



**ВРАЧИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

региональная общественная
организация

**№ 2–3 (05–06)
ФЕВРАЛЬ–
МАРТ 2014**



ВРАЧИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



ЖЕНЩИНА ГОДА – 2014



**Елена Владимировна Литвинова:
«Дарить понимание и любовь –
одно из главных предназначений
и женщины, и врача»**

в больнице и помню, где, как и что должно быть вымыто. Поэтому проследить за работой санитарочек мне не сложно. Работают они у нас на совесть, но и вознаграждение за свой труд получают достойное. Их зарплата на порядок выше, чем в большинстве медучреждений, но те деньги, которые мы им платим, вполне себя окупают. Вроде бы мелочь – постоянно чисто – а ощущение комфорта создает и тем, кто здесь работает, и тем, кто здесь лечится. Это же ведь очень важно.

– О необходимости создания комфортных условий для медиков и пациентов говорят многие. Но большинство медицинских учреждений считает, «не до жиру, быть бы живу»: нам, мол, лечебный процесс бы обеспечить, а психологический комфорт – это уже «высокие материи», и так средств не хватает. У вас другое мнение?

– Лечебный процесс, конечно же, в первую очередь. Но психологический комфорт не менее важен. Мы же все люди, а не винтики в бездушном механизме. У пациентов, которые к нам приходят, и так тревожное состояние внутри – у них проблемы со здоровьем, многие не знают, что ждет их дальше, и им страшно. Да если даже человек пришел просто на профосмотр, поход в поликлинику – не самое приятное занятие. Значит, нужно сделать так, чтобы люди, переступая наш порог, не чувствовали отчуждения или неудобства. Да и сотрудникам, которые проводят на работе достаточно времени, тоже нужны условия, в которых они не будут испытывать напряжения.

Дело не только в деньгах

– Да. Но как это сделать? Это же, должно быть, стоит немалых денег?

– Я говорю не о каких-то заоблачных вещах, все просто. Чистые помещения, приятный цвет стен, удобные места для ожидания в очереди. Например, для украшения стен мы заказали несколько репродукций видов дореволюционного Петербурга. В женской консультации мы установили биде для пациенток, в детской поликлинике повесили большие мониторы и показываем детям мультфильмы. В хирургическом отделении у нас есть душ для хирургов, а для медперсонала на четвертом этаже мы оборудовали комнату для приема пищи, там есть и холодильник, и микроволновка, и обеденные столы. И это не так затратно. Вообще, очень многое можно сделать совсем не дорого, нужно только проявить фантазию. На стенах в той же женской консультации у нас висят детские рисунки, а в детской поликлинике – коллажи из фотографий маленьких пациентов. А кабинет детского психолога у нас оформлен в успокаивающих зеленых тонах.

– В вашей поликлинике почти везде ремонт, оборудованы бассейны для взрос-

лых и детей, пять аппаратов УЗИ, другое современное оборудование и много чего еще. У вас какое-то особое финансирование?

– Да нет. Как у всех. Разве что у нас хорошие отношения с администрацией Петродворцового района, и она нам помогает, но все-таки исходим мы из тех средств, что предусмотрены бюджетом. Здесь, скорее, дело не столько в том, какие средства нам выделяются, сколько в грамотном их распределении. Скажем, ремонт мы делали блоками – хирургический, дневной стационар и т. д. Часто руководители идут по пути «там сломалось – подремонтировали, там оборудование вышло из строя – заменили», а деньги кончились, и вроде как ничего и не изменилось.

– В конкурсе «Женщина года» Вы стали первой в номинации «Наука». Понятно, когда подобную награду получают хирурги, неврологи, терапевты. Но как должность главного врача связана с наукой?

– Организация здравоохранения – тоже наука, и не самая простая. Более того, наука в организации здравоохранения, как ни странно, намного ближе к практике, чем в других отраслях медицины – они друг от друга не отделямы.

Время семейных врачей еще не настало, лучше – семейные клиники

– Какое достижение в организации работы поликлиники Вы считаете самым значимым?

– Наверное, то, что нам удалось наладить тесное взаимодействие между «детским» и «взрослым» звеном, и воплотить принципы семейной медицины в модели российской амбулаторной помощи. Два года назад детскую и взрослую поликлинику объединили в одну, и это стало возможно. На мой взгляд, к переходу на систему медицинского обслуживания, построенную на семейных врачах, российское здравоохранение не готово. Хотя бы потому, что об этой системе мы знаем немного, и на практике она «не откатана». К тому же, каким бы талантливым не был специалист, все обо всем знать сложно. По-моему, оптимален подход, при котором обеспечена преемственность детской и взрослой поликлиник, и пациента ведут с рождения до старости, зная о нем абсолютно все, включая семейный анамнез. Мы создали у себя такое учреждение, и акцент мы сделали именно на детской поликлинике, ранней профилактике заболеваний и формировании здорового образа жизни с раннего детства. С прошлого года у нас есть не только школа молодой матери, но и школа молодых отцов. Также у нас работает Центр здоровья для детей. А молодежная консультация занимается профилактической и санитарно-просветительской работой среди подростков, направленной на профилактику нежелательной беременности, ИППП, ВИЧ-инфекции, наркомании и поддержке репродук-

тивного здоровья. В том числе мы сотрудничаем с педагогическими коллективами и с социальными работниками школ. Впрочем, большое внимание профилактике мы уделяем и во «взрослом» звене, равно как и реабилитации.

– То, о чем Вы рассказываете, очень похоже на идеально работающую модель оказания амбулаторной помощи, которая была в советские времена.

– В чем-то да, в чем-то нет. На самом деле, российская система амбулаторной помощи, унаследовавшая, во многом, советские традиции, не так и плоха, главное, чтобы она правильно работала. Вот, например, говорят, что у нас плохо с реабилитацией и что поликлиники ею не занимаются. А почему? Возможности-то есть. У нас, например, работают бассейны для детей и взрослых, кабинеты физиотерапии, массажа и ЛФК. И они полностью покрывают потребности пациентов в реабилитации после травм, инсультов, инфарктов и других заболеваний, которые требуют восстановления. Согласно, что, может быть, не везде оборудованы бассейны, но остальное-то должно быть. Дневной стационар у нас загружен тоже полностью и снимает значительную часть нагрузки с больницы.

Главное – любовь и понимание

– Говорят, если врач становится хорошим управленцем, то он перестает быть врачом, а если остается врачом, то управленца из него не выйдет. И то и другое – плохо. Получился ли у Вас свой баланс между «врачом» и «управленцем»?

– Я такую версию тоже слышала, но, как к ней относиться, не знаю. У меня этот баланс найти получилось. Мне его помогла найти любовь к профессии и к людям. К людям в большей степени – и к пациентам, и к коллегам. Мне просто хочется всех услышать, всех понять и сделать так, чтобы всем было хорошо. А когда есть такое желание, начинаешь задумываться, как его реализовать, и начинаешь изучать тонкости организации и управления. Мне кажется, здесь еще важно понимать, что дело – это дело, а люди – это люди, и важно понимать, что цель работы – люди, то есть дело для людей, а не наоборот.

– Чем женщина-врач отличается – как женщина и как врач?

– Как женщина – думаю, большей выдержкой, сдержанностью, терпением и взвешенностью решений. А как врач – она может использовать все, что дала ей природа, для блага больного и для того, чтобы найти к нему подход, – сострадание, женскую мудрость, местами, хитрость, может быть, терпение, доброту и умение слушать и понимать. Наверное, в том, чтобы дарить понимание и любовь, и заключается одно из главных предназначений и женщины, и врача.

Интервью с Сайрам Ахмедовной Гуловой читайте в следующем выпуске

Этой весной в Петербурге уже в седьмой раз прошел конкурс «Женщина года». Среди его лауреатов оказались врачи. В номинации «Наука» победила главный врач 122-й поликлиники в Ломоносове Елена Владимировна Литвинова, а в номинации «Медицина» – заместитель директора медицинского колледжа им. В.М. Бехтерева, заместитель председателя региональной общественной организации «Союз «Женщины мира» Сайрам Ахмедовна Гулова.

Елена Владимировна Литвинова – кандидат медицинских наук, главный врач Городской поликлиники № 122, главный педиатр Петродворцового района Санкт-Петербурга.

В этой поликлинике все не так. Улыбчивая гардеробщица, картины на стенах, нет очереди, нет характерного «больничного» запаха. Внутри все оформлено просто, но со вкусом и с невероятной любовью, а главное – удобно для людей, и ощущения, что это поликлиника, нет вообще, скорее, – дом, в котором лечат, у которого заботливая и любящая хозяйка, чье присутствие чувствуется везде и во всем. Приемная и кабинет главного врача на удивление скромны: ничего лишнего, и тоже – просто и со вкусом. И везде – от приемной до уборной – идеальная чистота.

Поликлиника № 122 – сделано с любовью

– Елена Владимировна, у вас потрясающе чисто. Четверг, вторая половина рабочего дня. Как так может быть?

– Я сама люблю, когда чисто. До поступления в мединститут я работала санитаркой



НОВОСТИ ВРАЧЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Трех петербургских врачей наградят премией Правительства РФ за вклад в науку



Правительство РФ присудило авторам 40 научных работ премии по 1 миллиону рублей каждая. Всего будет награждено 280 человек, в том числе 3 петербургских врача – два онколога и один нейрохирург.

Премии Правительства присудили Юрию Александровичу Шулеву, заведующему нейрохирургическим отделением № 1 Городской многопрофильной больницы № 2, доктору медицинских наук, профессору кафедры нейрохирургии СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Профессор внес вклад в разработку и внедрение в клиническую практику комплекса ме-

тодов минимально-инвазивной нейрохирургии при заболеваниях и травмах спинного мозга и позвоночника.

Также в правительстве наградят петербургских онкологов – за инновационные технологии лечения опухолей печени и поджелудочной железы с использованием отечественной криохирургической техники. Премию получают Георгий Моисеевич Манихас, доктор медицинских наук, главный врач Городского клинического онкологического диспансера, и Михаил Дмитриевич Ханевич, заместитель главного врача онкодиспансера, доктор медицинских наук, профессор.

