

**ПОДГОТОВКА КАДРОВ****МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПРИКАЗ**

29.05.2009 г.

N 287

(извлечение)

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗАДАНИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ПОДГОТОВКУ СПЕЦИАЛИСТОВ  
С ВЫСШИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ НА 2009 ГОД**

В соответствии с приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 4 марта 2009 г. N 75 "Об утверждении федеральным органам исполнительной власти, другим распорядителям средств федерального бюджета, имеющим в ведении федеральные государственные образовательные учреждения, контрольных цифр приема граждан, обучающихся за счет средств федерального бюджета в 2009 году" и на основании результатов открытого конкурса по размещению государственного задания Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на подготовку специалистов с высшим профессиональным образованием среди аккредитованных образовательных учреждений высшего профессионального образования, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, на 2009 год (протокол N 2 от 22 мая 2009 г.) приказываю:

1. Утвердить государственное задание Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на подготовку специалистов с высшим профессиональным образованием на 2009 год (далее - государственное задание) государственным образовательным учреждениям высшего профессионального образования, находящимся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее - образовательные учреждения), согласно приложениям NN 1-47.

2. Руководителям образовательных учреждений обеспечить:

а) выполнение государственного задания в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, в том числе целевой прием обучающихся на основании договоров с органами государственной власти, органами местного самоуправления в целях содействия им в подготовке специалистов соответствующего уровня образования;

б) представление государственной статистической отчетности;

в) в срок до 15 сентября 2009 года представление отчета по приему граждан на обучение по программам высшего профессионального образования согласно приложению N 48.

3. Финансовому департаменту (Е.М.Шипилева) обеспечить финансирование расходов образовательных учреждений в соответствии с утвержденным государственным заданием в пределах средств федерального бюджета, выделенных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации на указанные цели в 2009 году.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И.Скворцову.

Министр

Т.ГОЛИКОВА

Приложение N 1

к приказу Министерства здравоохранения и  
социального развития Российской Федерации  
от 29 мая 2009 г. N 287

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ЗАДАНИЕ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ПОДГОТОВКУ СПЕЦИАЛИСТОВ С  
ВЫСШИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ АЛТАЙСКОМУ  
ГОСУДАРСТВЕННОМУ МЕДИЦИНСКОМУ УНИВЕРСИТЕТУ  
НА 2009 ГОД**

Наименование специальностей по Общероссийскому классификатору специальностей по образованию ОК 009- 2003 <*>	Всего	в том числе:			
		целевой прием	очная форма	очно- заочная форма	заочная форма
060000 ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	470	188	470	0	0
060101 Лечебное дело	280	116	280		
060103 Педиатрия	75	36	75		
060104 Медико-профилактическое дело	25	15	25		
060105 Стоматология	40	13	40		
060108 Фармация	40	8	40		
060109 Сестринское дело	10	0	10		
ВСЕГО:	470	188 (40%)	470	0	0

<\*> Утвержден постановлением Госстандарта России от 30.09.2003 г. N 276-ст.

Общее количество граждан, принимаемых на обучение сверх государственного задания на основании соответствующих договоров с оплатой стоимости обучения физическими и (или) юридическими лицами, не должно превышать 597 человек.

## ДАЙДЖЕСТ

### В России подтвердились 28 случаев заболевания гриппом А/Н1N1

По данным Роспотребнадзора, в России лабораторно подтверждено 28 случаев заболевания гриппом А/Н1N1.

«По состоянию на 27 июля в Российской Федерации подтверждено лабораторно 28 случаев гриппа А/Калифорния/04/2009 (Н1N1). Все случаи - завозные», - говорится в сообщении ведомства.

В Роспотребнадзоре отмечают, что в России с момента начала мониторинга (30 апреля), досмотрено 8 тыс. 210 рейсов, 67 тыс. 7654 пассажиров и 56 тыс. 961 член экипажа, пишет газета «Взгляд».

«Всего за период наблюдения выявлен 181 человек с признаками ОРВИ, 155 из них были госпитализированы, 178 лабораторно обследованы, все получили необходимую медицинскую помощь», - отмечается в пресс-релизе.

При этом Геннадий Онищенко запретил учебные поездки российских школьников в Великобританию из-за угрозы заражения гриппом Н1N1. Главный санитарный врач также отметил, что по ситуации с гриппом Н1N1 Великобритания в настоящее время является наиболее неблагоприятной европейской страной, пишет Lenta.ru.

<http://sibnovosti.ru/articles/81084>  
28.07.2009 г.

### Росздравнадзор предложил оптимизировать регистрацию вакцин против гриппа штамма А/ Н1N1

В Росздравнадзоре 9 июля 2009 года состоялось совещание по вопросам оптимизации процедуры экспертизы и регистрации кандидатных пандемических вакцин под председательством руководителя Росздравнадзора Николая Юргеля. Эти лекарственные препараты планируются применять при пандемии гриппа, вызванного штаммом А/Н1N1. В заседании приняли участие представители Минпромторга России, Минздравсоцразвития России, Роспотребнадзора, ФМБА, руководители научно-исследовательских институтов, специалисты в области иммунологии, эпидемиологии, микробиологии и вирусологии, фармацевтические производители.

Руководитель Росздравнадзора Николай Юргель представил проект комплексного плана оптимизации процедур доклинических и клинических исследований и других экспертиз. Подробно рассмотрены вопросы усовершенствования процедуры регистрации вакцин. Реализация плана позволит в случае распространения вируса гриппа штамма А/Н1N1 на территории Российской Федерации обеспечить население качественными и эффективными лекарственными средствами в кратчайшие сроки.

По итогам совещания план одобрен директором ГУ «НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи» РАМН, академиком РАМН Александром Гинцбургом, председателем специализированной комиссии по противовирусным препаратам Фармакологического комитета Российской Федерации, заведующим отделом интерферонов и лабораторией интерфероногенеза в ГУ «НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи» РАМН, академиком РАМН Феликсом Ершовым и другими ведущими экспертами.

<http://rznrf.ru/?NewID=314&AttribID=>  
10 Июля 2009 г.

### В регионе предпринимаются все необходимые меры для противостояния вирусу гриппа А/Н1N1

В Администрации края состоялось совещание "Об организации мероприятий по предотвращению распространения высокопатогенного гриппа типа А/Н1N1 (Калифорния 04/2009) на территории Алтайского края" под руководством заместителя губернатора Алтайского края Николая Черепанова. На нем были рассмотрены вопросы организации медицинских, противоэпидемических и санитарно-ветеринарных мероприятий по предотвращению распространения заболеваний, вызванных высокопатогенным вирусом гриппа типа А/Н1N1. Так, с целью предотвращения возникновения и распространения высокопатогенного гриппа типа А/Н1N1 (Калифорния 04/2009) проведено заседание краевой санитарно-противоэпидемической комиссии Администрации Алтайского края, решением которой принят комплекс первоочередных лечебно-диагностических, профилактических и противоэпидемических мероприятий, определены объемы дополнительного финансирования. Подготовлен план оперативных медицинских мероприятий по недопущению распространения пандемии заболеваний, вызванных высокопатогенными вирусами гриппа на территории региона. В крае проведено обучение 6500 медицинских работников, специалистов ветеринарного надзора по вопросам профилактики и ликвидации очагов гриппа, осуществляется закуп необходимого ресурсного обеспечения для оказания медицинской помощи больным и проведения противоэпидемических мероприятий. Организован и проводится эпидемиологический надзор за заболеваемостью ОРВИ и гриппом, циркуляцией вирусов гриппа в межэпидемиологический период на территории края. Планируется приобретение 60 аппаратов искусственной вентиляции легких для центральных районных больниц края за счет средств краевой целевой программы "Сервисное оборудование" на сумму 5,6 млн. руб. Приобретено 37 тонн дезинфекционных средств на сумму 12,5 млн. рублей, для лечебно-профилактических учреждений края. Из всех источников финансирования на эти цели выделено 22,5 млн. руб. Кроме того, производится постоянный контроль наличия в аптечной сети городов и районов Алтайского края достаточного количества противовирусных препаратов, дезинфекционных средств в мелкой расфасовке (по 100,0 гр.), медицинских резиновых перчаток, медицинских масок.

<http://www.altayzdrav.ctmed.ru/News>,  
10 июля 2009 г.

### В Алтайском крае планируется расширить финансирование программы борьбы с туберкулезом

Алтайский край посетили представители международных организаций, занимающихся вопросами борьбы с туберкулезом: эксперт Комитета Зеленого Света (КЗС) доктор Гунта Дравниече (Латвия) и представители некоммерческой организации "Партнеры во имя здоровья" (США, Бостон) в России Тамара Тонкель и Раис Мазитов. Как сообщили корреспонденту ИА REGNUM Новости сегодня, 16 июля, в пресс-службе Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, визит связан с началом реализации в Алтайском крае в 2008 году Проекта по диагностике и лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, проводимого в рамках проекта Глобального Фонда в Российской Федерации и поступлению противотуберкулезных препаратов в Алтайский край по линии гуманитарной помощи.

Представители этих организаций оказывают большую помощь в реализации Программы борьбы с туберкулезом на территории Алтайского края. Начиная с 2006 года Алтайскому краю по линии ВОЗ поступает финансирование на дорогостоящее диагностическое оборудование, медикаменты, транспорт, оргтехнику, поощрение больных за приверженность к лечению, обучение персонала и методическую поддержку противотуберкулезных мероприятий. В ходе визита гости посетили краевой противотуберкулезный диспансер.

Эксперты дали высокую оценку реализации в крае проекта по диагностике и лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и оказания технической помощи проекту. Было высказано мнение и об эффективности проводимых противотуберкулезных мероприятий в крае; высокой приверженности власти и органов здравоохранения к решению проблем борьбы с туберкулезом; успешную реализацию и текущие достижения программы. По словам Гунта Дравниече, планируется расширение проекта в 2009-2010 гг.

*Документ: <http://www.regnum.ru/news/>  
Опубликовано 16.07.2009 г.*

## Состоялось очередное заседание Согласительной комиссии

Согласительная комиссия системы обязательного медицинского страхования Алтайского края рассмотрела вопрос о переходе на подушевое финансирование медицинских учреждений.

Работа по совершенствованию финансирования медицинской помощи ведется территориальным фондом ОМС совместно с Главным управлением по здравоохранению в рамках реализации Концепции реформирования здравоохранения и на основании поручения, данного Губернатором Алтайского края А.Б. Карлиным на совещании по развитию здравоохранения.

Переход на подушевое финансирование в крае будет осуществляться поэтапно. В настоящее время новый способ оплаты первичной медико-санитарной помощи вводится только в центральных районных больницах.

В связи с этим Главным управлением по здравоохранению до всех центральных районных больниц будут доведены плановые задания по объемам медицинской помощи, включая количество койко-дней, посещений и т.д., которые должны быть оказаны в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Для ЦРБ оплата первичной медико-санитарной помощи будет производиться в соответствии с подушевым нормативом, рассчитанным на одного застрахованного. Размер подушевого норматива рассчитан на финансовый год.

Таким образом, при переходе на новый способ оплаты медицинской помощи объектом финансирования будет являться весь комплекс медицинских услуг в рамках территориальной программы ОМС, оказываемый конкретным лечебным учреждением. В результате чего, у всех служб лечебного учреждения появляется заинтересованность в повышении не только качества, но и экономической эффективности медицинской помощи, а также возможность прогнозирования общего объема поступления средств.

Также на заседании Согласительной комиссии был рассмотрен ряд других актуальных вопросов.

*Пресс-служба ТФОМС Алтайского края,  
<http://www.omsaltay.ru/news.php?item=1&id=357>,  
17.07.2009 г.*

## В Алтайском крае будут бесплатно лечить бесплодие

Уже в этом году на базе поликлиники ГУЗ <Краевая клиническая больница> будет открыто новое отделение для оказания высокотехнологичной помощи в лечении бесплодия - проведение процедуры экстракорпорального оплодотворения. В рамках краевой целевой программы <Демографическое развитие Алтайского края на 2008-2015>, в 2009 году на эти цели выделено 11 775 тыс. руб. Из этой суммы, согласно программных мероприятий, проведен конкурс на осуществление процедуры ЭКО для 67 супружеских пар, заключен государственный контракт на 2 млн. 760 тыс. руб., на 2 млн. 40 тыс. руб. закуплены необходимые лекарственные препараты. В настоящее время проводится оснащение отделения современным оборудованием. Врачи краевой больницы обучены в НИИ <Акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН>. В регионе создается специальный медицинский регистр бесплодных пар, в котором на настоящее время уже находится более 2000 человек. Сегодня продолжается разработка программы мониторинга и система контроля конечного результата проводимых процедур.

*<http://www.altayzdrav.ctmed.ru/News>  
19 июля 2009 г.*

## Главэкономки объявило открытый конкурс на разработку стратегии развития Алтайского фармкластера

В Алтайском крае объявлен открытый конкурс на разработку стратегии развития Алтайского биофармацевтического кластера, сообщает сайт [globalsib.com](http://globalsib.com). Лимит финансирования составляет 3 миллиона рублей.

Как говорится в сообщении, основной целью развития Алтайского биофармацевтического кластера является содействие возрождению отечественной фармацевтики посредством организации на территории региона производства лекарств и субстанций, в том числе расширение производства качественных недорогих препаратов – дженериков и биологически активных добавок в рамках замкнутой производственной цепочки.

Исполнителю нужно разработать стратегию развития кластера до 2025 года и комплект документов инвестиционных проектов, предполагаемых к реализации, для их представления потенциальным инвесторам, в том числе государственным институтам развития.

Среди задач работы - анализ деятельности и потенциала развития резидентов кластера; а также маркетинговое исследование международного и российского рынков фармацевтической продукции, разработка конкретных рекомендаций по организации производства субстанций и готовых лекарственных форм в условиях Алтайского края.

Заказчик - главное управление экономики и инвестиции Алтайского края.

Заявки принимаются до 10 часов 27 августа.

<http://politsib.ru/news/?id=35563>  
28 июля 2009 г.

## ОБЗОР НОВЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

### ОБЗОР НОВЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗА ПЕРИОД 22 ИЮНЯ ПО 24 ИЮЛЯ 2009 Г

#### ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

**<ПИСЬМО> РОСПОТРЕБНАДЗОРА ОТ 12.06.2009 N 01/8271-9-23**

#### **"О РУКОВОДСТВЕ ВОЗ ПО МЕРАМ НА ГОСУДАРСТВЕННОМ УРОВНЕ В ОТВЕТ НА ПАНДЕМИЮ ГРИППА, ВЫЗВАННОГО ВИРУСОМ А(Н1N1)"**

Роспотребнадзором направлено "Руководство ВОЗ по мерам на государственном уровне, предпринимаемым странами в ответ на пандемию нового гриппа, вызванного вирусом А(Н1N1)". ВОЗ предоставляет руководство для содействия странам в борьбе против нынешней пандемии нового гриппа, вызванного вирусом А(Н1N1). В связи с различной эпидемиологической ситуацией в разных странах, в руководстве приведены меры для всех стран, для стран с широко распространенной передачей инфекции на уровне местных сообществ, а так же руководство для стран, где не зарегистрировано случаев пандемической инфекции и стран, находящихся в переходной стадии.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 29.05.2009 N 286**

#### **"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ЕДИНОГО ТАРИФНО-КВАЛИФИКАЦИОННОГО СПРАВОЧНИКА РАБОТ И ПРОФЕССИЙ РАБОЧИХ, ВЫПУСК 29, РАЗДЕЛЫ: "ПРОИЗВОДСТВО МЕДИКАМЕНТОВ, ВИТАМИНОВ, МЕДИЦИНСКИХ, БАКТЕРИЙНЫХ И БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ И МАТЕРИАЛОВ. ПРОИЗВОДСТВО ДРОЖЖЕЙ. ПРОИЗВОДСТВО ЛИМОННОЙ И ВИННОКАМЕННОЙ КИСЛОТ. ГИДРОЛИЗНОЕ ПРОИЗВОДСТВО И ПЕРЕРАБОТКА СУЛЬФИТНЫХ ЩЕЛОКОВ. АЦЕТОНОБУТИЛОВОЕ ПРОИЗВОДСТВО"**

Единый тарифно-квалификационный справочник работ и профессий рабочих, выпуск 29, разработан в связи с изменениями технологического производства и изменениями содержания труда. Разряды в справочнике установлены по их сложности без учета условий труда (за исключением экстремальных случаев). Тарифно-квалификационная характеристика каждой профессии имеет два раздела. Раздел "Характеристика работ" содержит описание работ, которые должен уметь выполнять рабочий и раздел "Должен знать", который содержит основные требования, предъявляемые к рабочему в отношении специальных знаний, а также знаний положений, инструкций и других документов, методов и средств, которые рабочий должен применять. Квалификационные характеристики профессий рабочих разработаны на восьмизрядный диапазон сложности работ. Утратили силу Единый тарифно-квалификационный справочник работ и профессий рабочих, выпуск 31, раздел "Производство медикаментов, витаминов, медицинских, бактериальных и биологических препаратов и материалов", утвержденный Постановлением Госкомтруда СССР и Секретариата ВЦСПС от 24.10.1984 г. N 313/20-125, и Единый тарифно-квалификационный справочник работ и профессий рабочих, выпуск 30, разделы: "Гидролизное производство и переработка сульфитных щелоков. Ацетонобутиловое производство. Производство лимонной и виннокаменной кислот. Производство дрожжей", утвержденный Постановлением Госкомтруда СССР и Секретариата ВЦСПС от 22.08.1985 г. N 294/18-43.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 21.05.2009 N 261Н**

#### **"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ В 2009 ГОДУ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА СУБСИДИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ГОСУДАРСТВЕННЫМ УНИТАРНЫМ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМ ПРЕДПРИЯТИЯМ"**

**(Зарегистрировано в Минюсте РФ 09.06.2009 N 14051)**

Утвержденные Правила определяют порядок предоставления из федерального бюджета субсидий федеральным государственным унитарным протезно-ортопедическим предприятиям, оказывающим в соответствии с законодательством РФ услуги по протезированию инвалидам, а также лицам, не имеющим группы инвалидности, но по медицинским показаниям, нуждающимся в протезно-ортопедических изделиях. Основанием для предоставления субсидии является договор (соглашение), заключаемый между Минздравсоцразвития РФ и получателем субсидий. Получатели субсидий ежеквартально, не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом, должны представлять в Минздравсоцразвития РФ отчеты о произведенных в 2009 году затратах за счет субсидий по формам. (Приложения N 1 и N2).

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ГЛАВНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНОГО ВРАЧА РФ**

**ОТ 18.05.2009 N 30 "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СП 2.2.9.2510-09"**

**(Зарегистрировано в Минюсте РФ 09.06.2009 N 14036)**

Утверждены и введены в действие с 15 августа 2009 года СанПиН 2.2.9.2510-09 «Гигиенические требования к условиям труда инвалидов». Настоящие правила устанавливают необходимые требования санитарно-эпидемиологической безопасности и сохранения здоровья на рабочем месте инвалидов с учетом степени риска причинения вреда, а так же определяют обязательные гигиенические требования к условиям труда, производственным процессам, оборудованию, основным рабочим местам, производственной среде, сырью, медицинскому обслуживанию и санитарно-бытовому обеспечению работающих инвалидов в целях охраны их здоровья. Санитарные правила распространяются на все отрасли экономической деятельности, предприятия, учреждения и организации всех форм собственности, независимо от сферы хозяйственной деятельности и ведомственной подчиненности, в которых применяется труд инвалидов.

**ПРИКАЗ РОСЗДРАВНАДЗОРА ОТ 12.05.2009 N 3501-ПР/09**

#### **"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ РЕГЛАМЕНТА РАБОТЫ АТТЕСТАЦИОННОЙ КОМИССИИ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ"**

**(Зарегистрировано в Минюсте РФ 11.06.2009 N 14069)**

Утвержденный Регламент устанавливает, в частности, порядок проведения аттестации, порядок принятия решений по результатам аттестации и их реализации, а также порядок сдачи квалификационного экзамена федеральными государственными гражданскими служащими центрального аппарата Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, руководителями и заместителями руководителей

территориальных органов, находящихся в ведении Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, замещающими должности федеральной государственной гражданской службы.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 30.04.2009 N 223Н**

**"О МЕРАХ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 9 АПРЕЛЯ 2009 Г. N 318 "О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ В 2009 ГОДУ ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА МЕРОПРИЯТИЙ ПО РАЗВИТИЮ СЛУЖБЫ КРОВИ" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 09.06.2009 N 14041)**

Утверждены: - перечень оборудования по заготовке, переработке, хранению и обеспечению безопасности донорской крови и ее компонентов, приобретаемого для оказывающих медицинскую помощь федеральных государственных учреждений (Приложение 1) - перечень компьютерного и сетевого оборудования с лицензионным программным обеспечением для создания единой информационной базы (Приложение 2) - основные направления пропаганды массового донорства крови и ее компонентов (Приложение 3) - форма заявки на оборудование и перечень компьютерного и сетевого оборудования с лицензионным программным обеспечением (Приложение 4).

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 23.06.2009 N 527**

**"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЛОЖЕНИЕ О ВВОЗЕ В РОССИЙСКУЮ ФЕДЕРАЦИЮ И ВЫВОЗЕ ИЗ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ ПРЕКУРСОРОВ"**

Внесены уточнения в порядок ввоза в Российскую Федерацию и вывоза из Российской Федерации наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров. На основании внесенных изменений, ввоз (вывоз) указанных наркотических средств и психотропных веществ осуществляется государственными унитарными предприятиями при наличии лицензии на осуществление видов деятельности, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ. К тому же установлено, что ввоз (вывоз) наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список I перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ (Постановление Правительства РФ от 30.06.1998 N 681), допускается только для их использования в научных и учебных целях и в экспертной деятельности.

**<ПИСЬМО> РОСПОТРЕБНАДЗОРА ОТ 23.06.2009 N 01/8775-9-32**

**"О НАПРАВЛЕНИИ ЕЖЕНЕДЕЛЬНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ВЕСТНИКА ВОЗ"**

Роспотребнадзором направлен еженедельный эпидемиологический вестник ВОЗ "Инфекция у людей, вызванная новым вирусом гриппа А(Н1N1): клинические наблюдения, сделанные во время школьной вспышки заболевания в Кобе, Япония, май 2009 г." Вестник содержит информацию по подтвержденным случаям заболевания, истории сезонной вакцинации и уровню заболеваемости гриппом в течение 2008-2009 сезона гриппа, а так же диагностические экспресс-тесты, клиническую картину заболевания после помещения на стационарное лечение, лабораторные данные и клиническое течение заболевания.

**<ПИСЬМО> РОСПОТРЕБНАДЗОРА ОТ 23.06.2009 N 01/8774-9-32**

**"О НАПРАВЛЕНИИ ВРЕМЕННОГО РУКОВОДСТВА CDC ПО ПРИМЕНЕНИЮ 23-ВАЛЕНТНОЙ ПНЕВМОКОККОВОЙ ВАКЦИНЫ ВО ВРЕМЯ ВСПЫШКИ ГРИППА А(Н1N1)"**

Роспотребнадзором направлено временное руководство по вакцинации различных групп населения 23-валентной пневмококковой полисахаридной вакциной (PPSV23) для предотвращения пневмококковой инфекции во время вспышки нового гриппа типа А(Н1N1).

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 22.06.2009 N 509**

**"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЯ В УСТАВ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ"**

На основании внесенных изменений, устав Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 29.07.1998 г. N 857, дополнен новой задачей по осуществлению защиты информации ограниченного доступа.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 22.06.2009 N 508**

**"ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ КВОТ НА НАРКОТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА И ПСИХОТРОПНЫЕ ВЕЩЕСТВА"**

В рамках Федерального закона "О наркотических средствах и психотропных веществах" Правительство РФ постановляет установить государственные квоты, в пределах которых ежегодно осуществляются производство, хранение и ввоз (вывоз) наркотических средств и психотропных веществ. Объявлены утратившими силу Постановление Правительства РФ от 31.07.1998 г. N 864 "Об установлении государственных квот, в пределах которых осуществляются производство, хранение и ввоз (вывоз) наркотических средств и психотропных веществ", и пункт 47 Постановления Правительства РФ от 01.02.2005 г. N 49 "Об изменении и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации".

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 20.05.2009 N 255Н**

**"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ОТ 4 АПРЕЛЯ 2008 Г. N 162Н "О ПОРЯДКЕ ВЕДЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО РЕГИСТРА БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ, МУКОВИСЦИДОЗОМ, ГИПОФИЗАРНЫМ НАНИЗМОМ, БОЛЕЗНЬЮ ГОШЕ, МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ, РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ, А ТАКЖЕ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 19.06.2009 N 14113)**

В порядок ведения Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей внесены некоторые изменения. В частности, слово «миелолейкоз» по тексту заменено словами "злокачественные новообразования лимфоидной, кровяной и родственных им тканей", в персональные сведения больного включены такие пункты как серия и номер полиса ОМС, название страховой организации, документ удостоверяющий личность и уникальный номер регистровой записи; в форме направления на

включение больного в регистр, форме журнала учета выдачи направлений, и форме сведений о лекарственных средствах, отпущенных больным указанными болезнями, слово «руководитель» заменено на словами «Председатель врачебной комиссии учреждения здравоохранения».

