врачебная палата Германии существует уже 130 лет, и все направления ее деятельности отработаны до мелочей. Но действовать, чтобы повысить качество отечественного здравоохранения, необходимо.

– Основным лозунгом национальной палаты является защита пациента от некачественного лечения и врачебных ошибок, и одновременно – защита медиков от необоснованных угроз судебных разбирательств и финансовых потерь. Для нас важен, прежде всего, пациент. Мы живем для того, чтобы пациент был доволен, – подчеркнул Л.Рошалъ.

событие

НЕ ВОПРЕКИ МИНЗДРАВУ, А ВМЕСТЕ С НИМ!

В начале октября в Москве прошла первая Всероссийская конференция по вопросам саморегулирования профессиональной медицинской деятельности, организованная Национальной медицинской палатой и Профсоюзом работников здравоохранения РФ. По этому поводу Медицинская палата распространила обращение своего президента Леонида Рошалъ к медицинскому сообществу, в котором он рассказал о недостатках отечественного здравоохранения и направлениях деятельности палаты.

Интересно, что в своем обращении Рошалъ назвал структуру российского здравоохранения лучшей в мире, однако отметил, что профессиональная подготовка медработников, последипломное образование и контроль качества медицинских услуг нуждаются в принципиальном совершенствовании.

Он указал и на то, что в отсутствие саморегулирования медицинского сообщества путем создания профессиональных ассоциаций, палат и т.п. «легко быть плохим врачом», поскольку вдобавок к неудовлетворительным условиям жизни и работы, а также недостаточному материально-техническому обеспечению отсутствует внутренний контроль этики и квалификации специалистов со стороны коллег.

Функции такого контроля образования и аттестации, по словам Рошалъ, намерена взять на себя созданная Национальная медицинская палата. Также планируется, что она будет инициировать и контролировать разработку стандартов, протоколов и методических рекомендаций для врачей в соответствии с принципами доказательной медицины. Кроме того, палата намерена контролировать качество медпомощи, разработав системы защиты пациентов от врачебных ошибок и защиты врачей от необоснованных претензий путем проведения независимой профессиональной экспертизы.

Рошалъ подчеркнул, что Медицинская палата в своей деятельности не противопоставляет себя Минздраву, а пытается «разделить ответственность с исполнительной властью по небольшой, но очень важной части ... деятельности», каковой является поддержание профессионального уровня врачей, защиты их интересов и контроля качества медицинских услуг. Но для этого палате необходимо передать ряд государственных полномочий.

medportal.ru



точка зрения

Частная и государственная медицина: ИТОГИ двух десятилетий существования

По материалам выступления Президента Первой общероссийской ассоциации врачей частной практики А.В.Каменева на Всероссийском форуме руководителей учреждений системы здравоохранения



➤ Развитие частной медицины в России на каждом этапе сопровождалось различными проблемами и сложностями. Рынок медицинских услуг зародился в СССР в конце 1980-х годов с появлением первых медицинских кооперативов. В 1993 году вступили в силу «Основы законодательства РФ» «Об охране здоровья граждан», в которых здравоохранение разделялось на государственную, муниципальную и частную подсистемы. Так впервые была законодательно закреплена возможность получения медицинской помощи за счет личных средств граждан.

Частная система здравоохранения и декларация ее государственной поддержки была отражена и в Конституции Российской Федерации, принятой на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г. В этом же году был принят Закон «Об обязательном медицинском страховании», имеющий рыночный характер. Именно с этого момента можно вести отсчет становления рыночных отношений в здравоохранении.

Немного истории

Либерализация законодательства в 1990-х позволила развиваться частным медицинским организациям, постепенно формируя конкурентную среду и рыночные стереотипы поведения граждан. В этот период рынок медицинских услуг развивается стихийно, практически без участия государства.

13 января 1996 г. вступило в силу Постановление Правительства №27, регламентирующее оказание платных медицинских услуг государственными и муниципальными ЛПУ. Оно привело к бурному росту коммерциализации государственной медицины. В это же время стали очевидны и серьезные недостатки в регулировании частной медицинской практики, а именно:

- законодательная дискриминация положений в отношении частных медицинских организаций;
- демпинг цен со стороны государственных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ);
- торговля очередями;
- различное отношение к людям с разным уровнем дохода.

В этот период произошла также консолидация наиболее активных участников рынка. Так в 1997-1999 гг. в различных регионах стали появляться общественные организации частнопрактикующих врачей,

а в 2001 году проходит учредительный съезд Первой общероссийской ассоциации врачей частной практики.