К слову, в сентябре группа врачей Городского клинического онкологического диспансера за лечение опухолей с применением криохирургии также получила своеобразный «Оскар» в онкологии – Всероссийскую премию «IN VITA VERITAS».

Премии за достижения в медицине будут вручены еще двум авторским коллективам – за создание, производство и внедрение в медицинскую практику отечественного противовирусного препарата «Панавир» и за разработку текстильных технологий для получения лечебных депо-материалов, обеспечивающих направленную доставку лекарств.

Ежегодные премии в области науки и техники в размере 1 миллиона рублей учреждены в 2005 году. Всего их 40, в том числе 10 премий за работы в сфере обороны и безопасности. Авторский коллектив по каждой работе не должен превышать 10 человек.



В Петербурге подорожали платные медицинские услуги

По данным Петростата, в конце 2013 года цены на медицинскую помощь в Петербурге выросли на 10%, по сравнению с теми же данными 2012 года. Самым заметным оказался скачок цен на общий анализ крови – на 17,7%. Стоимость этой простой диагностической процедуры составила к концу года 281,79 рубля.

На 7% подорожало УЗИ брюшной полости, стоимость его дошла почти до 800 рублей. Первичный прием у стоматолога стал на 2% дороже, а лечение поверхностного кариеса с установкой пломбы – на 6,4%. Таким образом, вылечить зуб, согласно данным статистики, можно за 1616 рублей.

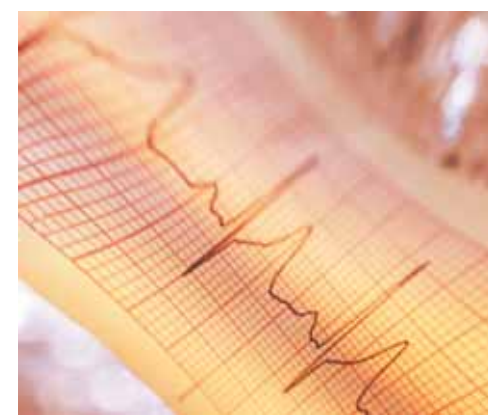
Первичный прием врача-специалиста стоит в Петербурге почти 550 рублей, его стоимость за год выросла на 11%.

Аритмология может стать отдельной специальностью

Аритмологи просят Минздрав закрепить за ними официальное название – «специалист-аритмолог» и внести его в номенклатуру врачебных специальностей, чего до сих пор сделать не было.

Как сообщил президент Всероссийского общества аритмологов, руководитель отделения хирургии тахиаритмий НЦССХ им. А.Н. Бакулева, профессор Амиран Шотаевич Ревитов, специалисты уже подали все необходимые документы в Минздрав и ждут только ответа ведомства.

Источник: интернет-газета «Доктор Питер»



В Петербурге составили рейтинг городских поликлиник

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ОМС) провел в 60 поликлиниках города социологическое исследование уровня удовлетворенности петербуржцев качеством медицинской помощи. Лучшие и худшие поликлиники помогли выбрать 7200 пациентов.

Исследование Терфонда ОМС и Центра политических и психологических исследований показало, что в целом удовлетворены работой поликлиник 75% петербуржцев. При этом опрошенные пациенты от-

метили следующие основные проблемы в работе поликлиник в 2013 году: «большие очереди перед кабинетом врача» (41%), «трудно попасть на прием к врачу (записаться, получить номерок)» (35%), «длительные сроки ожидания медицинских услуг (от момента записи до дня получения услуги)» (26%), «трудно сделать необходимые диагностические исследования (ЭКГ, УЗИ)» (22%).

При составлении рейтинга пациенты оценивали качество работы участков врачей, врачей-специалистов, их вежливость и внимательность, а так-

же уровень качества лабораторных и диагностических исследований. Терфонд ОМС также интересовало, работает ли поликлиника с нарушениями – например, вынуждены ли пациенты платить за диагностические исследования, услуги врачей-специалистов или проводить много времени в очередях и ждать более двух недель диагностики или сдачи анализов. Средний балл, который поликлиники получили в рейтинге, – 81,6. Самый высокий (87,6) – у городской поликлиники № 30 в Петроградском районе, самый низкий (71,8) – у поликли-

нического отделения № 43 в Кировском районе.

Отметим, что в этом году рассматривались поликлиники с численностью прикрепленного населения не менее 25 тысяч человек. В рейтинг не вошли поликлиники Красногвардейского района. Терфонд ОМС объяснил это тем, что подобный опрос пациентов уже проводился в поликлиниках района в 2012 году.

Исследование было выполнено за счет страховых медицинских организаций (СМО), работающих в системе ОМС Петербурга.

Места распределились следующим образом:

1. Городская поликлиника № 30 (Петроградский район)
2. Городская поликлиника № 34 (Петроградский район)
3. Городская поликлиника № 94 (Невский район)
4. Городская поликлиника № 87 (Невский район)
5. Городская поликлиника № 100 (Невский район)
6. Поликлиническое отделение № 53 (Василеостровский район)
7. Поликлиническое отделение № 121 (Приморский район)
8. Поликлиническое отделение № 3 (Василеостровский район)
9. Городская поликлиника № 46 (Невский район)
10. Поликлиническое отделение № 49 (Приморский район)
11. Городская поликлиника № 95 (Колпинский район)
12. Поликлиническое отделение № 4 (Василеостровский район)
13. Городская поликлиника № 19 (Фрунзенский район)
14. Городская поликлиника № 38 (Центральный район)
15. Городская поликлиника № 111 (Приморский район)
16. Поликлиническое отделение № 14 (Выборгский район)
17. Поликлиническое отделение № 13 (Выборгский район)
18. Поликлиническое отделение № 114 (Приморский район)
19. Поликлиническое отделение № 68 (Курортный район)
20. Городская поликлиника № 27 (Адмиралтейский район)
21. Городская поликлиника № 98 (Приморский район)
22. Поликлиническое отделение № 90 (Калининский район)
23. Поликлиническое отделение № 77 (Невский район)
24. Городская поликлиника № 37 (Центральный район)
25. Городская поликлиника № 74 (Кронштадтский район)
26. Городская поликлиника № 8 (Невский район)
27. Городская поликлиника № 97 (Выборгский район)
28. Поликлиническое отделение № 96 (Калининский район)
29. Поликлиническое отделение № 55 (Калининский район)
30. Поликлиническое отделение № 115 (Приморский район)
31. Городская поликлиника № 24 (Адмиралтейский район)
32. Поликлиническое отделение № 116 (Выборгский район)
33. Поликлиническое отделение № 50 (Красносельский район)
34. Поликлиническое отделение № 86 (Калининский район)
35. Поликлиническое отделение № 42 (Московский район)
36. Поликлиническое отделение № 112 (Калининский район)
37. Поликлиническое отделение № 47 (Московский район)
38. Поликлиническое отделение № 15 (Выборгский район)
39. Городская поликлиника № 25 (Невский район)
40. Поликлиническое отделение № 48 (Московский район)
41. Городская поликлиника № 102 (Приморский район)
42. Городская поликлиника № 99 (Выборгский район)
43. Поликлиническое отделение № 41 (Калининский район)
44. Поликлиническое отделение № 5 (Фрунзенский район)
45. Городская поликлиника № 21 (Московский район)
46. Городская поликлиника № 78 (Фрунзенский район)
47. Городская поликлиника № 44 (Фрунзенский район)
48. Поликлиническое отделение № 20 (Кировский район)
49. Поликлиническое отделение № 89 (Пушкинский район)
50. Поликлиническое отделение № 91 (Красносельский район)
51. Городская поликлиника № 122 (Петродворцовый район)
52. Городская поликлиника № 56 (Фрунзенский район)
53. Поликлиническое отделение № 101 (Кировский район)
54. Городская поликлиника № 93 (Красносельский район)
55. Поликлиническое отделение № 45 (Кировский район)
56. Поликлиническое отделение № 57 (Калининский район)
57. Поликлиническое отделение № 106 (Красносельский район)
58. Поликлиническое отделение № 104 (Выборгский район)
59. Поликлиническое отделение № 88 (Кировский район)
60. Поликлиническое отделение № 43 (Кировский район)

Источник: интернет-газета «Доктор Питер»



Конференции для врачей Санкт-Петербурга в апреле:

XIII ежегодная научно-практическая конференция «Поленовские чтения»

15–18 апреля

Подробности: <http://congress-ph.ru/event/polenov-14>

Международный мастер-класс «Школа хирургии желудка»

16–18 апреля

Подробности: <http://med122.com/news/detail/2865>

Международная научно-практическая конференция «Многопрофильная клиника XXI века – 2014»

17–18 апреля

Подробности: http://art-neva.spb.ru/?page_id=268

I Российский конгресс «Функциональные заболевания в терапевтической и педиатрической практике»

21–22 апреля

Подробности: http://inform-med.ru/?page_id=128

III Петербургский международный форум оториноларингологов России

23–25 апреля

Подробности: <http://www.lornii.ru/colleagues/conference2014.php>

15-я научно-практическая конференция «Актуальные вопросы внутренних болезней (терапия полиморбидного больного) – 2014»

24 апреля

Подробности: http://art-neva.spb.ru/?page_id=249

2-я Международная восточноевропейская конференция «Междисциплинарные аспекты краниомадибулярных дисфункций»

25–26 апреля

Подробности: www.cmfc.su

ВРАЧИ «СКОРОЙ ПОМОЩИ» ХОТЯТ ЗАЩИТИТЬСЯ ОТ НАПАДЕНИЙ

На сайте «Российской общественной инициативы» открыт сбор подписей в защиту врачей «Скорой помощи». Авторы инициативы требуют ужесточения наказания за оскорбление и нападение на медиков «при исполнении».

Врачи в очередной раз просили усилить юридическую ответственность за оскорбление и нападение на работников «Скорой». Один из предложенных вариантов – внести изменения (дополнения) в статьи 318 и 319 уголовного кодекса Российской Федерации, в результате которых мера юридической ответственности должна быть приравнена к противоправным действиям в отношении сотрудников полиции.