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 19.05.2009 N 251Н**

**"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 29 ДЕКАБРЯ 2008 Г. N 786Н "О ПОРЯДКЕ ФОРМИРОВАНИЯ И УТВЕРЖДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗАДАНИЯ НА ОКАЗАНИЕ В 2009 ГОДУ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА СЧЕТ АССИГНОВАНИЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА"**  
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 19.06.2009 N 14114)

Согласно внесенным изменениям, приложение 2 к Приказу №786н от 29.12.2008г «О порядке формирования и утверждении государственного задания на оказание в 2009 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам РФ за счет ассигнований федерального бюджета» изложено в новой редакции.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 28.05.2009 N 280Н**

**"О ПРИЗНАНИИ УТРАТИВШИМ СИЛУ ПРИКАЗА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 21 ОКТЯБРЯ 2002 Г. N 321 "О ВВЕДЕНИИ В ДЕЙСТВИЕ ОТРАСЛЕВОГО СТАНДАРТА "ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ПЕРЕЧНЯ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ И ВАЖНЕЙШИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ"**

(Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.06.2009 N 14138)

Признан утратившим силу Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.10. 2002 г. N 321 "О введении в действие отраслевого стандарта "Порядок организации работы по формированию перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств"

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 18.05.2009 N 247Н**

**"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СХЕМЫ РАЗМЕЩЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ"**

(Зарегистрировано в Минюсте РФ 23.06.2009 N 14122)

Утверждена схема размещения территориальных органов Росздравнадзора с указанием наименования территориального органа, предельной численности работников и фонда оплаты труда в расчете на квартал. Объявлены утратившими силу Приказы Минздравсоцразвития РФ от 16.08.2006 г. N 548 "Об утверждении схемы размещения территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития" и N 259н от 06.06.2008 г. "О внесении изменений в схему размещения территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития".

**РАСПОРЯЖЕНИЕ ПРЕЗИДЕНТА РФ ОТ 01.07.2009 N 419-РП**

**<О ВЫДЕЛЕНИИ В 2009 ГОДУ СРЕДСТВ ИЗ РЕЗЕРВНОГО ФОНДА ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДЛЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ>**

В 2009 году из резервного фонда Президента Российской Федерации Минздравсоцразвития России выделяется 45,18 млн. рублей для учреждений здравоохранения и социального обслуживания по списку согласно Приложению.

**ПРИКАЗ РОСЗДРАВНАДЗОРА ОТ 18.06.2009 N 4818-ПР/09**

**"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ИМЕЮЩИХ ПРАВО ПРОВОДИТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ"**

Утвержден Перечень учреждений здравоохранения, имеющих право проводить клинические исследования лекарственных средств (приложение).

**<ПИСЬМО> РОСПОТРЕБНАДЗОРА ОТ 23.06.2009 N 01/8775-9-32**

**"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗАДАНИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ПОДГОТОВКУ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ НА 2009 ГОД"**

Утверждается государственное задание Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации на подготовку специалистов с высшим профессиональным образованием на 2009 год государственным образовательным учреждениям высшего профессионального образования, находящимся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, согласно приложениям NN 1-47. Руководителям образовательных учреждений приказано обеспечить: а) выполнение государственного задания в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, в том числе целевой прием обучающихся на основании договоров с органами государственной власти, органами местного самоуправления в целях содействия им в подготовке специалистов соответствующего уровня образования; б) представление государственной статистической отчетности; в) в срок до 15 сентября 2009 года представление отчета по приему граждан на обучение по программам высшего профессионального образования согласно приложению N 48.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 28.05.2009 N 281Н**

**"ОБ АТТЕСТАЦИОННОЙ КОМИССИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"**

(Зарегистрировано в Минюсте РФ 30.06.2009 N 14180)

Создана Аттестационная комиссия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Утвержден Регламент работы Аттестационной комиссии согласно приложению. Аттестационной комиссии поручено проводить аттестацию, а также квалификационный экзамен федеральных государственных гражданских служащих Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, руководителей и заместителей руководителей федеральных служб и федерального агентства, находящихся в

ведении Министерства, замещающих должности федеральной государственной гражданской службы. Признан утратившим силу Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 ноября 2006 г. N 791 "Об аттестационной комиссии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации".

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 28.05.2009 N 280Н  
"О ПРИЗНАНИИ УТРАТИВШИМ СИЛУ ПРИКАЗА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 21 ОКТЯБРЯ 2002 Г. N 321 "О ВВЕДЕНИИ В ДЕЙСТВИЕ  
ОТРАСЛЕВОГО СТАНДАРТА "ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ  
ПЕРЕЧНЯ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ И ВАЖНЕЙШИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ"  
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.06.2009 N 14138)**

Признан утратившим силу Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 октября 2002 г. N 321 "О введении в действие отраслевого стандарта "Порядок организации работы по формированию перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств"

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 22.05.2009 N 263Н  
"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОГО  
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 30 МАРТА 2004 Г. N 41 "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ  
СПРАВКИ, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЙ ФАКТ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ, ВЫПИСКИ ИЗ  
АКТА ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ГРАЖДАНИНА, ПРИЗНАННОГО ИНВАЛИДОМ, ВЫДАВАЕМЫХ  
ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ  
ЭКСПЕРТИЗЫ, И РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПОРЯДКУ ИХ ЗАПОЛНЕНИЯ"  
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 29.06.2009 N 14158)**

Внесены изменения в Постановление Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 30 марта 2004 г. N 41 "Об утверждении форм справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и рекомендаций по порядку их заполнения".

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ГЛАВНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНОГО ВРАЧА РФ  
ОТ 18.05.2009 N 33 "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРАВИЛ СП  
3.1.2.2512-09" (ВМЕСТЕ С "САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРАВИЛАМИ  
"ПРОФИЛАКТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ" СП 3.1.2.2512-09")  
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 29.06.2009 N 14148)**

Утверждены санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.2512-09 - "Профилактика менингококковой инфекции" (приложение). Правила вводятся в действие с 1 августа 2009 года. С момента введения в действие СП 3.1.2.2512-09 - "Профилактика менингококковой инфекции" признаны утратившими силу санитарно-эпидемиологические правила "Профилактика менингококковой инфекции. СП 3.1.2.2156-06".

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 18.05.2009 N 247Н  
"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СХЕМЫ РАЗМЕЩЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ФЕДЕРАЛЬНОЙ  
СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ"  
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 23.06.2009 N 14122)**

Утверждена схема размещения территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (приложение). Признаны утратившими силу Приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 августа 2006 г. N 548 "Об утверждении схемы размещения территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития", от 6 июня 2008 г. N 259н "О внесении изменений в схему размещения территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития".

**ПРИКАЗ ФМБА РФ ОТ 14.05.2009 N 351  
"О СОЗДАНИИ НАУЧНОГО ЦЕНТРА БИМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ"**

Создается Научный центр биомедицинских технологий в составе Федерального государственного учреждения "Научно-исследовательский институт физико-химической медицины" Федерального медико-биологического агентства. На Научный центр биомедицинских технологий возлагается проведение работ по следующим направлениям: - координация работ по разработке, утверждению и внедрению в медицинскую практику новых биомедицинских технологий; - проведение научных исследований и опытно-конструкторских разработок в области биомедицинских технологий; - формирование Единого информационного банка данных и материалов в области биомедицинских технологий; - участие в создании нормативно-правовой базы государственного регулирования в области разработки, утверждения и внедрения клеточных технологий, тканевой инженерии и генной терапии; - экспертиза федеральных целевых, научно-технических, инновационных и специальных программ и проектов в сфере биомедицинских технологий.

**ПРИКАЗ МИНОБРНАУКИ РФ ОТ 24.03.2009 N 95  
"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ О ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ"  
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 29.06.2009 N 14145)**

По согласованию с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации утверждается Положение о психолого-медико-педагогической комиссии (приложение).

**ПРИКАЗ РОСТЕХРЕГУЛИРОВАНИЯ ОТ 18.12.2008 N 491-СТ  
"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ НАЦИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА"**

Утвержден для добровольного применения национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 52600.3-2008 "Протокол ведения больных. Гемофилия (наследственный дефицит фактора VIII, наследственный дефицит фактора IX)". Стандарт вводится в действие 1 сентября 2009 г.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 19.06.2009 N 330Н  
"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЕЙ ВИДОВ РАБОТ, ПРОФЕССИЙ, ДОЛЖНОСТЕЙ, НА КОТОРЫХ  
МОГУТ БЫТЬ ЗАНЯТЫ ГРАЖДАНЕ, ПРОХОДЯЩИЕ АЛЬТЕРНАТИВНУЮ ГРАЖДАНСКУЮ  
СЛУЖБУ, И ОРГАНИЗАЦИЙ, ГДЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ ПРОХОЖДЕНИЕ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ  
ГРАЖДАНСКОЙ СЛУЖБЫ"**

(Зарегистрировано в Минюсте РФ 30.06.2009 N 14172)

Утверждены: Перечень видов работ, профессий, должностей, на которых могут быть заняты граждане, проходящие альтернативную гражданскую службу (Приложение N 1); Перечень организаций, где предусматривается прохождение альтернативной гражданской службы (Приложение N 2)

**ПРИКАЗ МИНОБРНАУКИ РФ, МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 02.06.2009 N 184/291Н  
"О ПРИЗНАНИИ УТРАТИВШИМ СИЛУ ПРИКАЗА МИНИСТЕРСТВА ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ  
ПРОМЫШЛЕННОСТИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 31 АВГУСТА 1994 Г. N 342/184 "О  
ДОКУМЕНТАХ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ ПРИ УСЫНОВЛЕНИИ ДЕТЕЙ ИНОСТРАННЫМИ  
ГРАЖДАНАМИ" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 09.07.2009 N 14287)**

Признан утратившим силу Приказ Министерства образования Российской Федерации и Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 31 августа 1994 г. N 342/184 "О документах, представляемых при усыновлении детей иностранными гражданами".

**ПРИКАЗ ФФОМС ОТ 29.05.2009 N 119  
"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ ФОМС ОТ 16 АПРЕЛЯ 2009 Г. N 76"**

(Зарегистрировано в Минюсте РФ 06.07.2009 N 14200)

Внесены изменения в форму заявки на предоставление субсидий на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (приложение N 3 к Приказу).

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 22.05.2009 N 269Н  
"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕБНОЙ  
КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 24  
СЕНТЯБРЯ 2008 Г. N 513Н "ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ"**

(Зарегистрировано в Минюсте РФ 06.07.2009 N 14233)

Функции врачебной комиссии (подкомиссий) дополнены новым подпунктом 15 следующего содержания: "15) выдачу направлений на включение в Федеральный регистр больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей (или исключения из него), обеспечение назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными средствами".

**ПРИКАЗ МИНИСТРА ОБОРОНЫ РФ ОТ 08.05.2009 N 385  
"О МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ВООРУЖЕННЫХ  
СИЛ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"**

(Зарегистрировано в Минюсте РФ 30.06.2009 N 14176)

Утверждены Перечень категорий военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации, подлежащих медико-психологической реабилитации (Приложение N 1) и Порядок проведения медико-психологической реабилитации военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации (Приложение N 2). Медико-психологическая реабилитация представляет собой комплекс медицинских и общих оздоровительных мероприятий по восстановлению боеспособности (работоспособности) военнослужащих и проводится по территориальному принципу в ближайших санаторно-курортных и оздоровительных учреждениях (санаториях, домах и базах отдыха) Министерства обороны Российской Федерации.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ГЛАВНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНОГО ВРАЧА РФ  
ОТ 05.05.2009 N 28 "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ САНПИН 2.3.2.2509-09"**

(Зарегистрировано в Минюсте РФ 29.06.2009 N 14168)

Утверждены и введены в действие с 15 июля 2009 года санитарные правила СанПиН 2.3.2.2509-09 - дополнение N 14 к СанПиН 2.3.2.1078-01 "Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов". В частности, СанПиН 2.3.2.1078-01 дополняются главой VII "Санитарно-эпидемиологические требования безопасности и пищевой ценности специализированных пищевых продуктов для питания спортсменов" и Приложением N 18 "Формы витаминов и минеральных солей, разрешенных для использования при производстве специализированных пищевых продуктов для питания спортсменов".

**ПРИКАЗ ФМБА РФ ОТ 21.04.2009 N 280  
"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ РЕГЛАМЕНТА ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО  
АГЕНТСТВА" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 06.07.2009 N 14213)**

Утвержденный Регламент Федерального медико-биологического агентства устанавливает общие правила внутренней организации Федерального медико-биологического агентства и применяется совместно с Типовым регламентом взаимодействия федеральных органов исполнительной власти.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 18.07.2009 N 177-ФЗ  
"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ В СВЯЗИ С СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕМ КОНТРОЛЯ ЗА ОБОРОТОМ ПРЕКУРСОРОВ  
НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ"  
(ПРИНЯТ ГД ФС РФ 24.06.2009)**

Внесенные изменения направлены на совершенствование контроля за оборотом наркотических средств и психотропных веществ. Согласно внесенным изменениям, в частности, установлено, что ввоз (вывоз) наркотических средств, психотропных веществ, а также прекурсоров, внесенных в Таблицу I Списка IV, осуществляются государственными унитарными предприятиями в порядке, установленном Правительством РФ, при наличии лицензии, выдаваемой федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим государственное регулирование внешнеторговой деятельности. Ввоз (вывоз) прекурсоров, внесенных в Таблицу II и Таблицу III Списка IV, осуществляется юридическими лицами независимо от их форм собственности при наличии лицензии на право ввоза (вывоза). До получения лицензии на право ввоза (вывоза) наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров юридическими лицами должны быть получены: сертификат на право ввоза (вывоза) наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров (если они являются лекарственными средствами) и разрешение на право ввоза (вывоза) наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, выдаваемые уполномоченными федеральными органами исполнительной власти в порядке, установленном Правительством РФ. Разрешается осуществление ввоза (вывоза) отдельных прекурсоров, внесенных в Таблицу III Списка IV, без оформления лицензии в размерах и в сроки, которые установлены Правительством РФ. Перечень прекурсоров, ввоз (вывоз) которых допускается без оформления лицензии, устанавливается Правительством РФ. Федеральный закон вступает в силу по истечении одного года после дня его официального опубликования.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 16.07.2009 N 573  
"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ О ВВОЗЕ В РОССИЙСКУЮ ФЕДЕРАЦИЮ И ВЫВОЗЕ ИЗ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ  
ПРЕКУРСОРОВ, ИЗЪЯТЫХ ИЗ НЕЗАКОННОГО ОБОРОТА, В ЦЕЛЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИХ В  
ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ"**

Утвержден порядок ввоза и вывоза наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, изъятых из незаконного оборота Согласно утвержденному Положению для каждого случая пересечения таможенной границы РФ нужно получить разрешение ФСКН РФ. Форма разрешения устанавливается ФСН РФ и действует не более 1 года с момента выдачи.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 02.07.2009 N 384Н  
"О ПРИЗНАНИИ УТРАТИВШИМ СИЛУ ПРИКАЗА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 16 СЕНТЯБРЯ 1999 Г. N 344 "О РЕАЛИЗАЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЯ  
ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ "О ПРОИЗВОДСТВЕ И ОБОРОТЕ  
СПИРТСОДЕРЖАЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ПАРФЮМЕРНО-КОСМЕТИЧЕСКОЙ  
ПРОДУКЦИИ (СРЕДСТВ)" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 20.07.2009 N 14366)**

Признан утратившим силу Приказ Минздрава РФ от 16.09.1999 N 344 "О реализации Постановления Правительства РФ "О производстве и обороте спиртосодержащих лекарственных средств и парфюмерно-косметической продукции (средств)".

**ПРИКАЗ СПЕЦСТРОЯ РФ ОТ 10.06.2009 N 287  
"О ПРИЗНАНИИ УТРАТИВШИМ СИЛУ ПРИКАЗА СПЕЦСТРОЯ РОССИИ ОТ 5 ДЕКАБРЯ 2001 Г. N  
358 "О МЕРАХ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ В СПЕЦСТРОЕ РОССИИ ПОСТАНОВЛЕНИЯ  
ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 25 ФЕВРАЛЯ 2000 Г. N 160"  
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 06.07.2009 N 14204)**

Признан утратившим силу Приказ Спецстроя России от 5 декабря 2001 года N 358 "О мерах по выполнению в Спецстрое России Постановления Правительства РФ от 25 февраля 2000 г. N 160"

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 18.07.2009 N 185-ФЗ  
"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В СТАТЬИ 2 И 9.1 ЗАКОНА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ "О  
МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ" И СТАТЬЮ 11  
ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА "О ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПЕНСИОННОМ СТРАХОВАНИИ В  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ" (принят ГД ФС РФ 24.06.2009)**

Внесены некоторые изменения в порядок регистрации нотариусов, занимающихся частной практикой, в качестве страхователей в территориальных органах Пенсионного фонда РФ и территориальных фондах обязательного медицинского страхования.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 17.07.2009 N 151-ФЗ  
"О ПРИЗНАНИИ УТРАТИВШИМ СИЛУ ПУНКТА 2 СТАТЬИ 42 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА "О  
НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВАХ"  
(принят ГД ФС РФ 24.06.2009)**

Признан утратившим силу пункт 2 статьи 42 Федерального закона «О наркотических и психотропных веществах», в соответствии с которым, для дополнительного финансирования мер по противодействию незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров создавался федеральный внебюджетный фонд по противодействию незаконному обороту наркотиков

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 07.07.2009 N 415Н  
"ОБ АТТЕСТАЦИОННОЙ КОМИССИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И  
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"  
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 30.06.2009 N 14180)**

Специалисты с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения должны соответствовать установленным Квалификационным требованиям. Требования устанавливают уровень профессионального образования, соответствующее послевузовское профессиональное образование, дополнительное профессиональное образование и должность.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 07.07.2008 N 416  
"О ПОРЯДКЕ ОРГАНИЗАЦИИ МОНИТОРИНГА МЕРОПРИЯТИЙ ПО РАЗВИТИЮ СЛУЖБЫ  
КРОВИ"**

Утверждены: Порядок организации мониторинга реализации мероприятий по развитию службы крови (Приложение N 1); форма отчета о мониторинге основных целевых показателей деятельности, оказывающих медицинскую помощь федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Федерального медико-биологического агентства, и учреждений, находящихся в ведении Российской академии медицинских наук, участвующих в реализации мероприятий по развитию службы крови, а также субъектов Российской Федерации (Приложение N 2). Федеральным государственным учреждениям, находящимся в ведении Федерального медико-биологического агентства и Российской академии медицинских наук, участвующих в реализации мероприятий по развитию службы крови и органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации рекомендовано ежемесячно представлять в Федеральное медико-биологическое агентство сведения о реализации мероприятий по развитию службы крови в порядке и по формам, утвержденным настоящим приказом.

**ПРИКАЗ МЧС РФ N 372, МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ N 369Н, МИНФИНА РФ N 60Н ОТ 24.06.2009  
"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОФОРМЛЕНИЯ И ВЫДАЧИ  
УДОСТОВЕРЕНИЯ ГРАЖДАН, ПОЛУЧИВШИМ ИЛИ ПЕРЕНЕСШИМ ЛУЧЕВУЮ БОЛЕЗНЬ И  
ДРУГИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С РАДИАЦИОННЫМ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВСЛЕДСТВИЕ  
ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ ИЛИ С РАБОТАМИ ПО ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ  
КАТАСТРОФЫ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС; ИНВАЛИДАМ ВСЛЕДСТВИЕ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ  
КАТАСТРОФЫ, УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО ДЕЛАМ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ, ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ И ЛИКВИДАЦИИ  
ПОСЛЕДСТВИЙ СТИХИЙНЫХ БЕДСТВИЙ, МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И  
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И МИНИСТЕРСТВА ФИНАНСОВ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 8 ДЕКАБРЯ 2006 Г. N 728/832/166Н"  
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 16.07.2009 N 14355)**

Согласно внесенным изменениям, бланки удостоверений, выданные гражданам, получившим или перенесшим лучевую болезнь и другие заболевания, связанные с радиационным воздействием вследствие чернобыльской катастрофы или с работами по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС; инвалидам вследствие чернобыльской катастрофы, являются защищенной полиграфической продукцией уровня "В".

**ПРИКАЗ РОСЗДРАВНАДЗОРА ОТ 04.06.2009 N 4402-ПР/09  
"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ВЫПЛАТЫ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ НАДБАВКИ К ДОЛЖНОСТНОМУ  
ОКЛАДУ ЗА ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ ФЕДЕРАЛЬНОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ГРАЖДАНСКОЙ  
СЛУЖБЫ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ГОСУДАРСТВЕННЫМ ГРАЖДАНСКИМ СЛУЖАЩИМ  
ЦЕНТРАЛЬНОГО АППАРАТА И ФЕДЕРАЛЬНЫМ ГОСУДАРСТВЕННЫМ ГРАЖДАНСКИМ  
СЛУЖАЩИМ, ЗАМЕЩАЮЩИМ ДОЛЖНОСТИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ И ЗАМЕСТИТЕЛЕЙ  
РУКОВОДИТЕЛЕЙ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В  
СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ" (Зарегистрировано в Минюсте РФ  
08.07.2009 N 14263)**

В соответствии с утвержденным порядком, гражданским служащим центрального аппарата, руководителям и заместителям руководителей территориальных органов Росздравнадзора будет выплачиваться ежемесячная надбавка к окладу. Для установления размеров надбавки утверждены некоторые критерии, такие как уровень исполнения должностных обязанностей; сложность, срочность выполняемой работы, знание и применение в работе компьютерной и другой оргтехники; компетентность при выполнении наиболее важных, сложных и ответственных работ; опыт работы по специальности и занимаемой должности. Ежемесячная надбавка, установленная в соответствии с настоящим Порядком, будет выплачиваться одновременно с выплатой им денежного содержания за соответствующий месяц.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ГЛАВНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНОГО ВРАЧА РФ  
ОТ 02.06.2009 N 42 "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРАВИЛ СП  
1.3.2518-09" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 08.07.2009 N 14280)**

Утверждены и введены в действие с 1 августа 2009 года санитарно-эпидемиологические правила СП 1.3.2518-09 - "Дополнения и изменения N 1 к санитарно-эпидемиологическим правилам "Безопасность работы с микроорганизмами III-IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней. СП 1.3.2322-08" (Приложение). Внесен ряд изменений в требования к организации работ с патогенными биологическими агентами III-IV групп.

**ПРИКАЗ РОСЗДРАВНАДЗОРА ОТ 25.05.2009 N 4014-ПР/09  
"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ РОСЗДРАВНАДЗОРА ОТ 04.02.2008 N 290-ПР/08 "ОБ  
УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ СЕРТИФИКАТА НА ПРАВО ВВОЗА (ВЫВОЗА) НАРКОТИЧЕСКИХ  
СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ ПРЕКУРСОРОВ"  
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 07.07.2009 N 14259)**

Приказ Росздравнадзора от 04.02.2008 N 290-ПР/08 "Об утверждении формы сертификата на право ввоза (вывоза) наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров" дополнен новым пунктом. Согласно внесенному дополнению, установлено, что бланки Сертификатов на право ввоза (вывоза) наркотических

средств, психотропных веществ и их приложения к Сертификату, являются защищенной полиграфической продукцией со степенью защиты категории "В".

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 22.05.2009 N 265Н  
"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ПОДТВЕРЖДЕНИЮ  
ЦЕЛЕВОГО НАЗНАЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ И ПСИХОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ,  
ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ГУМАНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (СОДЕЙСТВИЯ) ИЛИ  
ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ И ВЫВОЗИМЫХ С ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 07.07.2009 N 14248)**

Утвержденный Порядок определяет организацию работы и условия выдачи подтверждения о целевом назначении наркотических и психотропных лекарственных средств, предназначенных для оказания гуманитарной помощи (содействия) или помощи при чрезвычайных ситуациях и вывозимых с территории РФ.

[http://www.unico94.ru/review/obzor\\_med/?id=476](http://www.unico94.ru/review/obzor_med/?id=476)

## МЕРОПРИЯТИЯ

28 мая в Барнауле состоялась конференция «Актуальные вопросы профилактики ВБИ. Организация инфекционного контроля в свете новых санитарных правил по профилактике ВБИ». Предлагаем вниманию читателей доклад Ирины Владимировны Переладовой, заведующей отделением профилактики инфекционных болезней АКЦМП, прозвучавший на конференции.

### **Состояние заболеваемости и мероприятия по организации профилактических и противоэпидемических мероприятий при внутрибольничных инфекциях в лечебно-профилактических учреждениях Алтайского края в рамках реализации Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2485-09 "Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля лечебных организаций"**

***Будущее принадлежит медицине предохранительной.  
Эта наука, идя рука об руку с лечебной,  
принесет несомненную пользу человечеству.  
Николай Иванович Пирогов – великий русский хирург  
19 век/Россия/***

Актуальность проблемы внутрибольничной инфекции (ВБИ) обуславливают высокие уровни заболеваемости, летальности, экономический, социальный и моральный ущерб, наносимый здоровью населения.

Проблема осложняется и тем, что помимо высоких уровней заболеваемости и летальности отмечаются неблагоприятные тенденции к росту ВБИ.

В 2007 году в Российской Федерации по официальным данным Федеральной службы Роспотребнадзора (2008) зарегистрировано - 26237 случаев внутрибольничной инфекции, в том числе:

- Родовспоможение - 9 355 случаев (35,6%)
- Хирургическая служба - 7 738 случаев (29,4%)

Ежегодный экономический ущерб, причиняемый ВБИ, в Российской Федерации по данным ЦНИИ эпидемиологии МЗ РФ (Н. А. Семина, Е. П. Ковалева, 2008) составляет более 2,5 млн. рублей, т.к. присоединение ВБИ ведет к увеличению койко-дня на 6,3., стоимость одного койко-дня – более 2 тыс. руб.

