



В НОМЕРЕ:

**Обсуждение
федерального законопроекта
о здравоохранении:
диалог власти
и медицинского сообщества**

стр 2-4.

**Женщина,
которая учит
лечить:
юбилей академика
Л. Д. Сидоровой**

стр 5.

**Конспект практического
врача:
опыт применения
фитотерапии в лечении
костно-суставных
заболеваний**

стр 7.

Медицинские новости

стр 8.

Председатель Новосибирской областной ассоциации врачей

С.Б.Дорофеев принял участие во встрече В.В.Путина с победителями праймериз

14 сентября Владимир Путин встретился с победителями и активными участниками праймериз – предварительного голосования, на основании которого «Единая Россия» определяет кандидатов для участия в декабрьских выборах в Госдуму. В этой встрече принял участие председатель Новосибирской областной ассоциации врачей, вице-президент Национальной медицинской палаты Сергей Борисович Дорофеев.

Владимир Владимирович сказал, что «задача много: здесь и социальная сфера, сфера обороны и безопасности, это здравоохранение, образование, пресловутая сфера ЖКХ, транспорт и так далее, и тому подобное. И конечно, нам нужны специалисты в каждую из этих сфер, с тем чтобы с помощью принятия новых, современных эффективных законов мы могли бы создать условия для развития экономики и, что самое главное, устранения этих пресловутых административных барьеров, развития инициативы граждан по всем направлениям жизнедеятельности государства!».

В сфере охраны здоровья граждан Сергей Борисович Дорофеев и возглавляемая им Новосибирская областная ассоциация врачей основными проблемами, решение которых позволило бы значительно улучшить уровень жизни населения страны, считают следующие:

Во-первых, в существующей в настоящее время системе охраны здоровья граждан в Российской Федерации отсутствует система социально-экономической мотивации граждан по сохранению и укреплению своего здоровья. Нет такой мотивации и у работодателей, по сохранению и укреплению здоровья своих сотрудников.

НОВАВ предлагает нести в программу Общероссийского народного фронта задачу по разработке, внедрению и законодательному оформлению системы социально-экономической мотивации граждан по сохранению и укреплению своего здоровья и работодателей, по сохранению и укреплению здоровья своих сотрудников.

Во-вторых, действующая система дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан несовершенна. Нередки случаи, когда уполномоченная фармацевтическая организация (выигравшая конкурс на поставку лекарственных средств), не выполняет своих обязательств по своевременной их поставке. Бывают случаи, когда из-за несостоявшихся по объективным причинам конкурсов своевременное обеспечение лекарствами затягивается порой на 2-3 месяца. Все это вызывает справедливое недовольство пациентов и вынуждает тратить свои собственные средства на приобретение лекарств.

НОВАВ предлагает внести соответствующие изменения в законодательство Российской Федерации, по урегулированию данной ситуации, в том числе обеспечив механизм возврата пациенту денежных средств, потраченных на приобретение лекарств, при отсутствии данных препара-

тов у уполномоченной фарм.организации.

В-третьих, дальнейшее совершенствование системы охраны здоровья граждан, и здравоохранения в частности, невозможно без активного участия в этом процессе институтов гражданского общества, в том числе профессиональных медицинских (врачебных) объединений.

В настоящее время в Российской Федерации отсутствует стройная система профессиональной врачебной организации. Законодательно не определена роль независимого врачебного сообщества, задачи, степень их участия в решении задач, стоящих перед здравоохранением.

НОВАВ, как один из учредителей НМП, предлагает политически поддержать создание единого общероссийского (национального) объединения врачей на основе региональных отделений и личного членства.

Кроме того, в проекте федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» определить особый статус данного объединения – профессиональный, отличный от общественных организаций и иных некоммерческих организаций. Законодательно закрепить за этими объединениями определенные полномочия, связанные с профессиональной врачебной деятельностью (участие в разработке программ подготовки кадров, проведение проверочных испытаний врачей, с выдачей им сертификата специалиста, аттестация, аккредитация врачей, участие в разработке стандартов, утверждение клинических протоколов лечения, представление интересов врачебного сообщества в системе ОМС, и в органах власти и пр.)

В перспективе перейти к саморегулированию врачебной деятельности на основе специального федерального закона, предусмотрев обязательное членство врачей.

В-четвертых, кадровый дефицит врачей и медицинских сестер – основная и самая серьезная проблема современного здравоохранения.

НОВАВ предлагает разработать и утвердить федеральную целевую программу «Медицинские кадры», рассчитанную на 10 лет. При разработке данной программы обязательно привлечь медицинскую общественность.

В-пятых, нормы «нагрузки» у врачей (время приема на одного пациента) не менялись более 30 лет. Например, нормативное время приема врача-терапевта составляет 12 минут, хирурга – 8 мин., офтальмолога – 4 мин. и т.д.

НОВАВ предлагает сформулировать поручение Председателя Правительства РФ Министерству здравоохранения и социального развития РФ по разработке и утверждению новых норм нагрузки врачей с исполнением данного поручения в срок до 01.01.2012 года. Перед утверждением новых нормативов обязательно публично обсудить их с врачебным сообществом (например: на II Всероссийском Форуме).

Марина Есикова

АССОЦИАЦИЯ «МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА» ПОЛУЧИЛА ЮРИДИЧЕСКИЙ СТАТУС

Решение учредительной конференции, прошедшей в Новосибирске, о создании Ассоциации «Медицинская палата Сибирского федерального округа, получило юридическое подтверждение. 21 сентября 2011 года Ассоциация «Медицинская палата Сибирского федерального округа» внесена в Единый государственный реестр.

Напомним, что в Учредительной конференции приняли участие представители 11 сибирских регионов. Участники конференции единогласно поддержали предложение по созданию Ассоциации врачей Сибирского федерального округа, приняли Устав организации. Президентом Ассоциации избран Сергей Борисович Дорофеев. В Правление созданной Ассоциации вошли представители территорий-участников.

Основной целью Ассоциации является ориентация деятельности ее членов на достижение конечного результата – повышение качества

оказания медицинской помощи на территории Сибирского федерального округа, посредством введения системы саморегулирования профессиональной медицинской деятельности на принципах членства в медицинских объединениях, управления профессиональной деятельностью врачей, участия в подготовке и переподготовке медицинских кадров. А также обеспечения взаимодействия медицинской общественности, медицинских организаций и органов государственной власти на территории Сибирского федерального округа по вопросам организации здравоохранения.

P.S. С Уставом Ассоциации «Медицинская палата Сибирского Федерального округа» можно ознакомиться на сайте НОВАВ: www.noav.ru



ОБСУЖДЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНОПРОЕКТА О ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ДИАЛОГ ВЛАСТИ И МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА

В Москве прошли круглые столы по обсуждению Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» ко второму чтению. Инициатор обсуждения – Национальная медицинская Палата, которая организовала слушания в рамках Общероссийского народного фронта совместно с Государственной Думой РФ. Каждый из круглых столов продолжался более четырех часов. Всего было более 100 выступлений.

Что обсуждали на круглых столах

День первый

Темой первого заседания стали принципы **охраны здоровья и функции надзора и контроля в здравоохранении**.

Замглавы Минздравсоцразвития РФ **Вероника Скворцова** назвала преимущества законопроекта. «Заложены изменения по качеству медпомощи. С одной стороны, тема качества идет «красной линией» через весь закон. В понятийном аппарате есть отдельная статья «экспертиза качества, контроль и надзор». Специальная статья по контролю качества и безопасности», – заявила Скворцова. С помощью медицинского сообщества Министерство хотело бы предоставить гражданам необходимый минимум качественных медицинских услуг, продолжила замминистра. При этом следует добиться, чтобы необходимые медицинские стандарты не превышали минимальную сумму финансовых затрат. «В законе выстроена система, позволяющая полностью оценить стоимость для государства всей совокупности медицинских услуг, при этом задать минимальные стандарты качества. Опасность существует, если возникнет «двойная мораль», это, когда в стандарты начнем включать то, что государство не сможет обеспечить», – отметила В. Скворцова.

Среди присутствующих звучали и другие точки зрения на вопросы качества медицинской помощи, которое предусматривает законопроект. Однозначно позитивной доработкой новой версии закона является добавление в понятие качества представлений о доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Однако, председатель Комитета Независимой экспертизы Национальной Медицинской Палаты **Алексей Старченко** отметил непроработку самого определения. По его мнению, отсутствие понятия «надлежащее качество», критериев по которым оно определяется, является важнейшим недостатком закона. «Должен быть четкий понятийный аппарат. Необходимо определение в законе дефекта качества медицинской помощи. Тогда у экспертов, адвокатов не возникнет никаких вопросов», –

считает известный адвокат.