Другой вариант – внести в уголовный кодекс Российской Федерации дополнительную статью, предусматривающую «уголовную ответственность за угрозу убийством, насилием или уничтожением либо повреждением имущества, умышленное причинение побоев, легких или

средней тяжести телесных повреждений и тяжкого телесного повреждения работнику учреждения здравоохранения независимо от форм собственности в связи с выполнением этим работником профессиональных обязанностей».

Также врачи просят оборудовать автомобили «тревожными кнопками», а экипажу «Скорой» выдавать их в виде радиобрелков. По мнению авторов инициативы, необходимо запретить работу по одному медицинскому работнику в бригаде.

Ознакомиться с обращением можно на сайте: www.roi.ru/10737. Для этого необходимо зарегистрироваться на портале Электронного правительства: <https://esia.gosuslugi.ru/sia-web/rf/registration/lp/index.spr>.

Напомним, что медицинское сообщество уже не первый год требует ужесточить наказание за нападение на сотрудников «Скорой», однако до сих пор никаких мер не было принято. С инициативой о приравнивании насилия в отношении медиков к нападению на сотрудников полиции петербургский комитет по здравоохранению обращался в Минздрав, однако ответа так и не получил. Также в Петербурге предлагали создать «черный список» адресов и пациентов, на вызов к которым «Скорая помощь» будет ездить только в сопровождении полиции.

20 февраля, на заседании постоянной комиссии по социальной политике и здравоохранению депутаты Законодательного собрания пред-

ставили проект закона, который вводит уголовную ответственность за нападение на медиков. Согласно ему, максимальное наказание для угрожающих врачам – лишение свободы на срок до пяти лет. За применение насилия, опасного для жизни или здоровья врача, нападавший может отправиться в тюрьму на 10 лет.

По информации Городской станции скорой медицинской помощи, в 2012 году 50 медиков пострадали от рук пациентов или хулиганов, в 2011 году зафиксировано 37 случаев нападений на бригады «03». Последний громкий случай нападения на врачей петербургской «Скорой» произошел в начале 2014 года: врач и фельдшер, приехавшие на вызов, стали участниками дра-

ки. В результате обоим потребовалась помощь коллег – у врача зафиксировано сотрясение мозга, у фельдшера –

перелом челюсти и закрытая черепно-мозговая травма.

Источник: интернет-газета «Доктор Питер»



ЧТО ЖДЕТ КЛИНИКИ СЗГМУ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА?

В начале марта медики больницы им. Петра Великого объявили голодовку из-за низких зарплат, которые в этом году еще больше уменьшились. По сообщениям руководства вуза, незавидное положение сотрудников связано, во многом, с сокращением федерального финансирования с 2014 года. Как изменилась работа клиник СЗГМУ им. И.И. Мечникова в связи с уменьшением финансирования, и какие изменения предстоит пережить клиникам, «Врачи Санкт-Петербурга» узнали у проректора по клинической работе СЗГМУ имени И.И. Мечникова, главного терапевта Санкт-Петербурга и СЗФО, академика РАН, профессора Вадима Ивановича Мазурова.

В большей степени сокращение финансирования коснулось федеральных клиник при вузах (университетских клиник), нежели при научно-исследовательских институтах. В прошлом году у нас была возможность многоканального финансирования. Министерство здравоохранения выделяло значительные финансовые средства из федерального бюджета на оказание специализированной медицинской

помощи (СМП) и высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), а также мы получали финансирование из Территориального фонда ОМС на оказание медицинской помощи петербуржцам, преимущественно с urgentной патологией. В 2014 году сокращение федерального бюджетного финансирования для нас составило 58% (-351 421 тыс. руб.) по специализированной медицинской помощи и 24% (-149 831 тыс. руб.) по высокотехнологичной медицинской помощи. Если раньше мы могли оказывать СМП более 20 000 пациентам в год, при этом 30% из них являлись жителями других регионов РФ, а ВМП – 4778 больным (более 40% – жители других регионов), то сегодня федерального бюджетного финансирования нам хватит на 3656 пациентов по СМП и на 2792 по ВМП. В общей сложности, почти 25 000 в прошлом году против 6448 в этом. То есть, возможность получить самое современное и качественное обследование и лечение в клиниках СЗГМУ им. И.И. Мечникова потеряли более 18,5 тысяч человек.

Сегодня идет речь о том, что какое-то дополнительное финансирование для «федералов» будет, но как скоро

и в каком объеме пока не понятно. Столь резкое и массивное сокращение бюджетного финансирования привело в первую очередь к критическому дефициту фонда заработной платы и требует радикального сокращения имеющегося бюджетного коечного фонда. Из 1645 коек в ближайшее время должно остаться около 1100. Нам сейчас необходимо просчитать, сколько нужно коек для обеспечения учебного процесса. В дальнейшем планируется ежеквартальный мониторинг эффективности работы коечного фонда и решение вопросов о дальнейшей оптимизации и перепрофилировании.

Планируемое сокращение коечного фонда неизбежно повлечет за собой сокращение штатной численности врачей, среднего и младшего медпер-

сонала, что составит порядка 200 штатных единиц. И мне жаль, что вместо того, чтобы думать, как поддержать медицинских сотрудников, которые могли бы оказывать медицинскую помощь на самом высоком уровне, и как сделать, чтобы эту помощь могли получить как можно больше людей, мы вынуждены уменьшать нагрузку. Одним из выходов из создавшегося положения является широкое использование профессорско-преподавательского состава, как наиболее серьезно подготовленного, в оказании высокотехнологичной медицинской помощи.

Впрочем, возможно, какие-то вопросы нам удастся решить за счет увеличения оборота койки, интенсификации лечебного процесса и усиления стационарзамещающих технологий.



Также одним из путей выхода из создавшейся ситуации может стать увеличение объема платных услуг.

По информации из собственных источников, одна из баз университета – больница им. Петра Великого уже с 1 января 2014 года не принимает плановых пациентов, и палаты в некоторых отделениях стоят полупустые.

Зарплата сотрудников с начала года существенно сократилась. Так, например, оплата труда одной из се-

стер клиники, работающей в двух отделениях на 0,5 ставки в совокупности, за февраль составила 5000 рублей.

Кроме того, планируется сокращение врачебного состава и перераспределение нагрузки. Теперь преподавателям, которые раньше занимались преимущественно учебной работой, придется еще и вести па-

циентов. Будет ли увеличена зарплата – неизвестно, но есть предположение, что нет. По утверждению самих преподавателей университета, на данный момент их зарплата составляет 12–14 тысяч рублей.

Также предполагается не только увеличить объем платных услуг, но и поднять их стоимость.

САНКТ–ПЕТЕРБУРГСКАЯ ШКОЛА КАРДИОЛОГОВ

С 12 по 21 мая 2014 года в Петербурге пройдет 13-я Школа кардиологов. Преподавательский коллектив научно-клинического и образовательного центра «Кардиология» медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета организует цикл занятий, посвященных тактике обследования и лечения больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией.

Особое внимание планируется уделить, с одной стороны, особенностям лечения интеркуррентных заболеваний у кардиологических больных, с другой – решению «сердечных» проблем у больных, страдающих различными экстракардиальными заболеваниями.

Будут обсуждаться темы: ведение кардиологических больных с сахарным диабетом, диабетическим и недиабетическим поражением по-

чек, цереброваскулярной болезнью, заболеваниями легких, синдромом обструктивного апноэ сна, антифосфолипидным синдромом, онкологической патологией, а также особенности диагностики и лечения сердечно-сосудистой патологии у женщин в период беременности.

В программу Школы включены трехчасовые авторские семинары «Сердечно-сосудистые заболевания и хроническая обструктивная болезнь легких» проф. Г.П. Арутюнова, «Сахарный диабет и хроническая сердечная недостаточность» проф. Н.А. Козиоловой, «Кардиологические проблемы у больных с онкологическими заболеваниями» канд. мед. наук И.Е. Михайловой, «Эндокринная патология и ишемическая болезнь сердца» проф. И.В. Дворяшиной, «Эхокардиография в клинической кардиологии»

проф. А.Г. Обрезана и «Миокардиты: диагностика и лечение» проф. С.Р. Гиляревского.

Значительная часть материала будет представлена на клинических разборах. Особое внимание будет уделяться анализу электрокардиограмм, данных мониторинга и различных проб.

14 мая запланированы семинары по применению транскатетерной замены клапанов, мониторинга глюкозы крови, инъекционных подожных регистраторов, безэлектродных электрокардиостимуляторов, внутрисердечных и внутрисосудистых ультразвуковых исследований, нейростимуляции, имплантируемых подожных дефибрилляторов.

18 мая состоится факультатив «Холтеровское мониторирование и программирование в веде-

нии больных с имплантированными устройствами».

По результатам участия в работе Школы кардиологов слушатели получают удостоверение государственного образца о краткосрочном повышении квалификации в объеме 72 часов по программам «Диагностика и выбор терапии при сочетанной сердечно-сосудистой патологии» или «Избранные вопросы функциональной диагностики».

Цикл занятий рассчитан на врачей-кардиологов, терапевтов, врачей функциональной диагностики и общей практики.

Более подробную информацию можно найти на аритмологическом форуме (forum.veststar.ru), портале www.QRS.ru (там проводится регистрация) и сайте www.veststar.ru.



ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИКИ НА ГРАНИ КАТАСТРОФЫ

Что 2014 год будет тяжелым, федеральные клиники знали еще в конце 2013-го, но, чтобы настолько, никто и представить себе не мог. Бюджетное финансирование с 2014 года федералам планировали сократить на 30%. Однако, предполагалось, что эти деньги пустят через фонд ОМС и таким образом увеличат объем работы федеральных клиник в системе обязательного медицинского страхования. Но деньги к федералам так и не вернулись. Более того, сократилось финансирование не только по бюджету, но и по ОМС, а где-то и по ВМП. Особенно тяжело пришлось вузовским клиникам: они недополучили более половины денег. «Врачи Санкт-Петербурга» поинтересовались, как выживают федеральные клиники.

