



ДЛЯ ЧЛЕНОВ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ ГАЗЕТА БЕСПЛАТНАЯ

Итоги совместного заседания
Координационного совета
по здравоохранению
Межрегиональной ассоциации
экономического взаимодействия субъектов
Российской Федерации
«Сибирское соглашение»
и Ассоциации «Медицинская палата
Сибирского федерального округа

Стр. 2-3

В НОМЕРЕ

Правовой конфликт.
Можно ли его избежать?

Стр. 5

Сорок лет по одной дорожке
(интервью с акушером-
гинекологом
высшей категории ГБУЗ
«Городская клиническая
больница № 1»
В.Н. Бубликовой

Стр. 6

ГУБЕРНАТОР НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ ВЛАДИМИР ГОРОДЕЦКИЙ ВРУЧИЛ ОРДЕН ДРУЖБЫ АЛЕКСАНДРУ КАРАСЬКОВУ

Почётная награда Орден Дружбы была вручена Александру Караськову, директору Новосибирского научно-исследовательского института патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина. «В прошлом году ННИИПК было выполнено практически 17 000 операций, мы пролечили порядка 20 000 пациентов. В последние 5 лет работы Институт стал лидером в области высокотехнологической медицины. Была снижена в десятки раз летальность, результаты нашей деятельности видны всем земля-

кам», – отметил в благодарственной речи Александр Караськов.

Профессор Караськов обратил внимание на то, что награда – это внимание к тем людям, которые сутками работают над спасением: «Постоянно идёт бой за человеческую жизнь».

Губернатор Новосибирской области Владимир Городецкий подчеркнул высокую значимость оценки Президента: «Вы являетесь примером для ваших коллег, вносите большой вклад в развитие региона. Эти награды достойны гордости».



В ОРДЫНСКОМ РАЙОНЕ ОТКРЫЛСЯ НОВЫЙ ФАП

В начале марта губернатор Новосибирской области Владимир Городецкий открыл новый фельдшерско-акушерский пункт в Ордынском районе, построенный за счет средств областного бюджета, в поселке Шайдуровский. Объект представляет собой одноэтажное здание общей площадью 86,12 кв. м., в котором расположено 12 врачебных кабинетов и лабораторий. На средства регионального бюджета для медучреждения закуплены десятки единиц диагностического и реанимационного оборудования, инструментария и мебели общей стоимостью почти 1,7 млн рублей.

Владимир Городецкий ознакомился с работой медицинских и хозяйственных помещений ФАПа. На церемонии открытия он отметил, что одним из приоритетов регионального Правительства в сфере здравоохранения является развитие сети медицинских учреждений в сельской местности. В 2015 году за счет областного бюджета проведена реконструкция и строительство 21 объекта здравоохранения в 16 районах области, выполнен капитальный ремонт в 47 медицинских организациях, построено 16 фельдшерско-акушерских пунктов. Губернатор поручил профильным ведомствам региона рассмотреть возможность строительства в сельских районах фельдшерско-акушерских пунктов с жилой площадью для врачей.



«Задачу повысить доступность медицинской помощи в сельских территориях мы решаем через строительство вот таких фельдшерско-акушерских пунктов. Этот ФАП оборудован необходимым диагностическим оборудованием, инструментами, –

отметил Владимир Городецкий. – Я дал задание министерству здравоохранения проанализировать возможность применения модели ФАПов с жильем для медицинских работников».

СОВМЕСТНОЕ ЗАСЕДАНИЕ КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ «СИБИРСКОЕ СОГЛАШЕНИЕ» И АССОЦИАЦИИ «МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА»

11 марта в Новосибирске прошло совместное заседание Координационного совета по здравоохранению Межрегиональной ассоциации экономического взаимодействия субъектов Российской Федерации «Сибирское соглашение» и Ассоциации «Медицинская палата Сибирского федерального округа».

В его работе приняли участие: заместитель председателя комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ Сергей Борисович Дорофеев, директор департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении МЗ РФ Татьяна Владимировна Семенова, заместитель Председателя Федерального фонда ОМС Юрий Алексеевич Нечипоренко, руководители здравоохранения сибирских регионов, директора территориальных фондов обязательно медицинского страхования, руководители территориальных Врачебных Палат и Ассоциаций.

Повестка заседания включала два вопроса, которые сегодня вызывают наибольшее число откликов в медицинском сообществе – аккредитация лиц с высшим медицинским образованием и начавший действовать с января новый Перечень санкций, применяемым к медицинским организациям в системе ОМС.

Здравоохранение начинается с кадров

Свой доклад, посвященный проблеме кадрового обеспечения системы здравоохранения, директор департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении МЗ РФ Татьяна Владимировна Семенова, начала с анализа. Она выделила три наиболее острые проблемы. Первая – отсутствие эффективного управления кадрами и недостаточный уровень управленческих кадров в здравоохранении. Вторая – абсолютный дефицит кадров. Не хватает врачей, среднего медицинского персонала. Так дефицит врачебных кадров в амбулаторно-поликлиническом звене сегодня составляет 39-40 тысяч. Третья проблема – кадровый дисбаланс. Сельское население обеспечено медицинской помощью и медицинскими кадрами гораздо хуже, чем городское. В разных субъектах РФ обеспеченность врачами колеблется от 25 до 62 на 10 тысяч населения. При этом существует профицит кадров в стационарах и дефицит в поликлиническом звене. На уровне Правительства РФ принят комплекс мер, призванный решить кадровую проблему в здравоохранении. Он предусматривает совершенствование планирования при использовании кадровых ресурсов, совершенствование системы подготовки специалистов и расширение и формирования моральных и материальных стимулов медицинских работников на разных уровнях.

В каждом субъекте РФ приняты свои кадровые программы, учитывающие местные особенности.

Важной частью решения кадровой проблемы являются создание системы непрерывного медицинского образования и введение аккредитации медицинских работников, которая, по сути, становится допуском в профессию.

Учиться, учиться и учиться

С 1 января 2016 года здравоохранение перешло к системе непрерывного медицинского образования, напомнила врачам директор департамента Татьяна Владимировна Семенова. Это значит, что врач теперь не может ограничиться учебой на курсах повышения квалификации раз в пять лет, а должен будет накапливать свою образовательную активность в течение всего пятилетнего срока. Но система эта водится не сразу, а постепенно.

Так срок выдачи профессионального сертификата

для специалистов, которые его уже имели, пролонгируется в течение следующих пяти лет – до 2021 года. – Если у вас закончится сертификат специалиста, вы можете по традиционной схеме, через циклы повышения квалификации, получить свой последний в жизни сертификат специалиста, – рассказала Татьяна Владимировна. После этого врач должен включиться в систему непрерывного медицинского образования, которая предусматривает накопление образовательной активности в размере 50 часов в год (1 час в неделю). Из них 36 часов должны быть получены у традиционных поставщиков образования (вузы, НИИ, федеральные центры высоких технологий) по программам, которые специально для этого разрабатываются.

– Каждый врач может выбрать образовательную программу и повысить свою квалификацию сейчас, а не через пять лет. Раньше, к примеру, больница приобретала эндоскопическую стойку, врач обучался работе на ней, но ему никто не засчитывал краткосрочное повышение квалификации, и через пять лет ему приходилось снова учить методику, которую он уже освоил. Непрерывное образование – это формирование индивидуальной образовательной траектории, – отметила руководитель департамента.