Известный кардиолог и организатор советского и российского здравоохранения, академик **Евгений Чазов** обратил внимание на необходимость равнодоступности медицинской помощи. «Не должно быть «хорошего» московского здравоохранения и «плохого» тувинского или какого-либо еще», – сказал он.

Наиболее дискуссионными стали темы **независимой экспертизы**. По этим вопросам мнения присутствующих разошлись кардинальным образом.

Евгений Чазов считает, что контроль за охраной здоровья, за качеством оказания медицинской помощи должно осуществлять государство: «Государство отвечает за здоровье, значит оно и должно вести контроль. Никаких там независимых экспертных комиссий не должно быть. Никакие частные, никакие общественные организации за это не отвечают».

Алексей Старченко занял абсолютно противоположную позицию и крайне резко высказался по вопросам того, как сейчас прописаны вопросы независимой экспертизы. Он отметил, что: «Существующее законодательство приводит к необъективности медэкспертиз, поскольку их результаты полностью подконтрольны местным властям и руководителям медицинских учреждений. Единственный способ разорвать сложившуюся практику – создание института независимой экспертизы». Старченко подчеркнул, что сейчас очень часто медицинское учреждение, на которое подана жалоба, выбирает конкретное лицо – «стрелочника», которого «просто сажают, и в этом случае, и врач, и сам пациент крайне заинтересованы в проведении именно независимой медицинской экспертизы. Независимая экспертиза может быть только при профессиональной ассоциации, когда это дело не будет совершенно связано ни с территорией, ни с конкретными лицами. Только тогда мы сможем обеспечить защиту и пациенту, и врачу» – считает Старченко.

Татьяна Савинова, представитель управления здравоохранения г. Екатеринбурга, также считает необходимым признание независимой экспертизы и напомнила о том, что вышедший закон о медиации предполагает такую работу в лице третейских судов.

В заключение первого круглого стола **Верника Скворцова**, говоря о независимой экспертизе, отметила, что соответствующая статья останется в законопроекте в том виде, в котором она присутствует сейчас по нескольким причинам. Во-первых, это отсутствие независимого медицинского сообщества и отсутствие персонифицированной ответственности врача. «Сейчас независимой экспертизой может быть и та, где нет экспертной медицинской организа-

ции. Пока у нас нет в настоящее время независимого медицинского сообщества, оторванного от системы здравоохранения. У нас каждый врач является ее частью. Потому что работает в этой системе. Более того, у нас нет и не закреплено право и ответственность каждого врача, ответственность лежит на медицинской организации» – считает замминистра.

Леонид Рошаль отметил, что в законе необходимо точно определить понятия доступность и качество медицинской помощи. А что касается независимой экспертизы, то она уже внесена в проект Закона в виде поправки. НПМ уже около года работает в этом направлении, развивая обезличенную экспертизу, которая гарантирует объективность оценок. «И пациенты и врачи иногда не знают где искать правду. Независимая экспертиза сегодня актуальна как никогда», – сказал доктор.

День второй

Темами второго круглого стола стали важнейшие вопросы здравоохранения – **стандарты оказания медицинской помощи, а также платность и бесплатность медицинских услуг для пациентов**.

Заместитель министра здравоохранения и социального развития **Верника Скворцова** обратила особое внимание на логику стандартизации. Она заключается в приведении медицинской помощи к единым для всей страны требованиям. «Все граждане, независимо от места проживания и нахождения, от социального состава и материального обеспечения, смогут получить одинаковые объемы медицинской помощи, заданные стандартом. Сами стандарты разрабатываются для определенных «моделей» состояния пациента, которые наиболее полно описывают необходимый уровень помощи: неосложненная, осложненная, с применением различных высоких технологий и так далее. При ограничении возможностей конкретного учреждения осуществить лечение по определенной модели, больной должен быть переведен в учреждение следующего уровня. Это – основа равнодоступности и равного качества медицинской помощи», – отметила Скворцова. Она также подчеркнула важность соответствия объемов стандартов объемам имеющихся у государства финансовых ресурсов на охрану здоровья.

Необходимость введения для всей страны стандартов отметили все присутствующие.

По мнению президента НМП **Леонида Рошалья**, они должны быть многоуровневыми и давать врачу возможность маневра. «Иначе мы оказываемся беспомощными перед прокурорами» – сказал он.

Мнения относительно **порядков**

оказания медицинской помощи разошлись.

Так, прозвучала точка зрения, что порядок должен отражать специфику региона. «Не может быть единый порядок, потому что этапы оказания помощи в регионах разные. Есть город, где существует один этап оказания помощи. Есть житель села, где будет несколько этапов оказания помощи. Поэтому здесь нужно дать субъектам возможность применить свою специфику для выполнения стандартов».

Начальник Управления контроля социальной сферы и торговли ФАС РФ **Тимофей Нижегородцев** считает, что порядки оказания медицинской помощи должны быть универсальными. «На всей территории страны должно обеспечиваться примерно одинаковое качество. Не должно быть разных порядков. Если мы с вами сделаем разные порядки оказания медицинской помощи на территории страны, то будем тем самым провоцировать отток населения с различных территорий».

Наиболее жаркую дискуссию вызвали вопросы платности и бесплатности оказания медицинских услуг. Яркий сторонник принципа бесплатности для населения медицинской помощи, президент «Лиги защиты пациентов» **Александр Саверский** обратил внимание на то, что норма платности противоречит Конституции РФ, а коммерциализация этой сферы может привести к необратимым последствиям для пациентов. «Медицинская помощь – особая сфера. Здесь работает страх человека перед болезнью, существует также асимметрия информации. Пациент никогда не будет обладать достаточно полным объемом информации для принятия правильных решений о том, правильно ли его лечат, правильно ли ему ставят диагноз. Представьте себе все это в условиях конкуренции. Из пациента будут беспощадно вытягивать деньги». Саверский призвал присутствующих представителей Министерства привести закон в соответствие с Конституцией РФ, а именно изложить статью 19 законопроекта аналогично Конституции в следующем варианте – «каждый имеет право на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях».

Алексей Каменев, президент «Первой общероссийской ассоциации врачей частной практики», поддерживая А.Саверского, предложил запретить государственным учреждениям предоставлять коммерческие услуги. Мотивируя такую точку зрения, он отметил, что один и тот же врач в государственной клинике вынужден работать по «двойным стандартам». «Как можно говорить о выполнении стандартов, о качестве при приеме платных и бесплатных больных. Нравственная позиция врача колеблется. Слева идут бесплат-

ОБСУЖДЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНОПРОЕКТА О ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ДИАЛОГ ВЛАСТИ И МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА

ные, им меньше внимания, а справа – платные, им нужно время уделить больше».

Владимир Гришин, аудитор Счетной палаты Московской области высказался за отмену платных услуг в государственных учреждениях. «Я полностью поддерживаю идею, что в государственных и муниципальных учреждениях все услуги должны оказываться полностью бесплатно. В законе необходимо указать, что есть бесплатная медицинская помощь в пределах средств, выделяемых на этих цели государством. Это будет достаточно справедливая фраза».

Крайне жесткую позицию в вопросах возможности оказания платных услуг государственными учреждениями заняли руководители медучреждений.

Ярко по этому вопросу выступил главный врач из Оренбурга **С. Чолоян**. Он призвал присутствующих определить «правила игры», по которым будет оказываться платная и бесплатная медицинская помощь: «Если мы говорим о 41-й статье Конституции, что все для всех бесплатно, то должны подразумевать и бесконечные объемы финансирования. Мы должны четко понимать, что объемы финансирования государством в здравоохранение определяет объем бесплатной помощи. Чем заниматься лицемерием и популизмом, давайте выработаем правила игры, честные и понятные для всех! Помощь необходимо разграничить по объему, условиям, порядку получения, видам и стандартам». По его мнению, запрет на оказание платных услуг в государственных учреждениях приведет к росту теневых платежей, мощнейшему развитию сегмента частной медицины, оттоку квалифицированных кадров в коммерческую медицину. «Мы получим хорошее здравоохранение в частной системе для богатых и плохое в государственной для бедных. Мы этого хотим?», – отметил врач.

В заключение глава ФОМС **Андрей Юрин** отметил, что объемы, выделяемые на здравоохранение, составляют примерно 350 миллиардов рублей, что обеспечит увеличение финансирования в 1,3 раза. «Эта цифра удовлетворяет прописанным Минздравом стандартам. На прошлой неделе эти цифры были подвергнуты тщательному анализу со стороны Минфина. Они соответствуют тому балансу финансовых ресурсов, которые будут в системе здравоохранения в связи с увеличением ставки страховых взносов», – отметил глава ФОМС. Также он подчеркнул, что расчет тарифов на оказание медпомощи останется в компетенции субъектов РФ. «Эти решения принимаются совместно представителями органов власти и профсоюзов, работодателями и профессиональными сообществами. Никакого другого пути, как установление тарифов договорным путем в субъекте РФ не может использоваться

сегодня».