У нас вариантов нет



Игорь Владимирович Шведов-ченко – профессор, генеральный директор ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта»

Государственное задание нам сократили на 30% в этом году и через фонд ОМС не компенсировали. Фонд ОМС вообще не занимается социальной, профессиональной и психологической реабилитацией инвалидов. Позволить себе восполнить недостаток финансирования

за счет платных услуг мы не можем, поскольку реабилитируем инвалидов – не самую благополучную с финансовой точки зрения часть нашего общества. И другого выбора, как сокращать койки и персонал на те же 30%, у нас сегодня нет. У нас остается всего полтора года, чтобы подготовиться к полному прекращению финансирования государственного задания, и мы этим сейчас и заняты. Постараемся приложить все усилия, чтобы сохранить для инвалидов возможности многопрофильной комплексной реабилитации.



Фото: vk.com, ktovmedicine.ru

Спасение утопающих – дело рук самих утопающих



Яков Александрович Накатис – профессор, главный врач ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова» ФМБА России, заслуженный врач РФ.

С сокращением финансирования мы сталкиваемся не впервые, опыт выживания в подобных условиях у нас уже был в начале 90-х. На протяжении многих лет мы оказываем помощь сотрудникам оборонных предприятий, связанных с атомной промышленностью, и в советские времена к нам было прикреплено около 100 тысяч человек, но к началу 90-х их осталось около 16 тысяч. То есть мы работали лишь на 16% возможной мощности. Что делать? Сокращать людей, закрывать клинику? Мы пошли другим путем – мы начали себя продавать, стали заключать договоры на оказание платных медицинских услуг. Сейчас клиника зарабатывает почти 5 млн рублей в сутки, в прошлом году мы чуть-чуть не дотянули до 3 млрд консолидированного дохода в год, более 60% составляет внебюджетный доход.

И это большая часть бюджета клиники, поскольку государство финансирует помощь, которую мы оказываем

по ВМП, и обследование и лечение тех, кто к нам прикреплен, – а это 25–32% от мощности клиники. Тем не менее, дотации нам сократили на 30% по ВМП и на 32% по госзаказу – это около 400 миллионов. Сумма не такая уж и маленькая, если учесть, что месячная зарплата коллектива составляет около 110 миллионов рублей. Но с другой стороны – для клиники не смертельная. Недостаток средств мы планируем восполнить за счет увеличения платных услуг и усиления привлечения пациентов через ДМС. Если не получится, увольнять мы, конечно, никого не будем, но зарплату на 5% сократить придется. К слову, сейчас средняя зарплата сотрудника составляет 44 тысячи рублей, врача – 57 тысяч рублей.

От государства ждать милости не приходится. Оно дает то, что может, а может оно немного. У нас в этом году урезали 1700 федеральных квот. Почему? Потому что их нужно было разделить между другими медицинскими уч-

реждениями, в том числе муниципальными. Подход в принципе неверный: высокотехнологичную помощь должны оказывать клиники, у которых есть соответствующее оборудование и высокопрофессиональные специалисты. Раздавать их даже по областным больницам нельзя, это сразу же скажется на качестве лечения. В свое время министр здравоохранения Михаил Зурабов эту помощь придумал и отобрал 60 учреждений по всей стране, которые могут эту помощь оказывать. Сейчас их стало не 60, а в разы больше. Это неправильно, нельзя взять и раздать «всем сестрам по серьгам»: качество медицинской помощи ухудшится.

Думаю, федеральные клиники смогут найти выход из ситуации.

Во-первых, они хорошо оснащены, во-вторых, у них есть огромный интеллектуальный потенциал. Но всем этим должен управлять хороший менеджер, а сотрудники должны иметь достойную зарплату за свой труд. А иначе как? Я верю только в силы своего коллектива. Мы уже провели несколько мозговых штурмов, и итог работы первых трех месяцев 2014 года подтвердил наше умение работать командой.

Фото: med122.com



Сокращение бюджета – катастрофа, но главная ценность – коллектив



Владимир Викторович Леванович – профессор, ректор Санкт-Петербургского педиатрического университета.

Подобное сокращение бюджета – катастрофа. Идея пустить часть бюджетного финансирования через ОМС изначально не очень удачна. ОМС подразумевает определенные стандарты, в которых четко определен набор обследований и алгоритм лечения. Но часто пациенты в вузовских клиниках лежат «нестандартные», с сочетан-

ными патологиями, с нетипичным течением болезни или просто тяжелые. И часто их обследование и лечение выходит за нормативы, предусмотренные ОМС. Раньше эту разницу мы могли перекрывать за счет федеральных средств, понятно, что сейчас это будет сложно. И вполне вероятно, не лучшим образом скажется на качестве лечения.

Сокращение бюджета в этом году у нас произошло в четыре раза. В рамках ОМС – на 50%, ВМП – 15%. Но в масштабах всей клиники ВМП не составляет львиную долю расходов. Сокращение в основном коснулось специализированной медицинской помощи (СМП), более того, оно по-разному отразилось на финансировании лечения отдельных видов заболеваний. Так, например, взять эндокринологическое отделение. По СМП нам профинансировали всего 3%, по ОМС – 28%, ВМП сюда, к счастью, попала – 28%. Урология: ВМП – 16%, СМП – 1%, ОМС – 17%. Совсем катастрофическая ситуация по инфекционным болезням. У нас два отделения, СМП и ВМП – 0%, по ОМС – 48% – на одно отделение и 40% – на второе. Выходит, все остальное должно быть платным, если я хочу сохранить коллектив, а не провести сокращение? Но это же дети! В перина-

льном центре, который только-только построили и в прошлом году ввели в эксплуатацию, родовспоможение фактически по нулям. Мы вынуждены были перебросить туда хотя бы какое-то количество денег, выделенных на другие отделения. Потому что я не представляю, как повернется язык сказать: «Платите за счастье быть матерью».

При наших прежних темпах работы, средств, которые нам сейчас выделили на год, хватит на два месяца. Если их растягивать, в том числе с понижением заработной платы сотрудникам, что мы сейчас и делаем, то можно худобно дотянуть до июня. В январе-феврале наши специалисты уже получили денег на 25% меньше.

А что будет дальше? Койки сокращать я не хочу, потому что мы их потом не вернем, а больных меньше не станет. Коллектив я сокращать тоже не хочу. Он для меня – самое важное, компьютер – это металл, люди – главная ценность, и в них наибольший потенциал.

Увеличивать объем платных услуг я опять же не хочу. Мы лечим детей, и брать за это деньги, мягко говоря, нехорошо. И я всегда гордился тем, что у нас минимальное количество платных услуг.

По большому счету, идеального выхода из ситуации нет, и потери будут в любом случае – либо для врачей, либо для пациентов. Можно лишь попытаться расставить приоритеты и найти более или менее приемлемые варианты.

Терфонд ОМС дополнительно выделил 170 миллионов рублей на нужды клиник. Как эти средства будут распределены, пока непонятно, но, может быть, за счет них получится восполнить хоть какие-то расходы.

Один из вариантов – перейти полностью на «федеральных» больных. По закону, за пациентов, которые поступают из регионов и соседних областей, платит направивший их регион, и свои средства клиника на них не тратит. Однако при этом очень многие петербургские дети потеряют возможность лечиться у нас. По закону, нам нужно было пролечивать не меньше 28% федеральных больных в год. Этот минимум у нас был, а остальные 70% – были пациенты из Петербурга. А теперь, чтобы выжить и не потерять качество лечения,

объем «федеральных» больных нужно будет довести до 70%.

Другой вариант – несколько иначе выстроить работу со страховыми компаниями. Мы можем репрофилировать часть палат под палаты повышенной комфортности и заключить договоры со страховыми компаниями, по которым они будут направлять к нам пациентов, желающих получить лечение в более комфортных условиях. Естественно, в таком подходе есть момент социальной несправедливости, и это тоже не очень хорошо.

Эти два варианта нам нужно отладить в ближайшие три-четыре месяца, потому что, как я уже говорил, денег хватит только на первую половину года.

Фото: medsovet.info, kumo.spbstu.ru



НА ЧТО БУДЕТ ТРАТИТЬ ДЕНЬГИ В 2014 ГОДУ

ПЕТЕРБУРГСКИЙ ФОНД ОМС



Бюджет Петербургского ФОМС на этот год – 51,8 млрд рублей. Много это или мало? Одни говорят, что это беспрецедентная и достаточная сумма, другие – что ее не хватает на выросшие за последние годы потребности. Что думает по этому поводу Александр Михайлович Кужель, директор ТФОМС Петербурга – основного источника средств в системе здравоохранения?

– Александр Михайлович, несмотря на проблемы с бюджетами на всех уровнях, бюджет нашего Терфонда ОМС не только не уменьшился, а даже вырос. При этом скептики утверждают, что денег мало в связи с нововведениями Минздрава, а также необходимостью следовать «дорожной карте» и наращивать средний заработок врачей.

– Такого увеличения финансирования (на 50%, как это было в 2013 году) в ближайшие годы по понятным причинам не будет. Но и рост на 15% – тоже солидный. Наша задача эффективно эти средства использовать. В том числе и в выполнении «дорожной карты», и в части обеспечения высокотехнологичного лечения, которое частично передано в систему ОМС. Надо сделать так, чтобы по видам медицинской помощи и технологиям, которые вошли в систему впервые, не только не допустить ухудшения ситуации, а добиться улучшений. В прошлом году нам это удалось: когда в ОМС перевели «Скорую помощь» и выполнение ЭКО, было много беспокойства и сомнений. Результат: по общему мнению, не только не стало хуже, а в целом – стало даже лучше. Жители не почувствовали никаких изменений от этого перевода, а зарплата у сотрудников «Скорой» ощутимо выросла. По ЭКО – часть запланированных циклов даже осталась невостребованной пациентами. Очереди в Петербурге на ЭКО нет, жалоб от пациентов и участников процесса тоже нет.

– Федеральные учреждения сегодня очень надеются на участие в выполнении государственной программы в рамках системы ОМС, поскольку, по сообщениям их руководителей, федеральное финансирование снижено на 30–40%. Они получили такие плановые объемы специализированной и высокотехнологичной помощи от Минздрава, что дефицит финансирования очевиден. Как им быть?