ИНН 22-04/8076



«ОКСИБ»

ООО «Оксиб» Эксклюзивный представитель производителей дезинфицирующих средств на территории Алтайского края и Республики Алтай

Барнаул, ул. Кулагина, 7г Тел.: (3852) 77-79-03, 25-47-98 Тел./факс (3852)77-26-37

### **Дезинфицирующее средство «ФОРИСТИЛ» концентрат**

#### **1. Описание средства**

В качестве действующего вещества содержит N,N-бис (3-аминопропил) додециламин – 8% и комплекс ЧАС четвертого поколения. Срок годности рабочих растворов 14 суток, могут использоваться многократно в течение срока, не превышающего 14 суток, если их внешний вид не изменился, обладают высокими моющими свойствами при малом пенообразовании.

#### **2. Биологическая активность**

Рабочие растворы средства «ФОРИСТИЛ» обладают бактерицидными, туберкулоцидными, вирулицидными (тестировано на вирусах полиомиелита, гепатита В и ВИЧ) и фунгицидными (Кандида, Трихофитон) свойствами.

#### **3. Сфера и способ применения**

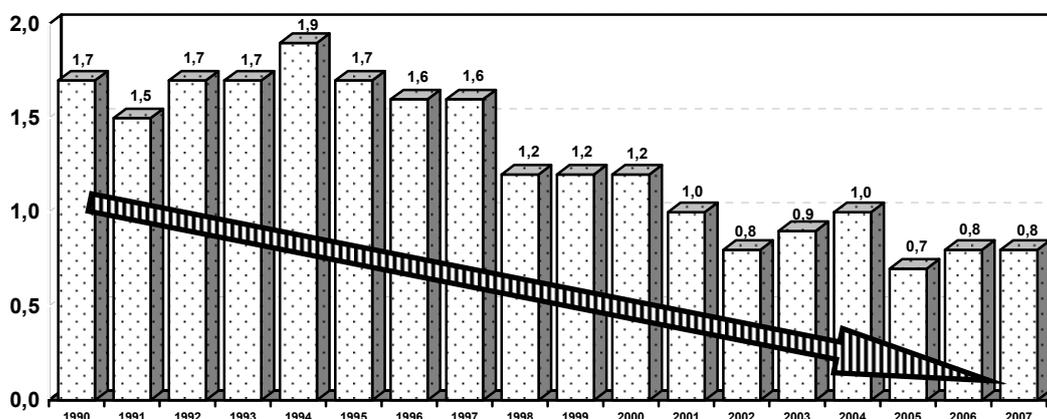
Средство «ФОРИСТИЛ» предназначено для:

- предварительной, окончательной (перед ДВУ) и предстерилизационной очистки ИМН из различных материалов (включая хирургические и стоматологические инструменты, эндоскопы и инструменты к ним) ручным и механизированным (с применением ультразвука) способом;
- дезинфекции, в том числе совмещенной с предстерилизационной (или окончательной) очисткой, ИМН из различных материалов (включая хирургические и стоматологические инструменты, эндоскопы и инструменты к ним) ручным и механизированным способом;
- дезинфекции (обезвреживания) медицинских отходов (ИМН однократного применения, сборники отходов класса А многоразового использования) ЛПУ перед их утилизацией.

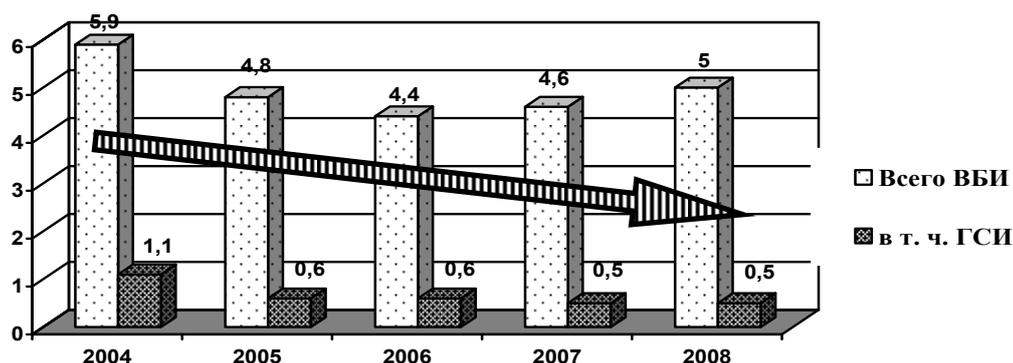
**Минимальная стоимость 1 л. рабочего раствора для дезинфекции, совмещенной с предстерилизационной очисткой ИМН, эндоскопов и инструментов к ним 2,00 руб. при времени экспозиции 20 мин.**

## Динамика заболеваемости гнойно-септическими инфекциями (включая ВУИ новорожденных) по России с 1990 по 2007 годы

Показатель заболеваемости на 1000 госпитализированных пациентов



## Динамика заболеваемости гнойно-септическими инфекциями (включая ВУИ новорожденных) по Алтайскому краю за 2004-2008 г.г.



ИНН 2224078078



ООО «Оксиб» Эксклюзивный представитель производителей дезинфицирующих средств на территории Алтайского края и Республики Алтай

Барнаул, ул. Кулагина, 7г Тел.: (3852) 77-79-03, 25-47-98 Тел./факс (3852)77-26-37

### Дезинфицирующее средство «ФОРИСЕРФ» концентрат

#### 1. Описание средства

Содержит смесь ЧАС четвертого поколения N-Децил-N-изононил-N-N-диметиламмония хлорид – 7%, N,N-дидецилдиметиламмоний хлорид – 10% и алкилдиметилбензиламмоний хлорид – 10

Срок годности рабочих растворов – 14 суток

#### 2. Биологическая активность

Рабочие растворы средства «ФОРИСЕРФ» обладают бактерицидными, туберкулоцидными, вирулицидными (тестировано на вирусе полиомиелита, гепатита В, ВИЧ) и фунгицидными (Кандида, Трихофитон) свойствами. Растворы средства также активны в отношении плесени.

#### 3. Сфера и способ применения

Средство «ФОРИСЕРФ» предназначено для применения в ЛПУ, включая отделения неонатологии, для дезинфекции:

- поверхностей в помещениях (в т.ч. загрязненных биологическими жидкостями);
- профилактической, текущей и заключительной;
- при проведении генеральных уборок;
- предметов ухода за больными, а также прочих вспомогательных предметов, используемых в текущей работе ЛПУ;
- санитарно-технического оборудования;
- уборочного инвентаря;
- посуды;
- санитарного транспорта.

– дезинфекции (обезвреживания) медицинских отходов лечебно-профилактических учреждений перед их утилизацией.

Минимальная стоимость 1 л. рабочего раствора для дезинфекции поверхностей 0,40 руб. при времени экспозиции 10 мин.

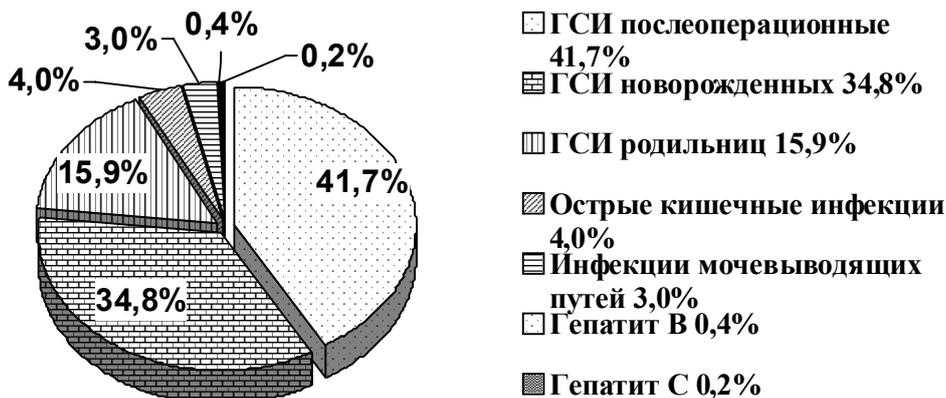
### Структура лечебных учреждений, в которых зарегистрированы случаи ВБИ

Лечебное учреждение	Алтайский край 2008 год	Российская Федерация 2007 год
Родильные дома	69,6%	35,7%
Хирургические стационары	12,4%	29,5%
Терапевтические стационары	3,4%	15,9%
Детские стационары	3,6%	11,2%
Амбулаторно-поликлинические учреждения	11,0%	7,6%

### Структура внутрибольничных осложнений в ЛПУ Алтайского края в 2007-2008г.г.

Внутрибольничные осложнения	2007 год	2008 год
Постинъекционные осложнения	51,0%	41,0%
Послеоперационные осложнения	23,3%	25,0%
ГСИ новорожденных и родильниц	22,4%	21,0%
Классические ВБИ	3,3%	13,0%

### Структура заболеваемости ВБИ в Российской Федерации в 2007 году



#### Федеральная служба Роспотребнадзора (2008)

ООО «Оксиб» Эксклюзивный представитель производителей дезинфицирующих средств на территории Алтайского края и Республики Алтай



«ОКСИБ» Барнаул, ул. Кулагина, 7г Тел.: (3852) 77-79-03, 25-47-98 Тел./факс (3852)77-26-37

### Дезинфицирующее средство «ТРИЛОКС» концентрат

#### 1. Описание средства.

Средство представляет собой прозрачную жидкость голубого цвета со слабым специфическим запахом. В состав средства входят 3 действующих вещества: полигексаметиленгуанидин гидрохлорид, алкилдиметилбензиламмоний хлорид, N,N-бис(3-аминопропил)додециламин, функциональные добавки и краситель. Срок годности рабочих растворов – 14 суток.

Растворы средства для дезинфекции, совмещенной с предстерилизационной очисткой, изделий ручным способом могут быть использованы многократно в течение срока годности (14 дней), если их внешний вид не изменился. Растворы средства для дезинфекции, совмещенной с предстерилизационной очисткой, изделий механизированным способом в установке «Кристалл-5» могут быть использованы многократно в течение рабочей смены, если их внешний вид не изменился.

#### 2. Биологическая активность.

Средство обладает антимикробным действием в отношении грамотрицательных и грамположительных бактерий (включая микобактерии туберкулеза, возбудителей особо опасных инфекций – чумы, холеры, туляремии), вирусов (включая аденовирусы, вирусы гриппа, парагриппа, птичьего гриппа и др. возбудители острых респираторных инфекций, энтеровирусы, ротавирусы, вирус полиомиелита, вирусы энтеральных, парентеральных гепатитов, герпеса, атипичной пневмонии, ВИЧ-инфекции и др.), грибов рода Кандида, Трихофитон, Аспергиллос, а также моющими свойствами.

#### 3. Сфера и способ применения.

Средство «ТРИЛОКС» используется:

– для дезинфекции, в том числе совмещенной с предстерилизационной очисткой, ИМ Н, включая хирургические и стоматологические инструменты (в том числе вращающиеся), жестких и гибких эндоскопов и инструментов к ним ручным способом и в ультразвуковой установке «Кристалл-5» ;

– для обеззараживания поверхностей в помещениях, жесткой мебели, санитарно-технического оборудования, наружных поверхностей приборов и аппаратов, кувезов, белья, посуды, в том числе лабораторной (включая одноразового использования), предметов для мытья посуды, предметов ухода за больными, медицинских отходов (ватные тампоны, перевязочный материал, изделия медицинского назначения одноразового применения), обуви из резины, пластмасс и других полимерных материалов, уборочного инвентаря, резиновых коврик, игрушек, при проведении профилактической, текущей и заключительной дезинфекции в лечебно-профилактических и детских учреждениях, акушерских стационарах, включая отделения неонатологии, в клинических, микробиологических и др. лабораториях, в инфекционных очагах, на санитарном транспорте, а также для обработки поверхностей, пораженных плесенью;

– для проведения генеральных уборок.

**Динамика заболеваемости гнойно-септическими инфекциями (включая ВУИ новорожденных) по Алтайскому краю за 2004–2008 г.г.**

Контингент	2004 год		2005 год		2006 год		2007 год		2008 год	
	а. ч.	на 1000								
<b>ГСИ всего, в т.ч.:</b>	<b>934</b>	<b>5,9</b>	<b>779</b>	<b>4,8</b>	<b>731</b>	<b>4,4</b>	<b>691</b>	<b>4,6</b>	<b>830</b>	<b>5,0</b>
из них ВБИ всего	368	1,1	254	0,6	282	0,6	207	0,5	220	0,5
<b>ГСИ новорожденных (+ВУИ)</b>	<b>546</b>	<b>19,6</b>	<b>421</b>	<b>15,9</b>	<b>414</b>	<b>16,3</b>	<b>459</b>	<b>16,3</b>	<b>547</b>	<b>17,8</b>
из них ВБИ	74	2,7	32	1,2	31	1,2	33	1,2	29	0,9
<b>ГСИ родильниц</b>	<b>100</b>	<b>3,6</b>	<b>73</b>	<b>2,8</b>	<b>35</b>	<b>0,6</b>	<b>46</b>	<b>1,6</b>	<b>56</b>	<b>1,8</b>
из них ВБИ	40	1,4	22	0,8	16	0,6	19	0,6	25	0,8
<b>ГСИ операцион.</b>	<b>131</b>	<b>0,5</b>	<b>114</b>	<b>0,4</b>	<b>143</b>	<b>0,5</b>	<b>61</b>	<b>0,3</b>	<b>114</b>	<b>0,4</b>
из них ВБИ	117	0,4	83	0,3	111	0,4	47	0,3	63	0,3
<b>ГСИ постинъекционные</b>	<b>157</b>	<b>0,008</b>	<b>165</b>	<b>0,008</b>	<b>139</b>	<b>0,006</b>	<b>118</b>	<b>0,005</b>	<b>113</b>	<b>0,005</b>
из них ВБИ	137	0,007	115	0,005	115	0,005	103	0,004	103	0,004

ИНН 22-40/8076



**ООО «Оксиб» Эксклюзивный представитель производителей дезинфицирующих средств на территории Алтайского края и Республики Алтай**

**«ОКСИБ»**

**Барнаул, ул. Кулагина, 7г Тел.: (3852) 77-79-03, 25-47-98 Тел./факс (3852)77-26-37**

## **Дезинфицирующие салфетки «ТРИЛОКС»**

### **1. Описание средства.**

Салфетки «ТРИЛОКС» представляют собой полотно из белого плотного нетканого материала. Каждая салфетка пропитана дезинфицирующим средством «ТРИЛОКС».

В качестве действующих веществ содержит 1-пропанол – (26,0 ± 2,0)%, алкилдиметилбензиламмоний хлорид - 0,02% и синергетические функциональные добавки - полигексаметиленгуанидин гидрохлорид, N,N-бис(3-аминопропил) додециламин. После вскрытия упаковки срок годности салфеток – 3 месяца в плотно закрываемой упаковке и хранении при комнатной температуре.

### **2. Биологическая активность.**

Салфетки «ТРИЛОКС» обладают антимикробной активностью в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий (включая возбудителей внутрибольничных инфекций, микобактерии туберкулеза, кишечных инфекций), вирусов (острые респираторные вирусные инфекции, герпес, полиомиелит, гепатиты всех видов, включая гепатиты А, В и С, ВИЧ-инфекция, аденовирус), грибов рода Кандида, Трихофитон.

Салфетки «ТРИЛОКС» активно разрушают на поверхностях биологические пленки; обладают хорошими моющими свойствами. Салфетки обладают высокой прочностью; при использовании не рвутся, не сбиваются в комки и не оставляют остаточной пленки на обработанной поверхности; совместимы с материалами медицинского оборудования (кроме подверженных воздействию спиртов).

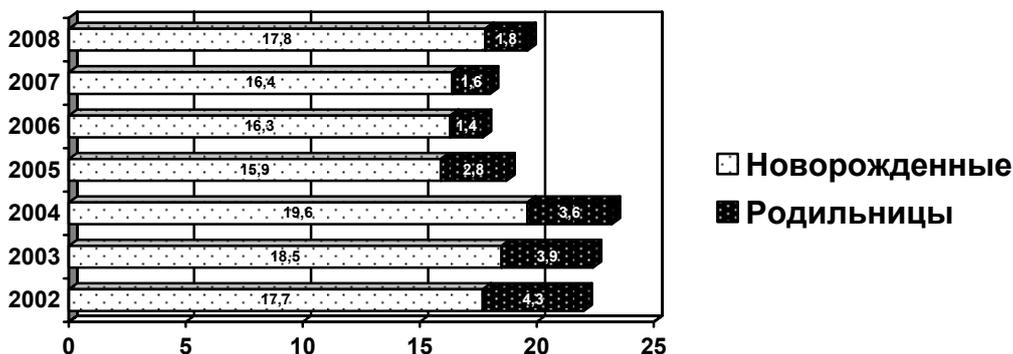
### **3. Сфера и способ применения.**

Салфетки «ТРИЛОКС» предназначены для применения в ЛПУ любого профиля (в том числе стоматологических кабинетах, кабинетах диагностики, эндоскопических и колоноскопических отделениях, офтальмологических, приемных, операционных отделениях, отделениях реанимации, смотровых кабинетах, перевязочных, кабинетах амбулаторного приема, детских стационарах, акушерских клиниках, **включая отделения неонатологии**), клинических, микробиологических и других лабораториях, в машинах скорой медицинской помощи и служб ГО и ЧС, на санитарном транспорте, на станциях переливания крови, в детских дошкольных и школьных учреждениях, на коммунальных объектах, предприятиях общественного питания, потребительских промышленных рынках, учреждениях социального обеспечения и населением в быту для очистки и дезинфекции небольших по площади, а также труднодоступных для обработки твердых непористых поверхностей в помещениях (исключая изготовленные из материалов, подверженных воздействию спиртов), различных предметов, **в т.ч. загрязненных кровью:**

- поверхностей жесткой мебели (подголовники, подлокотники кресел и др.)
- поверхностей медицинских приборов и оборудования (в т.ч. поверхности аппаратов искусственного дыхания и оборудования для анестезии, стоматологические наконечники, зеркала, для очистки предметных стекол от иммерсионного масла);
- оптических приборов и оборудования, разрешенных производителем к обработке спиртовыми средствами;
- датчиков диагностического оборудования (УЗИ и т.п.);
- наконечников для клизм, термометров, фонендоскопов;
- осветительной аппаратуры, жалюзи и т.п.;
- предметов ухода за больными, игрушек из непористых, гладких материалов (пластик, стекло, металл и др.);
- наружных поверхностей шлангов гибких эндоскопов и колоноскопов (при условии, что не будет наблюдаться фиксация органических загрязнений);
- столов (в т.ч. операционных, манипуляционных, пеленальных, родильных), гинекологических и стоматологических кресел, кровати, реанимационных матрацев и др. жесткой мебели;
- **поверхностей кувезов** (с последующим обязательным двукратным протиранием поверхности кувеза стерильной салфеткой, смоченной в стерильной воде и вытиранием насухо стерильными салфетками после каждого протирания);
- телефонных аппаратов, мониторов, компьютерной клавиатуры и другой офисной техники;
- оборудования и поверхностей машин санитарного транспорта и служб ГО и ЧС;
- резиновых, пластиковых, полипропиленовых коврик;
- обуви для профилактики грибковых заболеваний.

**Дезинфекционная экспозиция 3-5 мин.**

**Динамика заболеваемости гнойно-септическими инфекциями  
(включая ВУИ новорожденных) в службе родовспоможения  
Алтайского края за 2002-2008 гг.**



**Структура заболеваемости новорожденных в Алтайском крае в 2008 году:**

- ВУИ (внутриутробные инфекции) – 68%
- ВБИ (внутрибольничные инфекции) – 5%
- Инфицирование на участке (после выписки из акушерского отделения) – 27%

**Показатели заболеваемости новорожденных внутрибольничными инфекциями (ВБИ):**

- В Алтайском крае – 16,2 на 1000 детей, рожденных живыми.
- В Российской Федерации – 17,3 на 1000 детей, рожденных живыми.

**Структура заболеваемости новорожденных внутрибольничными инфекциями (ВБИ), Алтайский край, 2008г.:**

- Заболевания глаз – 39%
- Заболевания кожи и ПЖК – 32%
- Заболевания пупа и пупочной ранки (омфалиты, флебиты) – 18%

**Показатели заболеваемости новорожденных внутриутробными инфекциями (ВУИ):**

- В Алтайском крае – 15,3 на 1000 детей, рожденных живыми.
- В Российской Федерации – 14,2 на 1000 детей, рожденных живыми.

**Структура заболеваемости новорожденных внутриутробными инфекциями (ВУИ), Алтайский край, 2008г.:**

1. Заболевания легких (пневмонии) – 73%.
2. Недифференцированные ВУИ – 19%.
3. Заболевания кожи и ПЖК – 6%.
4. Заболевания глаз – 2%.

ИНН 2224078078



ООО «Оксиб» Эксклюзивный представитель производителей дезинфицирующих средств на территории Алтайского края и Республики Алтай

Барнаул, ул. Кулагина, 7г Тел.: (3852) 77-79-03, 25-47-98 Тел./факс (3852)77-26-37

**Средство «ФОРИЗИМ» концентрат**

**1. Описание средства.**

Содержит фермент субтилизин (комбинация из бактериальных протеаз) - 10%, амилазу - 1.25%, 10% - анионных, 10% - неионогенных поверхностно-активных веществ в качестве действующих субстанций, а также консерванты и стабилизирующие добавки. рН средства 8.0±1.0.

Рабочие растворы 0.5% и 1.0% (по препарату) готовят непосредственно перед использованием и используют однократно.

**2. Мощные свойства.**

Средство обладает протеолитической и амилолитической ферментативной активностью, а также поверхностно-активными свойствами. Средство обладает высокими моющими свойствами при малом пенообразовании, не корродирует металлы, не повреждает термолабильные материалы.

**3. Биологическая активность.**

Средство не обладает биоцидными свойствами.

**4. Сфера и способ применения:**

– для предварительной, окончательной (перед ДВУ) и предстерилизационной очисток изделий медицинского назначения из различных материалов (включая хирургические и стоматологические инструменты, эндоскопы и инструменты к ним ручным и механизированным (с применением ультразвука) способами.

**Показатели заболеваемости родильниц внутрибольничными инфекциями (ВБИ) гнойно-септическими инфекциями:**

- В Алтайском крае – 0,8 на 1000 родов.
- В Российской Федерации – 1,8 на 1000 родов.

**Структура заболеваемости гнойно-септическими инфекциями у родильниц Алтайский край, 2008г.:**

1. Сепсис – 2% (пок. 0,03 на 1000 родов).
2. Перитонит – 4% (пок. 0,07 на 1000 родов).
3. Эндометрит – 77% (пок. 1,4 на 1000 родов).
4. Мастит – 11% (пок. 0,2 на 1000 родов).
5. Инфекция послеоперационной раны – 6%. (пок. 0,1 на 1000 родов).

**Структура ВБИ ГСИ хирургического профиля, Алтайский край, 2008г:**

- Нагноение послеоперационной раны – 65%
- Послеоперационный абсцесс – 14%
- Послеоперационная флегмона – 12%
- Несостоятельность швов – 6%
- Послеоперационный перитонит – 3%

**Полнота лабораторных обследований очагов ГСИ, Алтайский край, 2008г:**

- У новорожденных – 71%
- У родильниц – 48%
- Послеоперационные ГСИ – 47%
- Постинъекционные нагноения (ПИН) – 52%

**Частота лабораторного подтверждения возбудителей ГСИ, Алтайский край, 2008г:**

- У новорожденных – 17%
- У родильниц – 22%
- Послеоперационные ГСИ – 4%
- Постинъекционные нагноения (ПИН) – 57%

**Микропейзаж выделенных возбудителей ГСИ, Алтайский край, 2008г:**

- Грамм-плюс микрофлора – 84%
- Грамм-минус микрофлора – 14%
- Прочие – 2%

ИНН 22-4078078



ООО «Оксиб» Эксклюзивный представитель производителей дезинфицирующих средств на территории Алтайского края и Республики Алтай

«ОКСИБ» Барнаул, ул. Кулагина, 7г Тел.: (3852) 77-79-03, 25-47-98 Тел./факс (3852)77-26-37

**Дезинфицирующее средство «АБСОЛЮЦИД-ФОРТЕ» концентрат**

**1. Описание средства.**

Средство представляет собой прозрачную жидкость от слабо до интенсивно желтого цвета с характерным запахом. В качестве действующих веществ в состав средства входит четвертичное аммонийное соединение (ЧАС): алкилдиметилбензиламмоний хлорид – 22,5% и глутаровый альдегид (ГА) – 10%.

Срок годности рабочих растворов - 15 суток.

Растворы средства для проведения дезинфекции, совмещенной с предстерилизационной очисткой ручным и механизированным способами, а также для стерилизации, используемые при начальной температуре раствора средства  $20 \pm 2^\circ\text{C}$ , можно применять многократно, но не более срока годности растворов до момента изменения внешнего вида средства (изменение цвета, помутнение раствора, выпадение осадка, появление хлопьев и пр.).

**2. Биологическая активность.**

Средство обладает антимикробным действием в отношении грамотрицательных и грамположительных бактерий (включая, микобактерии туберкулеза), вирусов, грибов рода Кандида и трихофитон, а так же спороцидными и моющими свойствами.