Вероника Скворцова также подчеркнула, что от каждого субъекта РФ будет требоваться определение тарифов. «Сейчас субъекты не дотягивают до уровня федеральных стандартов, мы устраним брешь между возможностями государства и тем качеством, которое стандарт устанавливает. Это – главное. Есть возможности дополнительные – расширяйте, но только ниже не опускайте, чтобы ни один гражданин у нас не пострадал. Это – принципиальная позиция», – отметила В. Скворцова

Леонид Рошаль, подводя итоги круглого стола, отметил, что в стандартах все-таки должны быть клинические протоколы и рекомендации, которые являются руководством для лечебного процесса, и они должны лечь в основе всех расчетов. Также он акцентировал внимание на необходимости внесения ясности в формирование тарифов. «От них зависит многое, в том числе и заработная плата».

День третий

Центральными темами третьего круглого стола стали вопросы кадровой политики в здравоохранении – **общего медицинского и постдипломного образования, практической подготовки медиков**.

Открывая круглый стол, заместитель Министра здравоохранения **Вероника Скворцова** определила понятия сертификации, аккредитации и аттестации. Аккредитация вводится взамен сертификации и подразумевает более детализированное подтверждение соответствия специальности.

«В международной литературе – это два абсолютно идентичных понятия. Они означают подтверждение соответствия той работе, которую работник может выполнять. Но в сложившейся российской системе под сертификацией понимается фактически получение документа об окончании любого образовательного нового курса, который отрывает доступ ко всему медицинскому профилю. Аккредитация – более детализированное понятие соответствия и позволяет получить индивидуальный лист допуска к конкретному виду медицинской помощи, аккредитационный лист расширяется непрерывно, увеличивается количество допусков в зависимости от его конкретных умений и навыков врача. Аттестация в отличие от предыдущих понятий – это необязательная процедура, а добровольная, которая позволяет уточнять квалификационный уровень человека, что непосредственно влияет на уровень его заработной платы» – сказала она.

Многие из присутствующих выразили непонимание относительно целесообразности замены сертификации на аккредитацию. Замминистра в свою очередь отметила, что с момента

введения аккредитации врач становится субъектом права. Следующий шаг – создание профессиональных объединений, обладающих корпоративной ответственностью за своих членов.

По мнению большинства, тема **профессиональной подготовки медиков** требует дальнейшей законодательной доработки.

Лариса Габуева, доктор экономических наук, профессор, заведующая кафедрой экономики и управления в социальной сфере Академии народного хозяйства и государственной службы, обратила внимание на отсутствие в законе источников финансирования повышения квалификации врачей. «После вуза врачу обязательно нужно пройти аттестацию в соответствии со стандартами и порядкам – это государственное требование. Если это государственное требование, то государство должно финансировать это повышение квалификации. Если это государство, то давайте в законе определим источник».

Евгений Чазов выступил за сохранение субординатуры: «Во всех странах мира врач после окончания института должен еще год обучаться. Чтобы получить сертификат, он должен проработать определенное время в определенной клинике».

Василий Власов, председатель Общества доказательной медицины считает, что законопроект в части подготовки кадров настолько плох, что его нельзя принимать. Он отметил недопустимость исключения из закона интернатуры и выступил за проведение обучения на базе лицензированных медицинских организаций. «В законе упоминание о двух годах в ординатуре исчезло. Вначале оно упоминалось, а потом исчезло. Более того, последипломная подготовка врачей стала называться «практической подготовкой». Как можно освоение семейной медицины, кардиологию, кардиохирургию после вуза называть практической подготовкой? Это не практическая подготовка, это образование. Один из дефектов этого образования в законопроекте – и я позволю даже себе использовать выражение заговора ректоров, который приводит к тому, что послевузовское образование реализуется через образовательные учреждения, организации. Я думаю, что наша страна, вслед за всеми развитыми странами, должна переходить к тому, что послевузовское образование врачей должно проводиться в лицензированных медицинских организациях. Я думаю, что врачи, профессора кардиологического научного центра и института Бурденко, могут без всякого вуза, без всякой кафедры у себя могут организовать у себя последипломную подготовку врачей», – считает профессор.

Вероника Скворцова, отвечая на прозвучавшую критику, отметила, что ординатура будет ранжирована.

Минимальный ее срок от 2 лет, максимум – до 5 лет. Но она будет иметь модульную структуру. «А что касается вопросов, не получится ли дополнительных сложностей с подготовкой специалистов, если мы перейдем на систему ординатуры без интернатуры. Специальные просчеты были проведены с Министерством финансов. Уход от интернатуры позволяет нам существенно увеличить количество мест в ординатуру, оставив первую ординатуру бесплатной для всех. Поэтому никаких ограничений дополнительно не возникает».

Также она обратила внимание присутствующих, что сейчас с целью устранения кадрового дефицита разрабатывается система целевого контрактного приема и в медицинских вузах до 50% мест будет специально выделено на целевой прием и целевое распределение. Также на основе создаваемого национального регистра медицинских работников можно будет выстраивать обоснованную кадровую политику.

Отдельной дискуссионной темой стало определение в законе **медицинской услуги и медицинской помощи**.

Представитель адвокатского бюро «Егоров, Пугинский, Афанасьев и партнеры» **Андрей Порфирьев** считает, что появление в законопроекте понятия медицинской услуги автоматически влечет за собой появление массовых судебных споров. «Закон, который уходит больше от понятия медицинской помощи и приходит к понятию «медицинская услуга» открывает гигантский рынок для юридических услуг. С 1993 года по 2008 год в нашей судебной практике разделение было такое. Медицинская помощь – это все то, что идет по обязательному медицинскому страхованию. Медицинские услуги – это то, что по коммерческому основанию. Так было в судах. Медицинские услуги становятся классическими услугами, на которые будут распространяться абсолютно все положения Гражданского кодекса возмездного оказания услуг, как ремонт квартиры, подметания пола. И все нормы закона о защите прав потребителей».

Марина Лесникова, исполнительный директор Новосибирской ассоциации врачей предостерегла законотворцев от совершения ошибки. «Закон о защите прав потребителей» изначально ставит врача в виновное положение. Бремя доказывания вины лежит на медике. Он может доказать невиновность. Но дело в том, что причинитель вреда по закону о защите прав потребителей, даже если он докажет, что нет его вины, он все равно несет ответственность. В полном объеме».

Подводя итоги третьего круглого стола, президент НМП **Леонид Рошаль** сказал, что ему еще не совсем

ОБСУЖДЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНОПРОЕКТА О ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ДИАЛОГ ВЛАСТИ И МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА

ясно определение понятий аттестации, сертификации, аккредитации и лицензирования и над ними еще стоит поработать. Касаясь вопросов кадровой подготовки, он подчеркнул, что Национальная медицинская Палата предлагает введение в стране непрерывного персонифицированного последилового медицинского образования, комбинации систем очного и заочного и бесплатного для медиков с введением балльной оценки. Введение в проект закона понятия «услуги» подводит медицинскую деятельность под закон "О защите прав потребителей" и самое простое решение - изъять это понятие из закона «О защите прав потребителей» применительно к здравоохранению.

День четвертый

На последнем круглом столе были обсуждены две темы - **распределение полномочий и профессиональные медицинские фармацевтические и общественные объединения**.

По первому вопросу звучали точки зрения, как сторонников, так и противников централизации управления здравоохранением на региональном уровне.

Так, открывая четвертый круглый стол, **Леонид Рошаль** отметил неоднозначность позиций региональных властей по поводу централизации управления. «Губернатор Московской области Борис Громов не видит смысла менять систему. А есть губернаторы, которые поддерживают централизацию. Кто-то дифференцированно будут подходить к этому вопросу. На конференции в Пскове, посвященной муниципальному здравоохранению, руководители крупных муниципалитетов пришли к выводу, что в результате этого качество и доступность медпомощи для населения не улучшатся».

Ольга Борзова, председатель комитета ГД РФ по охране здоровья, отметила, что уже сейчас 16 регионов полностью перешли на субъектовые полномочия. «Ситуация тщательно мониторится и пока мы видим только выигрыши. Структура, прописанная в законе живая и гибкая. Субъект своим законом может в зависимости от конкретной ситуации в каждом регионе предоставить полномочия, делегировать их городам, муниципалитетам», — сказала она.