Оставшиеся 14 часов – это та образовательная активность, которую доктор должен набрать сам путем посещения конференций, координационных советов, мастер-классов.

– Если вы посетили образовательный сегмент на конференции, мы можем зачесть сертификат в системе непрерывного образования в случае, если эта конференция прошла экспертный совет, – добавила она.

Также в эти 14 часов может быть включено изучение интерактивных образовательных модулей, которые соответствуют клиническим протоколам, порядкам оказания медицинской помощи. Сейчас их разрабатывает Минздрав России, позже информация будет размещена на портале www.nmorosminzdrav.ru, в который должен в течение пяти лет погрузиться каждый врач для того, чтобы сформировать свой индивидуальный образовательный план.

– Пока это неидеальный ресурс, он был рожден несколько месяцев назад, и сегодня находится в процессе наполнения, – резюмировала Татьяна Владимировна.

Аккредитация. Как это будет?

С 2016 г. специалисты медицинского и фармацевтического образования проходят процедуру аккредитации. Первичная аккредитация, которую будут проходить выпускники вуза и ординатуры в 2016, 2017, 2018 годах, включает три последовательных этапа. При этом непрохождение каждого предыдущего этапа отсекает участие в каждом последующем.

Первый этап представляет собой тестирование. Сегодня на сайте Министерства здравоохранения РФ размещен исчерпывающий перечень тестов, из которых автоматически и будет сгенерировано индивидуальное задание для выпускников. Данный тест будет проводиться в режиме онлайн и состоять из 60 вопросов. На выполнение задания даётся один час. Тест оценивается по следующей шкале оценок: сдал/ не сдал. Если экзаменуемый сдал тест, то он может приступать ко второму этапу экзамена. Второй этап для первичной (для выпускников медицинских вузов) и первичной специализированной аккредитации (для выпускников ординатуры) представляет собой клинический экзамен. На стандартизированных, симулированных пациентах, роботах третьего, четвертого класса реалистичности экзаменуемый должен продемонстрировать профессиональные компетенции.

– Соответствующие задачки и эталонные ответы к ним уже сформированы и прописаны, – сказала Татьяна Владимировна. – Этот экзамен можно либо сдать, либо не сдать.

Если данный этап пройден, экзаменуемый приступает к третьему этапу аккредитации. Он включает решение ситуационно-клинических кейсов, которые из общего банка формируются для конкретного выпускника. Решение данных задач тоже подразумевает эталонные ответы. Третий этап проходит в формате собеседования. Что касается аккредитационной комиссии, то её первый состав будет собран Министерством здравоохранения РФ по представлению территорий. Далее функцию формирования комиссии возьмёт на себя профессиональное сообщество. Именно оно будет решать, соответствует ли врач профессиональному стандарту той должности, на которую претендует. Без прохождения процедуры аккредитации заниматься профессиональной деятельностью будет невозможно.

Пока в комиссию в равных долях войдут представители вуза, работодателя и профессионального сообщества.

Повторная (периодическая) аккредитация будет иметь несколько иные подходы.

Как отметила Татьяна Владимировна, аккредитация будет инструментом, который позволит дать оценку качеству подготовки специалистов.

Одна методика для всех

О причинах разработки и принятия нового «Перечня санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» рассказал заместитель Председателя Федерального фонда ОМС Юрий Алексеевич Нечипоренко.

Он отметил, что в сфере ОМС сформирована система контроля соблюдения прав застрахованного на получение бесплатной медицинской помощи надлежащего качества во всех медицинских организациях, участвующих в реализации программы ОМС. Правила работы в системе ОМС утверждены приказом Федерального Фонда обязательного медицинского страхования. Они содержат в себе единый перечень оснований для применения всех санкций. Законодательно закреплен порядок обжалования результатов контрольных мероприятий.

– Эти нормативные документы позволяют максимально объективно осуществлять контроль. Что, в свою очередь, является основой для рационального использования средств в системе ОМС и обеспечения прав застрахованных, – подчеркнул Юрий Алексеевич.

Однако единых размеров штрафных санкций до настоящего времени не было. Каждый субъект РФ устанавливал размеры санкций самостоятельно. Это приводило к тому, что за одни и те же нарушения в разных субъектах РФ существовали совершенно несопоставимые размеры штрафов. Например, в Смоленской области в случае нарушения в части выбора медицинской организации или врача размер штрафа составлял 100% размера норматива финансовых затрат. В то же время в Ставропольском крае за это же нарушение штраф был установлен в размере 10%.

– При этом на территории РФ у нас принимается единая базовая программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, а при проведении экспертных мероприятий используются единые дефекты и нарушения в оказании медицинской помощи – добавил Юрий Алексеевич. – Таким образом, разработка и принятие единой методики по определению размеров штрафных санкций является частью

реализации поручения Президента РФ В.В. Путина по завершению перехода на страховые принципы с 1 января 2016 года.

Работа эта велась с 2014 года. За это время методика прошла большое количество обсуждений и претерпела ряд изменений.

Вначале предполагалось установить некие минимальные и максимальные размеры санкций. Также была предусмотрена возможность установления неких территориальных коэффициентов, чтобы учесть особенности конкретных медицинских организаций в конкретных субъектах. Однако, по мнению заместителя Председателя ФФОМС, это привело бы к тому, что не были бы сформированы рамочные правила, по которым бы определялись штрафные санкции.

При проведении этой работы были проанализированы размеры санкций и варианты их наложения на разных территориях. На основе этого анализа сформирован окончательный вариант методики. В ее основе лежат более жесткие наказания за нарушения в оказании медицинской помощи, приведшие к инвалидизации или к летальному исходу. В то же время в случае выявления дефектов, не повлиявших на состояние здоровья пациента, санкции, наоборот, сведены к минимуму.

Юрий Алексеевич отметил, что необходимо осуществлять постоянный и детальный мониторинг того, как эта методика работает, и как она влияет на деятельность медицинских организаций. Сейчас в Федеральном Фонде обязательного медицинского страхования прорабатывается механизм такого мониторинга. Он будет запущен в ближайшее время. Его итоги будут проанализированы, чтобы оценить результаты применения новой методики и при необходимости усовершенствовать ее.

Размер имеет значение

Серьезную критику в отношении нового «Перечня санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» высказал заместитель председателя Новосибирской областной ассоциации врачей, главный врач ГБУЗ «Городская поликлиника № 20» Игорь Викторович Воробьев.

В своем выступлении он напомнил, что Президент РФ В.В. Путин в ходе совещания с главами регионов в 2013 году подверг достаточно жесткой критике систему обязательного медицинского страхования. Он тогда отметил, что сама система ОМС пока не дотягивает до современного уровня, так и не став страховой в полном смысле этого слова. А программы по оказанию бесплатной помощи в России недофинансируются на сумму свыше 120 млрд. руб.

Счетная Палата РФ 4 декабря 2015 года сообщала о выявленных при плановой проверке множественных нарушениях в работе крупнейших страховых медицинских организаций. Страховые компании применяли к медицинским организациям санкции без должных оснований, что позволило им за два года получить из системы ОМС доходы свыше 50 млрд. руб. Однако, по мнению аудиторов, задачу защиты прав пациентов они не решили.

По закону «Об обязательном медицинском страховании» размер и порядок оплаты санкций устанавливаются договором, и должны быть включены в Тарифное соглашение в системе ОМС субъекта Федерации. То есть, фактически, установить размеры санкций было поручено сторонам, подписывающим Тарифное соглашение.