– Да, федеральные учреждения за последние годы нарастили мощности, овладели сложнейшими технологиями лечения и оказались в ситуации, когда часть этого потенциала может быть невостребована в полном объеме. По информации, которую мы имеем на сегодня,

финансирование федеральных учреждений на оказание специализированной медицинской помощи сокращается в среднем на 35%, в следующем году будет сокращено на 50%. Это большая цифра. Понятно, что закрыть эту финансовую брешь, даже активно включая федеральные учреждения в выполнение Терпрограммы, не получится: темпы ее роста в сравнении с темпами сокращения финансирования у «федералов» несопоставимы.

В отличие от других регионов, в Петербурге федеральные учреждения активно включены в выполнение территориальной программы ОМС. Мы заинтересованы в совместной работе и строим политику, исходя из этого. Объемы оказываемой ими помощи за последние годы кратно выросли: в 2011 году они оказали ее на 1,2 млрд рублей, в 2013-м – на 2,6 млрд рублей, в этом – запланировано более 3 млрд. У нас единые тарифы для учреждений всех форм собственности. Там, где это требуется, мы активно привлекаем федеральные учреждения: если с фондом в 2009 году сотрудничала 21 федеральная клиника, то в этом – уже 33.

– Вряд ли 3 млрд рублей спасут большие коллективы 33 федеральных учреждений от проблем.

– Во-первых, фонд ничем спасением не занимается, он выполняет программу госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи и оплачивает ее в тех учреждениях, в которых она оказывается – федеральных, городских или частных.

Во-вторых, не только нам понятно, что у учреждений существуют проблемы. Поэтому сейчас на федеральном уровне решается вопрос о том, как все же дополнительно профинансировать федеральные учреждения. Когда я выступал в Совете Федерации, то от имени города предложил изменить методику расчета субвенций и добавить средства из федерального фонда для регионов, где много федеральных учреждений (Москва, Петербург, Новосибирск), чтобы лучше интегрировать их в региональные системы ОМС. Предложение сейчас обсуждается.

У Федерального фонда ОМС есть нормированный страховой запас, и мы надеемся получить из него дополнительные средства на выполнение территориальной программы и высокотехнологичных операций. В прошлом году федеральный фонд ОМС перечислил нам 1,4 млрд рублей, в этом году надеемся на не меньшую сумму.

– А как вы будете их делить между разными учреждениями, в том числе между городскими и федеральными?

– Мы будем думать в первую очередь не о том, как их делить, а о том, как оказать ВМП петербуржцам, чтобы по максимуму удовлетворить потребность в определенных видах помощи на том уровне, на котором она оказывалась в 2013 году, и даже лучше. А оказывать ее будут те, кто это умеет делать качественнее других: объемы ВМП мы сейчас распределяем в соответствии с рейтингами, которые составляются по объективным критериям. В выборе критериев и распределении плановых заданий участвуют и представители медуниверситетов всех форм собственности и подчиненности.

– Еще недавно федеральным клиникам неинтересны были медицинские услуги, на которые в системе ОМС установлены низкие тарифы. Они и сейчас хотят получить ВМП, дорогие виды специализированной медпомощи. А многим петербуржцам нужна в них просто консультация «узкого» специалиста или диагностическое исследование, на которое в городских медуниверситетах большие очереди.

– Сейчас они готовы участвовать в оказании большинства видов медицинской помощи

петербуржцам в рамках ОМС. Что касается консультаций в амбулаторных условиях, то в прошлом году федеральные учреждения даже не выполнили в этой части плановые задания. А по дефицитным видам диагностики – КТ и МРТ в этом году объемы помощи увеличены почти в полтора раза. В рамках ОМС их будут проводить 65 клиник – все, кто захотел. Кстати, количество федеральных медицинских учреждений, выполняющих КТ и МРТ, в 2014 году по сравнению с прошлым годом выросло в 4,7 раза.

– Какие виды ВМП передаются в систему ОМС?

– Более 400 методов лечения и технологичной сердечно-сосудистой хирургии, неонатологии, оториноларингологии, офтальмологии, нейрохирургии и т. д. Плановое стентирование по-прежнему будет выполняться из бюджета по квотам – федеральным и региональным, а по полису ОМС – только при остром коронарном синдроме (ОКС). В Петербурге есть особенность, благодаря которой нам будет легче организовать работу – часть видов высокотехнологичной медицинской помощи, такие как ОКС и неонатология, оплачиваются из средств ОМС уже два года.

– Значит, по тем видам высокотехнологичной помощи, что у нас уже оказывалось в рамках ОМС, то есть фактически по потребности, для петербуржцев ничего не изменится?

– Для пациентов ничего не изменится. Изменится для клиник, работающих в системе ОМС. Так, например, если раньше медицинская помощь, оказанная иногородним пациентам при ОКС, не оплачивалась в полном объеме в рамках межтерриториальных расчетов, то сегодня будет оплачена в полном объеме.

– Перевод ВМП в разряд специализированной медицинской помощи и ее оказание в рамках Территориальной программы – это хорошо или плохо?

– Хорошо. Потому что, во-первых, фонд, страховые медицинские организации будут осуществлять экспертизу оказываемой помощи и контролировать ее качество. Во-вторых, пациенту не надо искать квоту на получение определенной помощи: попал в медицинское учреждение – ему выполняется операция. Хотя, конечно, планового лечения по некоторым видам ВМП придется ждать, как и во всем мире.

И, строго говоря, те виды ВМП, что передаются в систему ОМС, как назывались высокотехнологичными, так и будут называться, несмотря на то, что финансироваться будут из фонда ОМС. Уже сейчас в Петербурге они выполняются – тарифы и плановые задания утверждены. Мы запустили процесс. В дальнейшем, в том числе при получении дополнительного финансирования, будем вносить коррективы.

– «Дорожная карта» – камень преткновения между статистическими отчетами чиновников и врачами. Первые говорят, что она выполнена, вторые доказывают, что их зарплата не растет, а если растёт, то за счет увеличения нагрузки – на 1,5–2 ставки.

– Чтобы ни говорили, а «дорожная карта» в Петербурге выполнена даже с превышением – к концу года средняя зарплата врача составила 49 800 рублей (планировалось – 47 тысяч 220 рублей). Это, подчеркиваю, – средняя зарплата по отрасли, она рассчитывается также, как средняя по региону – у кого-то зарплата 100 тысяч, а у кого-то – 15. И никто не обещал, что каждый врач будет зарабатывать к концу 2013 года 47 тысяч рублей. По федеральной методике, в среднем «на физическое лицо» должна получаться такая сумма. Не может человек, который работает на ставку до 15.00 с выходными в субботу и воскресенье, зарабатывать

больше врача, который работает ежедневно с 9.00 до 18.00 и еще в выходной день дежурит.

– Представим себе, что случилось чудо – у медицинских учреждений полный комплект сотрудников и никому не нужно совмещать 2 должности или работать на 1,5 ставки. Получается, что в такой ситуации мы никогда «дорожную карту» не выполним?

– У нас есть поликлиники, в которых высокая укомплектованность, и они выполнили «дорожную карту». В этом большая заслуга руководителей этих учреждений, которые сделали все, чтобы обеспечить рост заработной платы. И таких большинство.

При этом у медицинских организаций еще есть резервы. На конец года на счетах городских и федеральных клиник осталось 1789 млн из средств ОМС. 637 млн из них – на счетах федеральных учреждений, 1151 млн – городских (год назад в остатках была почти вдвое меньшая сумма – 605 млн рублей). Более того, у нас есть учреждения, которые не выполнили «дорожную карту», а на их счетах осталось по 40–50% месячного объема финансирования – целая зарплата. Это говорит о недостаточной компетентности некоторых руководителей в организации финансово-экономической деятельности учреждения.

– Петербургский терфонд ОМС готов к дальнейшему выполнению «дорожной карты»?

– ОМС не может и не должен обеспечивать полностью выполнение «дорожной карты». Это обязанность руководства медицинского учреждения – оно должно обеспечить ее выполнение из средств ОМС, внутренних резервов и платных услуг. Хотя, конечно, в прошлом году основная часть средств использовалась из фонда ОМС. В 2014 году тоже основной источник роста заработной платы – средства ОМС.

– Какой области медицины вы хотели бы в этом году уделить больше внимания?

– Как и раньше в числе приоритетов – сосудистые центры, оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Очень важная задача – оптимизация использования средств. Начали с лабораторий. С тех пор как мы переоснастили их по программе модернизации, стали тратить на оплату лабораторных исследований огромные деньги – за 2013 год 1,2 млрд рублей. Мы рады, что нет жалоб от пациентов – опросы показали, что проблем с лабораторными исследованиями сейчас нет. Но 1,2 млрд рублей это очень много – рост исследований в 3 раза с 2010 года несоизмерим с ростом посещений и ростом финансирования Терпрограммы.

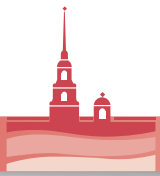
Опыт и наши проверки показывают, что часто исследования назначаются необоснованно. В двух медуниверситетах по одному и тому же заболеванию назначается разное количество исследований. Почему? В регистратуре скапливаются результаты анализов, невостребованные ни врачом, ни пациентом.

У нас нет задачи сократить объемы исследований, но мы должны разобраться в этом вопросе и упорядочить процесс назначения, оптимизировать расходы, а сэкономленные средства направить на развитие других востребованных видов помощи и технологий.

– Расходы бюджета Терфонда распланированы до конца года. А доллар и евро растут. Нет ли у вас опасений, что планы придется корректировать в сторону сокращения?

– Опасений нет. Полагаю, что ресурсы наших медицинских учреждений по экономии средств при приобретении лекарств, расходных материалов и даже оборудования не исчерпаны.

**Источник: интернет-газета «Доктор Питер»
Фото: socpolit.ru**



ПЕДИАТРИЯ: ЧЕМ ОПАСНЫ БАБУШКИ, И ОКАЗЫВАТЬ ЛИ ПОМОЩЬ РЕБЕНКУ, ЕСЛИ РОДИТЕЛИ ПРОТИВ?

Консультация юриста

Бабушка привела внука на вакцинацию, и прививку ребенку сделали. Что ж такого, ситуация понятная: родители на работе, а по календарю прививок – пора. И тут следом прибежала мама и устроила скандал, де, душегубы, от прививок только вред сплошной, и, вообще, руки прочь от моего чада. И формально она права. А медики виноваты. В чем особенности подписания информированного согласия и хранения «врачебной тайны» в педиатрии? Что делать, если родители отказываются от медицинских вмешательств? На эти и другие вопросы врачам Санкт-Петербурга ответила юрист Евгения Примечева.