Юрий Елисеев, директор Ассоциации муниципального здравоохранения, выступил категорически против делегирования полномочий. «Если полномочия переданы и установлены для какого-то уровня власти, то этот уровень и должен их исполнять. Федеральный уровень, региональный может делегировать. В итоге кто будет за все это отвечать?».

Михаил Богаткин, представляющий управление здравоохранения

администрации г. Хабаровска, также выступил против передачи полномочий и указал на возможные проблемы: «Седьмой федеральный закон бюджетного учреждения прямо указывает на то, что учреждение создается учредителем для исполнения определенных полномочий, установленных федеральным законодательством. При отсутствии у муниципалитета полномочий, установленных федеральным законом, переданных субъектам федерации, возникает вопрос для каких целей тогда муниципалитет выступает учредителем своих же учреждений? Какие функции как учредитель он сможет выполнять? Нам видится, что круг этих функций у муниципалитета как учредителя будет весьма ограниченный».

Опыт Смоленска, озвученный на круглом столе, напротив подтвердил эффективность передачи полномочий по управлению здравоохранением на уровень субъекта РФ. «Никаких негативных последствий перехода нет. Профессионально управлять здравоохранением в районах и в области очень сложно. Учитывая разный уровень финансовой обеспеченности муниципальных образований, не все муниципалитеты могли нести расходы по приобретению дорогостоящего оборудования, вести капитальный ремонт зданий, не могли обеспечить достойные условия пребывания пациентов в стационаре, необходимой доступности и качества медицинской помощи».

Андрей Юрин, председатель ФОМС, также поддержал идею законопроекта централизовать ресурсы. «Ни одно полномочие, которое поднялось с районного уровня на уровень субъекта, не стало финансироваться хуже, а, наоборот, стало только лучше. Потому что концентрация ответственности и концентрация ресурсов позволяет эффективнее все использовать».

Также на круглом столе была обсуждена роль профессиональных медицинских организаций и возможность перехода к саморегулированию

Президент Национальной Медицинской Палаты **Леонид Рошаль** предложил при обсуждении сосредоточиться на структурных основах, которые заложат развитие института саморегулирования медицинской деятельности. «Сегодня все понимают, что ни одна медицинская ассоциация, ни одна палата не готовы к ведению института саморегулирования. Это огромный и кропотливый труд. Мы должны заложить в закон основы на много лет вперед».

Евгений Чазов, напротив, видит цель профессиональных организаций исключительно в повышении квалификации, а ни в самоуправлении. Он сказал: «Мы вопрос самоуправления даже опробовали в 1989 году. Это — страх, если самоуправление будет в поликлинике или в больнице. Для

одних - это одно, для других — другое, а руководитель не знает, что делать. Поэтому мы еще не дошли до того, чтобы сегодня самоуправлять нашими учреждениями. Профессиональные организации создаются для того, чтобы все новое, что появляется и делается наукой, довести до широких кругов медицинских сообществ. Вот в чем состоит их задача, но не в управлении».

Виктор Плещачевский, председатель комитета ГД РФ по собственности, высказался за доработку главы о профессиональных медицинских организациях и о саморегулировании. «В этой редакции мы не сможем добиться того, чего можно было бы добиться. Профессиональным организациям необходимо формировать стандарты и защищать свои интересы. Но не так, чтобы чиновник хотел и мог отвергнуть, а так, чтобы экспертов для формирования такого рода подходов и стандартов выдвигало само профессиональное сообщество, а не назначал чиновник. Сегодня, к сожалению, у нас эксперт — это некое лицо, назначенное чиновником, но во всем мире экспертов выдвигает профессиональное сообщество».

Владимир Стародубов, вице-президент Российской академии наук, также выступил за доработку статьи об профессиональных организациях, в которой должны быть прописаны принципы формирования саморегулируемых организаций. «Статья должна быть рамочной. Сегодня мы говорим, что у нас есть несколько таких организаций. Пускай они конкурируют. Должно быть указано, что эта организация может или должна выполнять. Сегодня Минздрав готов отдать те же протоколы медицинской ассоциации, а готовы ли они это взять на себя? Кто-то готов или не готов».

Говоря о роли профессиональных медицинских ассоциаций, **Сергей Дорофеев**, вице-президент НМП, президент Новосибирской ассоциации врачей, опираясь на опыт своего региона, видит необходимость создание единой медицинской организации для диалога с властными структурами. «В Новосибирске ассоциация врачей существует 18 лет. Она начала работать, т.к. не совсем точно было прописано о порядке согласования тарифного соглашения. Мы как самая многочисленная организация влияем на тарифную политику в регионе. И власть знает, что мы представляем большинство, поэтому ведет диалог с нами».

Вероника Скворцова, говоря о саморегулировании, особенно подчеркнула невозможность переноса западного опыта на нашу действительность и предложила в законопроекте постепенный алгоритм к такому переходу. «Преломлять опыт той же Национальной палаты Германии или какого-то американского врачебного сообщества мы для себя не можем, у

нас исторически другая система. Безусловно, мы должны поддерживать саморегулирование своих медицинских организаций. В этом законопроекте был выбран алгоритм, каким образом мы можем к этому подойти. У нас первый рубеж — 2017 год. Сейчас у нас врачи вообще не являются субъектами права. Они не несут ответственность перед пациентом, а несут такую ответственность медицинские организации. Только внедрив новую систему стандартов и аккредитацию медицинских работников, мы сможем подойти к возможности переноса части ответственности на медицинских работников. Сейчас переход к саморегулированию невыполним. Не только потому, что у нас нет аккредитации, но у нас нет и социального статуса, материального обеспечения врачей, которое позволило бы заплатить за врачебную ошибку».

В своей заключительной речи **Леонид Рошаль** отметил, что спешить с введением саморегулирования нельзя. «У нас должен быть принят закон о саморегуляции в профессиональной медицинской деятельности. И на основании этого не завтра, а постепенно и постепенно, идти шаг за шагом в создании общественно-государственного здравоохранения». Он подчеркнул, что необходим переходный период для создания общей единой организации, но и затягивать процесс не нужно. «Нужно активно готовиться к переходу на саморегулирование профессиональной деятельности. От этого выиграют и пациенты и врачи. Элементы такого саморегулирования уже есть сейчас. НМП предлагает создание четкой структуры профессиональных медицинских ассоциаций, как региональных, так и общероссийских с определением их конкретных функций, представления в исполнительных уровнях государственной власти и в ОМС, включая тарифные комиссии», сказал Президент НМП. При этом он подчеркнул — «Мы говорим о саморегулировании профессиональной деятельности, а не самоуправления медицинскими организациями. Это разные вещи».

На протяжении серии круглых столов представители власти неоднократно подчеркивали, что закон — рамочный и не удастся учесть все пожелания. Насколько результативными оказались круглые столы, будут ли внесены в законопроект поправки по принципиальным вопросам и насколько декларации конструктивного диалога воплотятся в реальность — можно будет узнать только, после внесения законопроекта на слушания ГД РФ.

СИДОРОВА ЛИДИЯ ДМИТРИЕВНА: ЖЕНЩИНА, КОТОРАЯ УЧИТ ЛЕЧИТЬ

26 сентября Лидия Дмитриевна отметила 85-летний юбилей



Лидия Дмитриевна Сидорова родилась в Белогорске Амурской области в самой обыкновенной семье. Мама - Ксения Яковлевна Сидорова - преподаватель в гимназии, отец - Дмитрий Дмитриевич Сидоров – служащий, участник и ветеран ВОВ.

«Мы жили не то что скромно, а очень бедно, - вспоминает Лидия Дмитриевна. – Когда мы с сестрой впоследствии посчитали, то получилось, что мы жили на 9-ти частных квартирах, постоянно переезжали, подыскивая что подешевле».

«Новосибирскую школу №12 никогда не забуду. Очень теплые отношения у меня всегда были с одноклассниками». На старой выцветшей фотографии запечатлен класс, в котором училась Лидия Дмитриевна. А с обратной стороны подписаны имена и фамилии учеников. «Александр Зацепин» - аккуратно выведено на обороте старой фотокарточки имя известного композитора, с которым вместе довелось учиться в классе, он был «задиристым мальчишкой». В школе она была самой обыкновенной ученицей, не отличницей, а скорее хорошисткой. Зато всегда всем интересовалась.

Окончив школу, Лидия Сидорова поняла, что впереди - тяжелое время и, чтобы состояться в профессии и перестать жить так бедно, нужно учиться, и не просто учиться, а положить все силы,

чтобы стать высококлассным специалистом. Стремление учиться ни на секунду не оставляло ее на протяжении всех лет обучения в вузе. И закономерным итогом стало получение в 1949 году красного диплома НГМИ.