**3. Сфера и способ применения.**

Средство предназначено для:

-дезинфекции, в том числе совмещенной с предстерилизационной очисткой изделий медицинского назначения, включая хирургические и стоматологические инструменты, эндоскопы и инструменты к ним при инфекциях бактериальной (включая туберкулез), вирусной и грибковой (кандидозы и дерматофитии) этиологии в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ);

-дезинфекции высокого уровня (ДВУ) эндоскопов в ЛПУ;

-стерилизации изделий медицинского назначения, включая хирургические и стоматологические инструменты, эндоскопы и инструменты к ним в ЛПУ;

-для дезинфекции поверхностей в помещениях, санитарно-технического оборудования, посуды столовой и лабораторной, в том числе однократного использования, белья, уборочного материала, медицинских отходов, резиновых ковриков, изделий медицинского назначения однократного применения перед их утилизацией при инфекциях бактериальной (включая туберкулез), вирусной и грибковой (кандидозы и дерматофитии) этиологии в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), лабораториях, инфекционных очагах, на санитарном транспорте;

-дезинфекции при проведении генеральных уборок.

## Структура микробиологических исследований, выполненных бактериологическими лабораториями ЛПУ Алтайского края

Виды исследований	2008 г.		2007 г.	
	Выполнено	Уд. вес	Выполнено	Уд. вес
<b>Всего</b>	<b>1785339</b>		<b>1790911</b>	
<b>Бактериологические</b>	<b>962875</b>	<b>53,9%</b>	<b>1069924</b>	<b>59,7%</b>
<b>Бактериоскопические</b>	<b>25574</b>	<b>1,4%</b>	<b>32788</b>	<b>1,8%</b>
<b>Серологические</b>	<b>43964</b>	<b>2,4%</b>	<b>29319</b>	<b>1,6%</b>
<b>Исследования по контролю за противозидемическим режимом ЛПУ</b>	<b>606972</b>	<b>34,0%</b>	<b>658880</b>	<b>36,8%</b>

## Структура исследований по контролю за противозидемическим режимом в ЛПУ

	Кол-во выполненных исследований	Уд. вес в сумме санитарно-бактериологических		Уд. вес нестандартных проб	
		2008 г.	2007 г.	2008 г.	2007 г.
Всего	606 972	34,0	36,8	2,2	1,5
В т.ч. смывы по контролю за противозид. режимом	232 951	38,3	43,3	1,5	1,5
Воздух	44 744	7,4	7,0	15,9	12,3
Аптечные формы	3 868	0,6	0,8	0,9	1,7
Материал на стерильность	323 405	53,3	41,6	0,25	0,3

ИНН 2224078076



ООО «Оксиб» Эксклюзивный представитель производителей дезинфицирующих средств на территории Алтайского края и Республики Алтай

Барнаул, ул. Кулагина, 7г Тел.: (3852) 77-79-03, 25-47-98 Тел./факс (3852)77-26-37

### Кожный антисептик «СКИНИЯ»

#### 1. Описание средства.

Кожный антисептик «СКИНИЯ» представляет собой бесцветную прозрачную жидкость с характерным запахом спирта или применяемой отдушки.

В качестве действующих веществ средство содержит 2-пропанол 33,0±2,0%,

1-пропанол 25,5±2,0%, алкилдиметилбензиламмоний хлорид и дидецилдиметиламмоний хлорид 0,20±0,02% (суммарно), а также функциональные добавки, увлажняющие и ухаживающие за кожей компоненты.

#### 2. Биологическая активность.

Средство проявляет бактерицидное (в том числе в отношении возбудителей внутрибольничных инфекций) туберкулоцидное, вирулицидное (включая вирусы парентеральных гепатитов, полиомиелита, ВИЧ) и фунгицидное (в отношении грибов родов Кандида и трихофитон) действие. Средство обладает пролонгированным антимикробным эффектом в течение 3 часов.

#### 3. Сфера и способ применения.

Средство «СКИНИЯ» предназначено для применения в ЛПУ:

- для гигиенической обработки рук медицинского персонала, в том числе персонала машин скорой медицинской помощи;
- для обработки рук хирургов;
- для обеззараживания и обезжиривания кожи операционного и инъекционного полей;
- для обработки локтевых сгибов доноров;
- для обработки кожи перед введением катетеров и пункцией суставов;
- для гигиенической обработки рук персонала детских дошкольных и школьных учреждений, учреждений соцобеспечения (дома престарелых, хосписы и т.п.), работников парфюмерно-косметических предприятий (в том числе парикмахерских, косметических салонов и т.п.), общественного питания, коммунальных объектов, предприятий пищевой и химико-фармацевтической промышленности.

**Удельный вес нестандартных исследований из внешней среды ЛПУ, Алтайский край, 2008г.:**

- Воздух - 16%
- Смывы - 1,5%
- Стерильность - 0,3%
- Аптечные формы - 1%

**По-прежнему остается высоким удельный вес нестерильного материала в ЛПУ в 2008 году:**

- Операционные наборы - 0,2%
- Укладки для новорожденных - 0,6%
- Перевязочный материал - 0,3%
- Руки хирургов - 0,05%

**Микрорейсж выделенных культур из внешней среды ЛПУ, Алтайский край, 2008г.:**

- Золотистый стафилококк - 7%
- Кишечная палочка - 3%
- БГКП - 5%
- Плесневые грибы - 85%

**Проблемы лабораторной диагностики ГСИ, Алтайский край, 2008г.:**

- Нарушение техники забора материала, правил его хранения и транспортировки в бактериологическую лабораторию.
- Отдаленность части бактериологических лабораторий от клинической базы.
- Низкий уровень оснащенности бактериологических лабораторий (реактивы, среды, оборудование).
- Проблематичность обследования больных в выходные и праздничные дни.
- В медико-экономических стандартах не предусмотрены обследования пациентов с целью слежения за возбудителем в рамках инфекционного контроля.

**Нормативные документы**

- 1) Санитарные правила и нормы. СанПиН 2.1.3.1375-03 "Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров".
- 2) Санитарные правила. СП 3.1.2485-09 - "Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля лечебных организаций" (дополнение №1 к СанПиН 2.1.3.1375-03 "Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров").
- 3) Санитарные правила СП 1.1.1058-01. "Организация и проведение производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.
- 4) Приказ МЗ РФ от 26 ноября 1997 года. «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах»
- 5) Приказ МЗ СССР от 31.07.1978 №720 «Об улучшении медицинской помощи больным с гнойными хирургическими заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией»

ИНН 2224078078



ООО «Оксиб» Эксклюзивный представитель производителей дезинфицирующих средств на территории Алтайского края и Республики Алтай

Барнаул, ул. Кулагина, 7г Тел.: (3852) 77-79-03, 25-47-98 Тел./факс (3852)77-26-37

**Кожный антисептик «СКИНИЯ-ОП» красящий**

**1. Описание средства.**

Кожный антисептик «СКИНИЯ-ОП» представляет собой прозрачную жидкость оранжевого цвета с характерным запахом спирта или применяемой отдушки.

В качестве действующих веществ средство содержит 2-пропанол 35,9 %; 1-пропанол 27,4 %, алкилдиметилбензиламмоний хлорид и дидецилдиметиламмоний хлорид 0,20 % (суммарно), а также функциональные добавки, увлажняющие и ухаживающие за кожей компоненты.

**2. Биологическая активность.**

Средство проявляет бактерицидное (в том числе в отношении возбудителей внутрибольничных инфекций) туберкулоцидное, вирулицидное (включая вирусы парентеральных гепатитов, полиомиелита, ВИЧ) и фунгицидное (в отношении грибов родов Кандида и трихофитон) действие.

**3. Сфера и способ применения.**

Средство «СКИНИЯ-ОП» предназначено для применения в ЛПУ:

- для обеззараживания и обезжиривания кожи операционного и инъекционного полей;
- для обработки локтевых сгибов доноров;
- для обработки кожи перед введением катетеров и пункцией суставов с обозначением границ обработки

## Основные положения

### санитарных правил СП 3.1.2485-09 - "Профилактика внутрибольничных инфекций в стационарах (отделениях) хирургического профиля лечебных организаций"

2.4. Организацию противоэпидемических и профилактических мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций осуществляет врач-эпидемиолог (**заместитель руководителя лечебной организации по эпидемиологической работе**) и/или помощник врача-эпидемиолога, имеющие специальную подготовку (далее - врач-эпидемиолог). В случае отсутствия таких специалистов вопросы организации противоэпидемических и профилактических мероприятий возлагаются на одного из заместителей руководителя лечебной организации.

2.5. С целью контроля внутрибольничных инфекций в лечебной организации создается **комиссия по профилактике ВБИ**, полномочия которой распространяются на все подразделения и службы лечебной организации. В своей деятельности комиссия руководствуется положением, разработанным и утвержденным для каждой конкретной лечебной организации.

2.6. В состав комиссии входят: председатель - заместитель руководителя лечебной организации по эпидемиологической работе (при его отсутствии - один из заместителей руководителя лечебной организации по лечебной работе). **Заседания комиссии проводятся не реже одного раза в квартал.**

2.7. Основными задачами комиссии являются:

- принятие управленческих решений по результатам эпидемиологического анализа
- разработка программ и планов эпидемиологического надзора в лечебной организации
- координация мероприятий с руководством лечебной организации
- обеспечение взаимодействия всех служб стационара (отделения)
- **взаимодействие с органами и учреждениями Роспотребнадзора.**

2.8. Инструктаж по проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий для медицинских работников проводит сотрудник лечебной организации (заместитель руководителя лечебной организации по эпидемиологической работе, врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога, заведующий отделением, старшая медицинская сестра и др.) в зависимости от функциональных обязанностей, утвержденных в данной лечебной организации.

2.9. При поступлении на работу в стационары (отделения) хирургического профиля медицинские работники проходят предварительный медицинский осмотр врачей: терапевта, невролога, гинеколога, дерматовенеролога, отоларинголога, офтальмолога.

В дальнейшем осмотр у тех же специалистов проводится 1 раз в год. Дополнительные медицинские осмотры проводятся по показаниям.

**Медицинские работники проходят следующие обследования:**

- рентгенологическое обследование на туберкулез - крупнокадровая флюорография грудной клетки (в дальнейшем - 1 раз в год)
- исследование крови на гепатит С (в дальнейшем 1 раз в год)
- исследование крови на гепатит В не привитых (в дальнейшем 1 раз в год); привитые обследуются через 5 лет, затем ежегодно при отсутствии ревакцинации
- исследование крови на сифилис (в дальнейшем - по показаниям)
- исследование мазков на гонорею (в дальнейшем - по показаниям)
- исследование крови на ВИЧ-инфекцию (в дальнейшем 1 раз в год).

**Медицинским работникам проводятся лабораторные исследования:**

- общий анализ крови и общий анализ мочи, в дальнейшем 1 раз в год перед периодическим медицинским осмотром.

В зависимости от появившейся (выявленной) у медицинских работников патологии проводятся другие диагностические исследования.

2.10. К работе не допускаются лица:

- с изменениями в легких туберкулезного характера
- гнойно-воспалительными заболеваниями.

2.11. Плановое обследование медицинского персонала хирургических стационаров (отделений) на носительство золотистого стафилококка не проводят.

Обследование медицинского персонала на носительство условно-патогенных микроорганизмов проводят только по эпидемиологическим показаниям.

3.6. К внутрибольничным послеоперационным инфекциям относятся заболевания, **возникающие в течение 30 дней после оперативного вмешательства**, а при наличии имплантата в месте операции - до года.

3.7. Специалист, выявивший случай ВБИ, формулирует диагноз в соответствии с международной статистической классификацией болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра, регистрирует в журнале учета инфекционных заболеваний и **доводит информацию до врача-эпидемиолога лечебной организации или заместителя главного врача по противоэпидемическим вопросам** в целях своевременного проведения противоэпидемических или профилактических мероприятий.

3.13. Общие требования к микробиологическому обеспечению эпидемиологического надзора:

- результаты микробиологических исследований необходимы для осуществления эффективного эпидемиологического надзора.
- при проведении клинических и санитарно-бактериологических исследований **должны преобладать исследования по клиническим показаниям, направленные на расшифровку этиологии ВБИ и определение тактики лечения.** Объем санитарно-бактериологических исследований определяется эпидемиологической необходимостью.
- 3.14. Возникновение или подозрение на ВБИ у пациента и персонала является показанием к проведению микробиологических исследований.
- 3.19. **Микробиологическая служба представляет** лечащему врачу и эпидемиологу информацию для дальнейшего анализа:
  - количество клинических образцов, направленных на исследование из каждого отделения
  - количество выделенных и идентифицированных микроорганизмов, включая грибы (отдельно по каждому из видов)
  - количество выделенных микробных ассоциаций
  - количество микроорганизмов, тестированных на чувствительность к каждому из антибиотиков
  - чувствительность выделенных микроорганизмов к антибиотикам и другим антимикробным средствам
- 3.21. **При расследовании вспышек** для успешного выявления источников инфекции, путей и факторов передачи проводят внутривидовое типирование микроорганизмов, выделенных от больных, медицинского персонала, объектов окружающей среды.
- 3.23. **Плановые микробиологические обследования объектов окружающей среды кроме тех, которые предусмотрены п. 3.21, не проводятся.**
- 3.29. **Групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более случаев внутрибольничных заболеваний, связанных одним источником инфекции и общими факторами передачи.**

О возникновении групповых заболеваний лечебная организация, в соответствии с установленным порядком представления внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера, сообщает в органы и учреждения Роспотребнадзора.
- 3.35. Риск развития ВБИ составляет:
  - для чистых ран - 1-5%
  - для условно чистых 3-11%
  - для загрязненных 10-17%
  - для грязных более 25-27%.
- 4.20. Пациенты с острым инфекционным заболеванием подлежат госпитализации в специализированный стационар (отделение); **по жизненным показаниям из-за оперативного вмешательства - изоляции в отдельную палату.**
- 4.29. Для обеззараживания рук применяют спиртосодержащие и другие, разрешенные к применению, кожные антисептики. Используют антисептики, в том числе гели в индивидуальной упаковке (флаконы небольшого объема), которые после использования утилизируют.
- 4.33. Перчатки необходимо надевать во всех случаях, когда возможен контакт со слизистыми оболочками, поврежденной кожей, с кровью или другими биологическими субстратами, потенциально или явно контаминированными микроорганизмами.
- 4.36. Перед обработкой рук хирургов снять часы, браслеты, кольца, перстни.
- 4.47. Не следует удалять волосы перед операцией, если только волосы возле или вокруг операционного поля не будут мешать проведению операции. Если их необходимо удалять, то следует делать это непосредственно перед операцией, используя депиляторы (кремы, гели).
- 4.52. Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего кожного антисептика в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных и других) и взятия крови.
- 4.53. Обработку инъекционного поля проводят последовательно, двукратно, стерильной салфеткой, смоченной кожным антисептиком. Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям, изложенным в методических указаниях/инструкции по применению конкретного средства.
- 4.54. Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же кожные антисептики, что и для обработки операционного поля. Кожу локтевого сгиба протирают двукратно отдельными стерильными салфетками, смоченными кожным антисептиком, и оставляют на необходимое время.
- 5.10. Малый инструментальный рабочий стол после каждой операции накрывают заново для следующей операции.
- 5.11. Альтернативой стерильных столов являются индивидуальные укладки на каждую операцию, включая стандартный набор инструментов и отдельно упакованные инструменты.
- 5.16. При возникновении "аварийной ситуации" во время операции (нарушение целостности кожных покровов рук членов операционной бригады) немедленно должны быть проведены мероприятия по экстренной профилактике гепатита В и ВИЧ-инфекции.
- 5.17. Для проведения операций с высоким риском нарушения целостности перчаток следует надевать 2 пары перчаток или перчатки повышенной прочности.

5.21. В структуре хирургического отделения с коечным фондом на 30 и более пациентов необходимо иметь две перевязочные - для проведения "чистых" и "грязных" перевязок. В хирургическом отделении, имеющем до 30 коек, допускается наличие одной перевязочной; очередность перевязок планируется с учетом чистоты раны.

5.22. Перевязочная должна быть обеспечена необходимым количеством стерильных инструментов и расходного материала. Наборы для проведения перевязок должны быть индивидуальными.

5.23. Стерильный перевязочный стол накрывается медицинской сестрой на каждую перевязку.

7.3. В лечебной организации должен быть не менее, чем 3-х месячный запас разнообразных ДС различного химического состава и назначения.

7.7. Емкости с дезинфицирующими, моющими и стерилизующими средствами должны быть снабжены крышками, иметь четкие надписи с указанием названия ДС, его концентрации, назначения, даты приготовления рабочих растворов.

7.8. Хранение ДС допускается только в специально отведенных местах в оригинальной упаковке производителя отдельно от лекарственных препаратов, в местах, недоступных детям.

7.9. Дезинфекции подлежат объекты, которые могут быть факторами передачи ВБИ: изделия медицинского назначения, руки персонала, кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов, предметы ухода за больными, воздух в помещениях, постельные принадлежности, тумбочки, посуда, поверхности, выделения больных и биологические жидкости (мокрота, кровь и др.), медицинские отходы и др.

7.13. Все изделия медицинского назначения подлежат дезинфекции сразу после применения у пациента.

7.23. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают по отсутствию положительных проб на наличие крови путем постановки азопирамовой или амидопириновой пробы; на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств (только в случаях применения средств, рабочие растворы которых имеют рН более 8,5) - путем постановки фенолфталеиновой пробы.

7.29. При воздушном и инфракрасном методах допускается стерилизация инструментов в неупакованном виде (в открытых лотках), после чего их сразу используют по назначению.

7.37. В лечебной организации должен использоваться шовный материал, выпускаемый в стерильном виде.

Категорически запрещено обрабатывать и хранить шовный материал в этиловом спирте, поскольку последний не является стерилизующим средством и может содержать жизнеспособные, в частности, спорообразующие микроорганизмы, что может привести к инфицированию шовного материала.

7.47. Генеральные уборки в операционных блоках, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных проводят дезинфицирующими средствами с широким спектром антимикробного действия по режимам, обеспечивающим гибель бактерий, вирусов и грибов.

7.48. Генеральные уборки в палатных отделениях, врачебных кабинетах, административно-хозяйственных помещениях, отделениях и кабинетах физиотерапии и функциональной диагностики и др. проводят дезинфицирующими средствами по режимам, рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями.

7.56. После выписки пациента постельные принадлежности (матрасы, подушки, одеяла), одежду и обувь подвергают камерной дезинфекции. При наличии на матрасах и подушках чехлов из влагонепроницаемых материалов, их обеззараживают раствором ДС способом протирания.

Допускается дезинфицировать обувь из резины и пластика погружением в разрешенные для этого растворы дезинфицирующих средств.

7.59. Дезинфекция выделений, крови, мокроты и др. проводится сухими хлорактивными, выпускаемыми в виде порошка ДС (хлорная известь, гипохлорит кальция и др.).

**Основными направлениями совершенствования мер профилактики ВБИ в современных условиях являются:**

1. Реализация "Концепции профилактики внутрибольничных инфекций" (МЗ РФ, 1999 г.).
2. Разработка и внедрение компьютерных программ: "Автоматизированное место госпитального врача-эпидемиолога", "Автоматизированное место врача-микробиолога" и других программ с целью совершенствования информационной подсистемы в рамках эпидемиологического надзора за ВБИ;
3. Применение современной атравматичной техники в хирургической практике.
4. Создание службы слежения за антибиотикорезистентностью возбудителей ВБИ.
5. Внедрение программы "Мать и дитя" в рамках проекта "Здоровая женщина - здоровый ребенок".
6. Осуществление комплекса дезинфекционно-стерилизационных мероприятий с использованием современных дезинфектантов, стерилизующих, новой дезинфекционно-стерилизационной аппаратуры.
7. Дифференцированная подготовка кадров врачебного и среднего звена по актуальным проблемам госпитальной эпидемиологии.

8. Проведение широкого комплекса мер по специфической защите медицинского персонала, создание благоприятных гигиенических условий труда для медицинского персонала.

***И.В. Переладова,  
заведующая отделением профилактики  
инфекционных болезней АКЦМП***

## СОБЫТИЯ

# II Международная конференция «Ранние сроки беременности: проблемы, пути решения, перспективы»

28-30 мая 2009 г. в Российском университете дружбы народов прошла II Международная конференция «Ранние сроки беременности: проблемы, пути решения, перспективы». Мероприятие состоялось при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Российского общества акушеров-гинекологов, кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета дружбы народов, НИИ морфологии человека РАМН. На конференции освещались актуальные вопросы ранних сроков беременности (осложнения гестации и их профилактика, неразвивающаяся и многоплодная беременность и т.д.) и проблемы, связанные с проведением безопасных аборт в России, в том числе медикаментозных, как настоятельной необходимости. В конференции приняло участие около 1000 врачей - специалистов практического здравоохранения и организаторов акушерско-гинекологической службы: главные врачи родильных домов, заведующие женскими консультациями, главные специалисты Департаментов и Управлений здравоохранением.

Проблемы ранних сроков беременности освещали такие специалисты в области акушерства и гинекологии, как академик РАО, профессор, ректор РУДН Владимир Михайлович Филиппов, Президент Российского общества акушеров-гинекологов, академик РАМН Владимир Николаевич Серов, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов, д.м.н., профессор Виктор Евсеевич Радзинский, академик РАМН, профессор, д.м.н., руководитель отдела клинической иммунологии ГУ Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН Геннадий Тихонович Сухих и многие другие.

Доклад **Владимира Константиновича Лепихина**, профессора, член-корр. РАМН, Руководителя Федерального центра мониторинга безопасности лекарственных средств, был посвящен вопросам безопасности применения лекарственных средств (ЛС) у беременных. В докладе отмечалось, что в настоящее время до 80% беременных, не страдающих какими-либо хроническими заболеваниями, принимают лекарственные средства. Безрецептурные препараты составляют не менее 50% всех лекарственных средств, принимаемых во время гестации.

Докладчик обратил особое внимание на роль ЛС в развитии врожденных аномалий у детей. Применение ЛС в первый триместр беременности (период органогенеза) сопряжено с особым риском развития тератогенных эффектов. Лечение лекарственными средствами во второй и третий триместры хотя обычно и не связано с появлением выраженных аномалий развития плода, но может осложняться различными нарушениями функций органов плода, психического и физического статуса новорожденных. В соответствии с существующими требованиями все новые фармакологические препараты до их разрешения для применения в клинической практике проходят исследования на тератогенность в экспериментах на животных. К сожалению, результаты этих экспериментов далеко не всегда являются гарантией безопасности испытуемого препарата для человека. Существует немало лекарственных средств, которые потенциально опасны для плода, и их действие может проявляться при наличии определенных факторов риска.

По данным фармакоэпидемиологического исследования, проведенного в Приморском крае (Елисеева Е.В., Феоктистова Ю.В. с соавт.), в период беременности наиболее часто назначались антибактериальные препараты (60,17% всех назначений), НПВС, средства, влияющие на ЦНС, препараты женских половых гормонов, системные ГКС, вакцины. При анализе безопасности фармакотерапии использовалась классификация риска применения ЛС при беременности, разработанная Агентством по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами США (FDA).

Исследование показало, что 41,81 % назначенных ЛС представляли потенциальный риск для плода (категории C, D и X); только 3,75 % ЛС можно было считать безопасными (категория A); 26,27 % назначенных ЛС были относительно безопасны (категория B). В 28,15 % случаев беременные женщины получали препараты с неустановленной степенью риска для плода (NR).

Обеспечение безопасности лекарственной терапии в период беременности – одна из важнейших задач фармаконадзора, поскольку недостаточное внимание к этой чрезвычайно актуальной проблеме несет риск генофонду человечества. Лепихин Владимир Константинович в своем докладе уделит также внимание структуре фармаконадзора в России.

Федеральный центр мониторинга безопасности лекарственных средств (ФЦМБЛС) начал свою работу в октябре 2007 года. Основными его задачами являются сбор, анализ и распространение информации о неблагоприятных побочных реакциях (НПР) на ЛС с целью профилактики лекарственных осложнений. Для оперативного реагирования на информацию о серьезных НПР в нашей стране созданы Региональные центры мониторинга безопасности ЛС. На сегодняшний день их около 40, и практически каждый месяц этот список расширяется. Также докладчик рассказал о структуре сайта ФЦМБЛС - [www.regmed.ru](http://www.regmed.ru), раздел "Фармаконадзор", на котором можно ознакомиться с новостями в сфере фармаконадзора и безопасности ЛС, получить информацию о работе Федерального центра, нормативные документы, форму карты-извещения о НПР на ЛС, информацию о Региональных центрах.

<http://www.regmed.ru/>, 16.06.2009 г.

## **IV Европейский конгресс педиатров**

С 3 по 6 июля 2009 года в Москве состоялся Европейский конгресс педиатров.

На открытии 4-го Европейского Конгресса педиатров – EUROPAEDIATRICS-2009 – собрались ведущие ученые из России, США, Мексики и Канады, представители профессиональных ассоциаций детских врачей из Китая, Индии и стран Латинской Америки – всего свыше 3000 человек. В торжественной церемонии открытия Конгресса приняли участие первые лица государства – Президент РФ Д.А. Медведев, Министр здравоохранения и социального развития РФ Т.А. Голикова, Мэр Москвы Ю.М. Лужков.