С 2001 по 2005 годы, руководство страны начало уделять много внимания развитию рынка медицинских услуг. В 2004 году Государственная Дума провела слушания по законопроекту о врачебном самоуправлении, Администрация Президента собрала экспертов для изучения вопроса изменения организационно-правовых форм государственных и муниципальных ЛПУ.

Нацпроект и его итоги

В сентябре 2005 года начал реализовываться приоритетный национальный проект «Здоровье».

Финансирование проекта составляло: в 2006 году – 78,98 млрд руб., в 2007-2009 годы – 346,3 млрд руб., на 2009-2011 годы запланировано выделение 420,9 млрд руб. Этот проект имел целью насыщение отечественного здравоохранения материальными ресурсами и повышение уровня доступности и качества медицинской помощи. Но отчасти произошло то, о чем предупреждали многие: объем платных услуг возрос, доступность «бесплатной» медицинской помощи снизилась, а качество ее... не изменилось. Насыщение системы оборудованием привело к росту цен на медицинские услуги. Фактически, были созданы условия для монопольного управления рынком медицинских услуг. Противоречие между объемами финансирования и эффективностью проекта свидетельствовало о необходимости формирования целостной концепции развития здравоохранения.

В конце 2007 года началась разработка действительно важного документа – Концепции развития здравоохранения до 2020 года. В эту работу были вовлечены сот-

ни организаций и тысячи врачей, приславших свои предложения и замечания в Минздрав России. В этот период состоялись десятки общественных слушаний, круглых столов и конференций. Ассоциации частных медиков тоже активно включились в этот процесс.

В мае 2008 года появился на свет первый вариант концепции, куда вошли практически все прогрессивные идеи по реформированию здравоохранения. Однако, этот вариант достаточно быстро исчез с официального сайта, а на его место поместили иной, ориентированный на доминирующую роль государства в здравоохранении.

Эффективная Концепция-2020 так и не была принята...

Огосударствление здравоохранения

Вертикаль госуправления, не укрепленная сетью горизонтальных связей в лице общественных и саморегулируемых организаций переставала быть устойчивой. Двадцатипроцентный ежегодный прирост объемов рынка медицинских услуг инициировал принятие мер по управлению и монополизации этого рынка.

Основными механизмами государственного управления рынком медицинских услуг можно считать:

■ Федеральный закон Российской Федерации от 8 мая 2010 г. №83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

■ Федеральный закон Российской Федерации от 12 апреля 2010 г. №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

■ Проект Федерального закона (от 25 мая 2010 г.) «Об обязательном медицинском страховании».

■ Проект Федерального закона от 2 сентября 2010 г. «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами».

■ Проект Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» 2010 г.

■ ■ ■
Проект Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» должен был по замыслу разработчиков заменить Основы законодательства «Об охране здоровья граждан Российской Федерации». Тем самым, законодательный уровень регулирования жизненно важной отрасли –

Наша справка

По экспертным оценкам, суммарная выручка ЛПУ в 2009 году составила 391 млрд. руб., официальные данные Госкомстата имеются только за 2008 год – 190 млрд.руб. для сравнения, из системы ОМС, во все ЛПУ России, в 2009 году поступило 491,5 млрд. рублей.

здравоохранения – понижается с уровня «Основ», регламентирующего собственно законодательный процесс, до уровня «Федерального закона», имеющего прямое действие. Подобный шаг приводит к тому, что дальнейшее развитие законодательного поля в здравоохранении не будет определяться основополагающим документом. Появляется некоторая опасность манипулирования законодательным процессом со стороны госчиновников. В 1993 году разработчики Основ законодательства об охране здоровья граждан заложили базис широкого охвата полем регулирования в здравоохранении, основы законодательства изначально предполагали, что из каждой их статьи со временем должен сформироваться отдельный федеральный закон, которые рано или поздно привели бы к кодификации (формированию Кодекса законов об охране здоровья граждан). Теперь этот путь развития законодательства очевидно закрывается.

По уровню юридической проработки проект Федерального закона «Об охране здоровья граждан» значительно уступает уровню действующих Основ Законодательства «Об охране здоровья граждан», в которых наиболее полно отражен спектр необходимого и достаточного законодательного регулирования, а не управления.