«Я не знаю, почему пошла учиться в медицинский, - смеется Лидия Дмитриевна, - старшая сестра пошла в строительный институт, а я почему-то в НГМИ. Меня никто не агитировал, да и в роду у меня медиков нет».

После окончания вуза по предварительному распределению Лидия Дмитриевна была направлена на Дальний Восток терапевтом, но в ситуацию вмешался ректор НГМИ Григорий Денисович Залесский, который уже знал студентку по грамотным ответам на экзаменах по терапии. Григорий Денисович предложил место в клинической ординатуре, и Лидия Сидорова согласилась.

Пройдя обучение в клинической ординатуре, стала ассистентом, затем доцентом, профессором, а впоследствии — заведующей кафедрой госпитальной терапии Новосибирского медицинского института. Успехи талантливого и перспективного ученого были замечены руководством АМН, и в 1985 году Лидия Дмитриевна была избрана главным ученым секретарем Президиума СО АМН СССР. С тех пор ее карьера в сфере науки стремительно пошла вверх. В 1990 году Л. Д. Сидорова стала заместителем председателя по научной работе Президиума Сибирского отделения АМН СССР. С 2001 года по настоящее время Лидия Дмитриевна является членом Президиума Сибирского отделения РАМН.

На протяжении долгого времени становления молодого специалиста рядом с Лидией Дмитриевной всегда были родители и, конечно же, ее учителя и наставники. Порой строгие и требовательные, но справедливые и талантливые. Сильным плечом стал доцент Моисей Израилевич Хургин — маленький человек, но большой доктор, - говорили про него студенты того времени. Этот человек стал не просто учителем, а воспитателем.

Невозможно не вспомнить и наставника Лидии Дмитриевны Сидоровой -

Аристарха Александровича Демина, который с 1953 по 1977 год заведовал кафедрой госпитальной терапии. Это был видный ученый и блестящий клиницист, создатель оригинальной терапевтической школы в Сибири, член-корреспондент АМН СССР, человек строгий и проницательный.

С бесконечной благодарностью вспоминает Лидия Дмитриевна и своего коллегу - академика АМН СССР Юрия Ивановича Бородину, который однажды пригласил на работу в должности главного ученого секретаря СО РАМН. Первый вопрос, который задала Лидия Дмитриевна, касался ее работы на кафедре. Однако Бородин ответил: «А что кафедра? Будешь и на кафедре работать!». «Если бы Юрий Иванович предложил сделать выбор, я бы ни за что не оставила родную кафедру, и никогда не пошла бы работать в СО РАН!», - утверждает Л. Д. Сидорова.

Благодаря своему трудолюбию и неугасающей энергии сегодня Лидия Сидорова - известный терапевт, занимающийся вопросами пульмонологии. Это она вместе со своими учениками внесла весомый вклад в организацию и развитие таких специальных служб как пульмонология, эндокринология, нефрология, гематология, гастроэнтерология Сибири. Есть ее заслуга и в создании областного пульмонологического центра. Свою профессиональную деятельность она успешно сочетает с общественной. Она была первым председателем областного Совета женщин и членом Президиума Комитета советских женщин, а также членом комиссии по помилованию при администрации Новосибирской области.

Она - талантливый ученый. Ее научные труды и труды ее учеников посвящены изучению региональных особенностей распространения, диагностики и лечения заболеваний внутренних органов в Сибири. Перу Лидии Дмитриевны принадлежит более 400 научных статей, опубликованных в России и за рубежом. Она выпустила две монографии и имеет три патента на изобретение.

Огромное место в судьбе героини занимает кафедра внутренних болезней лечебного факультета, которую Л. Д.

Сидорова возглавляла около 30-ти лет, сочетая активную научно-организационную и педагогическую работу с лечебно-консультативной. Под ее научным руководством защитились 10 докторов наук и 71 кандидат. Сегодня кафедру возглавляет доктор медицинских наук, профессор Никита Львович Тов, он тоже ученик Лидии Дмитриевны, очень активно занимается наукой и, будучи руководителем отдела здравоохранения, сделал очень много как талантливый организатор. Здесь же работают все ее последователи. Как и их учитель, они многое делают для науки и здравоохранения Сибири.

Однако при всей своей загруженности Лидия Дмитриевна совсем не производит впечатления классического академика - эта милая женщина каждый день живет, выбирает для себя свою дорогу. До сих пор она читает лекции студентам НГМУ, занимается клиническими разборами и обходами больных пульмонологического профиля, принимает активное участие в работах Европейского респираторного общества. — Складывается впечатление, что у вас работа — это не только ваша жизнь, но и любимое хобби?

— Да нет! - смеется Лидия Дмитриевна. - Я же обыкновенный человек. Люблю свою дачу. А осенью обожаю ходить по грибы.

— Ваше мнение о сегодняшних студентах?

— Не хочу никого обидеть, но мнение не очень хорошее. Очень мало среди них стало по-настоящему любящих свою будущую профессию людей. Мы были другими. Но я все равно их люблю. Мне просто очень бы хотелось, чтобы они больше читали, - совсем скромно, спокойно и негромко говорит Лидия Сидорова - единственная за Уралом женщина-клиницист-академик.

(материал предоставлен
Новосибирской медицинской
газетой)

ЛАУРЕАТЫ КОНКУРСА «ВРАЧ ГОДА»

ПОЛВЕКА В ОДНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Почти полвека отдала Раиса Иосифовна Барч медицине. И все это время она работает в одном лечебном учреждении — Искитимской центральной городской больнице. В этом году Раиса Иосифовна стала дипломантом областного конкурса «Врач года — 2011» в номинации «За верность профессии». Главный врач Искитимской ЦГБ Алексей Алексеевич Кайгородов говорит, что руки Раисы Иосифовны могут все — испечь хлеб, принять ребенка, утешить в горе. Беседой с этой замечательной женщиной и прекрасным врачом мы открываем новую рубрику — лауреаты конкурса «Врач года».

- Раиса Иосифовна, почему Вы выбрали медицину?

- Желание стать врачом появилось у меня лет с шести. У нас был педиатр — Ольга Максимовна, необыкновенной души человек. Я хотела быть на нее похожей. Потом сыграли свою роль книги. Помню, огромное впечатление произвела на меня книга Антонины Каптяевой «Иван Иванович» про нейрохирурга, который работал в Сибири. Потом фильмы про врачей. Так что к окончанию школы было уже сформированное желание — стать врачом.

- Почему из всех медицинских специальностей Вы выбрали акушерство и гинекологию?

- Когда поступала в медицинский институт, то, как многие, хотела быть

хирургом. Но когда с 3 курса началось акушерство, как-то сразу оно меня привлекло. И опять же определенную роль сыграла личность. В то время кафедрой акушерства и гинекологии руководил профессор Самуил Яковлевич Кейлин. Интеллигент, человек высочайшей культуры! И вся кафедра работала в этом ключе. Я занималась в научном студенческом кружке. Под руководством доцента Анны Сергеевны Кузьминой работала над темой «Цитологическое исследование при раке шейки матки». Теперь это обыденная процедура, которую делают все врачи. А в то время это еще только начиналось. Начиная с 3 курса, ходила в роддом. В месяц раза четыре обязательно дежурила.

Акушерство — это особая специальность. Здесь нужно четко знать, что ты делаешь, и делать это быстро, потому что ситуация меняется тоже быстро. Врач здесь отвечает сразу за две жизни.

- Вы через четыре года после окончания института стали заведующей родильным отделением. Трудно было?

- Было страшно. Я ведь думала, отработаю три года и пойду на кафедру. Но я попала в такой коллектив, что уезжать не хотелось. Я когда приехала сюда, то мне казалось, что меня здесь все ждали. Помогали в плане профессии и в бытовых вопросах. У нас хирург был, Владимир Иванович Пастухов, так он мне даже замки в дверях врезал, когда мне дали комнату. Так и с заведованием.

Сложилась такая ситуация, что больше никому было. Я понимала, что еще не могу быть хорошей заведующей. Но главный врач, Александр Иванович Плеханов, сказал, что мы будем помогать. И действительно, коллектив был большой, дружный, и все старались помочь.

- Вы ведь много занимались общественной работой, хор создали.