Проведение Европейского педиатрического Конгресса в столице России стало актом высокого признания российских специалистов и достижений отечественной педиатрии, а также самым масштабным международным научным форумом специалистов, работающих в сфере детского здравоохранения. «Это приятно и почетно для нас, это признание некоторых скромных успехов, которые были достигнуты в последнее время», - отметил Президент Российской Федерации Д.А. Медведев, выступая перед участниками Конгресса. Сегодня можно смело сказать, что Москва полностью оправдала оказанное ей доверие.

«Это знаковое событие, указывающее на высокое признание российских специалистов и достижения отечественной педиатрии в мире», - считает директор научного центра здоровья детей, главный педиатр Минздравсоцразвития России, президент конгресса академик РАМН Александр Баранов. – Более грандиозного международного события в медицинской сфере у нас не было».

Почему же именно столица России стала местом проведения этого форума? По словам ученого, система отечественной педиатрической помощи существенно отличается от западной. Но она продемонстрировала довольно высокие результаты в борьбе с детской и материнской заболеваемостью и смертностью и внесла серьезный вклад в мировую практику. В частности, младенческая смертность в стране за последние 20 лет значительно снизилась и составляет 8 на тысячу родившихся (в Европе - 5-6 на тысячу родившихся).

Главное отличие нашей первичной педиатрической помощи от западной заключается в том, что ее осуществляют врачи-педиатры, тогда как в США и Европе – врачи общей практики. А, согласно экспертным оценкам, ошибки врачи общей практики делают чаще. Но вот что касается уровня стационарной помощи (технологии, протоколы лечения), то здесь нам есть чему поучиться у западных коллег, считает А.Баранов.

Всего на конгрессе прозвучало порядка 120 докладов, примерно 90 из которых были сделаны зарубежными участниками (из США, Китая и Европы). Между тем каждый 5-й доклад был сделан нашими педиатрами. В рамках форума прошло несколько «круглых столов»: по системе педиатрического образования под руководством академика РАМН Николая Володина, ректора РГМУ; развитию медицинской помощи детям – под руководством Леонида Рошаля, проф., директора НИИ детской травматологии и хирургии РАМН, и т.д. Проводились мастер-классы, в т.ч. по бронхиальной астме, вакцинопрофилактике.

Вакцинопрофилактика, по словам А.Баранова, стала важнейшей темой конгресса. На сегодняшний день в мире зарегистрировано 28 вакцин для предупреждения инфекционных заболеваний, в Европе применяется 16 вакцин, в России - 10.

«Вакцинация является самой дешевой и эффективной профилактикой в мире, поэтому в нашей стране необходимо расширять Национальный календарь прививок, - уверен А. Баранов. - Без вакцинопрофилактики нельзя добиться увеличения продолжительности жизни до 75 лет, как это предполагает Концепция здравоохранения».

Кроме того, он сообщил, что вакцина против вируса папилломы человека уже два года применяется в Научном центре здоровья детей РАМН. «Данная вакцина должна применяться по всей России, не нужно никаких «особых» клинических исследований», - высказал мнение главный специалист-педиатр Минздравсоцразвития России.

Президент Европейской педиатрической ассоциации, профессор Константопулос отметил, что 4-й Европейский конгресс педиатров стал поистине международным. «Мне бы хотелось поблагодарить Александра Баранова, а также членов союза педиатров России за успешную организацию конгресса. Это самый лучший европейский конгресс, которые мы когда-либо видели».

В рамках конгресса работала Международная медицинская выставка новейшего медицинского оборудования, лекарственных средств, средств гигиены, детского питания, в которой участвовали отечественные и зарубежные производители.

*С участниками IV Европейского конгресса педиатров встретился Дмитрий Медведев.*

В ходе беседы обсуждались перспективы развития системы здравоохранения в России, возможности обмена опытом со специалистами из других стран.

В заключение Медведев выразил уверенность, что на форуме будут предметно обсуждены многие вопросы детского здравоохранения, и его проведение будет иметь положительный эффект для развития детской медицины.

Москва, 3 июля 2009 года

**БУХГАЛТЕРСКИЙ УЧЕТ И НАЛОГООБЛОЖЕНИЕ****О приоритетах бухгалтера**

Этот материал – отрывок литературно обработанной стенограммы семинара «Цели и приоритеты бухгалтера» (лектор – М.А. Лукашенко), который был проведен издательством «Главная книга».

У бухгалтера много задач и все они должны быть выполнены, но в какой последовательности? Как понять, какие задачи более приоритетны, а какие – менее?

Допустим, мне начальник сказал: "Эта задача приоритетна". Что он имел в виду? Каков критерий приоритетности? Важность или срочность? Как понять, что скрывается за словами "важность" и "срочность"? Если важность, то каков параметр, признак важности? Сделайте срочно – это значит через 2 часа? К завтрашнему дню? Сегодня – это значит к ночи? К обеду? К концу рабочего дня? О таких вещах нужно изначально договариваться. Разработка критериев приоритетности – это типичный предмет командно-корпоративных договоренностей.

Для начала поговорим о типовых критериях приоритетности. Первый вопрос – является ли задача так называемой пробкой? Тормозит ли она те или иные участки бизнес-процессов? Например, главному бухгалтеру принесли на подпись платежные документы на оплату картона поставщику. А у него нет времени их подписать, он совещается с юристами по поводу возврата госпошлины, уплаченной по выигранному налоговому делу. При этом курьер, который должен ехать в банк, сидит и не уезжает по другим делам. Снабженцы ждут, когда пройдет оплата картона, он срочно нужен для упаковки товара. Экспедиторы и водители ждут сигнала, что можно ехать за картоном. И так далее. Сначала люди полдня бегают и узнают, подписаны документы или нет, а когда главбух их подписывает, начинается аврал. Ведь то, что можно было сделать за день, исполнителям пришлось делать за полдня. При этом вполне возможно, что проконсультироваться с юристами можно было и позже, после подписания платежей. Ведь на время консультации затормозился целый участок бизнес-процесса. А это очень важный параметр при определении приоритетности задач главбуха.

Следующий типичный критерий приоритетности задач – ориентированность на клиента. Бухгалтеру всегда стоит задумываться, связана ли та или иная задача с клиентом. Например, вам надо определиться, что делать в первую очередь: оформить отгрузочные документы для покупателя или подготовить ответ на вопрос руководства? Как правило, первая задача все-

таки важнее, ведь из-за проволочки в оформлении документов компания вообще может потерять клиента.

Отсюда и следующий критерий – цена вопроса. Причем рассматривать его надо в двух плоскостях. В какой мере от решения конкретной задачи зависят, с одной стороны, деньги компании, с другой – ее имидж? Ведь бывает, что деньги-то могут и не играть особой роли, но возможен серьезный репутационный риск, а значит, эту задачу нужно выполнить в первую очередь.

Например, на расчетном счету организации только 100 тысяч рублей, и перед главбухом стоит выбор: заплатить проценты по кредиту или оплатить коммунальные услуги. Возможно, он не сам будет решать этот вопрос, но тогда он должен все доходчиво объяснить своему руководству. Если вовремя не погасить проценты, велика вероятность испортить свою кредитную историю и больше никогда не получить выгодный кредит, то есть налицо репутационный риск. Кроме того, из-за просрочки банк может потребовать досрочно погасить кредит.

И, наконец, оценивать приоритетность задач надо в зависимости от того, кем отдано распоряжение. Например, рядовой бухгалтер получил распоряжение от генерального директора сегодня же сверить расчеты с контрагентом, а главный бухгалтер тоже сегодня ждет от него распечатанную и заполненную кассовую книгу, потому что ее затребовал банк. Скорее всего, он отодвинет кассовую книгу и станет сверять расчеты.

Естественно, в конкретной компании для определения приоритета той или иной задачи могут использоваться не все эти критерии либо два-три критерия одновременно. Например, критерий первый – оказывает ли решение задачи влияние на развитие бизнеса. Критерий второй – какова цена вопроса, значительна ли сумма денег, которая зависит от решения этой задачи. Третий критерий – связана ли задача с клиентом. Для компании, в которой я работаю, все эти критерии равноценны. И если на три вопроса ответ "да", то у задачи высокий приоритет. Если на два вопроса ответ "да", то у задачи средний приоритет. Если ответ "да" только на один вопрос, то у задачи невысокий приоритет.

Для того чтобы понимать приоритетов у исполнителей и руководства совпадало, критерии надо согласовать. Например, заполнив вот такую таблицу, главный бухгалтер и бухгалтер-исполнитель, каждый в своей колонке, формулируют три вопроса определения приоритетности задач: что скрывается за понятиями "высокий приоритет", "средний приоритет" и "низкий приоритет"?

**Критерии расстановки приоритетов**

Главный бухгалтер, отдающий распоряжения	Бухгалтер-исполнитель
Какие вопросы, по вашему мнению, должны себе задать подчиненные, получив от вас задачу, для определения ее приоритета?	Какие вопросы вы обычно задаете себе для определения приоритета поступающей от вашего руководства задачи?
1.	1.
2.	2.
3.	3.

Обратите внимание, что при формулировании вопросов нельзя употреблять слова "важность" и "срочность", поскольку мы с помощью этой таблицы и пытаемся понять для себя, что мы подразумеваем под этими словами, что они означают конкретно. Потом, сопоставив свои вопросы и обсудив расхождения, они определяют единые критерии приоритетности и уже исходя из них строят свою работу.

**Автор: М. Лукашенко**  
**Впервые опубликовано в издании "Главная книга**  
**Конференц-зал" 2009, № 07**  
**<http://www.klerk.ru/>, 13.07.2009 г.**

## ИНТЕРВЬЮ

# Я люблю свой край! И очень горжусь своим коллективом!

*Не так уж часто встретишь руководителя, который искренне доволен своим делом, гордится возглавляемым коллективом, с удовлетворением смотрит в будущее предприятия. Генеральный директор ОАО «Санаторий «Россия» Федор Егорович Елфимов редкое исключение. Интервью с ним - это только подтверждает.*

**- Фёдор Егорович, немного, пожалуйста о том, как Вы стали руководителем одного из самых популярных санаториев нашего края?**

- Корни мои в Быстром Истоке. Мы родились с Валерием Золотухиным в одном селе. А вот школу заканчивал уже в Смоленском. В те годы наш город именовался: «село Белокуриха Смоленского района». Дальнейшая моя биография самым прочным образом связана и с Алтаем, и с Белокурихой. В 1975 году я поступил в Алтайский институт культуры. Это был самый первый набор факультета хорового дирижирования. Так что первая моя профессия - дирижер хора.

**- То же организатор, ведь так?**

- Да, организатор и руководитель. Я и сейчас стараюсь, чтобы команда "звучала" в унисон. После окончания ВУЗа возглавлял хоровой коллектив в Бийском дворце культуры, потом ушёл в армию. В армии у меня была серьезная травма, для реабилитации врачи порекомендовали Белокуриху. Я пролечился здесь с хорошим эффектом после серьёзной операции и длительной болезни, так и остался. Работал в санатории «Алтай» экскурсоводом, потом - заведующим клубом. А когда строился санаторий «Россия», меня пригласил главный врач «России» Геннадий Захарович Рот. Это мой учитель, первый и главный наставник. Так что моя история - это история санатория «Россия», и когда меня спрашивают, я всегда отвечаю с гордостью: «Я - белокуриянин!»

**- Фёдор Егорович, кого бы Вы сегодня «позвали» на курортную работу?**

- Предпринимателя. Того, кто готов «предпринимать», то есть человека, думающего о будущем, фантазирующего, но при этом чётко умеющего (уже!) работать на выгоду и перспективу. Смелого, честного, лишённого провинциализма. Кстати, Белокуриха именно такими людьми славилась всегда.

Приведу исторический пример. В 1866 году, в день Пресвятой Троицы, местные крестьяне Семен Казанцев и Елисей Гудков, наполнив бочонки целебной водой и забив их деревянными пробками, отправились на ярмарку в город Бийск, за 65 километров от Белокурихи, «дабы недужным помочь и себе выгадать малую толику». Как шла торговля? Предположу, что удачно. Потому что случилось поистине знаковое событие, круто повлиявшее на судьбу Белокурихинских горячих ключей. Необычной водой заинтересовался царский чиновник, инженер Барнаульского горного управления статский советник С.И.Гуляев, оказавшийся в Бийске «по случаю». Расспросив мужиков о горячих ключах, Степан Иванович заметил: «Побываю у вас. Непременно». Вот вам два типа предприимчивости: мужика и чиновника. Что их объединяет? Стремление к выгоде. И нет ничего зазорного, что люди стремятся одновременно и к выгоде личной, и к выгоде государственной! Вот таких людей я жду и с удовольствием возьму их на работу

**- А что такое, на Ваш взгляд, «современный курорт»?**

- Это, прежде всего, люди. Сегодняшнее курортное дело - огромное, сложное производство. Новое время потребовало новых подходов, новых решений, новых темпов их воплощения в жизнь. То, что Белокуриха может и должна выйти на новый, современный уровень, не вызывает сомнений, однако для этого важно видеть перспективу на годы, на десятилетия вперед, а ещё - достичь единомыслия, то есть думать о будущем курорта всем вместе. Это касается и сегодняшних руководителей Здравниц, и администрации Белокурихи, и - обязательно! - наших самых главных людей - наших гостей. То, что сделано за десять последних лет полностью изменило и облик, и мнение о курорте. У нас созданы максимальные удобства для отдыха и лечения. Есть всё - от лечебно-диагностических кабинетов, которые укомплектованы новейшим медицинским оборудованием, и до мощнейшей развлекательной индустрии. Залог успеха - кадры, я не устаю об этом говорить, и с гордостью каждый раз добавляю: такой «укомплектованности профессионалами» нет нигде. Например, на Черноморском побережье стоит проблема

медицинских кадров, а у нас такой нет. Безусловно, курорт сегодня - это менеджмент, это реклама, это администраторы, это высококвалифицированный обслуживающий персонал. Показательно, что нами получена золотая медаль Всероссийского форума "Здравница 2008" за организацию менеджмента и маркетинга в курортной системе.

**- Кстати, вот ещё один «наболевший» вопрос. В Белокуриху едут две категории людей: одни приезжают сюда лечиться, другие «активно отдохнуть». Разделить это невозможно в силу того, что курорт «замкнут горами». Так каковы перспективы «Белокурихи туристской»?**

- Что касается туризма, то мы и здесь «обособлены и уникальны». Последнее время о туризме сказано очень много правильных и красивых слов. На самом деле, сегодня целые государства строят на туризме свой бюджет и свою политику. У Белокурихи есть «государственные» возможности для развития данной отрасли. Сравним ситуацию у нас и в Горном Алтае.

Чуйский Тракт, в буквальном смысле, встал. Теперь это - сплошная пробка. Спрос автолюбителей превышает возможности трассы. У нас есть прекрасная новая трасса. У нас есть все возможности, и при сравнении ресурсов Горного Алтая и нас - мы выигрываем.

Более того, мы уже сейчас «переигрываем» так называемых конкурентов. Точнее, тех, кто нам в эти «конкуренты» навязывается. Белокуриха - это вообще ни с чем не сравнимо. Да и зачем сравнивать? Зачем, извините, нам с нашими возможностями ввязываться в какие-то дележи и споры? Главный наш козырь - стабильное увеличение потока отдыхающих и ощутимый рост потока тех, кто приезжает сюда ради туризма. Я побывал в Сочи, в Красной Поляне и был свидетелем показательного события. Люди прилетели в Адлер и не поехали на море. Они поехали в Красную Поляну для того, чтобы взвалить рюкзаки на плечи и уйти в горы. Скажу вам, что таких людей было в самолёте процентов 40. И мы в Белокурихе должны это учитывать обязательно! У нас всё есть: и горы, и маршруты, и инструкторы... В наших горах гораздо много мест, где есть возможность побыть один на один со всей величественной мощью и красотой первозданной природы... Белокуриха как бы «край земли». Этакая «точка отсчета»: отсюда начинаются маршруты, отсюда должна начинаться «дорога туризма», как уже начинается «дорога здоровья». Куда угодно! Вот, например, река Песчаная. Туда есть удивительный маршрут: старая проходная трасса, по ней из Монголии некогда перегоняли скот. Она просто великолепна... Это надо знать и показывать людям.

**- Что сегодня делается, на Ваш взгляд, в Алтайском крае для претворения в жизнь тех возможностей, для освоения тех ресурсов, о которых мы здесь говорим?**

- Очень приятно слышать, что сегодня бийский аэропорт включен в федеральную программу развития свободной туристско-рекреационной зоны. Конечно же, без решения транспортных проблем любые перспективы развития гаснут. Всё упирается в транспортное плечо, всё зависит от простой вещи: чем легче до нас добраться, тем «интереснее» отдыхающим. Мы говорим сейчас не об экстремалах, а о тех, кто едет отдыхать комфортно. Люди не хотят тратить много времени, чтобы добраться до искомого места отдыха. Это правильно и закономерно. Есть прекрасная дорога от Бийска до Белокурихи. Это уже 50% решения будущего развития Курорта. Нас знают. В нас верят. Что ж, Белокуриха того заслужила. А главное - люди заслужили Белокуриху... Мы выходим на западный рынок. Зря говорят, что к нам не хотят ехать, что мы - «медвежьи углы», что мы «навсегда отстали от Запада». Наоборот! К нам хотят попасть, и мы умеем работать с приезжающими из-за рубежа. Алтай - туристско-рекреационная зона, значит, задача уже решаемая, тем более, что нам есть что предложить. Белокуриха прочно утвердилась на рынке свой «турпродукт»! Мы готовы принимать любых гостей из любой точки земного шара.

**- На Ваш взгляд, как строить отдых гостей курорта?**

- Я думаю, что большинство бизнесменов или политиков не могут себе позволить отдыхать 21 день. Нормальный отдых - 7-10 дней. Дальше только остается создать «уровень услуг». Тогда мы имеем «блок» услуг, плюс, на выбор, от количества запланированных дней отдыха, минимальные и максимальные дополнительные услуги. Курорт готов предоставить услугу для любого уровня и на любой уровень притязаний: номерной фонд, лечебная база, питание, туристические маршруты... И рынок готов, и мы готовы, и туристический продукт есть, и заказчиков (потребителей) привлекает Белокуриха сильнее, чем аналогичные места.

**- А на Алтае? Есть у вас любимое место на Алтае?**

- Я очень люблю Катунь. Бываю ежегодно в Кош-Агаче, мы выходим на маршрут, и путь наш в самое высокогорье. Скажу не без гордости: моя нога ступала на высоту 3 тысячи 255 метров. Это ни с чем не сравнимое ощущение, когда ты находишься выше облаков, а под тобой - Чуйская долина и Чуйский тракт... Очень я люблю эти места, каждый год бываю там. И еще, обязательно, хоть одну ночь в течение лета стараюсь переночевать на берегу Катуни. Она дает энергетику, которая подпитывает жизненные силы. Я люблю свой край! Хочу, чтобы и те, кто приезжает к нам, «заболели» нашей Белокурихой, нашим Алтаем. Пусть это будет единственная болезнь... в самом хорошем смысле этого слова.

**- Федор Егорович, сейчас один самых злободневных вопросов для многих руководителей, особенно тех, кто не живет на бюджетные средства, – как пережить кризис? У Вас огромное хозяйство, которое в силу своей специфики не позволяет снижать качества работы. Удастся?**

- Кризис для того и существует, чтобы проверять участников рынка на надежность. Нам, конечно же, пришлось затянуть пояс. Но при этом – сохранить коллектив. Сохранить санаторий, наработанный комплекс услуг. Умерили инвестиционный пыл, тем не менее, ряд проектов успешно завершаем. В частности, на днях состоялось открытие на территории санатория мини-отеля на 28 мест. Это современнейшее здание, начиненное самым современным оборудованием. Номера на самый изысканный вкус, отличная кухня. Комфорт, уют, максимум услуг, которые может предоставить курорт.

С другой стороны – это и реакция на кризис. Этот отель не предлагает никаких лечебных процедур – многих гостей Белокурихи привлекает именно такой вид отдыха.

Если же пройти вокруг отеля, то отмечу, что ландшафтный дизайн, примененный на этой территории – это результат коллективного творчества наших сотрудников. Так в команду единомышленников объединяет кризис.

В настоящее время в период кризиса для современных деловых и энергичных людей, которые высоко ценят своё время и не могут на долго оставить свои дела, специалисты санатория «Россия» предлагают эффективные оздоровительные процедуры.

Комплексы процедур способствуют снятию стресса, профилактике различных недугов, позволяют за 7-10 дней восстановить силы и отдохнуть от городской суеты.

Во время отдыха на курорте есть возможность комплексного обследования в кабинетах функциональной, ультразвуковой диагностики, клинико-биохимической лаборатории санатория, оснащенных современной аппаратурой. Высококвалифицированные специалисты проводят широкий спектр клинико-биохимических и иммуно-ферментных исследований.

Психотерапевтический комплекс санатория «Россия» считается одним из лучших на курорте и пользуется большой популярностью среди отдыхающих.

Психотерапевты санатория применяют уникальные отечественные и интегративные зарубежные методы краткосрочной психотерапии, проводят авторские тренинги, оказывают консультативную помощь людям, уставшим от стрессов и личностных проблем, помогают восстановить душевные силы. Консультация врача-психотерапевта, сеансы мышечной релаксации и психологические тренинги позволяют научиться методам полноценной психологической разгрузки, гибкому поведению в конфликтных ситуациях.

В санаторно-курортных условиях широко применяется фитотерапия. Прием травяных и фиточаев с целебным медом позволяет получить весь комплекс витаминов, сохраненный природой.

Набор процедур в рамках пакета услуг «Контроль веса» включает консультации специалистов - диетолога, эндокринолога, питьевое применение минеральной воды, диетотерапию, гидропроцедуры, термотерапию, лечебную физкультуру, психотерапию или рефлексотерапию. Курс способствует усвоению правил рационального питания и здорового образа жизни.

В условиях стресса, плохой экологии, неправильного питания и нарушения диеты, интоксикации вредными промышленными выбросами просто необходимо очищение и оздоровление организма. В этом направлении санаторий «Россия» предлагает процедуры гидроколонотерапии, очистительные клизмы, микроклизмы с лечебными травами, которые способствуют улучшению работы кишечника и внутренних органов, снижению интоксикации, уменьшению аллергических реакций в организме, улучшению микрофлоры кишечника.

В борьбе с вредными привычками (курение, злоупотребление алкоголем), а так же для снятия стресса применяется рефлексотерапия с целью активизации внутренних ресурсов организма, коррекции обменных процессов и веса.

Вопросы мужского здоровья сегодня особенно актуальны, поэтому особым вниманием со стороны мужчин пользуются услуги андрологического кабинета. Консультации уролога-андролога, массаж предстательной железы, гирудотерапия, физиотерапия (уникальные аппараты «Андро-гин», «Интромаг», «Интратерм», фитоминисауна) составляют комплексную профилактику андрологических заболеваний.

Гирудотерапия – лечение, основанное на применении лечебных свойств медицинской пиявки (противовоспалительное, обезболивающее, стимулирующее, и рассасывающее воздействие). Эти процедуры, наряду с гинекологическим массажем, ванночками и тампонами также популярны у женщин, заботящихся о своем здоровье. Гинекологический массаж оказывает оздоравливающий эффект на организм женщины в целом и является методом выбора при застойных явлениях в малом тазу, неправильных положениях органов, спаечных процессах малого таза, бесплодии, сексуальной холодности.

Очень популярна у деловых и активных женщин всех возрастов экзотическая процедура - массаж с морепродуктами, а так же русская баня в сочетании с общим массажем с кедровым и ароматическими маслами, с мыльной пеной, тандем (массаж в 4 руки). Массаж помогает снизить вес, снимает нервное напряжение и стресс, является профилактикой артритов, радикулитов, бронхитов, улучшает сон и работоспособность.

Антицеллюлитный и баночный массаж, а так же комплекс занятий в тренажерном зале - превосходное средство коррекции фигуры при избыточной массе тела, увеличении подкожно-жировой клетчатки. Под воздействием совокупности массажа улучшается периферическая циркуляция крови, лимфы, межтканевой жидкости. Устраняются явления застоя, оптимизируется обмен веществ и кожное дыхание в массируемом участке тела. Кожа становится упругой, повышается её сопротивляемость к температурным и механическим факторам, улучшается сократительная функция мышц, повышается их тонус, эластичность.

Особой популярностью в санатории «Россия» пользуется вертикальный солярий, позволяющий получить равномерный золотистый загар всего за несколько сеансов, и процедура криосауны – тренирующее воздействие на организм «космическим холодом» (минус 100-170 градусов )для «встряски» всех защитных и адаптационных сил организма. Помогает быстрее справиться с последствиями травм, невротами и многими другими недугами.

Весь спектр оздоровительных услуг, от самых простых до продолжительных, по профилактике различных заболеваний проводится под постоянным наблюдением высокопрофессиональных специалистов в своей области, что гарантирует высокое качество отпуска процедур.