В Новосибирской области так и было – демократично, непросто (со спорами до хрипоты), но в духе поручений Президента. С начала 2016 года ситуация изменилась кардинально, так как Минздрав России установил формулы расчета размера санкций. Что что противоречит ч.8. ст.39 Федерального закона (о том, что это делается в договоре), а также лишает Комиссии по разработке территориальной программы в субъектах



Федерации возможности устанавливать эти размеры самостоятельно в Тарифном соглашении. Точно также теперь не имеет смысла предусматривать размеры санкций в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, поскольку произвести расчет размера конкретной санкции в соответствии с Правилами ОМС не составляет никакого труда ни страховой медицинской организации, которая применяет эти санкции, ни медицинской организации, к которой они применяются.

Далее Игорь Викторович привел конкретные примеры того, как изменилась ситуация на примере отдельно взятой поликлиники с введением новых санкций. Так в 2015 году штраф за «дробление случая, смены кода МЭС, отсутствие заявленного числа посещений» составлял 3% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год – 280,4 руб. В 2016 году штраф увеличился в 33 раза и составляет 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи, т.е. для НСО – 9 346,96 руб.

– Несложно подсчитать, что только по этому пункту мы отдали за 2-е полугодие чуть больше 18 тыс. руб., экстраполируя на новые расценки – мы бы отдали более 607 тыс. руб., – добавил Игорь Викторович.

Кроме того, размеры штрафов, рассчитанные в соответствии с утвержденной методикой, несоразмерны стоимости случаев оказания медицинской помощи.

Например, при тарифе осмотра на туберкулез в 257 руб. штраф превышает его в 36 раз! В то же время при применении данного нарушения по случаю оказания высокотехнологичной медицинской помощи доля штрафа от стоимости оказанной медицинской помощи значительно ниже (например, метод ВМП №34, стоимость 305 849 руб., доля штрафа составляет 3%).

– В гражданском, и в административном, и в уголовном праве существует правовой принцип соразмерности между санкциями и общественной опасностью правонарушения. Какую такую опасность несет неправильная кодировка случая лечения? Или неумышленное дробление случая лечения? В гражданско-правовых отношениях такие штрафы могут быть оспорены пострадавшей стороной и признаны в судебном порядке несоразмерными, даже если они установлены договором. Сами санкции (даже по названию) претерпевают изменения, ничем не обусловленные и только ухудшающие ситуацию. Например, раньше санкция называлась «Наличие признаков фальсификации медицинской документации с умышленным искажением сведений...». Сейчас «Наличие признаков искажения сведений, представленных в

медицинской документации (дописки, исправления, вклейки и т.д.). Почувствуйте разницу! Теперь не нужно доказывать умысел, достаточно найти дописку или вклейку – и штраф готов! Кто хоть один день работал врачом и оставлял запись в медицинском документе, знает, что это невозможно выполнить!!! – добавил Игорь Викторович.

По мнению заместителя председателя НОАВ, представляется целесообразным:

- полностью пересмотреть формулировку всех санкций, обсудить их с профессиональным сообществом и только потом утверждать и принимать в работу;
- пересмотреть методику расчета штрафов и соотносить размер штрафа и стоимость оказанной медицинской помощи, либо установить шкалу/коэффициент размеров штрафов в зависимости от вида медицинской помощи.

В заключение Игорь Викторович сказал: – Для любого руководителя вопросы финансового обеспечения деятельности организации являются крайне важными, но вопрос, который мы сегодня обсуждаем – о санкциях в системе ОМС – более важен не для врачей, но и, в первую очередь, для пациентов. Ведь от того, сколько средств останется в МО, будет зависеть качество их лечения.

Итоги

Подводя итог дискуссии, заместитель председателя комитета по охране здоровья ГД, ФС РФ, председатель НОАВ Сергей Борисович Дорофеев сказал: – Мы понимаем, что за этими нормативными актами стоят финансы, которые обеспечивают работу лечебного учреждения. А значит, в конечном итоге, обеспечивают уровень качества медицинской помощи. Наказывать за нарушения надо. Но это должно быть разумное наказание. Иначе у поликлиник и больниц просто не на что будет лечить пациентов. Сегодня там прописаны санкции за вещи, которые вообще никак не связаны с качеством лечения. За эти нарушения логичнее было назначать административные наказания. Радует то, что сегодня исполнительная власть, в том числе на федеральном уровне, активно прислушивается к мнению профессионального сообщества. И прошедшее мероприятие – лучшее тому свидетельство.

Участники совместного заседания Координационного совета по здравоохранению Межрегиональной ассоциации экономического взаимодействия субъектов Российской Федерации «Сибирское соглашение» и Ассоциации «Медицинская палата Сибирского федерального округа» решили обобщить все прозвучавшие предложения и направить их в адрес Министерства здравоохранения РФ и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования.



Сколько будет получать практикующий специалист, подписавший эффективный контракт? По сути, по заслугам и по справедливости. Дело за малым – необходимо преодолеть ряд системных барьеров, чтобы формат заработал в полную силу. О проблемах внедрения эффективного контракта порталу рассказал депутат Государственной Думы Федерального собрания РФ шестого созыва, зам. председателя Комитета ГД по охране здоровья, председатель НОАВ Сергей Дорофеев.

– Что значит эффективно работать? Больше, чем предусматривает одна ставка?

– В том-то и дело, что под эффективным контрактом подспудно понимают сделную оплату труда: то есть чем больше я буду работать, тем буду больше получать. Однако это не так. Эффективнее – значит результативнее. Можно оперировать пациентами и оперировать с последующими осложнениями и не раз, а можно сделать всё сразу с минимальными негативными последствиями для пациента. Можно лечить человека в больнице 20 дней, а можно, используя передовые технологии, добиться необходимого результата при тех же условиях протекания болезни за 10 дней. Например, эндоскопические операции. Это яркий пример эффективной медицинской технологии: результативно, малотравматично, для восстановления пациенту меньше времени, чем при обычной полостной операции.

Конечно, всё это относительно, потому что не всегда зависит от мастерства и квалификации врача. Но именно о последнем и идёт речь в эффективном контракте. Безусловно, для больницы эта эффективность будет стоить недёшево. Ведь использование новых медицинских технологий стоит дорого. Зато это результативно для пациента, для государства, и это и должно поощряться.

– Но разве работать больше не значит эффективно?

– Следует начать с того, что ввести только сделную оплату труда в систему здравоохранения невозможно. По сути, эту схему оплаты труда сегодня активно и используют. Врач, в силу нехватки специалистов в учреждении, работает на нескольких ставках. Сегодня это выход из сложившейся ситуации, но не из проблемы всей отрасли, когда речь идёт о качестве оказания медицинской помощи на уровне используемых технологий. Поэтому эту работу нельзя назвать эффективной. При высокой интенсивности работы врач устаёт, начинает делать ошибки. Вспомните все прецеденты, связанные с врачебной ошибкой. Они связаны, как правило, с тем, что специалист не доглядел, забыл, пропустил.

ЧТО ТАКОЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ?

Стратегически важным сегодня является эффективность работы врача. Но что понимать под эффективностью работы каждого конкретного учреждения, каждого конкретного отделения и каждого конкретного врача? Лечить больше больных?