- Пение — это семейное. Сестра у меня хорошо поет. Моя племянница — Елена Товстоногова — солистка нашей филармонии, Заслуженная артистка РФ. А я и в студенчестве занималась художественной самодеятельностью. Поэтому, когда я приехала сюда, решила — почему бы нам не создать хор, у нас такой большой коллектив. Поехала в консерваторию, поговорила. Вначале они нами руководили. Потом в музыкальной школе появился Виктор Кузьмич Антипов, прекрасный баянист, хороший хоровик. Он стал нашим руководителем на многие годы. С ним мы стали и дипломантами различных конкурсов, и академическим хором. Очень интересные вещи мы исполняли, многоголосье. Однажды мы решили провести отчетный концерт для города. Были настоящие афиши, приглашительные билеты. Мы сшили новые платья, мужчинам — костюмы, а Виктору Кузьмичу — фрак. Концерт был в двух отделениях, цветы дарили, аплодировали.

- Что главное в профессии врача?



- Прежде всего, профессионализм. Нужно стремиться знать как можно больше. Наши ошибки, хотя они есть у каждого врача, очень дорого обходятся. Поэтому надо число этих ошибок сводить к минимуму. И еще надо не просто лечить, а отдавать частичку своего сердца, нужно участие, заинтересованность в результате своего труда.

Марина Есикова

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ФУНКЦИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Сухое вытяжение позвоночника

ORMED professional



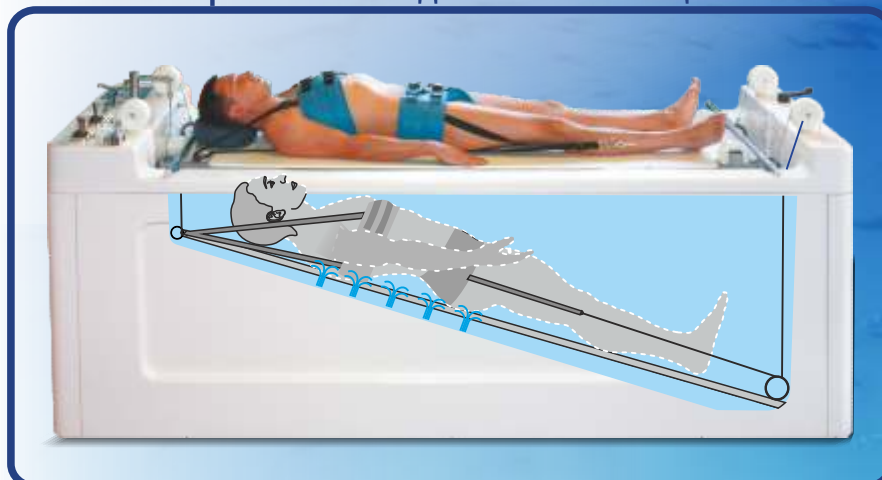
Вытяжение осуществляет разгрузку позвоночника путем увеличения расстояния между позвонками, усиливая приток питательных веществ к межпозвоночным дискам и связкам.

БЕЗОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ путем вправления грыжевого выпячивания и снижения внутридискового давления. Устраняются подвывихи в межпозвоночных суставах, что дает декомпрессирующий эффект, устраняя смещение диска и искривления позвоночника. Улучшается кровообращение и трофика позвоночного столба. Укрепляется мышечный корсет позвоночника и двигательный стереотип. Одновременно с процедурами тракции возможно проведение роликового вибромассажа, при котором ролики, огибая края позвоночного столба, воздействуют на глубокие паравертебральные мышцы спины.

- Области вытяжения:
 - шейный отдел позвоночника
 - грудной и поясничные отделы позвоночника
 - суставы верхних и нижних конечностей
- Режимы вытяжения: постоянный, переменный, циклический
- Рычаги вытяжения позволяют проводить процедуру под различными углами, по горизонтали и по вертикали, что особенно важно при дифференцированном вытяжении.
- Полный контроль тракционной терапии. Сенсорный пульт с ж/к индикацией позволяет задать все параметры процедуры вибромассажа и вытяжения: тракционная сила (нарастание нагрузки, тракция и постепенное снижение нагрузки), время удержания нагрузки, время ослабления и нарастания нагрузки и время процедуры.

Вытяжение позвоночника в ванне

Комплекс подводного вытяжения и гидромассажа со встроенным подъемником пациента



Успех лечения подводным вытяжением объясняется тем, что в теплой воде под действием небольшой нагрузки на позвоночник происходит полное расслабление околопозвоночных эластичных тканей и связок.

- Области вытяжения:
 - шейный отдел позвоночника
 - грудной и поясничные отделы позвоночника
- Режимы вытяжения: постоянный, переменный, циклический
- 16 парно расположенных форсунок плотно примыкают друг к другу вдоль паравертебральной зоны, для расслабления околопозвоночных мышц и связок.
- Наклонное дно ванны позволяет полностью погрузить пациента в воду, закрывая зону грудной клетки и шейного отдела позвоночника.
- Крепления пряжек поясов вытяжения производится на уровне бортика ванны, над поверхностью воды, что удобно при подготовке пациента к процедуре.
- Комплексный подход к процедурам вытяжения предполагает покой пациента после процедуры. Исключаются нагрузки на релаксированные отделы позвоночника. Пациент с минимумом движений перемещается с подъемника ванны на каталку, его накрывают простыней, где он какое-то время лежит неподвижно. Покой пациента повышает лечебный эффект от процедуры.
- В базовую комплектацию комплекса для вытяжения входят все необходимые элементы для вытяжения, включая каталку для пациента и ступени для ванны.
- Петля "Глиссона", тазовый и поясничный пояса выполнены из ткани ПВХ, которая удобна для гигиенической обработки, исключает скольжение и не впитывает влагу.

БЕСКОНТАКТНАЯ ГИДРОМАССАЖНАЯ ВАННА **AQUARELAX**

Поверхность ванны - тонкое эластичное покрытие, позволяющее полностью исключить контакт пациента с водой и сохранить все лечебные эффекты бальнеологических процедур.

ПАРАМЕТРЫ ГИДРОМАССАЖА

- релаксирующий массаж всего тела
- массаж нижней части тела (ягодицы, ноги)
- массаж верхней части тела (шейно-воротниковая зона, спина)
- зональный секционный и пульсирующий массаж

ЛЕЧЕБНЫЕ ЭФФЕКТЫ

- релаксация, снятие мышечных спазмов, напряжений
- стимулирование кровообращения, снятие болевых синдромов
- нормализация работы, сердечно-сосудистой системы
- лечение бессонницы, климатических неврозов, депрессий
- лечение заболеваний опорно - двигательного аппарата
- улучшение работы дыхательной системы
- массажное антицеллюлитное воздействие

ШИРОКО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, САЛОНАХ КРАСОТЫ, ВЕЛНЕС И СПА-ЦЕНТРАХ



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ КОСТНО-СУСТАВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Фитотерапия – самый старый способ лечения различных болезней. Старый, но не устаревший. Он прошел сквозь века, выдержав испытания временем, подтвердив тем самым свою эффективность. Наиболее рационально и оправдано лечение растениями хронических заболеваний.

Само появление у человека какого-либо хронического заболевания уже означает, что произошел срыв всех адаптивных систем, и это обязательно вовлекло в патологический процесс не только орган, который себя проявил болезнью, но и другие системы и органы.

В таких ситуациях невозможно 1-2 таблетками повлиять на весь этот комплекс, а назначение нескольких препаратов одновременно часто ведет к неприятным последствиям в виде аллергии и побочных эффектов.

Здесь фитотерапия имеет ряд преимуществ – широкий спектр химических веществ содержащихся в одном растении или в сборе позволяет воздействовать на несколько систем или органов, а малая концентрация действующих начал приводит к их беспрепятственному проникновению в клетки без повреждения защитных клеточных систем.

В 60-70х годах 70% выпускаемых у нас фармакологических препаратов производились из лекарственных растений. Фармакологи, выделяя из растений основное действующее начало и отбрасывая остальные вещества растений, отнес их к «балластным» сузили спектр лечебного воздействия растений, так как на самом деле все многочисленные химические компоненты растений оказывают воздействие на больной организм.

Сейчас положение изменилось в пользу синтезированных химических препаратов с еще более узко направленным действием. Поэтому рациональное сочетание современных препаратов с фитотерапией позволяет при быстром эффекте уменьшить количество побочных действий и вместе с тем оказать более комплексное оздоравливающее возде-

йствие на другие вовлеченные в патологический процесс органы и системы.

В русской народной медицине всегда использовались самые простые и доступные способы извлечения действующих начал из растений – это отвары и водные настои, реже спиртовые настойки, что позволяло наиболее полно извлечь все действующие вещества из растений.

В «эпидемии» хронических заболеваний, которая сейчас констатируется во всех развитых странах заболевания суставов – на одном из первых мест. И это неудивительно – малоподвижный образ жизни ведет к ухудшению кровоснабжения костей и суставов; нерациональное питание с большим количеством углеводов и жиров, а также химических консервантов и усилителей вкуса приводит к химическому дисбалансу, вызывая обменные, дистрофические и воспалительные изменения в этой системе.