Все эти изменения направлены на формирование управляемого рынка: они усиливают вертикаль власти в здравоохранении. Рынок не может управляться, он должен регулироваться собственными законами (закон цены, закон спроса и предложения, закон конкуренции). Мы можем уверенно прогнозировать неэффективность такой модернизации, основная направленность которой заключается в стремлении монополизировать рынок медицинских услуг и создать возможно новую государственную корпорацию – этакую ГК «Здравоохранение».

Не рынок должен приспособиться к управлению, а наоборот – управление – к рынку, который регулируется с помощью общественных и саморегулируемых организаций, а вовсе не управляется структурами власти.

В мире не существует идеальной модели рынка медицинских услуг, ориентируясь на которую можно было бы построить корректную и социально справедливую модель данного рынка в России. Но существуют и общие закономерности развития медицинского рынка, которые необходимо учитывать при планировании любого обновления системы, опираясь на экспертное мнение представителей профессиональных ассоциаций.

Главные выводы

1. Необходимо пересмотреть подход к монополизации рынка медицинских услуг со стороны государства и минимизировать его участие в рыночных отношениях.
2. Необходимо создать буфер из общественных и саморегулируемых организаций, которые помогут органам государственной власти улучшить здравоохранение в интересах людей, а не чиновников.

страхование

Законопроект об обязательном медицинском страховании готов ко второму чтению

В проекте определен правовой статус всех субъектов обязательного медицинского страхования, а также механизм их взаимодействия. Предусмотрено право застрахованного лица выбирать и менять страховую медицинскую организацию. Одновременно исключается право работодателя и органов государственной власти субъектов федерации на выбор страховых компаний.

В соответствии с законопроектом пациент сможет выбирать медицинскую организацию и врача, получать медицинскую помощь в любой медицинской организации, работающей в системе ОМС.

В случае принятия закона все застрахованные лица будут иметь страховой полис единого образца, не требующий замены при смене страховой медицинской организации и действующий на всей территории России.

Тарифы на оплату медицинской помощи будут едиными для всех страховых медицинских организаций, оплачивающих медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в одной медицинской организации.

Как сообщила О.Г.Борзова, к проекту поступило 586 поправок, подготовленных депутатами Госдумы, членами Совета Федерации, Правительством, органами законодательной власти субъектов федерации. По итогам заседания Комитета одобрены 52 из них. Депутаты также рассмотреть поправки к законопроекту «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Из 36 предложенных поправок 13 Комитет рекомендовал Госдуме принять, 23 – отклонить.

Как пояснил первый зампреда Комитета по охране здоровья Николай Герасименко, поправки уточняют полномочия Федерального и территориальных фондов ОМС.

– Часть одобренных поправок касается централизации финансирования. В 2010 году 1,1 процента страховых взносов идет в Федеральный фонд ОМС, 2 процента сохраняются в территориальных фондах. С 2011 года в Федеральный фонд будет добавлено еще 2 процента, а с 2012 года все отчисления на ОМС – 5,1 процента страховых взносов – будут полностью централизованы в Федеральном фонде, который будет выдавать субвенции территориальным фондам для оказания помощи застрахованным, – пояснил Н.Герасименко. – То есть впервые произойдет выравнивание объемов средств, передаваемых регионам на оказание медпомощи.



В России, по данным Федеральной службы государственной статистики, в структуре младенческой смертности заболеваний органов дыхания стоят на третьем месте, из них 74,3% составляют пневмонии. В мировой практике уже выработан комплекс мер по профилактике заболевания – это гигиена и вакцинация, так как пневмония может протекать не только как самостоятельное заболевание, но и как осложнение пневмококковой инфекции. Вакцина против пневмококковой инфекции широко используется в развитых странах и уже спасает жизни миллионов детей каждый год.

Медицина. Общество. Человек

инновационное здравоохранение

<< Окончание. Начало на стр. 1

На кардиоцентр Областной клинической больницы возложено право лечения кардиохирургических больных из других регионов Юга России. В 2009 году в кардиоцентре было выполнено более трех тысяч операций.

Для участия в программе «От Сердца к Сердцу» Ростовский центр прошел отборочное тестирование. С 1989 года программа Альянса была реализована в отделении детской кардиохирургии в Санкт-Петербурге и Самаре. В прошлом году в проект вступили Томск и Ростов-на-Дону.