Зачастую именно в связи с оказанием медицинской помощи несовершеннолетним возникает множество вопросов, связанных с наличием согласия на медицинское вмешательство, информирования законных представителей несовершеннолетнего и разглашении впоследствии врачебной тайны. В силу сложившихся традиций несовершеннолетний часто посещает врача не в присутствии законного представителя, а приходит на прием с бабушкой, отчимом, который может и не являться опекуном ребенка. Если при медицинском осмотре, диспансеризации подобное может быть допустимо, так как не влечет последствий для здоровья ребенка, и предполагается добросовестность намерений лица, сопровождающего ребенка, то при посещении врача-специалиста или при медицинском вмешательстве (например, при вакцинации) следовало бы уточнить, присутствует ли на приеме законный представитель ребенка. В силу статьи 64 Семейного кодекса РФ законными представителями несовершеннолет-

него могут быть только его родители. Бабушка или дедушка, старшие братья таковыми не считаются, если, конечно, на них не оформлено официальное опекуновство.

Однако на практике возникает масса ситуаций, когда за медицинской помощью обращается не законный представитель ребенка, а просто его родственник. Как быть?

Если состояние ребенка требует немедленного вмешательства, как то травма, отравление, то врач действует на основании п. 9 и 10 статьи 20 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», которая допускает оказание медицинской помощи без получения предварительного согласия, с обязательным уведомлением руководства медицинской организации. Конечно, оказание медицинской помощи несовершеннолетнему в виде процедур УФО или медицинского массажа возможно и без присутствия законных представителей. Но вот решение о допуске к процедурам (если предполагается их немедленное получение) или вакцинации следует принимать в присутствии родителей.

Следует отметить, что практически во всех лечебных учреждениях в регистратуре проверяют полномочия лица, сопровождающего ребенка, но чаще подобное все-таки наблюдается в учреждениях частной формы собственности или при поступлении ребенка в стационар.

Как таковой единой санкции за нарушение требований указанных статей законодательством не предусмотрено. То есть при потенциальном нарушении перечисленных требований вполне уместен вопрос: «а что будет, если?..»

Что будет, если в травмпункт доставили ребенка без сопрово-

ждающих, а он нуждается в помощи?

Конечно, необходимо оказать помощь, уведомить руководство, которое в свою очередь уведомляет правоохранительные органы, так как медицинская организация не осуществляет розыск родителей и не может определить, было ли совершено противоправное деяние в отношении несовершеннолетнего.

Как быть, если родители отказываются от медицинского вмешательства?

В таких случаях действия врача описаны в статье 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». И ответом на вопрос является состояние несовершеннолетнего: насколько оно угрожает жизни и здоровью самого ребенка или окружающих. Именно здесь проходит грань между несоблюдением права пациента на согласие на медицинскую помощь и статьей 125 УК РФ – оставление в опасности. Решение вопроса о необходимости получения согласия на помощь или оказание помощи немедленно – это уже ответственность врача и, к сожалению, единого рецепта для всех случаев не существует.

Доступ к сведениям, касающимся здоровья ребенка, также имеют только официальные представители?

Одним из краеугольных вопросов при оказании медицинской помощи, несмотря на более чем подробное изложение статьи 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», является соблюдение врачебной тайны при оказании помощи. В отличие от других понятий деонтологии врачебную тайну характеризует и то, что она одновременно относится к правовым понятиям: сохранность врачебной тайны гарантируется государством



и обеспечивается законодательно путем закрепления определенных запретов и юридической ответственности за ее разглашение. Юридические основы защиты врачебной тайны закладывают статьи 23 и 24 Конституции РФ, в соответствии с которыми каждый гражданин имеет право на личную тайну, а использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускаются. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21 ноября 2011 года в статье 13 определяет понятие «врачебной тайны».

Вышеназванная 13 статья разрешает разглашать сведения, составляющие врачебную тайну в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий. Но «достаточные основания полагать» заставляют врача принимать решение, за которое он потом вполне может отвечать перед судом, поэтому такое решение должно быть взвешенным и основываться на пись-

менных источниках. Приведенный в статье перечень не подлежит расширенному толкованию и произвольный допуск к информации о здоровье несовершеннолетнего людей, не являющихся его законными представителями, недопустим. Впрочем, нынешний перечень расширен по сравнению с предыдущей редакцией закона, однако, во избежание незаконного разглашения, лечебному учреждению необходимо знать, в рамках чего запрашивается информация.

Какую ответственность несет врач за разглашение медицинской информации, касающейся пациента?

За неправомерное разглашение сведений медицинского характера может наступить как дисциплинарная ответственность, так и уголовная по статье 137 УК РФ – нарушение неприкосновенности личной жизни. Но для наступления уголовной ответственности такие сведения должны быть разглашены в средствах массовой информации или публичном выступлении, то есть сведения о состоянии здоровья пациента должны стать доступными неограниченному кругу лиц.

В редакцию нашей газеты стали поступать вопросы от практикующих врачей Санкт-Петербурга. Ответы на них дает юрист консультант Городской больницы № 40 Наталья Земляченко.

Вопрос: Многие пациенты любят писать жалобы, которые зачастую не обоснованы. В лучшем случае, пациенты обращаются к главному врачу, но обычно они идут в страховую компанию, Комитет по здравоохранению, Росздравнадзор или того хуже – добиваются до Минздрава. Из вышестоящей инстанции жалоба опять возвращается в медицинское учреждение с предписанием разобраться. В итоге начинают требовать объяснения со всех медиков, кто участвовал в лечении пациента, а не только с того, на кого пожаловался больной. Скажите, как врач может оградить себя от объяснений и лишней писанины в случаях, когда он имеет к жалобе косвенное отношение или когда жалоба поступила на него, по его мнению, безосновательно?

Александр С., врач консультативно-диагностического центра № 1

Ответ: Право гражданина обращаться лично, а также направлять

индивидуальные и коллективные обращения в государственные органы и органы местного управления закреплено в Конституции РФ. Наряду с этим, право граждан на обращение, в том числе в государственные и муниципальные учреждения и иные организации, на которые возложено осуществление публично значимых функций, и к их должностным лицам, а также порядок рассмотрения таких обращений регулируются Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

Чаще всего именно с целью достижения объективности работодатель просит работников представить свои объяснения по тем или иным обстоятельствам. В то же время истребование письменного объяснения является обязательным условием для применения дисциплинарного взыскания к работнику в соответствии с трудовым законодательством.

Полагаю, что работник обязан давать объяснения по просьбе работодателя, однако отказ от дачи объяснений в рамках трудовых правоотношений не влечет какой-либо от-

ветственности. Работник лишь должен осознать, что его мнение не будет учтено, а также его «молчание» может привести к принятию неверного решения.

P.S. Полезно также знать, что в случае, если в письменном обращении гражданина содержится вопрос, на который ему неоднократно давались письменные ответы по существу в связи с ранее направляемыми обращениями, и при этом в обращении не приводятся новые доводы или обстоятельства, руководитель государственного органа или органа местного самоуправления, должностное лицо либо уполномоченное на то лицо вправе принять решение о безосновательности очередного обращения и прекращении переписки с гражданином по данному вопросу при условии, что указанное обращение и ранее направляемые обращения направлялись в один и тот же государственный орган, орган местного самоуправления или одному и тому же должностному лицу. О данном решении уведомляется гражданин, направивший обращение.

Вопрос: Если пациент отказывается от лечения и подписывает официальный отказ с формулировкой

«с возможными последствиями ознакомлен», значит ли это, что врач полностью защищен в случае наступления тех самых «последствий»? Если нет, то что может грозить врачу?

Татьяна Витальевна, врач Городской клинической больницы № 31

Ответ: Наряду с закрепленным в 41 статье Конституции РФ правом гражданина на медицинскую помощь, пациент в соответствии со статьей 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» имеет право на отказ от медицинского вмешательства, равно как и требовать его прекращения.

Закон требует, чтобы отказ был оформлен в письменном виде и при отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей

или иному законному представителю лица, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа. Бремя доказывания этого при наступлении негативных последствий будет лежать на враче. Поэтому целесообразно оформлять отказ достаточно подробно.

В этом случае, очевидно, отсутствуют основания для привлечения к ответственности медицинского работника.

P.S. Необходимо помнить, что п. 9 ст. 20 Закона предусмотрены случаи медицинского вмешательства без согласия пациента. В упомянутой статье указан порядок принятия решения о таком вмешательстве. При неокказании медицинской помощи в указанных случаях вопрос об ответственности может трактоваться иным образом.

Уважаемые коллеги!

Вопросы юристу, касающиеся врачебной практики, вы можете прислать по адресу: gazeta@vrachi-spb.ru. Ответы на них будут опубликованы в ближайшем выпуске газеты «Врачи Санкт-Петербурга». Вы также можете обратиться в нашу организацию за бесплатной юридической поддержкой. Свою проблему вы можете изложить в письме на адрес: info@vrachi-spb.ru, или прийти к нам в офис лично. Мы ждем вас еженедельно по вторникам с 14.00 до 17.00 по адресу: Кузнечный пер., д. 2, оф. 202.

ВРАЧИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА – ВРАЧАМ БЛОКАДНОГО ЛЕНИНГРАДА

В этом выпуске мы продолжаем серию публикаций, посвященных блокаде Ленинграда и Великой Отечественной войне.



О судьбе этой ленинградки можно писать книги и снимать фильмы. Это женщина, сумевшая и на войне не потерять чуткости и доброты женского сердца, чьей стойкости и отваге мог бы позавидовать любой защитник Отечества. Герой Советского Союза, кавалер орденов имени Андрея Первозванного и Флоренс Найтингейл – Екатерина Илларионовна Михайлова-Демина.

Родилась в 1926 году. Окончила 2-й ЛМИ, работала научным сотрудником НИИ атомной промышленности. Награждена также медалями «За отвагу», «За освобождение Белграда», «За взятие Будапешта», «За взятие Вены» и другими.