У нас сейчас действует подушевое финансирование медучреждений, и, по идее, чем больше у специалистов на приёме больных, тем эффективнее работает специалист и тем больше денег он имеет право получать. Для экстренных служб это, наверное, работает. Но в больницах всё по-другому. А если в больницу никого не положили? Это означает, что данное медучреждение неэффективно работает? Нет. Значит, абсолютизировать понятие эффективности нельзя. Между тем эффективный контракт предполагает, что получать специалист должен за активное применение эффективных технологий. Источник изображения: "

– С эффективным контрактом медицинские работники будут получать больше?

– Каждому хочется, чтобы его труд был адекватно оплачен, чтобы его зарплата повышалась соразмерно выполняемому объёму работы и качеству её выполнения. Поэтому если мы говорим об этих ожиданиях медицинских работников, то они вправе на них рассчитывать. Президент чётко сказал, что заработная плата медицинских работников вырастет. Эффективный контракт как раз это и предполагает. Если эффективно работать, то сообразно с этой эффективностью будет расти и заработная плата. Безусловно, чтобы эффективный контракт как формат взаимодействия заработал, необходимо продумать критерии эффективности для каждой специальности, специалиста, учреждения. Эти критерии должны быть объективными и должны быть прописаны в контракте. Только в соответствии с ними (с достижением поставленных показателей) и должна начисляться заработная плата практикующего специалиста. Однако не только в этом дело. Для внедрения эффективного контракта отрасль должна иметь финансовые ресурсы.

– А что, их нет или на всех может не хватить?

– Надо признать честно, денег в системе ОМС недостаточно. ОМС – основной источник финансирования государственных медучреждений. С одной стороны, бюджет ФОМС не становится меньше, он, наоборот, становится даже больше. В номинальных значениях бюджет здравоохранения даже растёт. Но для стимулирующих выплат медицинским работникам должен быть выделен отдельный бюджет. Ведь при действующей сегодня системе подушевого финансирования все главные врачи знают свой фонд оплаты труда. И знают, что больше, чем положено, на оплату труда они не получают. И как внедрять эффективный контракт, если не сокращать своих работников?! Ведь дополнительные денежные вливания исключены, так как денег нет.

– Вы хотите сказать, что сокращение врачебных ставок – выход?

– Что касается количества людей, работающих в здравоохранении, то я не знаю, что там можно сократить. Сократить количество врачей невозможно. Их реально не хватает, как и медицинских сестёр. Можно, конечно, сократить количество неэффективно использованных средств в здравоохранении (эксплуатационные расходы, затраты на расходные материалы и не только), которые могли бы быть перераспределены на систему оплаты труда. Но для этой оптимизации потребуется время, чтобы отладить работу каждой отдельной больницы, поликлиники. Некоторые «новаторы» предлагают забрать стимулирующие выплаты у тех, кто неэффективно работает, и отдать их тем, кто эффективно работает. Кто-то будет

получать меньше, кто-то больше. Но, с моей точки зрения, это некорректно: забрать у кого-то, кто, по мнению кого-то, неэффективно работает, и отдать тому, кто, по мнению кого-то, работает более эффективно.

Поэтому сегодня руководители медучреждений сталкиваются с серьёзными трудностями при внедрении эффективного контракта, особенно если у них штат укомплектован на 100% или почти на 100%.

– В каких случаях тогда использование эффективного контракта даст результат?

– Сегодня эта форма трудового договора обязательна для всех. Безусловно, там, где специалистов не хватает, использование эффективного контракта более чем просто оправдано.

Но не только на эффективность нацелена эта форма трудового договора. В первую очередь, у медработника должна быть достойная заработная плата. Начинать следует с «несгораемого» оклада, который гарантируется человеку в любых ситуациях, даже когда он не смог достичь тех самых эффективных показателей. Сегодня к этому стремятся все руководители медучреждений, составляющие эффективные контракты со своими специалистами. И это правильно. Мы настроены на то, чтобы эта гарантированная часть зарплаты составляла 70% от тех средних зарплат, что называл президент. Оставшиеся 30% – стимулирующие выплаты, начисленные на основе показателей эффективной работы специалиста.

Хотя всё-таки без дополнительных финансовых вливаний, в моём понимании, не обойтись. Собственно, понятие эффективного контракта также подразумевает вливание дополнительной части средств. Больше как раз на эти 30%, чем заложено в бюджете на оплату труда.

– Для стимулирования медработников необходимо разработать критерии эффективности. Они уже разработаны? Кто должен их разрабатывать?

– У кого-то из медучреждений они уже есть, у кого-то их еще нет. Но они должны быть разработаны в каждом медицинском учреждении. У всех они могут быть разными. Конечно, с одной стороны, они должны быть стандартизированными для всех. Но, с другой стороны, для этого нужно, чтобы и оборудование, и используемые технологии, и компетенции врачей во всех медучреждениях были бы одинаковыми. Всё-таки, на мой взгляд, эффективный контракт следует вводить там, где он применим, исходя из возможностей бюджета медучреждения. Самое главное – необходимо утвердить теоретические предпосылки для его внедрения. Пока не будет установлена сумма, которую нельзя уменьшать при формировании окладной части медработника, пока её не будут удовлетворены все желания и требования медработников по повышению квалификации, чтобы они могли работать эффективно, внедрение эффективного контракта принесёт больше вреда, чем пользы.

Я считаю, что его повсеместное внедрение неправильно. Я бы его вводил там, где это необходимо. Но не везде подряд, а в качестве поощрения медучреждения, специалиста. Ведь выборочно у каждого главного врача найдутся сэкономленные средства, которые вместе с дополнительным финансированием можно направить на развитие конкретного направления в медучреждении.

Заключи эффективный контракт с определённым специалистом, вкладывайся точно – и будет совершенно другой результат. С этой точки зрения, эффективный контракт – отличная возможность вывести профессиональные компетенции специалиста и компетенции медучреждения на новый уровень, и его внедрение более эффективно.

Ирина Овдина (Sibmeda)

ПРАВОВОЙ КОНФЛИКТ. МОЖНО ЛИ ЕГО ИЗБЕЖАТЬ?

Наличие новых федеральных законов в сфере охраны здоровья граждан РФ еще более утвердило положение, в соответствии с которым медицина и профессиональная деятельность медицинских работников стали четко регламентироваться нормами права, в них значительно расширены права пациентов и конкретизирована ответственность медицинских работников за ненадлежащее (некачественное) оказание медицинской помощи (услуги). Не случайно, в настоящее время на первый план выходят такие аспекты работы медицинских организаций, как реализация прав пациентов на уважительное и гуманное отношение к больному, своевременное предоставление информации о состоянии здоровья больного, оказания медицинской помощи (услуги) с оформлением информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, обсуждение с больным тактики лечения, обследования, прогноза заболевания, конфиденциальности врачебной тайны, проведение разъяснительной работы с пациентами по планируемому результату лечения с целью предупреждения формирования синдрома «несбывшихся желаний» и др. Юридические конфликты с пациентами в медицинских организациях (далее МО) имеют высокую значимость, влияя как на репутацию, так и на экономическую деятельность МО. Каждое обращение (жалоба) пациента подлежит обязательной правовой оценке, так как конфликт желательно урегулировать во внесудебном порядке, удовлетворив требования пациента, в случае если они обоснованы, добровольно. Внесудебное разрешение спорных ситуаций в медицине предпочтительно, так как способствует быстрому достижению положительного результата в конфликте и не требует особых финансовых затрат для МО.