Фармакологические противовоспалительные средства нельзя принимать длительно по целому ряду причин, а ведь заболевание длительное, хроническое... Хондропротекторы, внося строительный материал для суставов, не могут остановить воспалительный процесс.

Для того чтобы изменить эту ситуацию в организме в лучшую сторону, надо повлиять на многие системы, которые, которые участвуют в питании и обмене костно-суставного аппарата. А это, прежде всего пищеварительные и выделительные органы. Поэтому растения, применяющиеся в лечении суставов, практически всегда обладают свойством воздействовать на печень, желудок, кишечник и почки.

Например, сабельник болотный традиционно применяется не только при заболеваниях суставов, но и при расстройствах пищеварения, болях в желудке, опухолях в желудке, заболеваниях печени, нарушении обмена веществ.

Кора ивы, которая используется как самостоятельно, так и в сборах для лечения суставов, с успехом применяется также при болях и спазмах в желуде и

кишечнике; в качестве желчегонного и мочегонного средства. Хотя ее основным действующим веществом является салицин (производное от него – всем известный аспирин), но и остальные вещества: флавоноиды, пектины, антоцианы, дубильные вещества и др. как раз и обуславливают широту спектра всего растения и вместе с тем отсутствие побочных действий.

Девясил или девятисильник – назван так недаром, так как его корни оказывают противовоспалительный эффект не только при болевых суставах, но также применяется как эффективное желудочное средство при плохом пищеварении, заболеваниях печени и желчного пузыря, при болезнях легких и бронхов, при кожных заболеваниях, как средство восстанавливающее силы после длительной тяжелой болезни.

Лист брусники хорошо действует на минеральный обмен в костях и суставах при «отложении солей», и вместе с тем, это хорошо известное средство при многих заболеваниях почек, а также желчегонное средство.

Из широко известных и доступных растений для этих целей можно использовать мокрицу или мокрец (звездчатка средняя), которая является всем известным сорняком, растущим по грядкам и картошке. Ее можно просто есть почаще в салатах, как овощное растение – она сочная и приятная на вкус, а можно делать отвары из свежего или сушеного растения. Она улучшает обмен веществ не только при заболеваниях суставов, но оказывает также благоприятное действие при сахарном диабете, при болезнях щитовидной железы. Если свежую траву звездчатки положить в носок и ходить так 2-3 дня, заменяя ее по мере высыхания, то очень часто проходит болезненные явления при пяточной шпоре.

Хорошим противовоспалительным действием обладает лист березы. Его применяют как в сборах, так и в виде сухих ванн: в узкий мешок набивается свежий лист березы и туда опускаются ноги (если

болят суставы ног) на 1-1.5 часа. Лист при этом сильно разогревается. Можно то же самое делать в бане с сухими распаренными березовыми вениками, обложив ими больные суставы на 20-30 минут. Противопоказанием к такому способу являются общие противопоказания для тепловых процедур.

Всем огородникам известны злостные сорняки – пырей и одуванчик, - не выбрасывайте их корни. Это очень хорошие обменные средства, которые влияют на многие системы, в том числе и на костно-суставную. 1 столовая ложка смеси измельченных корней того и другого растения заваривается 300 гр кипятка и после настаивания употребляется в течение дня в 2-3 приема за 15 мин до еды.

Хорошим наружным средством является настойка цветов или листьев сирени на водке: рыхло набивается банка сырьем и заливается водкой. Через 2 недели настойка готова к употреблению для наружного втирания.

Неплохим противовоспалительным эффектом обладают компрессы из свежей тертой редьки на 2-3 часа в зависимости от чувствительности кожи, или растирания смеси сока редьки с медом в равных частях.

Безусловно, наиболее сильное лечебное воздействие оказывает внутренний прием лекарственных растений. Не стремитесь сделать сложные сборы из каких-то редких растений. Часто хорошего эффекта можно добиться достаточно длительным применением сборов состоящих, например, из листьев березы, листьев черной смородины, корней одуванчика, корней лопуха, цветков бузины; или из зверобоя, лабазника, корневищ пырея, листьев толокнянки. Эти растения можно смешать в равных частях и заваривать кипятком 1 столовую ложку на 300 гр с последующим настаиванием в течение 2-3 часов. Употреблять в течение дня за 2-3 приема за 1 мин до еды.

Врач-фитотерапевт Базлова Л.М.

ПУТИН ПООБЕЩАЛ МОЛОДЫМ СЕЛЬСКИМ ВРАЧАМ ПО МИЛЛИОНУ РУБЛЕЙ

Молодые врачи, которые готовы работать в сельской местности, получают по миллиону рублей в качестве подъемных. Об этом премьер-министр РФ Владимир Путин заявил на межрегиональной конференции «Единой России» в начале сентября, посвященной стратегии развития Северо-западного федерального округа до 2020 года. По словам Путина, единственным условием получения финансовой поддержки станет желание врача прорабо-

тать в сельской больнице не менее пяти лет. Он отметил, что выделенные средства медработники смогут использовать на решение жилищного вопроса и бытовых проблем.

Программу поддержки сельских врачей планируется начать в январе 2012 года. Для этого премьер поручил депутатам «Единой России» рассмотреть и принять необходимые поправки в законодательство в кратчайшие сроки. Путин отметил, что

решение о продлении программы будет принято итогам первого года ее реализации.

Приняв слова премьера к исполнению, в Новосибирской области уже начали формирование списка врачей, желающих получить «подъемные» в размере 1 млн руб. за работу в сельской местности. Новосибирские врачи могут принять участие в программе, отправляясь работать в 9 центральных районных больницах Новосибирской области: Баганской,

Венгеровской, Доволенской, Здвинской, Кочковской, Кыштовской, Северной, Убинской, Усть-Таркской, либо устроившись на работу во врачебных амбулаториях или участковых больницах любого района области.

Сейчас формируется список врачей, желающих принять участие в программе в этом году. Врач должен быть моложе 35 лет, в сельской местности нужно будет проработать не менее 5 лет.

МНЕНИЕ

Главный врач МУЗ «Здвинская ЦРБ» Владимир Ильич Крокус:

- Вряд ли решение о выделении подъемных в размере одного миллиона рублей, решит кадровую проблему на селе. Я

думаю, что, наоборот, будет отток определенных. Сегодня те молодые врачи, которые проработали в ЦРБ 2-3 года, будут думать, кубы бы им уехать, чтобы получить обещанный миллион.

Главный врач МУЗ «Ордынская ЦРБ» Андрей Ильич Кондаков:

Нет, на мой взгляд, миллион подъемных кадровую проблему не решит. Этих денег просто не хватит, чтобы построить

хороший дом в деревне. Потом ведь это касается участковых больниц, амбулаторий. А кадровый дефицит в центральных районных больницах как был, так и останется.

ПРАВИТЕЛЬСТВО НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ УТВЕРДИЛО УВЕЛИЧЕНИЕ РАСХОДОВ НА МЕДИЦИНУ.

ПРИНЯТЫ ИЗМЕНЕНИЯ В НОВОСИБИРСКУЮ ОБЛАСТНУЮ ПРОГРАММУ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В целом стоимость Новосибирской областной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год увеличена на 1 млрд 58 миллионов рублей. В том числе за счет увеличения бюджета на 616 млн рублей, за счет увеличения средств обязательного медицинского страхования на 442 млн рублей. ?

В частности, увеличены расходы на

специализированные сосудистые центры, открываемые в Новосибирской области. "Из средств бюджета области на эти цели направляется 94 миллиона рублей, еще 232 миллиона выделяет федеральный бюджет. Эти средства направляются на региональный сосудистый центр на базе новосибирской городской больницы № 1 и три первичных сосудистых центра – больница №34 в Новосибирске, а также в Тогучине и

Татарске", - сообщила на заседании Правительства министр здравоохранения Новосибирской области Ольга Кравченко.

Значительные суммы выделены на софинансирование Новосибирской областью программы модернизации здравоохранения - обязательного условия выделения беспрецедентных средств, которые пришли на территорию Новосибирской области для укрепления

материально-технической базы новосибирской медицины.

Также увеличен взнос за неработающее население в части обязательного медицинского страхования на 435 млн рублей.

Кроме того, здесь заложены небольшие, но очень важные вложения, такие как выделение 5 миллионов рублей, направленных на открытие наркологического отделения в Куйбышеве.