Фото: vk.com

22 июня

22 июня 1941 года поезд Москва – Минск отправился по своему обычному расписанию. В нем из Ленинграда в Брест Катя Демина ехала к брату-летчику. Она предвкушала два прекрасных месяца отдыха, а чувство радостного томления и уверенности в прекрасном будущем приятно щекотало внутри. Катя уткнулась лицом в стекло и задремала. Из состояния легкой дремы ее рывком выдернул резкий оглушающий грохот. Раздался скрежет колес, поезд резко затормозил, чемоданы посыпались с верхних полок на головы пассажиров, с разных сторон доносились детский плач и взволнованные голоса взрослых.

И где-то вдалеке раздался еще один хлопок, а потом еще и еще... все ближе и ближе, и невероятный, сводящий с ума грохот вновь заполнил все пространство вокруг. Внезапно до Катиного слуха донеслись слова: «Нас бомбят!!!» Когда все стихло, люди из вагонов стали с опаской выходить на улицу. Сознание юной девочки навсегда запечатлело, как под обломками гибли взрослые и дети, как по трупам матерей полз грудной ребенок, как горели трупы людей, и все вокруг было залито кровью. Позже немногие оставшиеся в живых, собравшись вместе, решили двигаться к ближайшему городу – Смоленску. Четыре дня пути до него тоже никогда не забудутся: матери по летней жаре все это время, не выпуская из рук, несли тела своих детей. Еще тогда Катя решила, что пойдет на фронт.

Детей в армию не берут! Как девчонка оказалась крепче моряков

Ранним утром, когда солнце только-только показалось над горизонтом, а соловьи, словно нехотя, запели над головой, распахнулись двери военкомата. По лакированному полу, среди неприветливых, крашенных стен шла щупленькая девчушка с пустым чемоданчиком в руках.

Дойдя до стола военкома, она остановилась, посмотрела на седоватого мужчину и, нахмурив брови, чуть-чуть неуверенно вымолвила: «Возьмите меня на фронт». Офицер улыбнулся, оглядел девочку и искренне ответил, что детей в армию не берут. Катя весь день просидела у военкомата и к вечеру, в надежде, что военком сменится, вернулась туда.

Но военком не сменился. За столом сидел все тот же седоватый мужчина, среди кучи бумаг и в очках. Надеюсь на плохую память офицера, Катя вновь уверенно подошла к нему. Снова: «Хочу на фронт!» Мужчина поднял голову, увидел знакомое лицо, ласково улыбнулся.

– Сколько тебе лет?
– Семнадцать, – соврала Катя.
– Быстро растешь, – усмехнулся офицер, – утром было пятнадцать.

Никакие уговоры не помогли Кате попасть на фронт. И она стала работать в смоленской больнице. С каждым днем раненых становилось все больше. Война приближалась. Иногда тихим утром, выйдя на улицу, когда еще совсем нет прохожих и город погружен в сладкую дремоту, в сонном воздухе можно было почувствовать запах пороха... или это просто казалось. Таким же утром больницу разбомбили. Больных и раненых эвакуировали. А Катя снова осталась одна, с пустым чемоданом, на улице. Она прекрасно понимала, что возраст добровольца будет вряд ли кого волновать, когда весь этот ужас совсем рядом, а люди не знают, что делать, ее возьмут на фронт.

Так началась война для Кати Михайловой. Война началась с тяжелого автомата и двух сумок за спиной. В одной – противогаз, в другой – медикаменты. Но девушка словно не замечала всех тягот суровой военной жизни. Она быстро свыклась с нелегкой ношей. На поле боя под свист пуль и взрывы гранат маленькая, как мышка, Катя бегала от одного раненого к другому. Она спасала и помогала, ходила в разведку и отбивала атаки врагов.

Под Гжатском Катя была ранена в ногу: три сложных перелома, один из которых – открытый. Как только Кате разрешили ходить, она часами стала бродить по улицам солнечного Баку. Мандариновый запах, стоявший теплыми вечерами, словно исходил от тонущего в розовой воде оранжевого солнца, желтые листья, словно ковром усыпавшие тротуары и дороги, однажды привели Катю к дверям военкомата. Она невольно улыбнулась и... пошла туда.

Так Катя попала на санитарный корабль «Красная Москва». На нем доставляли за один рейс около 1500 раненых из Сталинграда в Красноводск. Она и еще несколько девушек-санитаристок помогали заносить тяжело-раненых на корабль. В то время открылось еще одно уникальное качество, на первый взгляд, хрупкой девушки: она спокойно переносила любые качки и штормы, и даже бывалые моряки, порой не всегда твердо стоящие на ногах в такие минуты, дивились необычайной выносливости и доброте Кати.

И женщины тоже...

Через год немецкая армия под Сталинградом была разгромлена, и санитарный корабль, на котором работала Катя, поставили на ремонт. Но Катя не могла ждать победу, сложа руки.

Она узнала, что в Баку из добровольцев формируют 369-й батальон морской пехоты для Азовской военной флотилии.

Катя пошла к комбату, но тут же встретила резкий отказ: «Женщин не берем!» Тогда девушка написала письмо в московское правительство: «...я воевала под Ельней, Сталинградом, под Гжатском, была ранена, целый год проплавала на кораблях, доставляя раненых в госпитали, меня не укачивает. Сейчас в Баку формируется

батальон из добровольцев-моряков, пошлите меня туда! Ваше доверие оправдаю...» Через три недели пришел ответ: «Взять».

Радости Кати не было предела, но моряки, с которыми она должна была бок о бок воевать, встретили ее совсем не дружелюбно. Всем казалось, что это была издевка начальства. Девушка? В морской пехоте? Кто-то из моряков, стремясь подчеркнуть отнюдь не волевое телосложение маленькой девушки, прозвал ее «шмакодявка». Но совсем скоро Катя всех сумела переубедить.

Перед отправкой на фронт батальону предстоял 50-километровый марш-бросок по палящей кавказской жаре, часть пути им всем предстояло пройти в противогазах, при полном обмундировании. Не все солдаты выдерживали этот путь, а Катя шагала всю дорогу, не выбившись из строя ни разу, постоянно подбадривая солдат, не свалившись от солнечного удара и не натерев ноги. Никто из окружающих и представить не мог, как тяжело давался этой девушке каждый ее шаг. Катя никак не могла взять в толк, как годичное ранение все еще давало о себе знать? Нога распухла, при каждом движении тела темнело в глазах, но девушка весело шагала и улыбалась.

Боевое крещение 369-го батальона на море, вблизи маленького острова Темрюк – маленькое сражение с большими потерями. Немцы яростно отбивались, наши так же неистово наступали. За этот первый бой моряки потеряли столько товарищей, сколько не потеряли за все годы войны. За это сражение Екатерина Илларионовна Михайлова-Демина награждена медалью «За отвагу».

Катюша

Потом была Керчь. Маленький, отвоеванный практически в рукопашную кусочек земли. Батальон, отрезанный от всего мира, несколько суток сидел в здании, словно в заложниках. Им с «У-2» наши сбрасывали консервы и сухари. Единственный колодец, один – и для немцев, и для русских – на нейтральной территории. Немцы знали, что у десантников есть девушка, даже знали, как ее зовут, и вечерами, в часы затишья они высовывались из окопов и кричали: «Рус матрос! Рус Иван! Покажи Катюшу! Стрелять – нет!» Тогда Катя брала ведро, по полю шла к колодцу, а немцы ликовали и играли на губной гармошке «Катюшу». Катя ходила так несколько раз, пока не набирала достаточно воды.

– Катя! Вернись! Убьют! – кричали ее товарищи.

А немцы кричали что-то на своем, пели «Катюшу» и... ведь не стреляли же!

Потом – освободительный поход по Дунаю. У Екатерины Илларионовны к воспоминаниям – медали: «За освобождение Белграда», «За взятие Будапешта», «За взятие Вены». Но в памяти навсегда осталась штурм крепости Илок, в декабре 1944 года.

«Шмакодявка» – Герой Советского Союза

Крепость Илок стоит на высокой горе над Дунаем, в районе югославского города Вуковар. Так как брать его надо было с суши, задача десанта была отвлечь силы врага на себя со стороны воды. Их должны были высадить на маленький островок вблизи крепости. Но Дунай к тому времени разлился, и никто, совершенно никто, этого не предполагал. Когда десантников на катерах привезли к месту их дальнейшей дислокации, оказалось, что островок затопило, и вместо него над водой только лишь чуть торчат макушки деревьев. Менять весь ход боевых действий, всю тактику, с таким трудом разработанную, времени не было. Полсотне десантников, и Кате Михайловой в их числе, ничего не оставалось де-

лать, как только расположиться на ветках деревьев. Они открыли огонь, отвлекая внимание противника на себя.

Немцы всполошились – еще бы! Ведь маленький островок совсем рядом с крепостью! А десантники, как яблоки в урожайный год, висели на ветках деревьев. На морпехов посыпались мины, пули.

Пехота врага на резиновых шлюпках подплыла ближе, окружила и стала что есть силы стрелять из пулеметов. Тут же появились раненые, тут же появились убитые. Кате в первые минуты боя пуля пробилла руку, немец целился в сердце девушке, но промахнулся и попал в плечевую артерию, но она не обратила на это внимания – наскоро перетянула ее бинтом и нырнула в воду за тонущим раненым товарищем.

По холодной воде, стоя в ней то по пояс, то по горло, Катя переходила от дерева к дереву, доставала своих товарищей, перевязывала раны, привязывала их, обессиленных, потерявших сознание морпехов, к деревьям то ремнями, то бинтами.

Через два часа ожесточенного боя осталось только 13 боеспособных солдат, да и те – раненые. Боеприпасы подходили к концу, бинты – тоже. Положение было критическим. Наверное, это первый раз в жизни признала неунывающая Катя. Она чувствовала, как собственные силы ее медленно покидают, но она собрала всю силу воли в кулак и продолжала сражаться.

Крики «Ура!» и яркие вспышки на суше, словно во сне. В это уже и не верилось. Воспользовавшись тем, что все внимание и главные силы врага направлены на маленький, затопленный островок, наша и югославская пехота взяли Илок с суши.