Врачебная профессия сегодня – одна из наиболее динамично развивающихся. Медицина не имеет административных и политических границ – специалисты со всего мира по крупицам собирают врачебный опыт. Однако, большое значение имеет материальный фактор: технологиям и методикам должны соответствовать технические условия. К чести области, оборудование в Ростовском кардиоцентре соответствует мировым стандартам. Большое значение в современном лечении имеет командный подход: скоординированность действий всего персонала. Такой мастер-класс ростовским специалистам демонстрируют коллеги-американцы. Их бригада из 14 человек включает не только кардиологов и кардиохирургов, но и анестезиолога, реаниматолога, перфузиолога, реанимационных и операционных сестер. Бригада

Сердцу ребенка МОЖНО ПОМОЧЬ



ростовских докторов состоит из 18 специалистов под руководством Александра Дюжикова. Известный ростовский кардиохирург Александр Кислицкий, Анатолий Филоненко, кардиолог Лариса Живова, реаниматолог Дмитрий Бомбин, УЗИ-специалист Наталья

Можяева и их не менее одаренные коллеги принимают участие во втором этапе миссии Альянса. Итоги первого этапа оценили и русские и американские доктора. В прошлом октябре было проведено семь показательных операций у детей с ВПС. Используя наработки

Наша справка:

Международный Медицинский Альянс «От Сердца к Сердцу» (Heart to Heart International Children's Medical Alliance) Окленд, штат Калифорния, США. Это американская некоммерческая благотворительная организация, работа которой основана на труде волонтеров – докторов и медицинского персонала. Медики-волонтеры во время своих отпусков реализуют программы в России – проводят операции, обмениваются опытом и делятся последними достижениями в области кардиологии, кардиохирургии и послеоперационном уходе со своими российскими коллегами. Исполнительный директор Международного детского Альянса «От Сердца к Сердцу» – Джоэи Эверетт (Josie Everett).

международного альянса, донские кардиохирурги в течение года провели 109 операций, причем 70 из них – детям до года.

Первые месяцы жизни ребенка – наиболее сложный период для сердечно-сосудистой хирургии. Но, выбрав правильно время и тактику, можно добиться большой эффективности в лечении. Как говорят кардиохирурги, операция на сердце с искусственным крово-

обращением 4-5-килограммовому ребенку сродни по сложности и риску выходу в открытое космическое пространство. Поэтому здесь важно все – от подготовленности иммунитета ребенка, квалификации и слаженности действий врачебной бригады до аппаратуры и лекарств.

«Жизнь ребенка стоит того, чтобы учиться постоянно», – подчеркивает профессор А.Дюжиков.

даты и вехи

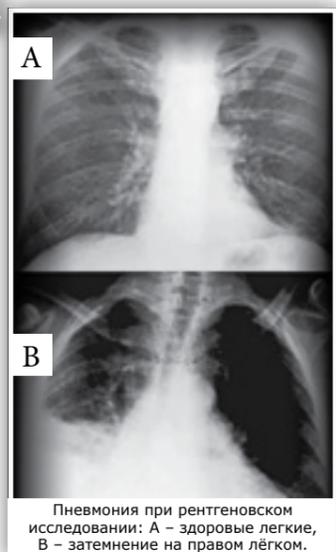
12 ноября – Всемирный день борьбы с пневмонией

Всемирный день борьбы с пневмонией занесен в календарь официальных дат в апреле 2009 года. Глобальная коалиция против пневмонии призывает всех людей мира в этот день надеть голубые джинсы, чтобы продемонстрировать свою озабоченность здоровьем двух миллионов детей в возрасте от 2 до 5 лет, которые ежегодно умирают от пневмонии. Всемирный день борьбы с пневмонией проводится при поддержке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ).

Мировая статистика неутешительна: каждые 15 секунд от пневмонии умирает один ребенок, в месяц это составляет 5 тыс. 500 жизней, а в год – два миллиона. 98% детей, умирающих от заболевания, проживают в развивающихся странах.

В этом же направлении движется и Россия – 22 октября Госдума приняла в первом чтении правительственный законопроект, включающий в Национальный календарь профилактических прививок прививку против гемофильной инфекции, вызывающей пневмонию. Согласно данным Минздравсоцразвития РФ, заболеваемость пневмонией, обусловленной возбудителем гемофильной инфекции,

составляет в России не менее 150 на 100 тысяч детей в возрасте до 5 лет, или около 10 тысяч случаев в год. Включенные прививки против гемофильной инфекции в Национальный календарь профилактических прививок позволят ежегодно предотвращать заболевания тяжелыми пневмониями и менингитами более чем у 11 тысяч детей и сохранить жизнь около тысячи детей. Но, пока вопросы вакцинации решаются на государственном уровне, российские мамы и папы вправе защитить своих малышей, обратившись в центры вакцинации, а 12 ноября принять активное участие в поддержке Дня борьбы с пневмонией, надев голубые джинсы. Голубой является цветом



Пневмония при рентгеновском исследовании: А – здоровые легкие, В – затемнение на правом лёгком.