Руководителям МО для защиты медицинского персонала от претензий, необходимо повышать правовой и культурный уровень медицинского персонала (внешний вид, форма общения, доступность пациента в общении, знание правовой регламентации медицинской деятельности и т.д.). На общепольничных конференциях, собраниях трудовых коллективов, отделений проводить разбор случаев по нарушению норм профессиональной этики, формировать в коллективе доверительные отношения на всех уровнях между медицинским персоналом, пациентом, управленческим и обслуживающим персоналом, формировать терпимость к больному, умение формировать у больного веру в себя, правильное построение беседы с пациентом и т.д.

Вместе с тем, недостаточность информированности пациентов, которая часто имеет место в отношениях между врачом и пациентом, сочетается с высокой степенью их неудовлетворенности по оказанной медицинской помощи (услуги) и, как следствие, возникновением правового конфликта, нередко с последующей юридической ответственностью.

Существует 2 механизма разрешения правовых конфликтов в сфере охраны здоровья граждан РФ: внесудебный и судебный. Внесудебный механизм, в отличие от судебного, не имеет строгой регламентации и может быть осуществлен как без участия, так и с участием 3-ей стороны. В качестве 3-ей стороны чаще всего выступают ТФОМС, СМО, Росздравнадзор, Роспотребнадзор, министерство здравоохранения НСО и другие структуры, принимающие активное участие в вопросах защиты прав граждан в сфере охраны здоровья. Внесудебное разбирательство подразумевает попытку или стремление потерпевшей стороны удовлетворить свои требования без привлечения суда. Если потерпевшая сторона неудовлетворена ходом внесудебного разбирательства или не желает договариваться с ответчиком (МО) без участия суда, она может разрешить конфликт в судебном порядке. Право на судебную защиту, является одним из ключевых, предоставляемых Конституцией РФ. Субъектами юридического конфликта являются физические лица, либо юридические лица. По длительности правовые конфликты бывают кратковременные и долговременные. Ограничений в праве выбора способов защиты у пациента нет.

В настоящее время в практике судов общей юрисдик-

ции получили широкое распространение иски, возникающие из споров о качестве медицинских услуг, оказанных гражданам. По своей правовой природе эти иски по существу являются обычными исками, возникающими из споров о качестве оказанных услуг ст. 779 ГК РФ. Однако дела этой категории относятся к категории сложных, поскольку в процессе их рассмотрения перед судом неизбежно возникают вопросы, разрешения которых требует наличия специальных знаний в области медицины. При этом обычно ситуация в процессе рассмотрения дела складывается так, что специальными знаниями обладает ответчик по делу – соответствующая МО, в отличие от истца и суда. Это неизбежно порождает у суда известные трудности при рассмотрении данной категории дел, в частности, суду сложно определить обстоятельства, подлежащие доказыванию по такому делу, распределить между сторонами бремя доказывания таких обстоятельств, а также определить средства доказывания того или иного обстоятельства. При проведении обобщения судебной практики изучено 31 гражданское дело, рассмотренные судами 1-й инстанции г. Новосибирска и НСО за 2014-2015г.г. Из них 26 исков составили дела по искам потерпевших о возмещении вреда здоровью и компенсации морального вреда в связи с некачественным оказанием медпомощи (ОМС), в т.ч. 5 дел по искам родственников умерших пациентов о возмещении морального вреда.

Из изученных дел 28 дел окончено вынесением решения, 1 дело прекращено в связи с отказом истца от иска, по 2-м делам судом утверждены мировые соглашения. В апелляционном порядке обжаловано 19 решений, 15 оставлены судебной коллегией по гражданским делам Областного суда без изменения, 4 решения отменены и изменены. Определения апелляционной инстанции по представленным делам не отменялись. Из представленных на обобщение дел, в основном исковые требования истцов удовлетворялись судом 1-й инстанции, имели место и отказы суда в удовлетворении исковых требований по 11 делам. Однако, по всем делам, представленным на обобщение, где истцом помимо требований о компенсации морального вреда, заявлены и требования о возмещении вреда, причиненного здоровью, судом приняты решения об отказе в удовлетворении исковых требований в полном объеме.

Анализ сложившейся судебной практики в НСО высветил ряд проблем, в т.ч. в определениях суда по назначению судебно-медицинских экспертиз (далее СМЭ). Суды, назначая СМЭ, нарушают территориальный принцип проведения СМЭ (абз.8, ст.11 ФЗ №73 «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»). На необходимость соблюдения данного принципа указал Верховный суд РФ в абз.59 обзора судебной практики по применению законодательства, регулирующего назначение и проведение экспертизы по гражданским делам, утвержденного Президиумом Верховного суда РФ 14.12.2011г. Также при назначении СМЭ суды чаще всего ставят вопрос: имеется ли причинно-следственная связь между действиями персонала МО и наступившими неблагоприятными последствиями в состоянии пациента и т.д. Данные вопросы имеют правовой характер, между тем, согласно п.13 Постановления пленума Верховного суда РФ от 24.06.2008г. №11 «О подготовке гражданских дел к судебному разбирательству», недопустимо постановка перед экспертами вопросов правового характера при назначении СМЭ. Данная позиция подтверждена Верховным судом РФ в абз.54 обзора судебной практики по применению законодательства, регулирующего назначение и проведение экспертизы по гражданским делам, утвержденного Президиумом Верховного суда от 14.12.2011г., в котором прямо указано: «...недопустима постановка перед экспертами вопросов правового характера...» и т.д. Результаты судебных решений позволили ассоциации врачей НСО и медицинской общественности публично выразить тревогу по этому поводу и еще раз подчеркнуть все сложности и специфику оценки работы врача с точки зрения права. Особенность деятельности в сфере медицины заключается в том, что такие последствия лечения, как смертельный исход и другие

неблагоприятные последствия могут иметь место в результате непредотвратимости течения заболевания, т.е. закономерны. Это накладывает определенную трудность на юридическую квалификацию действий медицинского работника. Между тем, современные условия развития законодательства и медицинской науки требуют принципиально нового подхода к анализу теоретических и практических аспектов некачественного врачевания, что представляет собой острую медико-юридическую проблему, решение которой актуально, как для правового поля правосудия, так и практического здравоохранения.

При разрешении спора о качестве оказанной медицинской помощи (услуги) выяснению подлежит обстоятельство, имеющее юридический характер, а именно – соответствие оказанной медицинской помощи (услуги) требованиям качества. Разрешение данного вопроса в силу его правовой, а не научной природы не может входить в предмет судебно-медицинской экспертизы. Изменения в новом законодательстве в соответствии с ФЗ № 323 ст. 64, ч. 6 ст. 40 ФЗ № 326 определили цели и задачи нового вида экспертизы – экспертизы качества оказания медицинской помощи (далее ЭКМП), которая проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи (услуги). В том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Таким образом, в настоящее время действующим законодательством предусмотрен новый вид экспертизы, специально предназначенный для оценки качества оказания медицинской помощи (услуги), оказанной пациенту. ФЗ № 326 ч.7 ст.40, приказ ФФОМС №230 от 01.12.2010г. «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС», определили ЭКМП и правовой статус врача-специалиста эксперта качества медицинской помощи: экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи. Экспертом качества медицинской помощи является врач-специалист, имеющий высшее образование, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет, прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования и имеющий свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста. С учетом особо охраняемого характера правоотношений, связанных с охраной здоровья граждан, законодателем на уровне закона установлены гарантии качества оказания гражданам медицинской помощи (услуги). Так в частности согласно ст. 37 ФЗ № 323-ФЗ медицинская помощь (услуга) организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми МО, а также на основе стандартов медицинской помощи. Объективным доказательством соблюдения ответчиком требований к качеству оказания медицинской помощи (услуги) будет являться доказательство соблюдения им требований стандартов оказания медицинской помощи (услуги) при ее оказании истцу или потерпевшему.