### ***Наша справка***

*Елфимов Федор Егорович родился в 1957 году в посёлке Быстрый Исток Алтайского края.*

*Окончил в 1979 году Алтайский государственный институт культуры.*

*Начал трудовую деятельность хормейстером в Доме культуры №122 города Бийска.*

*В 1985 г. занял должность заведующего клубом тогда ещё строившегося санатория «Россия».*

*В 1999 г. получил послевузовское образование – юриспруденция на юридическом факультете Алтайского государственного университета.*

*В мае 2003 года избран на пост генерального директора ОАО «Санаторий «Россия».*

ОАО «Санаторий «РОССИЯ»  
659900, Россия, Алтайский край,  
г. Белокуриха, ул. Славсково, 34,  
тел./факс: (38577) 23-275, 23-227,  
23-225,  
37-479 37-777 (многоканальный)  
e-mail: s-russia@ab.ru  
[www.sanrussia.ru](http://www.sanrussia.ru)

**Александр Бергельсон**

## **Врождённая гипертония и средства борьбы с ней**

Механизмы развития артериальной гипертонии у крыс линии НИСАГ подобны патогенезу гипертонической болезни у жителей крупных городов. Выведенные в Институте цитологии и генетики крысы линии НИСАГ — результат многолетней селекции. К сожалению, нельзя сказать, что препараты, понижающие давление, всегда благотворно действуют на сердце.

Для исследования гипертонической болезни человека и поиска новых средств ее лечения и профилактики специалисты ГУ НИИ физиологии СО РАМН и ГУ НИИ цитологии и генетики СО РАН используют особую линию крыс НИСАГ. Давление у этих крыс всегда повышено, а сердце быстро стареет. Нельзя ли смягчить течение гипертонической болезни, давая молодым крысам лекарства, снижающие давление?

Выведенные в Институте цитологии и генетики крысы линии НИСАГ — результат многолетней селекции. Давление у этих животных поднимается в ответ на волнение, а беспокоятся они постоянно, так что у крыс НИСАГ очень рано формируется артериальная гипертония. В обычном состоянии давление у них повышено и достигает 180 мм ртутного столба, а в моменты эмоционального напряжения подскакивает до 220 мм ртутного столба. Гипертонию обязательно сопровождает гипертрофия сердечной мышцы. Уже в возрасте 3—5 недель сердца животных увеличены и имеют признаки преждевременного старения: большую относительную массу, умеренный кардиосклероз, гипертрофированные клетки сердечной мышцы, утолщенные стенки и уменьшенный просвет коронарных артерий.

Для тестирования лекарств, понижающих давление, ученые сформировали 5 групп крысят-самцов по 5 животных в каждой, и давали им ежедневно препараты разного механизма действия. Крысы получали эналаприл малеат, лозартан калия, теразозин гидрохлорид и коринфар, он же нифедипин. Крысам пятой группы давали просто воду. Курс лечения продолжался с 30-го по 60-й день жизни животных, а в возрасте 6 месяцев всех крыс подвергали хроническому стрессу — в течение 10 дней по часу держали в тесной клеточке, в которой нельзя было пошевелиться. По окончании эксперимента животных безболезненно умерщвляли и исследовали их сердца.

Оказалось, что некоторые препараты, принятые в молодости, действительно стабилизировали давление у взрослых крыс. (Давление им измеряли на хвостовой вене под кратковременным эфирным наркозом, чтобы возбудимые животные не испытывали стресса). После курса лечения и до конца эксперимента давление у крыс, принимавших эналаприл, лозартан и теразозин было ниже, чем у контрольных животных — 160-170 мм ртутного столба. Коринфар отсроченным действием на давление не обладает, зато он, так же, как эналаприл, не позволяет давлению подскакивать в ответ на хронический стресс. А в группах, получавших в раннем возрасте лозартан и теразозин, как и в контроле, давление при стрессе повышалось на 15-20 мм ртутного столба.

К сожалению, нельзя сказать, что препараты, понижающие давление, всегда благотворно действуют на сердце. Они не предотвращают развитие гипертрофии миокарда, хотя лозартан и эналаприл несколько сдерживают этот процесс. Теразозин, напротив, гипертрофию усугубляет. Интересно, что ни в одной из групп хронический стресс не повлиял на структуру миокарда. Очевидно, резервы организма к этому времени просто истощены формированием гипертонии.

Таким образом, у крыс линии НИСАГ принимаемые в раннем возрасте лекарства по-разному влияли на сердечно-сосудистую систему взрослых животных. Эналаприл, лозартан, теразозин снижали артериальное давление, а коринфар — нет. Эналаприл и коринфар блокировали повышение давления при хроническом стрессе, а лозартан и теразозин нет. Эналаприл и лозартан сдерживали развитие неблагоприятных признаков в гипертрофированном миокарде, а теразозин и коринфар нет.

Эти результаты представляют особый интерес, поскольку механизмы развития артериальной гипертонии у крыс линии НИСАГ подобны патогенезу гипертонической болезни у жителей крупных городов. Ученые продолжают исследования.

**STRF.ru 10 июля 2009 г.**

**[http://strf.ru/material.aspx?d\\_no=21699&CatalogId=222&print=1](http://strf.ru/material.aspx?d_no=21699&CatalogId=222&print=1)**

## Учёные нашли ген, отвечающий за уровень холестерина в клетках

Исследователи из Гейдельбергского университета (Германия) идентифицировали двадцать генов, которые контролируют уровень холестерина внутри клеток, сообщает КОМПЬЮЛЕНТА со ссылкой на материалы HealthDay News.

По словам ученых, эти гены также отвечают за усвоение липопротеина низкой плотности (ЛНП), который является одним из основных переносчиков холестерина в крови. ЛНП часто именуется «плохим холестерином» из-за его связи с риском атеросклероза.

Высокий уровень холестерина в крови приводит к атеросклеротическим нарушениям в организме. Низкомолекулярные липопротеиды способствуют формированию атеросклеротических бляшек в сосудах, тем самым повышая риск инфаркта, ишемического инсульта и других сердечно-сосудистых осложнений.

Ученые надеются, что их открытие позволит разработать новый класс гиполипидемических препаратов, которые будут воздействовать на идентифицированные гены и понижать уровень холестерина в крови, тем самым защищая пациентов от кардиологических заболеваний.

**КОМПЬЮЛЕНТА, 08 июля 2009 г.**

**[http://strf.ru/science.aspx?CatalogId=363&d\\_no=21633](http://strf.ru/science.aspx?CatalogId=363&d_no=21633)**

## В спорах рождается туберкулез

Если предположения группы шведских биологов подтвердятся, это будет означать настоящую революцию в лечении туберкулеза. Ученым удалось сфотографировать споры бактерий, вызывающих туберкулез у рыб, — это ближайшие родственники наших палочек Коха.

Известно, что некоторые бактерии умеют превращаться в споры. Это что-то вроде спячки: клетка частично теряет объем и форму и в таком виде может выдерживать огромные механические, температурные и химические нагрузки.

Но до сегодняшнего дня считалось, что микобактерии, к которым относятся возбудители туберкулеза, спор не образуют. Если неправомочность этого утверждения, вошедшего во все словари и справочники, будет доказана, станет понятно, почему с туберкулезом так тяжело справиться: возбудитель впадает в спячку и становится недоступным для медицины.

*Источник: Leif Kirsebom's research group at Uppsala University now has photographic proof, obtained while working with the bacteria that causes tuberculosis in fish // [http://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2009-06/uu-udc060709.php](http://www.eurekalert.org/pub_releases/2009-06/uu-udc060709.php) [1]*

**<http://expert.ru/>**

## Биодеградируемая смола заменит повреждённые органы

Первый в мире биоразлагаемый материал, пригодный для применения совместно с компьютерной стереолитографией, позволит в будущем создавать высококачественные биоинженерные имплантаты, готовые заменить повреждённые или вышедшие из строя органы или фрагменты тканей человеческого тела. О важном достижении на стыке наук сообщили исследователи из университета Твенте ([Universiteit Twente](http://www.universiteit-twente.nl)).

Лазерная стереолитография основана на эффекте выборочной полимеризации материала под действием луча, управляемого компьютером. Так создают различные пластмассовые детали и макеты — быстро, с высокой точностью, с обилием очень тонких элементов и без литьевых форм.

Однако пока в этой технологии применяются композиции, которые после застывания уже не могут разложиться. Распадающийся же в теле материал открывает новые возможности для медиков.

Например, если у человека отказывает клапан сердца, можно отсканировать его в 3D при помощи томографа, а полученную цифровую модель направить в аппарат для стереолитографии — своего рода трёхмерный принтер.

Только в новом клапане следует предусмотреть разветвленную сеть отверстий и каналов микроскопического масштаба. Их можно засеять культурой из клеток, взятых у самого пациента. А затем — имплантировать клапан человеку.

Поры в полимерной основе послужат строительными лесами для дальнейшего размножения клеток (по каналам же будут поступать питательные вещества). В конце концов полимер распадётся, а на месте останутся только естественные ткани — новый клапан, такой же как прежний.

Аналогично можно восстановить повреждённую кость и так далее. Именно о таком применении нового материала мечтают исследователи из Нидерландов, представившие на днях биоразлагаемый фотополимеризуемый состав на основе полилактоидов.

<http://www.membrana.ru/lenta/?9384>,

11 июня 2009г.

## **Бельгийские врачи провели уникальную операцию на сердце**

Врачи из бельгийского госпиталя города Генка впервые в мире имплантировали в сердце пациента клетки сердечной мышцы, выращенные из клеток его костного мозга, сообщает бельгийский телеканал VRT.

Уникальная операция была проведена в рамках международной программы медицинских исследований, возглавляемой учеными из США. Ученые изучают, каким образом клеточная терапия может помочь в восстановлении поврежденной сердечной мышцы.

Вследствие тяжелого инфаркта у пациентов погибает до 50% клеток сердечной мышцы. До сих пор таких пациентов лечили либо лекарствами, либо устанавливали внутренний дефибриллятор.

Операция по имплантации сердечных клеток в сердце пациента открывает многообещающие перспективы в лечении сердечных заболеваний. Она даже сможет, как рассчитывают ученые, в ряде случаев позволить избежать пересадки сердца.

Однако, как сказал кардиолог Матиас Вроликс (Mathias Vrolix), проводивший операцию, необходимо подождать как минимум год, чтобы убедиться в эффективности операции.

**РИА Новости, Альфия Хисямова.**

**06.07.2009 г.**

## **Изобретены "лекарственные" линзы**

По сообщению журнала Investigative Ophthalmology and Visual Science: группа ученых, проводящих исследования в Детском госпитале Бостона (Children's Hospital Boston), впервые разработала специальные контактные линзы, обладающие способностью постепенного выделения лекарственных препаратов непосредственно в глаза.

Эти линзы были разработаны совместно с Массачусетским технологическим институтом. Они состоят из двух полимеров, которые, до этого момента, уже достаточно широко использовались в офтальмологии.

Во время проведенных испытаний, контактные линзы обеспечивали необходимую эффективную концентрацию ципрофлоксацина (антибиотик) на протяжении всего отслеживаемого процесса. Максимальный срок, в течение которого линзы выделяют лекарственный препарат - 100 дней.

В настоящий момент завершена стадия лабораторных исследований и начались испытания на животных. Основное принципиальное отличие новых линз в том, что предыдущие аналоги не обеспечивали необходимую равномерность выделения лекарственных препаратов на протяжении всего срока действия. Особенно эффективны, по мнению изобретателей, "лекарственные" линзы при лечении таких болезней, как синдром сухого глаза и глаукома.

Традиционный же способ введения глазных капель, как они считают, является недостаточно эффективным, поскольку из-за естественного моргания и глазной секреции, реально в глаз попадает не более 7% лекарственных средств.

<http://www.for-health.ru/art/1227.html>

**25.07.2009 г.**

## ДЕМОГРАФИЯ

### **В России упала рождаемость**

Демографы констатируют снижение показателей через 9 месяцев после начала кризиса.

Через 9 месяцев после того, как экономический кризис добрался до России, госстатистика разродилась данными о падении рождаемости. По данным Минздравсоцразвития РФ, количество новорожденных сокращается уже второй месяц подряд. Демографы прогнозируют еще большее снижение к осени, а фармацевты рапортуют о росте спроса на противозачаточные средства.

Первые признаки кризиса появились в России в конце минувшего лета, когда стала дешеветь нефть и падать биржа и рубль. На рождаемости кризис сказался ровно спустя девять месяцев. В апреле, по данным Минздравсоцразвития, число новорожденных по сравнению с мартом уменьшилось на 8,2 тысячи (со 151 тысяч до 142,8 тысяч). В мае снижение продолжилось – уже до 135,2 тысяч.

«Поскольку в осенний и зимний периоды в обществе царит не самое радужное настроение, в молодых семьях сформировались панические ожидания негативных последствий кризиса. Поэтому многие родители отложили рождение детей на неопределенный период в будущем», приводят «Новые Известия» мнение старшего научного сотрудника Института демографии ГУ – ВШЭ Никиты Мкртчяна. Демограф Мкртчян также допускает, что осенью начнет расти количество аборт, которое снижалось все последние годы.

Психологи называют происходящее «фертильным стрессом»: в экономический кризис, как и во время войны, у женщин происходят неосознаваемые гормональные изменения на уровне нейроэндокринной системы, влияющие на способность к оплодотворению. К изменениям в организме добавляется голос рассудка. По словам специалистов, «безработица и бедность разрушают семейные связи».

Тем временем в затронутых кризисом странах зафиксирован повышенный спрос на противозачаточные средства. Британский интернет-магазин Ocado проанализировал потребительскую корзину миллиона покупателей и выявил, что продажи презервативов по сравнению с прошлым годом увеличились на 60%, а продажи тестов на беременность и вовсе удвоились. По России подобная статистика отсутствует, однако в частном порядке фармацевты подтвердили, что с осени прошлого года население стало чаще покупать контрацептивы.

*Вечерняя Москва, 15.07.2009г.*

*Адрес документа: <http://www.znopr.ru/media/news/5802.html>*

### **Почему россиянки не хотят рожать?**

Рождаемость в России, как известно, падает уже много лет, и ученые пытаются найти причины демографической катастрофы. Международные исследования говорят о том, что чаще всего именно женщина в семье решает, сколько иметь детей. Различия в уровне рождаемости в странах мира во многом можно объяснить именно установками женщин на рождение определенного количества детей.

Три года назад Россия подключилась к международному исследовательскому проекту "Ценность детей и межпоколенные отношения". Целью его как раз и было выяснить главные мотивы, которыми руководствуются россиянки, принимая решение иметь или не иметь детей.

В городах и поселках Нижегородской области опрошены 261 мама, имеющая маленьких детей, 287 мам, имеющих детей-подростков, около 300 подростков и 100 бабушек. Изучались реальное репродуктивное поведение женщин, инвестиции в детей, установки подростков обоим пола на количество детей в их будущей семейной жизни, отношения между поколениями и др.

Авторы исследования объединили всех опрошенных матерей в несколько групп в зависимости от ценностных представлений их семей в отношении детей. Первую группу - самую многочисленную - составили представительницы "супружеских семей". Но дети для супругов не выступают ведущим фактором семейной жизни, и малолетних здесь - 56 процентов. 36 процентов матерей этой группы имеют высшее образование, поэтому дети воспринимаются ими как помеха в карьере. Молодые супруги хотят "пожить для себя", откладывая рождение первого/последующего ребенка на неопределенное время. "Продолжение себя в детях" не является для них побудительным мотивом. Ценность детей для таких семей велика, но, "чтобы радоваться, достаточно и одного ребенка". Число таких матерей (семей) достаточно велико (43 процента) и будет со временем только увеличиваться, отмечают исследователи.

Вторая группа - "проблемные семьи" - женщины, для которых дети не радость жизни, а помеха. Таких оказалось очень много.

Третья группа - "детоцентристская семья", когда ребенок - радость, продолжатель рода. Но и в 46 процентах этих семей - всего один ребенок, а малолетних - 49 процентов. Этот тип матерей и семей самый малочисленный, поэтому он не определяет тенденцию, не является в обществе образцом для подражания. Женщины из третьей группы живут преимущественно в сельской местности, в малых городах и поселках, среди них лишь 20 процентов имеют высшее образование.

Итак: почему российские женщины не хотят иметь больше детей? Исследователи отмечают, что во всех группах одним из самых главных мотивов является тревога за будущее детей. Матери ссылаются также на невозможность уделять детям достаточно времени, невозможность сочетать родительские функции с полной занятостью, неизбежное ограничение собственной свободы, плохое состояние здоровья (не только репродуктивного), репродуктивную старость, отсутствие нормальных жилищных условий.

Складывается впечатление, что женщины хотят убедить прежде всего себя в невозможности в таких условиях рожать и воспитывать детей. Эти взгляды, похоже, перенимают и их дети. Поэтому ни один из выделенных типов современной российской семьи не может претендовать на роль идеальной или хотя бы успешной, которая бы обеспечивала полноценное воспроизводство новых поколений, отмечают авторы исследования.

Кстати. В России ориентированные на детей семьи чаще небогаты. Но таких семей мало - и, что характерно, значительная доля (46 процентов) даже небогатых семей малолетны. И вряд ли в ближайшей перспективе они могут возрасти и переломить негативные явления в воспроизводстве населения России.

*«Московский комсомолец», 5 июня 2009 года*  
<http://demoscope.ru/weekly/2009/0381/gazeta04.php>

## **ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ**

### ***Здоровье человека – один из приоритетов российской политики***

Здоровье нации является одним из приоритетов российской политики. В связи с этим повышенное внимание решено уделять профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни, сообщила глава Минздравсоцразвития Татьяна Голикова, отвечая на вопросы читателей «Российской газеты».

Предупредить болезнь легче, чем потом ее лечить. Этой истиной руководствовались российские власти, внедряя государственную программу по формированию здорового образа жизни. Несмотря на экономический кризис, правительство выделило для этой цели значительные средства. Только Минздравсоцразвития отпущено 830 миллионов рублей. Кроме того, деньги даны Министерству спорта и туризма, Министерству образования и науки – на федеральном уровне. Также будут задействованы средства регионов – это крупномасштабная программа, ее реализация рассчитана на несколько лет на разных уровнях. Отрадно, говорит вице-президент общероссийской общественной организации "Лига здоровья нации" Виктор Антюхов, что лозунг "Здоровье нации – основа процветания России" наконец-то услышан правительством.

Государство прислушалось к мнению гражданского общества: Минздравсоцразвития принял очень серьезную программу о пропаганде здорового образа жизни. Потому что призывать людей вести здоровый образ жизни и заниматься профилактическими мероприятиями на порядок эффективнее, чем лечить уже больных людей. Соответственно этой программе в Российской Федерации создаются более 500 Центров здоровья.

Данные Центры ориентированы прежде на здоровую часть населения,

нежели на больную. Правильное питание, трезвый образ жизни, отказ от курения, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний – вот что в данном случае главное. И любой желающий может прийти в такой бесплатный диагностический комплекс, чтобы проверить свой организм. Эта часть программы соединена с направлением национального проекта по диспансеризации. Если в результате обследования выясняется, что человеку не требуется оказания стационарной или какой-то более серьезной помощи, а просто необходима коррекция образа жизни, то он может пойти в эти центры и получить консультацию специалиста.

Таково одно направление программы. Второе – пропагандистская кампания. Это ни в коем случае не реклама лекарств, биоактивных добавок, чудо-аппаратов для мгновенного излечения от всех болезней сразу, подчеркивает Татьяна Голикова. Это умная, социально направленная кампания о здоровом образе жизни, о правильном поведении человека, о борьбе с алкоголизмом, табакокурением, наркоманией и так далее.

Но если человек болен, без лекарств ему не обойтись. А цены на них порой ой как кусаются. Минздрав решил подойти к решению ситуации кардинально. Уже в августе на заседании правительства намечено обсуждение новой редакции закона о лекарственных средствах. Заметим, это будет не внесение изменений, а именно новый закон. Как сообщила Татьяна Голикова, сейчас прорабатывается вопрос о введении государственного регулирования цен на лекарства, особенно на те, которые входят в перечень жизненно важных и наиболее востребованных средств. В течение ближайших месяцев планируется разработать методику расчета предельных цен на них. Сейчас в России работает старая методика, предъявляемая только к отечественным препаратам. Пора предъявлять требования и к поставщикам импорта. Уже существует договоренность с таможней предоставлять министерству здравоохранения более полную и прозрачную информацию о том, какова оптовая цена партии лекарства, прошедшей

через границу, сколько в этой партии упаковок, какая дозировка. Только так можно будет понять, где, как, на каком этапе произошло повышение цены до беспредела. Это очень сложно в технологическом плане. Но иначе стоимость

импортных лекарств в российских аптеках так и будет зашкаливать, что идет вразрез с государственной политикой заботы о здоровье населения.

**Наталья Коваленко**

## **Здоровый образ жизни должен стать нормой**

Во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 18 мая 2009 г. № 413 «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации издан приказ от 10 июня 2009 г. № 302н, утверждающий перечень оборудования, приобретаемого для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в целях реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, требования к организации деятельности центров здоровья, создаваемых на функциональной основе в государственных учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждениях здравоохранения муниципальных образований.

Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности подготовлено соглашение между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Администрацией Алтайского края по реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения Алтайского края, включая сокращение потребления алкоголя и табака.

Финансовое обеспечение расходных обязательств Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, включая сокращение потребления алкоголя и табака, осуществляется в пределах бюджетных ассигнований и лимитов бюджетных обязательств, предусмотренных в установленном порядке. Из Федерального бюджета в 2009г. предоставляется субсидия бюджету Алтайского края на закупку оборудования в целях реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, включая сокращение потребления алкоголя и табака на сумму 4490,7 тыс. рублей, из бюджета Алтайского края планируется выделить 3500,0 тыс. рублей.

С целью развития инфраструктуры медико-профилактического звена в здравоохранении в рамках нового направления

национального проекта «Здоровье» по формированию здорового образа жизни в крае планируется создать шесть центров здоровья на базе имеющихся шести центров медицинской профилактики, имеющих материально-техническую базу и кадровый потенциал, куда и будет направлено закупаемое оборудование.

- г. Барнаул - ГУЗ «Краевая клиническая больница «Краевой центр медицинской профилактики»;

- г. Барнаул - МУЗ «Городская больница №4» «Центр медицинской профилактики»;

- г. Барнаул - МУЗ «Городская больница №6» «Центр медицинской профилактики»;

- г. Рубцовск - МУ «Управление по здравоохранению» г. Рубцовска Алтайского края» «Центр медицинской профилактики»;

- г. Славгород - МУЗ «Центральная районная больница» «Центр медицинской профилактики»;

- г. Бийск - МУЗ «Бийский центр медицинской профилактики».

Алтайский край имеет определенный положительный опыт по формированию здорового образа жизни среди населения.

С 2003 г. реализуется комплексная программа по формированию здорового образа жизни.

В 2008 г. ее основные направления получили развитие в виде целевых комплексных программ: «Формирование и пропаганда здорового образа жизни среди населения Алтайского края» на 2008-2010 годы, «Демографическое развитие Алтайского края на 2009-2015 гг.», ликвидации дефицита питания у отдельных групп населения и др.

В крае принят стандарт «Медицинская профилактическая услуга», включающий алгоритм диспансеризации здоровых. В регистры основных неинфекционных заболеваний включен раздел «Эпидемиология факторов риска их развития». В течение 15 лет ведется мониторинг отравлений алкоголем и его суррогатами.

Целевая комплексная программа «Формирование и пропаганда здорового образа жизни среди населения Алтайского края» на 2008-2010 годы в 2009 году предусматривает общий объем финансирования 1,0 млн. рублей, в том числе на приобретение оборудования - 295,0 тыс. рублей. С целью реализации мероприятий программы определены основные направления:

- повышение информированности населения в области здорового образа жизни за счет реализации краевых информационных проектов;

- дальнейшее снижение уровня злоупотребления алкоголем и распространенности табакокурения;

- поддержка общественных инициатив некоммерческих объединений, общественных союзов, основных конфессий, национально-культурных объединений, ассоциаций промышленников и предпринимателей в области формирования здорового образа жизни, в том числе подпрограммы по здоровому питанию — витаминизация сельхозпродукции края.

Включение Алтайского края в число территорий, принимающих участие в реализации проекта «Здоровье» в части развития инфраструктуры медико-профилактического звена в здравоохранении на 2009-й и последующие годы позволит дополнительно оснастить учреждения современным оборудованием, будет способствовать формированию здорового образа жизни у населения Алтайского края, включая сокращение потребления алкоголя и табака.

**Заместитель начальника  
Главного управления  
В.В. Яковлев**

## «Проблема формирования здорового образа жизни в период кризиса»

В Москве, в Информационно-консалтинговом центре Лиги здоровья нации прошел круглый стол – семинар на тему: «Проблема формирования здорового образа жизни в период кризиса».

В дискуссии с Президентом Лиги здоровья нации, академиком РАМН **Лео Антоновичем БОКЕРИЯ** приняли участие 10 главных редакторов ведущих региональных изданий. Участников круглого стола также связал телемост с журналистами газет Санкт-Петербурга и Чебоксар.

**Лео БОКЕРИЯ** считает, что роль средств массовой информации в формировании здорового образа жизни играет важную роль. По его мнению, борьба с вредными привычками должна стать основной задачей государства и каждого человека.

*«Можно жить очень хорошо, иметь машину, яхту, самолет, обладать неограниченными материальными возможностями, но при этом быть глубоко несчастным человеком, потому как нет здоровья», - говорит **Лео Бокерия**.*

По словам Лео Антоновича, в силу уклада и традиций россиян изменить отношение общества к вредным привычкам непросто. «Мое глубочайшее убеждение состоит в том, что государство, исполнительная власть должны принять жесткие административные меры по борьбе с курением, а с помощью СМИ пропагандировать жесткую линию за сохранение здоровья населения», - говорит известный кардиохирург.