официального флага Глобальной коалиции против пневмонии, а джинсы есть в каждой стране, у человека любого достатка. Таким образом для участия в общемировой акции нужна только добрая воля каждого из нас.

В этот день более 40 политических, общественных организаций из таких стран, как США Китай, Индия, Танзания, Бангладеш, Камерун и другие, присоединятся к Глобальной Коалиции по борьбе с пневмонией и проведут тематические мероприятия.

По данным ami-tass

новое в здравоохранении

Долой лицензирование?

С 2013 года в России предлагается отменить лицензирование медицинских услуг и аптек, сообщила заместитель министра экономического развития РФ Анна Попова. Для клиник вместо лицензий будет введено декларирование, для врачей, возможно, появятся лицензии.

«С 2013 года будет отменено лицензирование медицинских услуг и фармацевтической деятельности, речь идет только об аптеках, фармпроизводства будут, как и сейчас, получать лицензии», – отметила Попова, уточнив, что это предложение Минздравсоцразвития. «В этих отраслях будет уведомительный порядок открытия бизнеса», – добавила замминистра. Обсуждается также введение института СРО, но какие именно документы будут регулировать деятельность СРО и когда эти документы появятся, не известно.

По словам замминистра, тема СРО с Минздравсоцразвития не обсуждалась, а декларирование будет в строгом соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, которые утверждаются приказами Минздравсоцразвития. За их соблюдением будет следить уполномоченный контролирующий орган, который при необходимости сможет и закрывать клиники, так что потребитель от замены лицензирования на декларирование не пострадает, уверена она.

Исполнительный директор Российской ассоциации аптечных сетей Нелли Игнатьева подтвердила, что такой вопрос в ближайшее время будет рассматриваться, но «...станет ли открывать новые аптеки легче, пока не ясно: не известно, каким будет новый порядок», – цитирует Игнатьеву газета «Ведомости». – Однако у нас есть опасения, что после отмены лицензирования количество некачественных препаратов может вырасти».



Медицинское образование

Из 1788 вузов России РостГМУ входит в первую сотню, из 89 вузов здравоохранения и спорта – в первую десятку, а из 38 вузов Ростова-на-Дону – в тройку лидеров образовательных рейтингов. По данным рейтинга Минобрнауки РФ, в 2010 г. РостГМУ вошел в перечень 45 наиболее популярных вузов страны. По данным общественной организации «Статэксперт», в 2010 году РостГМУ был признан лучшим высшим медицинским образовательным учреждением ЮФО; он одержал победу в номинации «Знак качества».



старейшие медицинские вузы Юга России

80 лет... И ВСЯ ЖИЗНЬ...

О Ростовском государственном медицинском университете

Много важных и правильных слов сказано о существующих проблемах в региональном здравоохранении, но незаслуженно мало уделяется внимания самой истории медицинского дела, истоках медицинских знаний, специальном образовании. Донская высшая медицинская школа известна далеко за пределами нашей страны, и ее авангард – Ростовский государственный медицинский университет – по-прежнему каждый год раскрывает свои двери для тех, кто решил выбрать своей жизненной стезей беззаветное служение Человеку...

1 октября Ростовский государственный медицинский университет отметил свое 80-летие. Сегодня РостГМУ это 11 факультетов, 91 кафедра. В 2001 году был организован факультет довузовского образования. Медицинский колледж ежегодно выпускает 200 специалистов. В 2005 г. – открыты стоматологический и фармацевтический факультеты. В 2008 г. – Учебный военный центр. Обучение в РостГМУ ведется по пяти основным образовательным программам высшего профессионального образования, по специальностям с присвоением квалификации «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология», «Фармация», а также ВСО – по специальностям «Сестринское дело» и «Управление сестринской деятельностью». Ежегодно университет выпускает более 800 молодых специалистов. Контингент студентов – это более 5 000 человек. РостГМУ располагает 20 учебными корпусами, тремя научными центрами и шестью научно-учебно-производственными комплексами, библиотекой (уникальный фонд научной и учебной литературы по медицине – свыше 750000 единиц хранения), шестью лабораториями, спортивно-оздоровительным комплексом.