Таким образом, анализ гражданских дел, связанных с медицинскими услугами, оказанных медицинскими организациями в рамках ОМС, рассмотренных судами Новосибирской области в 2014-2015 году, позволяет сделать вывод: суды уделяют недостаточное внимание подготовке дела к судебному разбирательству, допускают неполное исследование обстоятельств, имеющих юридическое значение для дела, не всегда правильное толкование действующего законодательства, что приводит к ошибочным выводам по существу спора.

Л.В. Канунникова, Председатель правовой комиссии НОАВ, Заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ НСО «Новосибирского областного госпиталя №2 ветеранов войн», зав. кафедрой медицинского права НГМУ.

СОРОК ЛЕТ ПО ОДНОЙ ДОРОЖКЕ



Единственное место работы акушера-гинеколога высшей категории Веры Николаевны Бубликовой – родильный дом Городской клинической больницы № 1. Она пришла сюда после окончания Новосибирского государственного медицинского института в 1976 году. И уже, как говорит сама, «ходит сорок лет по одной дорожке». О причинах такого постоянства, о своей работе и секретах профессии Вера Николаевна делится с читателями нашей газеты.

- Как Вы пришли в медицину и в акушерство?

- То, что буду врачом, я знала уже лет с пяти. Не поверите, но я обожала запах зеленки, я любила ходить в поликлинику. Мне там все нравилось. Поэтому после окончания школы о выборе профессии я не размышляла, подала документы в медицинский институт. Надо сказать, что у нас вообще класс такой особенный был – человек десять подали документы в мединститут. Мечта у меня была стать хирургом. Но не получилось. Я рано вышла замуж, а мой муж понимал, что медицина – это такая сфера, которая требует полной самоотдачи. И он мне сказал, что хирургом я не буду, потому что он меня тогда дома видеть не будет, так как буду в больнице пропадать. А поскольку акушерство и гинекология – это тоже хирургическая специальность, тот я решила пойти туда. Стала с 4 курса посещать кружок по акушерству и гинекологии. Его вел заведующий кафедрой Валерий Николаевич Кытманов. Потом субординатура, интернатура и распределение в родильный дом горбольницы. С тех пор я здесь работаю.

- А желания уйти в другое место не было?

- Нет. Я вообще не знаю других стационаров. И кружок наш на базе горбольницы работал, и субординатуру, и интернатуру я здесь же проходила. С благодарностью вспоминаю Веру Михайловну Фалугину, которая занималась нами в субординатуре. Здесь была кафедра, было много сотрудников института – доцент Валерий Николаевич Ершов, доцент Тарадайко Юрий Викторович.

Прекрасные врачи здесь работали. Желание было одно – научиться у них всему. Очень много с нами, молодыми врачами, занимались Наталья Михайловна Ким, Римма Алексеевна Заранкина. Это были врачи акушеры-гинекологи по призванию.

- Вы же очень быстро стали заведующей отделением?

- Да, через пять после окончания института стала заведовать отделением. Первые два года исполняла

обязанности, потому что прежний заведующий поступил в клиническую ординатуру, и думали, что он вернется. Но, он остался на кафедре акушерства и гинекологии, а я стала заведующей послеродовым отделением и проработала в этой должности 26 лет. У нас в клинике всегда было так, что заведующий отделением отвечает за все, что у него в отделении происходит. И неважно, в отпуске ты или на больничном. Поэтому часто приходилось и в выходные на работе быть – тяжелая больная или прием большой. Да мало ли какие ситуации могут быть. Так что мой муж ничего не выиграл от того, что я вместо хирургии пошла в акушерство. Но он быстро к этому привык. А я настолько полюбила акушерство, что если бы начать жизнь сначала, то только эту специальность бы выбрала.

- А что отличает акушерство от других специальностей?

- У нас всегда два пациента – мама и ребенок. Поэтому ответственность двойная. Я когда начинала работать, то неонатолог с нами не дежурил. Все необходимые лечебные мероприятия и оказание неотложной помощи новорожденным выполняли акушеры. И анестезиологов не было. У нас в роддоме всегда были сложные пациентки. Мы

- Наверное. Все акушеры, с которыми я когда-то начинала работать, долгожители. Может быть, это потому, что мы постоянно получаем заряд положительной энергии от наших пациентов. Я вот уже давно на пенсии, но мне даже страшно подумать, что я могу оторваться от своей работы, своего коллектива, своих пациентов.

- Вы многие годы возглавляли отделение. Были строгой заведующей?

- Это у персонала надо спрашивать. Я старалась быть и строгой, и справедливой. И у меня всегда хватало времени на моих сотрудников. Коллектив у нас всегда был прекрасный. Мы знали, у кого какие проблемы, чем надо помочь. И праздники вместе отмечали. Наше отделение много лет занимало по больнице первые места. Я очень долго возглавляла школу коммунистического труда. По сути, это школа передового опыта. Она была лучшая по области. Мы все время занимались с молодыми докторами. Очень многие прошли через эту школу, школу первой городской клинической больницы. А если ты прошел школу первой городской клинической больницы, то ты можешь работать в любом роддоме, потому что это стационар высокого

«В конце мая Вере Николаевне исполнится 65 лет. На Востоке говорят, что это возраст, когда «время серебрит голову снаружи, делая ее внутри «золотой». А я бы добавила, что у Веры Николаевны золотое сердце. Это врач-творец, настоящий профессионал. О ней благодарные пациентки рассказывают своим родным и близким. В нашей профессии нельзя без любви к людям, без сочувствия и сострадания. Всеми этими качествами обладает Вера Николаевна. Она готова прийти на помощь человеку, несмотря на его статус и социальное положение, просто из чуткости и по велению сердца».

**(Заместитель главного врача по лечебной работе
ГБУЗ «Городская клиническая больница № 1» А.Н.Дробинская).**

принимали рожениц с экстрагенитальной патологией, с пороками сердца, с сахарным диабетом со всего города и области. Потом стали дежурить неонатологи, потом появились анестезиологи, вначале с других отделений приехали, а потом вообще целое анестезиологическое отделение появилось с отделением специализированной акушерской реанимации. Раньше я как заведующая вела послеоперационных больных. Сейчас все пациенты после оперативного родоразрешения поступают в отделение интенсивной терапии, а потом уже переводятся в акушерское отделение.

Еще акушер должен быть милосердным и выдержанным. Женщины не всегда ведут себя адекватно в родах. Порой надо за ручку подержать, погладить. Иногда уметь и строгим быть. Бывает, наступает переломный момент в родах, когда женщина просто не может тужиться. Ей больно. Она себя очень жалеет и любит. А надо, чтобы она себя в руки взяла. Иногда может и прикрикнуть стоит. Но все трудности забываются, когда ребенок родился и кричит. Это такое непередаваемое ощущение!

- Сколько родов Вы приняли?

- Я подсчитала как-то, что я примерно у 8 тысяч женщин приняла роды, в том числе провела около 2 тысяч операций кесарева сечения.

- Говорят, что акушеры долго сохраняют молодость. Это так?