*«К сожалению, у нас курят в армии и в милиции. Это большая часть нашего трудоспособного, активного населения, Очень трудно будет работать с этими группами, так как большинство из них курят. И даже если в Москве установят штраф за курение на улице, то, конечно, никакой милиционер штрафовать не будет», - посетовал он.*

*«Я хотел бы попросить СМИ привлечь внимание государства и руководство страны к этой проблеме», - обратился Лео Антонович к журналистам.*

Участники круглого стола, пытались выяснить, как же все-таки было правильно пропагандировать здоровый образ жизни. Многие редактора сошлись во мнении, что необходимо, чтобы в первую очередь, известные публичные люди и высокопоставленные чиновники пропагандировали здоровый образ жизни и стали примером для общества. Лео Антонович с ними согласился.

*«До тех пор, пока мы в наше общество не вернем вечные ценности: значение семьи, значение родителей, значения ребенка, высшего образования, мы не решим наши проблемы. Лига здоровья нации - это не медицинская организация, она создавалась, как раз в промежутке Министерств такого социального блока, как культура, медицина, спорт, образование, как раз, для того чтобы все эти вопросы в обществе поднимать и пытаться их решить», - говорит **Лео БОКЕРИЯ**.*

Лео Антонович отметил, что огромное влияние на будущее поколение, его привычки, его отношения к здоровью, оказывает семья.

*«Я вообще уличный мальчик, поскольку у меня рано не стало отца, он умер в очень молодом возрасте. Нас было трое в семье, две старших сестры и я. Я фактически вырос на улице, хотя школу окончил с красной медалью. Всю жизнь пока я жил с мамой, она мне внушала: курить нельзя, пить нельзя, девочек обижать нельзя. Это происходило по несколько раз в день. Я считаю, что могут сделать родители - никто не может сделать. У меня две дочери, они никогда не курили, в нашей семье эта тема часто обсуждалась», - рассказал **Лео БОКЕРИЯ**.*

Также на мероприятии был поднят весьма актуальный на сегодняшний день вопрос о вреде энергетических напитков, которые последнее время очень активно рекламируются. Дело в том, в этих сладких и вкусных коктейлях, во-первых, содержится спирт. Во-вторых, к ним идет быстрое привыкание. Но самое ужасное, что нет запрета на продажу и рекламу этих алкогольных напитков несовершеннолетним детям.

«К сожалению, у нас общество все время опаздывает в обсуждении злободневных проблем. Конечно, надо этот вопрос поднять. В ближайшее время у нас будет встреча с главой Роспотребнадзора Геннадием Григорьевичем ОНИЩЕНКО, он член Президиума Лиги здоровья нации, и директором Института Питания РАМН Виктором ТУТЕЛЬЯНОМ. Я с ними поговорю, мы можем вынести это вопрос на обсуждение Комиссии Общественной Палаты РФ по формированию здорового образа жизни, спорту и туризму, которую я возглавляю. Попытаемся также привлечь центральные СМИ к этой проблеме. В этом вопросе, я считаю нельзя либеральничать, поскольку речь идет о несовершеннолетних людях. Самое страшное, что человек продает 14-летнему мальчишке или девчонке энергетические напитки и при этом никакой ответственности не несет, ничего не боится. Это дело общественности, и если мама увидела, что ее ребенку продали этот напиток, то она должна сообщить об этом», - убежден **Лео БОКЕРИЯ**.

Редакторы, обсудив проблемы формирования здоровья и узнав о деятельности Лиги здоровья нации, решили по возвращении в родные города начать активную работу по пропаганде здорового образа жизни, ведь журналисты - «четвертая власть», которая способна изменить отношения людей к проблеме собственного здоровья.

**Подготовила Рената Канзафарова**

**Адрес документа:**

<http://www.znopr.ru/media/press-center>

## Русская болезнь

Один из самых авторитетных медицинских журналов мира — The Lancet — второй раз за прошедшие два года пытается привлечь внимание мировой медицинской общественности к проблемам алкоголизма в России. Первая статья, вышедшая в июне 2007 года, была посвящена алкогольным суррогатам, вторая статья, появившаяся в июньском номере за 2009 год, повествует об алкоголе как причине ранней смертности россиян.

### Каждый второй

Последнее исследование проводилось в трех сибирских городах: Томске, Барнауле и Бийске на деньги Совета по медицинским исследованиям Великобритании (UK Medical Research Council), Международного агентства по изучению рака (International Agency for Research on Cancer) Всемирной организации здравоохранения и Еврокомиссии. К работе привлекались специалисты Онкоцентра (РОНЦ РАМН), НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН и Оксфордского университета (University of Oxford).

Для изучения были выбраны три российских города, структура смертности в которых типична для промышленных центров. Правда, метод выбрали не самый достоверный — опрос (так называемое self reporting study). Исследователи обошли квартиры 60 416 умерших в возрасте от 15 до 74 лет в период с 1990 по 2001 год и опросили родственников 50 066 из них. Опрос проводился в 2001-2005 годах.

Оценивали как еженедельное, так и максимальное суточное потребление спиртного в пересчете на российский «дринк» — поллитровую бутылку водки (или эквивалентное количество других спиртных напитков). В результате получили три категории пьющих: менее бутылки, от одной до трех бутылок и больше трех бутылок водки в неделю (при регулярном употреблении).

Если кратко, то вывод неутешительный — алкоголизм и его последствия стали причиной как минимум половины преждевременных смертей среди населения трех сибирских городов.

По результатам опросов все умершие были разделены на две группы: в первую попали 43 082 человека, смерть которых так или иначе была связана со злоупотреблением алкоголем и/или табаком; во вторую, контрольную, попали 5475 человек, умерших от других причин. Тут можно высказать вторую претензию исследователям: соотношение основной и контрольной групп 8 к 1 — это перебор.

В итоге выяснилось, что для мужчин наиболее частыми причинами «алкогольной» смерти оказались несчастные случаи и криминал (их вероятность в 5,94 раза больше среди пьющих, чем среди относительных трезвенников). Далее по распространенности следовали: отравление алкоголем (разница в 21,68 раза) и острые формы ишемической болезни сердца (инфаркты и др.), в том числе те отравления алкоголем, которые сначала ошибочно приняли за инфаркт (у «злоупотребляющих» — в 3 раза чаще). Как видим, безусловным лидером были и остаются отравления алкоголем и его суррогатами, о которых ниже.

В 3,48 раза выше у пьющих оказался риск развития рака верхних дыхательных путей и пищевода, в 2,11 раза — развития рака печени.

Следующими по популярности оказались:

- — туберкулез (4,14 раза);

- — пневмония (3,29 раза);
- — болезни печени (6,21 раза);
- — болезни поджелудочной железы (4,98 раза);
- — прочие заболевания и состояния (7,74 раза).

Хотя злоупотребление алкоголем среди женщин менее распространено, дела там в итоге оказались не сильно лучше, а по некоторым показателям даже хуже, чем у мужчин.

Среди пьющих особенно много, то есть рекордсменов по бутылкам в неделю и в день, доля смертей, связанных с алкоголем, стремится, понятное дело, к ста процентам.

В целом же, после тщательных подсчетов, коррекции всех ошибок опросов и другой необходимой обработки данных, ученые сделали вывод, что с алкоголем оказались связаны смерти:

- — 52 процентов мужчин и женщин в возрасте 15—54 года (59 процентов — у мужчин, 33 процента — у женщин);
- — 18 процентов мужчин и женщин в возрасте 55—74 года (22 процента — у мужчин, 12 процентов — у женщин).

Ученые считают, что с большими или меньшими допущениями результаты этого исследования можно смело распространить не только не весь регион, но и на всю Россию. Они также уверены, что резкие колебания показателей смертности российского населения в последние годы также накрепко связаны с алкоголем, а спиртное и табак ответственны за значительные различия во взрослой смертности жителей России и Западной Европы. В частности, авторы исследования указывают, что в 2000 году у 15-летнего россиянина шансы не дожить до 35 лет составляли 10 процентов, а для 35-летнего не достичь 55-летнего возраста — 27 процентов. В Западной Европе эти цифры составляли соответственно 2 и 6 процентов.

### **Одеколонный флэшмоб**

В номере The Lancet от 16 июня 2007 года был опубликован отчет о совместном британо-немецко-российском исследовании отравлений суррогатами алкоголя, проведенном в «типично российском городе» (так в тексте публикации) Ижевске.

Ученые представляли Великобританию (Школа гигиены и тропической медицины, Лондон), Германию (Институт демографических исследований Макса Планка, Росток) и Россию (Институт социальных технологий и Медицинская академия, Ижевск). Руководил работой профессор Дэвид Леон (David A. Leon).

Для российских медиков ничего нового в полученных результатах нет, простая констатация уже известных фактов: в России мужчины умирают от злоупотребления алкоголем, причем далеко не всегда этот алкоголь — пищевой.

Изучалась смертность мужчин-жителей Ижевска в возрасте 24—54 лет в период с 20 октября 2003 по 3 октября 2005 года. Была также сформирована контрольная группа — случайная выборка среди всего населения города. Ситуация, предшествующая смерти (что ел, что пил), изучалась путем интервью ближайших родственников. Всего удалось собрать информацию о 1750 случаях смерти в изучаемой и, соответственно, в контрольной группе. В 51 проценте случаев мужчины оказались «опасно пьющими», причем употребляли и непивевой алкоголь тоже (в контрольной группе таких оказалось 13 процентов). Частота смертности среди «опасно пьющих» оказалась в 6 раз выше, чем у совсем не пьющих (абстинентов) или пьющих умеренно. Те, кто в течение последнего года употреблял суррогаты алкоголя, умирали в 4,5 раза чаще чем те, кто суррогаты не пил.

В итоге в 43 процентах из 1750 смертей можно было говорить о том, что одной из возможных причин могло быть злоупотребление алкоголем — как в пищевой форме, так и в форме суррогатов. Вывод звучит следующим образом: «Почти половина смертей мужчин трудоспособного возраста в типичном российском городе может быть связано со злоупотреблением спиртным. Наш анализ является косвенным подтверждением того, что резкие колебания показателя смертности в России в начале девяностых может быть связан со злоупотреблением алкоголем, в том числе и непивевым».

Увы, достаточно немного пожить в любом провинциальном российском городе, чтобы сделать аналогичные наблюдения, только жаль, что их The Lancet не опубликует. Можно даже раскрыть причину этого явления. Суррогаты пьют только потому, что они значительно дешевле легального алкоголя, а эффект от них как минимум такой же. А иногда и сильнее, потому что содержание этанола в подобной продукции может достигать 96—98 процентов. При этом поле зрения западных исследователей не попали спиртосодержащие медикаменты — например, широко известная настойка боярышника и прочая «аптека», хотя ее удельный вес среди суррогатов очень высок.

Эта статья стала широко известная в Рунете после того, как на сайте BBC Russian к сообщению об исследовании прикрутили опрос «Вы пьете одеколон, антифриз или моющие средства?». Сразу начался флэшмоб — сотни и тысячи российских интернетчиков выбирали ответ «Регулярно», в результате наплыва желающих проголосовать сайт BBC пару раз падал, организаторы пытались обнулять результаты опроса, чтобы получить хоть какие-то приемлемые

данные. Но тщетно, до сих пор первый ответ лидирует с огромным отрывом — почти 89 процентов проголосовавших.

### **Папа хороший, это водка плохая**

Констатация фактов — дело, конечно, хорошее. Но мы и без The Lancet в курсе, что среднестатистический россиянин выпивает около 18 литров чистого спирта в год. И что у нас 2,5 миллиона только зарегистрированных в наркодиспансерах алкоголиков.

Что же делать со всем этим великолепием?

Эффективных мер по сдерживанию алкоголизации найти пока не удалось. В России отношение к спиртному колеблется — то виноградники вырубают, то по всем каналам в прайм-тайм пиво рекламируют. С алкогольным просвещением населения при этом еще хуже, чем с сексуальным. С одной стороны, усилиями пиарщиков пивоваренных компаний создается впечатление, что пиво — не алкоголь. И в это искренне верит уже весьма ощутимый процент молодежи школьного возраста. С другой стороны, развертываются антинаучные рекламные кампании из серии «Водка — яд» и распространяются лекции про «пукающих бактерий».

Как известно из отечественного и мирового опыта, политика запретов всегда неэффективна. И как вы объясните школьнику, почему алкоголь считается ядом, но продается на каждом углу. Действительно, этиловый спирт является психоактивным веществом, нейротропным токсином, вызывающим психологическую и физическую зависимость, то есть наркотиком.

С другой стороны, за тысячелетия знакомства с этиловым спиртом человеческий организм научился перерабатывать его — в разумных, конечно, количествах — без особой опасности для себя. До тех пор, пока спиртное не исчезнет из наших магазинов, а оно не исчезнет, поскольку принесит слишком большой доход, нужна просветительская работа. Нужно учить людей мирно сосуществовать с алкоголем, одновременно формируя нетерпимость к злоупотреблению спиртным (доктрина «ответственного питья»). Нетерпимость должна также распространяться на продажу алкоголя несовершеннолетним и на вождение в нетрезвом виде. Задача сложная, но выполнимая, если у государства, конечно, обнаружится желание начать делать хоть что-то разумное в этом направлении.

Из последних достижений властей на этом поприще — благое пожелание премьер-министра Путина: «нам бы еще пить поменьше, это серьезно повлияло бы на здоровье нации», высказанное на встрече с генеральным директором ВОЗ Маргарет Чен. Впрочем, можно усомниться в том, что слова харизматичного политика повлияют на бесстрастно описанную в The Lancet катастрофическую ситуацию.

## ПРОБЛЕМА

### *Как выжить на дороге?*

Смертность от дорожно-транспортных происшествий в России выше, чем от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Об этом заявил председатель Комиссии Общественной палаты по здравоохранению **Леонид Рошаль**, выступая 25 июня на слушаниях, посвященных проблеме дорожно-транспортного травматизма.

Рошаль отметил, что среди факторов, приводящих к дорожному травматизму, особенно детскому, отсутствие санавиации, навыков оказания первой помощи как водителями, так и сотрудниками ГИБДД, единого стандарта подготовки водителей, юридического обоснования оказания первой помощи. А также халатность водителей при перевозке детей и нарушение последними правил дорожного движения, неудовлетворительное комплектование автомобильных аптек, скверные дороги и средства безопасности на них. Кроме того, было отмечено, что дорожный травматизм напрямую зависит от культуры поведения, и немаловажным направлением в уменьшении смертности на дорогах является образовательная программа. «Людей нужно воспитывать, формируя культуру поведения на дороге», — подчеркнул Леонид Рошаль.

Хотя по статистике в России наибольшее количество ДТП происходит на городских дорогах, но травматизм с повышенным коэффициентом тяжести отмечается на междугородних магистралях. Помимо этого, во многих регионах России плохо развита служба скорой медицинской помощи, большие расстояния — до 100 км — между населенными пунктами, где зачастую может работать лишь один фельдшер.

Все это, по мнению экспертов, говорит о том, что в России необходима санитарная вертолетная авиация, которая сможет приблизить медпомощь к пострадавшим, а значит и снизить смертности на дорогах. Впрочем, закупить вертолеты мало — в России ни больницы, ни трассы не оборудованы вертолетными площадками. Кроме того, нет специалистов, прошедших предполетную подготовку, а также имеющих представление, какую помощь они могут оказать во время полета. Между тем, в МЧС утверждают, что сейчас специалисты ведомства разрабатывают целевые программы авиационно-спасательных технологий.

Вторая немаловажная проблема, озвученная Леонидом Рошалем, отсутствие (либо слабые навыки) оказания первой помощи пострадавшим в ДТП как водителями, так и сотрудниками ГИБДД. Рошаль отметил, что каждый водитель должен понимать, что это нужно лично ему — водитель сможет оказать помощь пострадавшим на дороге и получить ее в случае дорожного происшествия.

По статистике, оказание первой помощи спасает жизни до 20% пострадавших. Однако в российских школах милиции нет медицинских кафедр, где бы «люди в форме» получили медицинские знания. Так, сотрудники МВД проходят 20-часовой курс первоначальной подготовки и 20-часовой курс переподготовки. Замначальника Департамента обеспечения безопасности дорожного движения МВД России **Олег Панарин** упоминул также о слабой методологической базе, отсутствии единого алгоритма действий и наглядных пособий. Между тем, Панарин не считает, что сотрудники ГИБДД должны иметь навыки парамедиков. «Им достаточно уметь выполнять до десяти самых важных действий», — подчеркнул он.

Кроме того, возникает вопрос юридического обоснования оказания первой помощи пострадавшим. Как отметила председатель комитета Госдумы по здравоохранению **Ольга Борзова**, нигде не прописан список лиц, обязанных оказывать первую помощь. В то время как неоказание помощи — уголовно наказуемо.

По словам Борзовой, 26 июня Госдума рассматривает в первом чтении законопроект, обязывающий милиционеров и сотрудников ряда экстренных служб оказывать первую помощь пострадавшим. «В данном законопроекте будут разграничены понятия первой помощи и скорой медицинской помощи, а также будет очерчен круг лиц, которые обязаны оказывать первую помощь», — сказала Борзова. Среди этих лиц будут, в частности, сотрудники МВД и МЧС. «Законопроект закрепит необходимость специальной подготовки этих сотрудников, а также наказание за неоказание помощи», — уточнила депутат.

Среди причин высокого травматизма среди детей — до 10% от всех пострадавших на дорогах — Леонид Рошаль отметил халатность водителей, не пристегивающих детей ремнями безопасности и игнорирующих детские кресла. В свою очередь замруководителя Росавтодора Сергей Полищук назвал

среди причин высокого детского травматизма неподчинение сигналам дорожных средств и переход дорог в неустановленных местах.

Тем не менее, детский травматизм имеет тенденцию к снижению. Так, если в 2005 году произошло 25 тыс. 489 ДТП, при которых погибло 1 тыс. 241 ребенок, то в 2008 году — 21 тыс. 97- и 1 тыс. 18 соответственно. Инвалидность сократилась на 2,4 процента.

Отдельным вопросом Леонид Рошаль выделил проблему комплектации автомобильной аптечки. Так, взятый из одной из аптечек жгут оказался слишком коротким. «Он вокруг бедра не пройдет», — констатировал детский врач. Не прошли испытания и ножницы, которыми Рошалю так и не удалось разрезать бинт. Леонид Рошаль выразил недовольство и морально устаревшими медицинскими препаратами, такими как 5%-й йод, в то время как раны лучше обрабатывать перекисью водорода или йодосодержащими препаратами. «Это прошлый век. Мы будем категорически возражать против такого состава аптечки», — отметил Леонид Рошаль. Стоит отметить, что неполноценность автомобильных аптечек снижает эффективность медпомощи пострадавшим на 10,4 процента.

Одним из важнейших направлений в снижении смертности от дорожного травматизма Леонид Рошаль и участники слушаний выделили образовательные программы, в том числе детей. Так, на телевидении отсутствуют ролики, пропагандирующие культуру поведения на дорогах, в школах нет уроков по безопасности дорожного движения. Как отметил Сергей Полищук, воспитывать культуру поведения на дорогах необходимо с детской площадки. Что касается взрослого населения, нет единого стандарта обучения водителей и приемки знаний, нет подходящих полигонов.

***Пресс-служба Общественной палаты РФ***

## МНЕНИЕ

# Правильный расчет. Нацпроекты дали импульс развитию социальной политики.

*Какую роль в решении бесчисленных социальных проблем отводится национальным приоритетным проектам? Что даст России стратегия социального развития? На эти и другие вопросы "РГ" ответила член президиума Совета при президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике, председатель Комиссии Общественной палаты по социальной и демографической политике **Александра Очирова**.*

## **Александра Васильевна, как вы оцениваете роль национальных проектов в решении социальных проблем?**

Предложенные почти четыре года назад в качестве инструмента социальной политики приоритетные нацпроекты стали еще и политическим инструментом привлечения внимания власти и общества к решению важнейших проблем здравоохранения, образования, жилищной сферы, сельского хозяйства и демографии. Они продемонстрировали эффективность, высокую степень политического контроля, публичность персональной ответственности за их реализацию и целевое расходование бюджетных средств. Нацпроекты дали хороший импульс развитию реальной социальной политике в стране.

## **И что дальше? Сколько еще, на ваш взгляд, страна будет жить в формате нацпроектов?**

Проекты были модульной площадкой, которые затем превратились в программы, и сейчас они решают остросюжетные социальные темы. Программный подход себя оправдывает, он позволяет отследить результаты, проконтролировать процесс. Мне не раз приходилось говорить, в том числе на различных международных конференциях, что нацпроекты позволили регионам сделать то, что не смогли сделать социальные реформы 90-х годов.

Что будет дальше? Социальное развитие страны невозможно без роста качества и уровня жизни населения, без сильной социальной политики. В ее основу должна лечь система социальных стандартов качества и уровня жизни. Их гарантия обеспечена Конституцией РФ. Кстати сказать, все, что связано с индексом человеческого развития, на заседаниях совета по нацпроектам при президенте всегда вызывает серьезные обсуждения. И у меня всегда есть возможность высказать свою точку зрения и быть уверенной, что к ней всегда отнесутся с пониманием. Гражданскому обществу грех жаловаться: руководством страны мы всегда были услышаны.

## **Последнее заседание Совета при президенте было про доступное жилье...**

Да, это очень серьезная тема, острота которой не снимается с повестки дня. На заседании рассматривались самые разнообразные варианты обеспечения доступным жильем в условиях кризиса. Обсуждался опыт регионов, вопросы ипотечного кредитования.

## **Есть данные, что сегодня почти 93% будущих мам участвуют в программе родовых сертификатов. Как вы считаете, какое влияние это направление нацпроекта "Здоровье" оказало на демографические показатели в стране?**

По данным Минздравсоцразвития, значительно возросло число женщин, встающих на учет в женских консультациях на ранних сроках беременности. А это очень важно. Система родовых сертификатов привела к тому, что появилась заинтересованность к обслуживанию женщин. В этом видится глобальный подход к понятию ценности человеческой жизни. Во многих регионах уже понимают, что сфера репродуктивной функции рассчитана практически на каждого человека. Я недавно была в роддоме в Мурманске, в нем самая низкая младенческая смертность в стране. Хорошо поставлена эта работа в Свердловской, Новосибирской областях, в Ханты-Мансийске... Самое первое заседание нашей комиссии в Общественной палате было посвящено демографической политике. Все расчеты, которые мы делали тогда, все остросюжетные темы, которые мы обсуждали, все были впоследствии учтены и востребованы. Наверное, мы такие и нужны: гражданское общество с опережающим сознанием. Мы не должны повторять те технологии и задачи, которые есть у чиновников, мы должны что-

то просчитывать, выносить экспертные оценки. Мы выделили для себя определенные темы, которые касаются стандартов обслуживания, стандартов жизни, шаговой доступности медпомощи, и работаем в этих направлениях. Ведь недостаточно того, чтобы медицина была бесплатной, надо, чтобы она еще была и доступной. Демографическая тема - это ведь не только количественные показатели, но и качественные. Она сейчас переросла и в другие темы, скажем, здорового образа жизни. Сегодня мы можем только сожалеть о тех реформах, которые прошли безвозвратно. Когда мы, наконец, позволили себе внедрить системы, выяснилось, что от них уже отказались в некоторых странах, например в США... Мы сейчас решаем вопрос упущенного времени. Социальные реформы прошлого десятилетия обернулись для нас очень серьезными потерями в демографической ситуации. Социальная политика в стране должна быть политикой социальной безопасности. Заложенные в нацпроектах модульные решения приближают эту мысль.

**В прошлом году в рамках нацпроекта началось развитие службы крови в стране. По каким направлениям сегодня ведется ее модернизация?**

По трем основным направлениям.

Это совершенствование материально-технической базы, создание информационного банка данных, ну и пропаганда массового донорства. Тема донорства - очень хорошая тема. Кровь - это та же информация, связующая звено. Цена ее отсутствия - потерянные человеческие жизни. В автокатастрофах, при родах, хирургических операциях. В стране должны быть достаточные запасы крови. В этом году на модернизацию Службы крови было выделено 4,2 млрд рублей. Это даст возможность отладить систему донорства и привлечь как можно большее число безвозмездных доноров.

**В 2009 году в программе совершенствования медицинской помощи пострадавшим при ДТП, которая реализуется с 2008 года в рамках нацпроекта, к 12 участникам присоединились еще 13 субъектов Федерации. Готовы ли регионы к участию в этой программе?**

К 2013 году она будет охватывать все субъекты РФ, через которые проходят федеральные трассы. Будет создана система оказания помощи пострадавшим в ближайшее после аварии время, когда медицинская помощь наиболее эффективна. Медпомощь должна быть доступна в любом уголке страны, здесь важен правильный расчет при создании системы, чтобы потом нельзя было сказать, что мы не спасли человека, потому что рядом не оказалось медучреждения.

#### **Досье**

Александра Васильевна Очирова окончила философский факультет МГУ им. М.В. Ломоносова (в 1972 г.) и Высшие дипломатические курсы при Дипломатической академии МИД РФ, доктор философских наук; работала в Институте философии АН СССР. Избиралась депутатом Государственной Думы Федерального Собрания РФ первого созыва (1993 -1995), член правления российского Комитета защиты мира и Международной ассоциации фондов мира; член Международной организации "Биополитика"; член Международного политического альянса женщин; основатель и президент Международного женского центра "Будущее женщины", автор ряда монографий и статей по идеологическим и философским проблемам. Лауреат премии Ленинского комсомола (1983), награждена медалью "За трудовую доблесть" (1985), кавалер ордена Дружбы (2001) и золотого почетного знака "Общественное признание" (2005).