Послевузовское профессиональное образование осуществляется в интернатуре по 25 специальностям, в ординатуре – по 47 специальностям, в аспирантуре – по 40 специальностям. Проводится дополнительное профессиональное образование по профилю основных профессиональных

образовательных программ вуза: профессиональная переподготовка руководящих работников и специалистов производится по 80 специальностям.

КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

Кадровый потенциал преподавателей университета – 893 человека, из них 139 – доктора наук (15,6%) и 417 – кандидаты наук (46,7%). Общий процент преподавателей, имеющих ученую степень, – 62,3%. Образовательный процесс обеспечивают 671 штатный преподаватель и 222 совместителя. В университете работают академик РАМН и РАН, член-корреспондент РАМН, девять заслуженных деятелей науки РФ, десять заслуженных работников высшей школы РФ, три заслуженных изобретателя РФ, один заслуженный работник физической культуры РФ, 27 заслуженных врачей РФ. Нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» награждены 49 человек. 22 сотрудника университета являются главными внештатными специалистами МЗ РО, восемь – главными специалистами Минздрава РФ по ЮФО.

КЛИНИКА РостГМУ

Клиника университета располагает 860 койками, включает 20 специализированных стационарных отделений. Пациент имеет возможность получить помощь в условиях стационара и консультативной поликлиники. Ежедневно в консультативной поликлинике РостГМУ проводится около 280 приемов специалистов по 32 специальностям. В рамках

научные достижения ученых мединститута

- 1917 г. – Н.И.Штуцер независимо от Шмитца (в Германии) выделил возбудителя дизентерии, названного позднее шигеллой Штуцера-Шмитца.
- 1919 г. – впервые в России профессором Н.А.Богоразом произведена уникальная реконструктивная операция на конечности с сохраненной возможностью приживления укороченной ноги.
- 1925 г. – впервые на Северном Кавказе была организована нейрохирургическая операционная.
- 1926 г. – проведена успешная пересадка щитовидной железы.
- 1930 г. – Н.И.Напалков впервые в мире с успехом произвел аутопластический остеосинтез лонных костей при разрыве синдесмоза.
- 1936 г. – Н.А.Богораз впервые в мире пластически воссоздал функционирующий орган – разработал операцию полного пластического восстановления мужского полового члена с помощью филатовского лоскута на хрящевой основе.
- 1937 г. – вышла в свет монография Г.П.Руднева «Клиника чумы» – одна из уникальных в мировой литературе – удостоена премии Минздрава СССР.
- 1941 г. – Н.А.Гордиенко впервые в мире сформулировал гипотезу о рефлекторном механизме действия антигенов на организм.
- 1942 г. – З.В.Ермольева получила первые образцы отечественного пенициллина, стрептомицина, его получен и внедрен антибиотик животного происхождения экомлин; в 1959 году – интерферон, в 1970 году – кристаллический лизоцим.
- 1946 г. – Б.Я.Эльберт совместно с Н.Я.Гайским удостоены Государственной премии СССР за разработку в 1930-е годы живой туляремийной вакцины.
- 1947 г. – профессор П.А.Соколов одним из первых описал три основных типа кровоснабжения сердца и предложил оригинальную рентгеноконтрастную массу для выявления венечных артерий сердца.
- 1950 г. – научный труд Н.А.Богораз «Восстановительная хирургия» удостоен Государственной премии СССР.
- 1957 г. – профессором П.П.Коваленко создана в институте одна из первых в стране лабораторий по заготовке и консервированию тканей.
- 1964 г. – по инициативе профессора П. М. Шорлуяна организована первая на Юге России лаборатория «Искусственная почка».
- 1975 г. – Н.Н.Каркищенко удостоен звания лауреата премии Ленинского комсомола за монографию «Фармакология системной деятельности мозга».
- 1981 г. – профессор Е.П.Москаленко создала бесклеточную коклюшную вакцину.
- 1993 г. – вышла в свет монография профессора И.С.Держановой «Опухоли диффузной эндокринной системы – карциномы» признана лучшей работой по патологической анатомии в России и награждена премией РАМН им. академика А.И.Абрикосова.
- 2006 г. – профессор М.И.Коган и профессор И.А.Абоян удостоены премии «Призвание», присуждаемой лучшим врачам России, в номинации «За создание нового направления в медицине».
- 2006 г. – профессор В. В. Соколов удостоен диплома премии В.Н.Тонкова Президиума РАМН за лучшую научную работу по нормальной анатомии – монографию «Сравнительная морфология клапанов сердца».