уровня, т.к. в родильный дом поступают женщины с тяжелой экстрагенитальной патологией. Наш родильный дом в составе крупной многопрофильной больницы, где каждое отделение оказывает специализированную и высокопрофессиональную медицинскую помощь: кардиологи, терапевты, неврологи, специалисты УЗИ и КТ диагностики и т.д. В круглосуточном режиме специалисты совместно с акушерами готовы к оказанию неотложной помощи беременным и роженицам с любой соматической патологией. Да, по современным требованиям в родильном доме недостаточно места, площадей. А кадровый состав здесь великолепный!

- В семье нашлись продолжатели Вашего дела?

- Да. Дочь у меня тоже стала акушером-гинекологом. Уже и внучка, хотя ей всего десять лет, на себя примеряет профессию врача. Правда говорит, что будет стоматологом.

- Чего бы Вы пожелали своим молодым коллегам?

- Любить свою работу и постоянно учиться. Никакой опыт и стаж не спасет, если каждый день не будешь пополнять свой багаж знаний. Без этого в нашей профессии нельзя. Акушерство всегда занимает передовые позиции, внедряются современные технологии, меняются протоколы лечения, применяются современные лекарственные препараты и т.д.

Марина Есикова

ВНЕСЕНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Приказ Минздрава России «О внесении изменения в Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №388п от 20 июня 2013 года» опубликован на официальном интернет-портале правовой информации 14 марта.

Согласно документу выездные бригады скорой медицинской помощи по своему профилю подразделяются на общепрофильные и специализированные. Специализированные подразделяются на бригады: анестезиологии-реанимации, в том числе педиатрические;

педиатрические, психиатрические, экстренные консультативные, авиамедицинские.

Время доезда до пациента выездной бригады скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова. В территориальных программах время доезда может быть обоснованно скорректировано с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей регионов.

Приказ вступает в силу с 1 июля 2016 года.

ВЫСОКАЯ РОЖДАЕМОСТЬ» НЕ ЗНАЧИТ «ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ»

С 10 по 12 марта в Новосибирске прошел III общероссийский научно-практический семинар «Репродуктивный потенциал России: Сибирские чтения».



В рамках мероприятия обсуждались такие темы, как важность прегравидарной подготовки, а также современная контрацепция и репродуктивное здоровье женщин. Одним из председателей семинара выступил заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН Виктор Евсеевич Радзинский. В ходе дискуссии специалисты отметили высокий рост рождаемости в городах Сибири, тем не менее, сделав акцент на том, что помимо желания завести ребенка будущие мамы должны понимать, как обеспечить его здоровое развитие еще до появления на свет.

По словам профессора Радзинского, демографическая ситуация в Сибири не может не радовать, но каждая женщина, которая хочет родить здорового малыша,

должна понимать, насколько важно подготовить организм к этому событию. В частности, речь зашла о дефиците фолатов, который в той или иной степени имеется у каждого второго человека в России. Дело в том, что нехватка именно этого витамина, фолиевой кислоты, может спровоцировать развитие дефектов нервной трубки плода, что в свою очередь ведет к появлению врожденных аномалий у ребенка.

В ходе мероприятия, гостями которого стали акушеры-гинекологи, педиатры и неонатологи, свои доклады представили: врач-гинеколог, д.м.н., профессор РУДН М.Б. Хамошина; профессор Ю.В. Максимова и другие. Во время семинара экспертами поднимались такие темы, как прегравидарная подготовка у пациенток с гормональными нарушениями, необходимость индивидуального подхода к каждой женщине, планирующей беременность, а также связь между нехваткой в организме витамина B9 (фолиевой кислоты) и развитием аномалий у плода во время беременности.

По словам профессора В.Е. Радзинского, доказано, что фолиевая кислота предотвращает целый ряд врожденных аномалий и способствует нормальному развитию нервной системы и других органов и систем у будущего ребенка, что обеспечивает здоровье будущего малыша. При дефиците фолатов, напротив, увеличивается вероятность возникновения дефектов нервной трубки, которая является, по сути, зачатком центральной нервной системы, и в результате сбоя у малыша развиваются такие недуги как расщепление позвоночника, волчья пасть, микроцефалия и другие. Именно поэтому ликвидация фолатного дефицита путем получения фолиевой кислоты необходима, и обладать полной информацией о ее уникальности должна каждая женщина, ведь восполнять нехватку фолиевой кислоты нужно не только во время беременности, но и до зачатия.

Сейчас, согласно Приложению № 5 к приказу N 572н Министерства здравоохранения «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», женщине нужно принимать фолиевую кислоту только после наступления беременности и не более 400 мкг в сутки. На самом деле при беременности потребность в



фолиевой кислоте и других веществах существенно возрастает, в связи с чем организму нужно в кратчайшие сроки восполнить эти потребности. И об этом следует позаботиться заранее – на этапе планирования беременности.

В ходе исследований было доказано, что должный уровень витамина B9 в организме женщины достигается в два раза быстрее при использовании 800 мкг фолиевой кислоты. Более того, начинать ее прием в сочетании с другими витаминами стоит заранее – как минимум за месяц до предполагаемого зачатия. В качестве примера был приведен витаминно-минеральный комплекс «Элевит Пронаталь», который содержит оптимальное количество фолиевой кислоты (800 мкг) и имеет обширную доказательную базу. В ходе двойного слепого плацебо-контролируемого исследования было доказано, что среди женщин, принимавших препарат и до, и во время беременности, риск возникновения дефектов нервной трубки уменьшился на 92%. Кроме этого значительно снизились риски развития пороков других органов и систем.

Кроме того, специалисты отметили, что основная проблема рождения в России детей с врожденными аномалиями развития – это недостаток информации у женщин, планирующих беременность. Поэтому главное, что в этой ситуации могут сделать современные врачи для женщины, которая хочет в будущем родить ребенка, – рассказать ей о том, как важно вовремя позаботиться о самых простых, но невероятно важных вещах, способствующих здоровому развитию малыша.

НОВОСИБИРСКИЕ УЧЁНЫЕ ПОЛУЧИЛИ ГРАНТ НА ИЗУЧЕНИЕ ПАНИЧЕСКИХ АТАК И ДЕПРЕССИИ

Научно-исследовательский институт физиологии и фундаментальной медицины СО РАН получил государственный грант на проведение поисково-научных исследований депрессии и панических атак. Для исследования институт набирает 40 добровольцев.

Предполагается, что исследование позволит обнаружить новые свойства и закономерности в

течении этих заболеваний, а также оценить эффективность различных методик лечения.

Для изучения панических атак используется широко применяемый в медицине метод ксенонотерапии. В поисково-научные исследования депрессии, помимо этого, включены светотерапия и транскраниальная магнитная стимуляция.

«Во время обследования пациенту показывают

различные изображения. Затем исследователи анализируют, какие зоны мозга реагируют на те или иные стимулы. Такое обследование длится три часа и позволяет выявить новые закономерности течения заболевания, а также отследить динамику состояния пациента с помощью процедуры МРТ.

СИБИРСКИЕ УЧЕНЫЕ ПРИДУМАЛИ МЕТОД БЫСТРОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЕПАТИТА

Ученые из Новосибирска разработали технологию быстрого определения гепатита, потенциально доступную поликлиникам и больницам. В ее основу лег кварцевый резонатор как сенсор, чувствительность которого позволяет регистрировать мельчайшие частицы, в том числе и одиночные вирусы.