Катя потеряла сознание. Ее, ту, что совсем недавно дразнили «шмакодявка», на руках крепкие мужики-морпехи несли на катер. Ее, любимую и уважаемую, со слезами на глазах десантники отправили в тыловую госпиталь моряков в Измаил.

Вена для Кати стала переломным моментом в жизни. В тот небольшой промежуток времени, что она там находилась, Катя не только помогала раненым и ухаживала за ними, но и приняла роды. Именно в Вене она дала себе обещание, что, если останется жива, станет врачом и будет «стоять на страже здоровья трудящихся, как часовой на посту». И сдержала его.

После войны Катя вернулась в Ленинград. Дом ее на Садовой улице в блокаду был разрушен.

Увидев груды кирпичей на месте родных стен, она впервые за годы войны заплакала. Мужчина, проходивший мимо, бросил девушке: «Не плачь, мальчик, сейчас всем тяжело...» И, действительно, было очень тяжело, ведь сестра Катюши погибла на фронте, брат-летчик пал смертью храбрых в последние дни войны, и она осталась совсем одна.

За бой под Илоком Катя Михайлова была представлена к званию Героя Советского Союза. В наградном листе было написано приблизительно так: «Главстаршина Екатерина Михайлова, будучи сама ранена, стояла по горло в воде, участвовала в бою и оказывала помощь другим раненым». В наградном отделе такое послание сочли явным вымыслом и вернули представление в штаб флотилии. И лишь через 45 лет, в 1990 году, Екатерина Илларионовна была удостоена этого высшего воинского отличия.

А несколько лет назад Е.И. Михайловой-Деминой вручили орден Андрея Первозванного, которым, кроме нее, награждены только две женщины в России: Людмила Зыкина и Александра Пахмутова. Кроме того, она стала обладательницей ордена «За милосердие» – ордена имени Флоренс Найтингейл.

Ольга Дорохова



НА КАКУЮ СОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ МОГУТ РАССЧИТЫВАТЬ ВРАЧИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Что государство предусматривает меры социальной поддержки для врачей, знают многие. Но что это за меры и на что конкретно имеют право медики? «Врачи Санкт-Петербурга» заинтересовались, в соответствии с какими программами доктора могут рассчитывать на помощь и как правительство страны и города поддержало медработников в 2013 году.

Выплаты молодым специалистам

В соответствии со статьей 45 Закона Санкт-Петербурга от 22.11.2011 № 728-132 «Социальный кодекс Санкт-Петербурга»:

– молодые специалисты, получившие документ государственного образца о высшем или среднем профессиональном образовании, имеют право на единовременную выплату в размере шести базовых единиц. В 2013 году эта сумма составила 44604 рублей.

– молодые специалисты, получившие документ государственного образца о высшем или среднем профессиональном образовании с отличием, – в размере восьми базовых единиц. В 2013 году – 59472 рублей.

Выплаты медработникам, чья деятельность связана с разъездами

В соответствии с этим же документом, медицинские работники учреждений здравоохранения, профессиональная деятельность которых непосредственно связана с разъездами, имеют право на ежемесячные денежные выплаты. В 2013 году они составили 836 рублей.

Улучшение жилищных условий

В целях улучшения социальной защищенности работников учреждений системы образования, здравоохранения, социального обслуживания населения, культуры и науки, находящихся в ведении исполнительных органов государственной власти Санкт-Петербурга, сохранения квалифицированных кадров в учреждениях бюджетной сферы, Законом Санкт-Петербурга от 30.11.2005 № 648-91 утверждена целевая программа «Жилье работникам бюджетной сферы» (далее – Программа).

С начала реализации Программы улучшили свои жилищные условия 2600 семей работников здравоохранения.

В соответствии с Программой в 2013 году от работников учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга посту-

пило 242 заявления, из них 40 – от врачей.

В 2013 году получили жилье 198 работников учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга, из них 32 – врачи.

За 2012–2013 годы врачам и медицинским сестрам, работающим в поликлиниках, находящихся в ведении административных районов Санкт-Петербурга, на условиях социального найма по востребованным специальностям предоставлено 45 квартир и 79 комнат.

Единовременные компенсационные выплаты

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ приняты Закон Санкт-Петербурга от 25.10.2013 № 529-93 «О внесении изменений в Закон Санкт-Петербурга "Об основах организации охраны здоровья граждан в Санкт-Петербурге"» и Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 11.12.2013 № 974 «О Порядке заключения с медицинским работником договора о предоставлении единовременной компенсационной выплаты в 2013 году».

В 2013 году Комитет по здравоохранению осуществил единовременные компенсационные выплаты 6 меди-

цинским работникам Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко» в возрасте до 35 лет, прибывших в 2013 году после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавших на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта и заключивших с Комитетом по здравоохранению договор, в размере одного миллиона рублей на одного медицинского работника.

Премии

В соответствии с Постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 08.06.2010 № 754 «О премиях Правительства Санкт-Петербурга "Лучший врач года" и "Лучший медицинский работник года со средним профессиональным образованием" и в целях повышения престижа профессий в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга, Правительством Санкт-Петербурга проводится ежегодный городской конкурс на премии Правительства Санкт-Петербурга «Лучший врач года» и «Лучший медицинский работник года со средним профессиональным образованием» в полном объеме.

медицинский работник года со средним профессиональным образованием» по 20 номинациям. В соответствии с Постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 06.06.2013 № 378 «О присуждении премий Правительства Санкт-Петербурга "Лучший врач года" и "Лучший медицинский работник года со средним профессиональным образованием", медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения, финансируемых за счет средств бюджета Санкт-Петербурга, за 2012 год» присуждены премии по 11 номинациям «Лучший врач года» в размере 100 тысяч рублей каждая и 9 номинациям «Лучший медицинский работник года со средним профессиональным образованием» в размере 50 тысяч рублей каждая. Комитетом по здравоохранению премии победителям конкурса выплачены в полном объеме.

Как стать участником городского конкурса и получить поддержку по программам, о которых идет речь, можно узнать, ознакомившись с документацией, перечисленными в тексте.



ИСТОРИЯ БЕЛОГО ХАЛАТА

Белый медицинский халат – неотъемлемая часть образа врача, его визитная карточка. Но так было не всегда.

До второй половины XIX века врачи не использовали халатов вообще. Вместо этого надевали фартук и иногда нарукавники, да и то только хирурги во время проведения серьезных операций. Масок и шапочек не было. Более того – врачи не носили никакой спецодежды, в отличие от сестер милосердия, для которых униформа существовала с давних пор.

Сестринская форма ассоциируется, в первую очередь, с монашеским одеянием, ведь в старину уделом «невест Христовых» было радение за больных, раненых, увечных. Больниц и госпиталей как таковых во времена Средневековья не было, поэтому нуждающиеся во врачебной помощи стационарно лечились при монастырях. Традиционный наряд сестры милосердия монастырских больниц был таким: темное длинное платье с белым передником и белый платок-косынка. В середине XIX века в одежде сестер преобладал черный цвет, а платки уступили место чепчикам. На рубеже столетия сестры Красного Креста носили платья с белыми манжетами или нарукавниками и белые шапочки.

Белый цвет – символ спасения

Белый цвет – цвет божественной чистоты и высокого доверия. Настоятельница Свято-Троицкого Ново-Голутвина монастыря игуменья Ксения говорила: «Белые одежды – символ Спасителя, белый халат врача – символ помогающего в беде».

Только в 1860-х годах английский врач-гигиенист Джозеф Листер развивает целую здоровую теорию антисептики, и с этого, в общем-то, и начинается история медицинских халатов. Постепенно появляются медицинские халаты, правда, еще не всегда белые, и маски, а вместо хирургических театров появляются операционные залы.

Первыми в постоянную практику белые халаты ввели, вероятно, немцы в период франко-прусской войны 1870 года. К началу XX века применение белого халата, шапочки и маски при хирургических процедурах было делом уже довольно распространенным. Но только после смертоносной мировой эпидемии испанки в 1918 году, унесшей жизни десятков миллионов человек, ношение халата и шапочки стало явлением повсеместным не только среди хирургов, но и врачей других специальностей.

Есть и нетрадиционные версии истории происхождения белых халатов

Вот, к примеру, восточная легенда уверяет нас, что не только символ медицины – чаша со змеей – заимствована из учения Аюрведы, но и современная форма одежды врача – белый халат, шапочка, брюки и маска на лице.

Именно такой была ритуальная одежда атхарванов – древних зороастрийских целителей. Во время лечения больных или совершения обрядов целители облачались в белое, как в символ чистоты. Повязка на лице служила для того, чтобы дыхание их не оскверняло священное творение огня.

История белого халата в России началась в Петербурге

Халат пришел в Россию в XVIII веке, превратившись сначала в домашнюю, а затем и в рабочую одежду. И только на рубеже XIX–XX веков он стал медицинским.

Российская история появления белого медицинского халата также имеет свое право на достоверность. Существует несколько версий, когда и где впервые халат был применен русскими врачами: во время Севастопольской обороны в Крымскую войну, во время русско-турецкой кампании 1877–

1878 годов, однако более вероятным выглядит первопреемство халата докторами госпиталя им. Бурденко в Санкт-Петербурге – в 1880-х годах.

Источник: «Доктор на работе», группа «ВКонтакте»



Уважаемые коллеги!

Со своими проблемами и предложениями вы можете обратиться к нам, отправив письмо по электронной почте: info@vrachi-spb.ru или прийти лично в наш офис. Наш адрес: Санкт-Петербург, Кузнечный переулок, д.2, офис 202. Часы приема – с 14.00 до 17.00 ежедневно по вторникам.

Вопросы, связанные с нашей газетой, вы также можете задать по электронной почте: gazeta@vrachi-spb.ru. Мы будем рады предложенным темам и материалам.

Если вы хотите вступить в организацию «Врачи Санкт-Петербурга», достаточно заполнить бланк заявления, который есть у руководителей вашего медицинского учреждения. Кроме того, можно подать заявление прямо на сайте организации: www.vrachi-spb.ru, www.vrachi-spb.ru или же написать заявление по установленной форме, которую тоже можно скачать с нашего сайта, и отправить его на электронный адрес: [e-mail: info@vrachi-spb.ru](mailto:info@vrachi-spb.ru).