СТИПЕНДИИ ИНТЕРНАМ И ОРДИНАТОРАМ НАЧИСЛЯТ С 1 ИЮНЯ 2011 ГОДА

В адрес Правления НОАВ поступают вопросы, касающиеся размера и порядка выплат стипендий интернам и ординаторам, которые премьер-министр Владимир Путин предложил увеличить в два раза. Мы отслеживаем ситуацию и рады сообщить, что соответствующая поправка была предложена в закон о высшем и послевузовском образовании.

Госдума во вторник, 20 сентября, приняла во втором чтении поправки в закон о высшем и послевузовском

образовании, обеспечивающие интернов и ординаторов государственными стипендиями, сообщает ЕР.RU.

Законопроектом предусматривается, что студенты, обучающиеся в ординатуру или интернатуре за счет средств федерального бюджета или бюджета субъекта РФ, в государственных высших учебных заведениях, госучреждениях дополнительного профессионального образования, государственных научных организациях, реализующих соответствующие

образовательные программы обеспечиваются государственными стипендиями.

Размер и порядок этих выплат устанавливаются соответственно правительством РФ и высшим исполнительным органом власти субъекта РФ.

Ко второму чтению профильный комитет рекомендовал 6 поправок, в том числе, поправка, касающаяся срока введения в действие положений законопроекта. Она «дает законодательную основу для выплаты стипендий интернам

и ординаторам уже с 1 июня 2011», отметил глава комитета Госдумы по образованию Григорий Бальхин.

«По предложению Владимира Владимировича Путина об увеличении в два раза стипендий ординаторам и интернам, в федеральном бюджете предусмотрены средства для выплаты стипендий этим учащимся в размере 6367 рублей, то есть, величины среднего прожиточного минимума по стране», - подчеркнул Бальхин.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НСО СОВМЕСТНО С НГМУ ПРОВОДИТ ВТОРУЮ ЯРМАРКУ ВАКАНСИЙ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Первая ярмарка прошла в апреле нынешнего года, ее результатом стали несколько десятков договоренностей о трудоустройстве. На октябрьской встрече организаторы рассчитывают на увеличе-

ние масштаба мероприятия.

Ярмарка проходит в целях повышения укомплектованности врачами и специалистами со средним медицинским образованием лечебно-профилактических

учреждений Новосибирской области. К участию приглашаются медицинские организации различных форм собственности, а также клинические интерны, клинические ординаторы, врачи, средний

медицинский персонал.

Ждем всех желающих 27 октября в 12.00 в малом зале НГМУ (Красный проспект, 52).

НОВЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ЛЕКАРСТВ ВЫНЕСЛИ НА ОБЩЕСТВЕННОЕ ОБСУЖДЕНИЕ

Министерство здравоохранения и социального развития вынесло на общественное обсуждение проект нового перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Комментарии к документу, который должен вступить в силу в 2012 году, принимаются на сайте ведомства.

Согласно сообщению пресс-службы Минздрава, в обновленную версию перечня

включены 563 лекарственных препаратов, в том числе 94 производящихся только на территории России.

В отличие от предыдущих версий перечня, из нового документа исключены указания на конкретные лекарственные формы. При этом в нем используется рекомендованная ВОЗ международная анатомо-терапевтическая и химическая классификация лекарственных средств. При разработке перечня был взят за

основу аналогичный перечень ВОЗ.

Разработкой перечня занималась комиссия, в которую вошли главные внештатные специалисты Минздравсоцразвития. По результатам проведенной работы комиссия включила в перечень 24 препарата, отсутствовавшие в предыдущей версии документа: противомикробные и противогрибковые средства, препараты для предотвращения отторжения после пересадки органов, ряд

противоопухолевых препаратов, а также иммуномодулирующие и иммуностимулирующие средства.

В частности, в новый перечень ЖНВЛП были включены препараты для лечения онкогематологических заболеваний Дазати-ниб и Нилотиниб, отсутствие которых в действующем перечне неоднократно критиковалось пациентскими организациями.

СПАСИБО!

Правление Новосибирской областной ассоциации врачей выражает благодарность всем, кто принял активное участие в анкетировании по проекту закона «Основы охраны здоровья граждан в РФ».

Всего в этой работе приняли участие свыше 500 человек из 46 ЛПУ города и районов области. Особо хочется отметить коллективы МБУЗ ГП № 13, МУЗ КДП № 27, МУЗ ДГКБ № 3, СП № 4, ГКБ

№ 19, МУЗ ГП № 1, ГИКБ № 1, ГП № 16, ГКБ №1, ГУЗ РПБ, МБУЗ ДГП №3, ГП №21, МУЗ ГП № 15, ДГП №1, РД № 6, ГП № 18, Болотнинская ЦРБ и многие другие.

Не остались в стороне коллеги из Красноярска.

Всего было обработано 1179 анкет.

Итоги анкетирования будут опубликованы на сайте НОАВ www.noav.ru.

ВАКАНСИИ

МБУЗ ГП № 7 приглашает на работу:

- врача-терапевта участкового
- врача-педиатра участкового
- врача ДШО
- врача-оториноларинголога
- врача УЗИ-диагностики
- врача-инфекциониста
- медицинскую сестру.

Обращаться по адресу: ул.Ульяновская, 1, тел.269-03-12

МУЗ Тогучинская ЦРБ приглашает на работу:

- врача-кардиолога
- врача-реабилитолога
- врача акушера-гинеколога
- врача анестезиолога-реаниматолога

В Горновскую муниципальную больницу:

- врача-терапевта
- врача-офтальмолога
- медицинских сестер
- фельдшеров скорой помощи.

Требования к кандидатам: наличие первичной специализации, сертификата специалиста.

Жилье предоставляется. Вопрос оплаты труда решается индивидуально.

Обращаться: НСО, Тогучинский район, г.Тогучин, ул.Комсомольская,36. Тел.8(38340)-21-071, 8(38340)-22-332.

МУЗ «Коченевская центральная районная больница» срочно требуется:

- Врач-терапевт участковый
- Врач-терапевт в терапевтическое отделение
- Врач-хирург
- Врач-лаборант
- Фельдшер на фельдшерско-акушерский пункт (заработная плата от 10 тысяч)

Требования к кандидатам: первичная специализация, наличие сертификата, желательно опыт работы.

Жилье предоставляется.

Обращаться по адресу: 632640, Новосибирская область, р.п. Коченево, ул. Кузнецкая,176
Контактный телефон: 8 (38351) 2-31-69 (главный врач),
8 (38351) 2-39-44 (отдел кадров)
Электронный адрес: kochenevo_crb@sibmail.ru

МБУЗ «Городская поликлиника № 22» срочно требуются:

- участковый врач- терапевт
- участковый врач -педиатр
- врач ОВП (семейной практики) с

- предоставлением жилья
- врач ОФД со знанием нейрофизиологии
- врач- пульмонолог
- фельдшер
- медицинская сестра
- рентгенолаборант
- врач - отоларинголог
- врач УЗИ диагностики (гинекологическое УЗИ, УЗИ внутренних органов)
- гигиенист стоматологический
- врач- офтальмолог детский
- врач - педиатр ДШО
- Стеклодув (до 35лет, образование не ниже среднего, желательно с медицинским образованием)

Требования к кандидатам: -наличие интернатуры, первичной специализации (профессиональная переподготовка),

-сертификат специалиста
Приглашаются выпускники лечебного факультета НГМУ для прохождения интернатуры с последующим трудоустройством в поликлинику № 22.

Дополнительную информацию можно получить по телефону отдела кадров 342-70-51.

Обращаться в отдел кадров (кабинет 322).

МБУЗ «Госпиталь ветеранов войн № 3» требуются:

- Врач-хирург в поликлиническое отделение

-Врач-травматолог-ортопед в поликлиническое отделение

Требование к кандидатам: наличие первичной специализации и сертификата специалиста. Есть возможность внутреннего совмещения. З/плата 16000-18000 руб. в зависимости от категории.

Обращаться: :ул.Д.Бедного, 71 (недалеко от станции метро им.Покрышкина) e-mail: gvv3@ngs.ru тел. 224-39-37, 224-36-72.

МУЗ «Узловая больница на ст. Карасук» ОАО «РЖД» приглашает на работу:

- Врача – терапевта цехового участка;
- Врача – хирурга;
- Врача – отоларинголога;
- Врача функциональной диагностики.

Требования к кандидатам: высшее медицинское образование, наличие сертификата специалиста, желательно опыт работы.

Предоставляется служебное жилье, предпочтение семейным парам медиков.

Обращаться по адресу: 632865, Новосибирская область, город Карасук, ул. Тургенева, 61.

Телефон: (8-383-55) 31-988 – главный врач, (8-383-55) 7-24-87 – отдел кадров.

Электронная почта: sekretarkrsbol@rambler.ru