Сотрудники Института физики полупроводников им. А. В. Ржанова СО РАН придумали метод, с помощью которого можно разделять бактерии разного типа и измерять силу их связи с поверхностью. В тот момент, когда от плоскости отрываются частицы, специалисты выделяют особый акустический сигнал, что, в свою очередь, помогает определять одиночные вирусы и фаги.

По словам доктора химических наук Федора

Дульцева, разработка позволит решать разнообразные задачи, требующие измерения силы связывания частицы с поверхностью. Ученые уже готовы задействовать новый способ для поиска и исследования гепатита и считают, что эффективность и результат будут не хуже, чем у самых дорогостоящих методик.

«Используя нашу разработку, можно не просто определить, есть ли в образце гепатит, но еще и изучать строение частицы, - приводит слова Дульцева «Наука в Сибири». - Оказалось, что этот вирус представляет собой структуру, состоящую из слабо связанных между собой частей. Когда он прикрепляется к поверхности, то затем не отрывается от нее полностью, а начинает разваливаться на куски. Это позволила увидеть наша технология».

Сейчас ученые совместно с компанией MBA Technology разрабатывают портативный прибор, с помощью которого можно было бы проводить экспресс-анализ и определять, есть ли вирус в изучаемом образце. Простая аппаратная часть и несложная подготовка образцов к анализу станут достоинствами будущего изделия, уверены разработчики. Уже в следующем году предполагается изготовление опытной партии устройства, после чего станет ясно, насколько доступной будет его стоимость. Вероятнее всего, сперва прибор будут использовать в лабораториях, но то, что он поступит в обычные поликлиники и больницы, тоже возможно.

Встреча выпускников лечебного факультета НГМИ 1976 года состоится 4 июня 2016 года в 15 часов в ресторане «Гринвич» (Красный проспект, 35).

В ВЕЛИКОБРИТАНИИ РАЗРАБОТАН ИБУПРОФЕНОВЫЙ ПЛАСТЫРЬ

Ученые из Университета Уорика и британской компании Medherant создали пластырь с ибупрофеном, который действует в течение 24 часов.

Разработчики считают, что пластырь произведет революцию на рынке средств для трансдермальной доставки лекарственных препаратов.

По словам исследователя из Университета Уорика Дэвида Хэддлтона, пластырь, сделанный из полимерной пленки, позволяет доставить в пять – десять раз больше препарата по сравнению с обезболивающими гелями и пластырями, доступными на рынке. В зависимости от дозировки, препарата хватает на шесть, 12 и 24 часа. 30% веса пластыря – активный ибупрофен. «Когда его наклеят на кожу как лейкоп-

ластырь, препарат будет активно всасываться через кожу пациента и снимать болевые ощущения так, как это сейчас делают гели и кремы. Мы можем контролировать дозировку, и препарат может устранять болевой синдром в течение более длительного периода», – заявил Хэддлтон.

Пластыри должны помочь пациентам избавиться от хронических болей в спине, невралгии и артрита. При этом устраняется риск передозировки обезболивающими средствами, предназначенными для приема внутрь. По словам разработчиков, при применении популярного геля Ибупрофен очень сложно контролировать дозировку, так как после нанесения гель можно просто случайно стереть.

Пластыри могут поступить в продажу в ближайшие три года. Известно, что Medherant сотрудничает с крупными фармкомпаниями, чтобы вывести пластырь на рынок, но о каких именно компаниях идет речь, неизвестно.

По словам Хэддлтона, в перспективе новая технология может помочь и в доставке других препаратов, например, опиоидных обезболивающих. «Важно иметь возможность расширить список лекарств, доступных для использования в пластырях, потому что сейчас мы ограничены списком из примерно 20 наименований, а лекарств – тысячи», – заявил Хэддлтон.

ЙОГА ПОМОЖЕТ БОЛЬНЫМ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Ученые из Каролинского института (Karolinska Institute) во главе с Марией Вальстрём (Maria Wahlström) нашли способ помочь больным приступообразной мерцательной аритмией. Их новая работа однозначно подтвердила пользу йоги на ранней стадии аритмии – причем не только для снижения уровня стресса, связанного с недомоганием, так и для нормализации кровяного давления и частоты сердцебиения.

Конкордия (Concordia University) выяснили, что у астматиков, уделяющих спорту не менее получаса в день, шансы избежать проявления симптомов заболевания в 2,5 раза выше, чем у тех, кто совсем не занимается спортом.

Для исследования команда Марии Вальстрём отобрала 80 человек, страдающих приступообразной мерцательной аритмией. Эти люди прошли

опрос, по которому исследователи могли сделать вывод о качестве жизни и душевном состоянии опрашиваемых. Также были измерены кровяное давление и частота сердцебиения пациентов. Далее ученые разделили больных на две группы.

В течение следующих 12 недель контрольная группа проходила обычную терапию. Люди из второй группы, кроме курса лечения, встречались один раз в неделю для занятий медитативной формой йоги. Мария Вальстрём предполагает, что некоторые из них, возможно, занимались также и дома. По окончании срока обе группы снова прошли обследование.

Результаты показали, что, несмотря на то, что в контрольную группу изначально отбирались пациенты с более высоким жизненным уровнем и более здоровой психикой, по указанным параметрам эта группа оказалась позади – занимавшиеся йогой

больные продемонстрировали серьезное улучшение. Кроме того, значительно снизились показатели частоты сердцебиения и систолического и диастолического давления членов регулярно медитировавшей группы. Некоторые больные, занимавшиеся йогой, говорили об улучшении качества жизни еще в процессе исследования.

Шведские ученые говорят, что йога может стать хорошим дополнением к стандартному лечению для больных с приступообразной мерцательной аритмией. Древняя индийская практика подходит для всех групп пациентов, включая пожилых людей – кто-то будет фокусироваться на медитации, кто-то – на асанах, любой человек сможет найти что-то подходящее для себя.

АМЕРИКАНСКИЕ УЧЁНЫЕ СОЗДАЛИ ВАКЦИНУ ОТ КУРЕНИЯ

Многие заядлые курильщики мечтают об избавлении от вредной привычки, однако распространённые методы борьбы с ней часто оказываются неэффективными. Работа над этой проблемой привела учёных к созданию нового средства – антитабачной вакцины.

О новой разработке исследователей рассказывает сайт hi-news.ru. В статье приводится статистика, согласно которой каждый 6 из 10 курильщиков думает о том, как бросить курить. Чаще всего для осуществления этой цели они прибегают к применению никотиносодержащих средств: пластырей, жевательных таблеток, ингаляторов. С их помощью в

организм попадают определённые дозы никотина, благодаря чему курильщик не страдает от «синдрома отмены» и защищается от ряда опасных веществ, содержащихся в сигаретном дыму.

Американские учёные из The Scripps Research Institute предложили альтернативу распространённой методике, создав вакцину от курения.

Её действие основано на стимулировании иммунной системы для выработки антител к никотиновым молекулам, поступающим в организм в процессе курения. Благодаря этому запускается некий защитный механизм, не позволяющий никотину преодолеть гематоэнцефалический барьер и достигать

центра удовольствия. По данным разработчиков, в случае образования максимального количества антител, участники эксперимента теряли тягу к курению на полгода.

Созданию вакцины предшествовали долгие годы исследований, и сейчас учёные усовершенствуют формулу своего препарата. К слову, этот институт – не единственный, кто работает над созданием подобного средства. Компания SelectaBioscience, основанная в России дочернее предприятие «Селекта Рус», также разрабатывает антитабачную вакцину. По плану, она появится на рынке в 2018 году.