государственного задания высокотехнологическую помощь по 14 профилям и видам (в соответствии со стандартами ВТМП) ежегодно получают более 2000 пациентов. За последние пять лет в клинике прошли лечение 52000 больных, выполнено около 21000 оперативных вмешательств, преимущественно сложных, высокотехнологических. Ежегодно квалифицированную консультативную помощь получает более 120000 пациентов региона. Специализированную медицинскую помощь населению Юга России и других регионов страны оказывают сотрудники созданных на базе университета современных высокотехнологических центров хирургии, терапии, морфологии и генетики, лучевой диагностики, а также НИИ клинической иммунологии, НИИ урологии и нефрологии.

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Плодотворное научное сотрудничество ведется с Высшим медицинским институтом г.Плевена (Болгария), медицинским факультетом университета г.Глазго (Великобритания), медицинским факультетом университета Южной Алабамы (г.Мобил, США), университетами Рочестера и Иллинойса (США), Голландским научным центром по применению и внедрению информационных методов лечения, институтом СПИДа Гарвардского университета (США), медицинским факультетом Кельнского университета (Германия). Сотрудники РостГМУ являются участниками 28 международных многоцентровых исследований. Сотрудничество в области иммунологии и аллергологии с Федерацией обществ клинической иммунологии FOCIS (США), в области травматологии и ортопедии ведется с Исследовательской экспертной группой по стандартизации и тактике послеоперационного ведения больных после эндопро-

Из истории РГМУ

В 1882 году на пожертвования жителей Ростова-на-Дону был выстроен комплекс зданий, в которых разместились одна из самых крупных и оснащенных на Юге России. Именно эта больница стала клиническим «плацдармом» для перевода в Ростов-на-Дону в августе 1915 г. Варшавского университета.

Основные вехи истории:

- 10 ноября 1915 г. – начало учебного процесса на медицинском факультете университета;
- 1915 г. – открытие первого Медицинского общества на Дону;
- январь 1916 г. – избрание профессора И. Ф. Пожарского деканом медицинского факультета университета;
- июль 1916 г. – решение Городской думы об учреждении Ростовского городского женского медицинского института на базе Николаевской больницы, избрание профессора А.А.Колосова директором института;
- 21 ноября 1916 г. – торжественное открытие Ростовского городского женского медицинского института;
- 5 мая 1917 г. – постановление Временного правительства об учреждении Донского университета в г. Ростове-на-Дону;
- 14 марта 1920 г. – объединение женского медицинского института с медицинским факультетом Донского университета;
- 1920 г. – первый в истории Ростова-на-Дону выпуск 295 врачей.

В различные периоды истории вуз назывался по-разному: «Донской университет» (1917), «Северо-Кавказский государственный университет» (1925), «Ростовский медицинский институт» (1930), «Ростовский ордена Дружбы народов медицинский институт» (1980-1994), «Ростовский Государственный медицинский университет» (1994 и по настоящее время).

тезирования коленных суставов (США). В области инфекционных болезней – с Международным обществом инфекционных болезней (ISID, Brukline, USA) в формате глобальной электронной программы по мониторингу инфекционных болезней (ProMED-mail). Реализация проекта ВОЗ «Грипп H5N1: эпидемическая готовность и ответные действия в Российской Федерации», участие в Европейской программе «Global Prevalence study of Infections in Urology», работа по изучению эпидемиологии факторов риска в популяции в рамках международной программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI).

Подготовила М.Ахвердиева

УВАЖАЕМЫЕ ЧИТАТЕЛИ!

Подробную информацию о методах диагностики и лечения глаукомы вы можете получить в межрайонных глаукомных кабинетах, которые открыты в шести городах области: Волгодонск, Таганрог, Шахтах, Б. Калитве, Миллерово, Сальске.

Все кабинеты оснащены оборудованием, позволяющим поставить правильный диагноз и выявить глаукому на ранних стадиях.

Все пациенты области с подозрением на глаукому направляются на комплексное обследование в эти кабинеты или в Областной глаукомный центр при ОКДЦ г. Ростова-на-Дону (на ул. Пушкинской).