#### **цифра**

1,4 миллиона новорожденных детей были обследованы в 2008 году в рамках нацпроекта "Здоровье".

#### **в тему**

В 2008 году в РФ в муниципальных учреждениях здравоохранения и частных медицинских организациях бесплатно получили стационарную медпомощь 31,5 млн человек, в дневных стационарах - 6,2 млн человек. "Скорой помощью" обслужено 49 млн человек, число обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения и на дому - около 490 млн. Высокотехнологичную специализированную медпомощь получили свыше 200 тысяч человек.

#### **кстати**

1 августа 2009 года впервые в выходной день на всей территории РФ откроются для приема безвозмездных доноров учреждения "Службы крови". Эта дата выбрана для проведения первой "Субботы доноров" не случайно - именно в летний период острее ощущается нехватка донорской крови. Сегодня в нашей стране на 1000 человек в среднем приходится только 13 доноров при необходимом количестве более 40

**факт**

Средняя стоимость одного вызова скорой медицинской помощи в 2008 году составила 1109,9 рубля (в 2007 году - 888,3 рубля).

***Лариса Каллиома***

## АКТУАЛЬНО

# Птичий грипп, свиной грипп и Эволюция

Прогнозы весьма удручающие. Экономические потери для развитых стран в ближайшие годы составят около 550 миллиардов долларов, при этом в мире погибнет от 2 до 150 миллионов человек. О чем идет речь? Конечно, о птичьей гриппе, вспышка которого произошла в мире в 2004-2005 годах и была успешно предотвращена. Вирус распространялся в популяциях птиц, из-за чего правительства всего мира приняли решение об уничтожении зараженных пернатых. Тогда было уничтожено около 150 миллионов голов домашней птицы, и на сегодняшний день в мире было зафиксировано менее 200 случаев заболевания среди людей. Почему же интерес к птичьему гриппу до сих пор окончательно не угас? Сейчас вирус может передаваться только между птицами и крайне редко – от птиц к человеку, но ученые предупреждают, что в один прекрасный день вирус может с легкостью «измениться» и начать передаваться от человека к человеку, что вызовет опустошительную пандемию.

## Где здесь эволюция?

На сегодняшний день нельзя даже с уверенностью сказать, являются ли вирусы живыми организмами, так как же можно утверждать, что они могут эволюционировать? Но они, определенно, могут. Чтобы участвовать в естественном отборе, организм должен обладать генетической вариабельностью, наследственностью, достаточным временем, а также испытывать на себе действие факторов селекции. Всем этим вирусы располагают в избытке. По этой причине птичий грипп, или вирус H5N1, эволюционирует очень быстро и действительно может начать передаваться от человека к человеку.

H5 и N1 – обозначения белков капсида (белковой оболочки) вируса, на которые в нашем организме вырабатываются антитела. H – это гемагглютинин (белок, склеивающий эритроциты крови), N – нейраминидаза (фермент, отвечающий за проникновение вируса в клетки и выход из нее). Некоторые штаммы вируса гриппа, например H3N2, распространены среди людей очень широко и сегодня не представляют особой опасности, хотя в прошлом, когда в человеческой популяции еще не выработалась иммунологическая устойчивость к ним, также вызывали пандемии, уносившие немало жизней. К сожалению, пока человеческая иммунная система не способна быстро распознать вирус H5N1 и справиться с ним, из-за чего человеческий организм беззащитен перед заболеванием. На сегодняшний день у вируса птичьего гриппа нет генов, позволяющих ему стать высоковирулентным, то есть получить высокую инфицирующую способность. Но эволюция способна это изменить.

Вирусы эволюционируют очень быстро, приобретая генетическую информацию двумя основными путями. Иногда они претерпевают случайные мутации, что свойственно всем живым организмам, в том числе человеку. Тем не менее, случайная изменчивость вирусов гораздо выше, чем изменчивость генома человека, поэтому, размножаясь, вирусы производят очень широкий спектр генетически различного потомства. Соответственно, чем выше генетическая изменчивость, тем больше у вирусов шансов приобрести мутации, которые дадут им преимущество в выживании. Тем не менее, посредством случайных мутаций вирус H5N1 очень скоро сможет передаваться от человека к человеку.

Наиболее вероятной перспективой такого изменения вируса может быть то, что вирус птичьего гриппа получит все необходимые гены непосредственно от вируса H3N2. Вирусы обладают уникальной способностью встраивать участки генома других вирусов в свой геном. Такая возможность возникает, когда один организм инфицирован сразу двумя штаммами вируса или даже двумя совершенно разными вирусами. Человек, заразившийся обычным человеческим гриппом и птичьим, может послужить живым инкубатором, в котором возникнет новый штамм H5N1.

Таким образом, каждый новый случай заражения человека вирусом H5N1 – это новая возможность для вируса приобрести нужные мутации или же нужные гены, позволяющие повысить свою вирулентность. Этим и объясняются столь жесткие меры, принятые санитарно-эпидемиологическими службами против домашних птиц.

Поводов для паники нет, однако следует осознавать, что новая пандемия гриппа сегодня – вполне реальна. Конечно, клиницисты и биологи предпринимают все меры, чтобы не допустить подобного, разрабатывая профилактические противовирусные препараты, применение которых замедляет распространение и эволюцию вируса, выигрывая исследователям время на разработку действенных вакцин.

К 2008 году в Европе практически забыли о птичьей гриппе, хотя инфекция сохранилась в таких странах, как Индонезия, Бангладеш, Вьетнам и Египет, где до сих пор изредка фиксируют случаи заболевания. В настоящее время все еще ведутся исследования по разработке вакцины против птичьего гриппа. Наилучшей вакциной может стать такой препарат, который возможно будет производить в больших количествах и долго хранить на случай внезапной вспышки заболевания. Однако птичий грипп, как и многие другие вирусы, является с этой точки зрения проблемой, которая состоит в его генетической изменчивости. По уже указанным причинам – высокой мутационной активности и обмену участками генома с другими вирусами, в каждый момент времени в природе присутствует сразу множество штаммов H5N1, что очень мешает разработчикам вакцины. Чтобы обеспечивать наилучшую защиту, вакцина должна быть специфичной к данному штамму вируса. Вопрос в том, какая разновидность вируса H5N1 должна стать основой для такой вакцины. И ответ на этот вопрос дать невозможно, пока не начнется та самая эпидемия, против которой должна быть разработана вакцина. А после этого для создания вакцины потребуется несколько месяцев.

Для повышения эффективности вакцины возможно использовать так называемые адъюванты – вещества, повышающие эффективность вакцин. С помощью адъювантов можно сделать вакцину, не на 100% специфичную к данному штамму вируса, эффективной против этого вируса. В 2008 году в мире было произведено около 100 миллионов доз такой неспецифичной вакцины против гриппа H5N1, обнаруженного в 2004-2005 годах. Такая вакцина может обеспечить не самую лучшую, но все же защиту в случае новой вспышки заболевания.

В 2009 году появился новый вирус – вирус так называемого свиного гриппа. Этот штамм был обнаружен в марте 2009 года в Мексике, назван S-OIV или H1N1 и с того момента случаи заболевания им были зафиксированы в 70 странах. В отличие от птичьего гриппа, свиной грипп передается от человека к человеку, что делает его гораздо более опасным. В то же время, его симптомы гораздо мягче и он не всегда требует госпитализации.

Современные эволюционные исследования показали, каким образом мог возникнуть штамм H1N1. Как было сказано выше, многие вирусы могут захватывать участки генома от других вирусов, если один организм-хозяин инфицирован несколькими штаммами одного вируса или даже разными вирусами. Международная группа исследователей изучила генетический материал вирусов, выделенных из птиц, свиней и человека. Некоторые из проанализированных образцов были собраны еще в 1979 году. Оказалось, что S-OIV является именно продуктом обмена генетическим материалом между вирусами. По-видимому, этот обмен произошел при попадании в организм свиньи одновременно вирусов птичьего и человеческого гриппов. Более 30 лет назад вирус евразийского свиного гриппа включил в свой геном несколько генов птичьего вируса. Затем другой штамм вируса свиного гриппа обменялся генами с вирусом птичьего гриппа и с вирусом обычного сезонного гриппа, которым люди заражаются каждую зиму. А потом эти два видоизменившихся вируса свиного гриппа еще раз обменялись участками геномов, в результате чего возник вирус, способный передаваться от свиней человеку и от человека человеку и быстро распространившийся из Мексики по всему миру.

Возможно, какое-то время вирус циркулировал в популяции домашних свиней, прежде чем произошло первое заражение человека – трудно сказать, какова была продолжительность этого периода, поскольку никто не ведет систематического мониторинга вирусных заболеваний животных. Тем не менее, можно с уверенностью сказать, что вирус продолжит эволюционировать. Постоянное перемещение животных и людей по всему миру увеличивает шансы на встречу в организме одного хозяина нескольких генетически очень различных вирусов, которые теоретически могут обмениваться участками геномов. По этой причине эпидемиологические службы всех стран пристально следят за самыми незначительными вспышками новых инфекций, чтобы иметь возможность вовремя принять меры и не допустить эпидемий и пандемий новых опасных заболеваний.

**По материалам: *Understanding Evolution*  
адрес этой статьи: <http://www.cbio.ru>, 21.07.2009 г.**

## ЮРИДИЧЕСКАЯ СЛУЖБА

# Минздравсоцразвития России приступает к борьбе с незаконными платежами в сфере медицинских услуг

Как сообщила Министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова, 29 июня министерством был выпущен приказ «О неотложных мерах по обеспечению гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи». В нем установлен новый ускоренный порядок рассмотрения обращений граждан в Минздравсоцразвития и Росздравнадзор, в которых содержатся жалобы на взимание с них денег в медицинских учреждениях, где они имели право на бесплатную помощь.

«Мы начинаем первый этап контроля за так называемыми карманными платежами при оказании медицинской помощи, - подчеркнула Министр. По ее словам, приказ будет доведен до сведения руководителей всех федеральных лечебных учреждений. То же касается и региональных министров здравоохранения. Они также обязаны будут довести этот приказ до своих региональных и муниципальных поликлиник и больниц. Кроме того, будет проделана работа по информированию граждан о том, какую помощь они могут получить бесплатно, и что они могут и должны сделать в случае, если их права нарушаются. «Наш анализ показывает, что наши граждане зачастую не знают, что платно, что бесплатно», - отметила Татьяна Голикова.

Поэтому подготовлена специальная памятка о программе государственных гарантий, которая будет разъяснять, как и куда обращаться в случае, если пациенту отказывают в бесплатной помощи. Эта памятка размещена на сайте Министерства.

Согласно приказу, при обращениях граждан в министерство с жалобами на взимание с них незаконных платежей за бесплатные медицинские услуги Росздравнадзор должен проверить поступившую информацию и принять меры реагирования.

Как отметила министр, установить факт незаконных карманных платежей, конечно, будет сложно, однако если число жалоб граждан на конкретное медицинское учреждение будет значительным, это будет показывать определенную тенденцию и станет поводом для проверки. В случаях, если факты, указанные гражданами, подтвердятся, Росздравнадзор передаст соответствующие материалы не только в Минздравсоцразвития России, но и в правоохранительные органы. Наказанием за незаконное взимание денег за бесплатные медицинские услуги будет зависеть от масштабов нарушения. «Есть административная и уголовная ответственность, а так же ответственность перед коллективом и всё будет зависеть от уровня проступка», - отметила Татьяна Голикова. Поэтому, это может быть как выговор сотруднику учреждения, лишение его премии, так и уголовная ответственность.

Татьяна Голикова сообщила, что в 2008 году объем средств, направленных на Программу государственных гарантий из федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и системы обязательного медицинского страхования, составил 1 трлн. 185 млрд. рублей.

В целом, оценивая состояние системы ОМС в России, министр отметила, что она нуждается в законодательной корректировке. «Уже в этом году будет подготовлена новая редакция федерального закона об ОМС, за которой последует серия законодательных и нормативных актов», - сказала Татьяна Голикова.

В законопроекте, по ее словам, будет учтен переход от единого социального налога на страховые взносы, сообщает сайт Минздравсоцразвития.

<http://www.minzdravsoc.ru/videobank/107>

1 июля 2009 г.

## "Памятка гражданам о реализации права на бесплатную медицинскую помощь"

Министерство здравоохранения и социального развития РФ разработало "Памятку гражданам о реализации права на бесплатную медицинскую помощь".

Граждане Российской Федерации имеют право на бесплатную медицинскую помощь согласно части 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации. Это право реализуется через Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее – Программа государственных гарантий). Эта программа ежегодно утверждается Правительством Российской Федерации.

Программа государственных гарантий на 2009 год, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2008 г. № 913, определяет виды и условия оказания медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации бесплатно. В Программе государственных гарантий также определены нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения.

В рамках Программы государственных гарантий бесплатно предоставляются:

- первичная медико-санитарная, в том числе неотложная, медицинская помощь;
- скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

В соответствии с Программой государственных гарантий в субъектах Российской Федерации утверждаются территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее – территориальные программы государственных гарантий), включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Гражданин Российской Федерации вправе ознакомиться с содержанием территориальной программы государственных гарантий в учреждении здравоохранения, страховой медицинской организации, органе управления здравоохранением или территориальном фонде обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации.

Территориальные программы государственных гарантий включают перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно за счет консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации и средств территориального фонда обязательного медицинского страхования, а также перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания скорой, неотложной и стационарной медицинской помощи.

Кроме того, территориальными программами государственных гарантий определяются условия оказания медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, порядок реализации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в учреждениях здравоохранения субъекта Российской Федерации и муниципальных образований.

При оказании медицинской помощи в условиях больничных учреждений, а также скорой и неотложной медицинской помощи гражданам бесплатно предоставляются жизненно необходимые лекарственные средства и изделия медицинского назначения в соответствии с установленными территориальными программами.

При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях отдельные категории граждан обеспечиваются необходимыми лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой со свободных цен (перечень категорий граждан определяется субъектом РФ).

Платные медицинские услуги населению могут оказываться государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации, Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей", но замещение бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами недопустимо.

Нарушениями прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи считаются:

- незаконное взимание врачами и средним медицинским персоналом медицинских организаций денежных средств за оказание медицинской помощи (предоставление услуг), предусмотренной Программой государственных гарантий;

- незаконное взимание денежных средств в кассу медицинских организаций за оказание за плату медицинской помощи (предоставление услуг), предусмотренной Программой государственных гарантий;

- взимание денежных средств за предоставление платных медицинских услуг, не предусмотренных Программой государственных гарантий, на осуществление которых у медицинской организации не имеется специального разрешения соответствующего органа управления здравоохранением;

- незаконное взимание денежных средств за выдачу направлений на лечение, рецептов на отпуск лекарственных средств;

- приобретение за счет средств пациентов лекарственных средств и изделий медицинского назначения из утвержденного территориальной программой государственных гарантий перечня жизненно необходимых лекарственных средств и изделий медицинского назначения;

- несоблюдение сроков предоставления плановой медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий.

В случае нарушения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации вы вправе обратиться:

- к руководителю учреждения здравоохранения;
- в страховую медицинскую организацию (в страховых случаях).

Если результаты рассмотрения вас не удовлетворил, вы можете обратиться в соответствующий орган управления здравоохранением (муниципального образования, субъекта Российской Федерации) по подчиненности учреждения здравоохранения, а также в территориальные фонды обязательного медицинского страхования или в территориальные органы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Если и здесь результаты рассмотрения вас не удовлетворили, вы вправе обратиться в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, а также в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В случаях нарушения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи в федеральных государственных учреждениях здравоохранения гражданин вправе сразу обращаться в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, а также в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Программа государственных гарантий на 2009 г. размещена на сайте Министерства здравоохранения и социального развития РФ <http://www.minzdravsoc.ru/docs/government/postan/226/>

**<http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/letters/137>**

## ОФИЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

# Проведены плановые проверки краевого онкологического диспансера и поликлиники № 1 г. Барнаула

Специалисты территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края в целях контроля обеспеченности прав граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, провели плановые рейды в лечебно-профилактические учреждения: ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер» и МУЗ «Городская поликлиника №1». В проверках приняли участие представители органов управления здравоохранением края и г. Барнаула и страховых медицинских организаций.

План посещения лечебных учреждений предусматривал контроль за обеспечением застрахованных граждан бесплатной медицинской помощью в рамках гарантированных объемов, включая обеспечение лекарственными препаратами, а также наличие необходимой информации в лечебном учреждении о порядке предоставления бесплатной медицинской помощи.

В ходе рейда проведены встречи с администрациями ЛПУ, медицинским персоналом, пациентами стационара и посетителями поликлиники, включая их анкетирование.

С 2009 года онкологические диспансеры были включены в реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Главный врач краевого онкологического диспансера А.Ф. Лазарев проинформировал проверяющих, что в онкоцентре заработная плата выплачивается своевременно и самое главное, за счет существенного повышения фондом ОМС тарифов на медицинские услуги за последние полгода не только стабилизировалось, но и значительно улучшилось лекарственное обеспечение стационара и, особенно, питание пациентов.

По словам руководителя ЛПУ, сегодня у лечебного учреждения нет объективных причин, чтобы больные приобретали самостоятельно какие-то лекарства или остались без необходимого лечения. Более того, введение централизованных закупок препаратов для ЛПУ края через аукцион, позволяет поддерживать постоянный необходимый уровень лекарственного обеспечения во всех отделениях центра, даже не смотря на то, что в практике лечения онкобольных необходимы достаточно дорогостоящие препараты. Кроме того, до всех заведующих отделениями доведена информация о неукоснительном соблюдении приказа Минздравсоцразвития России № 377 от 29 июня 2009 г. «О неотложных мерах по обеспечению гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи», а с целью получения обратной информации о качестве лечения после выписки из стационара проводится анонимное анкетирование пациентов.

При обходе отделений представители ТФОМС и страховой компании лично ознакомились с условиями прохождения лечения и лекарственным обеспечением пациентов. Для оценки удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи и выявления фактов приобретения пациентами медикаментов или оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой госгарантий, был дополнительно проведен социологический опрос. По его результатам больные отметили, что в основном все необходимые препараты назначаются бесплатно, высокую оценку получил персонал центра не только за лечение, но и за внимательное отношение к пациентам, а в числе замечаний чаще всего были пожелания об улучшении бытовых условий.

Результаты проверки поликлиники № 1 г. Барнаула показали, что в муниципальном звене здравоохранения продолжает сохраняться ряд организационных проблем, влияющих на доступность медицинской помощи для населения.

В МУЗ «Городская поликлиника №1» численность обслуживаемого населения составляет более 27 тысяч человек. Поликлиника имеет 15 терапевтических участков и полностью укомплектована врачебными кадрами. В две смены работает дневной стационар.

По информации администрации ЛПУ, в связи с индексацией тарифов на медицинские услуги в учреждении за счет средств ОМС улучшено лекарственное обеспечение в дневном стационаре, обеспечение расходными материалами и реактивами для лабораторного звена. Основные претензии, по словам главного врача, поступают от федеральных льготников на льготное обеспечение по программе обеспечения необходимыми лекарственными средствами.

В поликлинике активно проводится дополнительная диспансеризация населения, за счет дополнительных средств, поступающих в рамках национального проекта, существенно выросла заработная плата участковых и ряда узких специалистов.

С началом работы врачебно-диспетчерской службы у поликлиники расширились возможности для бесплатного направления пациентов в КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края» за счет увеличения количества квот, однако пока сохраняется большая очередность на УЗИ щитовидной железы, на магнитно-резонансную томографию и иммунологические исследования крови. Также пациенты положительно оценивают возможность предварительной записи на плановую госпитализацию.

Вместе с тем, в поликлинике остается нерешенной проблема записи к узким специалистам, в том числе большая очередность на консультацию к неврологу, эндокринологу, проблематично попасть на прием к кардиологу в поликлинику кардиоцентра.

По результатам рейда с администрациями ЛПУ обсуждены проблемы, имеющие место в работе лечебных учреждений, и намечены мероприятия по их устранению.

Пресс-служба ТФОМС Алтайского края, 16.07.2009 г.  
<http://www.omsaltay.ru/>

**ОФИЦИАЛЬНО****МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ****ПРИКАЗ**

10.06.2009 г.

N 302н

*Зарегистрировано в Минюсте РФ 18 июня 2009 г. N 14111***О МЕРАХ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЯ  
ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 18 МАЯ 2009 Г.  
N 413 "О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ В 2009 ГОДУ ЗА СЧЕТ  
АССИГНОВАНИЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ  
НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ГРАЖДАН  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ВКЛЮЧАЯ СОКРАЩЕНИЕ  
ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ТАБАКА"**

Во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 18 мая 2009 г. N 413 "О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2009, N 21, ст. 2563) приказываю:

## 1. Утвердить:

перечень оборудования, приобретаемого для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в целях реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, согласно приложению N 1;

перечень специальностей, по которым будет осуществляться подготовка медицинских кадров для государственных учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждений здравоохранения муниципальных образований, участвующих в реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, согласно приложению N 2;

требования к организации деятельности центров здоровья, создаваемых на функциональной основе в государственных учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждениях здравоохранения муниципальных образований, согласно приложению N 3;

форму соглашения между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации о реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, согласно приложению N 4.

2. Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития осуществлять контроль за использованием оборудования, закупаемого для реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака.

3. Контроль за выполнением настоящего Приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Скворцову.

Министр

Т.А.ГОЛИКОВА

**Приложение N 1**  
к Приказу Министерства  
здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации  
от 10 июня 2009 г. N 302н

**ПЕРЕЧЕНЬ  
ОБОРУДОВАНИЯ, ПРИОБРЕТАЕМОГО ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ  
И МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЦЕЛЯХ  
РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ФОРМИРОВАНИЕ  
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,  
ВКЛЮЧАЯ СОКРАЩЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ТАБАКА**

№ п/п	Наименование оборудования
1.	Аппаратно-программный комплекс для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма с комплектом оборудования для измерения параметров физического развития
2.	Система скрининга сердца компьютеризированная (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей)
3.	Система ангиологического скрининга с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плече-лодыжечного индекса
4.	Аппарат для комплексной детальной оценки функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный)

5.	Биоимпедансметр для анализа внутренних сред организма (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани)
6.	Экспресс-анализатор для определения общего холестерина и глюкозы в крови (с принадлежностями)
7.	Оборудование для определения токсических веществ в биологических средах организма
8.	Анализатор окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина
9.	Анализатор котинина и других биологических маркеров в крови и моче
10.	Смокелайзер
11.	Кардиотренажер
12.	Пульсоксиметр (оксиметр пульсовой)
13.	Весы медицинские для взвешивания грудных детей
14.	Комплект оборудования для зала лечебной физической культуры
15.	Комплект оборудования для наглядной пропаганды здорового образа жизни

**Примечание.**

Наименование и количество единиц оборудования для учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации и муниципальных образований, приобретаемого за счет средств консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации и за счет субсидий, выделенных из федерального бюджета на реализацию мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, определяются с учетом имеющейся в этих учреждениях материально-технической базы.

Оборудование для учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации и муниципальных образований, в которых оказывается профилактическая помощь детям, приобретается с учетом возрастных и функциональных особенностей детского организма.

**Приложение N 2**  
к Приказу Министерства  
здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации  
от 10 июня 2009 г. N 302н

**ПЕРЕЧЕНЬ  
СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ, ПО КОТОРЫМ БУДЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ  
ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ  
УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ,  
УЧАСТВУЮЩИХ В РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ  
НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ГРАЖДАН  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ВКЛЮЧАЯ СОКРАЩЕНИЕ  
ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ТАБАКА**

1. Организация здравоохранения и общественное здоровье
2. Социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы
3. Терапия
4. Педиатрия
5. Общая гигиена
6. Гигиеническое воспитание
7. Гигиена питания
8. Гигиена детей и подростков
9. Общая врачебная практика (семейная медицина)
10. Аллергология и иммунология
11. Восстановительная медицина
12. Диетология
13. Лечебная физкультура и спортивная медицина
14. Кардиология
15. Пульмонология
16. Гастроэнтерология
17. Акушерство и гинекология
18. Психиатрия-наркология
19. Управление сестринской деятельностью

**Приложение N 3**  
к Приказу Министерства  
здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации  
от 10 июня 2009 г. N 302н

**ТРЕБОВАНИЯ  
К ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ,  
СОЗДАВАЕМЫХ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСНОВЕ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ  
УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
И УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ**

1. Организация деятельности центров здоровья, создаваемых на функциональной основе в государственных учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждениях здравоохранения муниципальных образований (далее - центр здоровья), осуществляется на основании решений органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

2. Центры здоровья создаются на функциональной основе в государственных учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации (центрах медицинской профилактики или, при их отсутствии, в иных учреждениях здравоохранения, имеющих опыт работы в области первичной профилактики заболеваний), а также в учреждениях здравоохранения муниципальных образований, на базе которых функционируют отделения (кабинеты) медицинской профилактики.

3. Основной целью деятельности центров здоровья является сохранение индивидуального здоровья граждан и формирования у них здорового образа жизни.

4. К основным задачам центров здоровья относятся:  
информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;  
пропаганда здорового образа жизни и формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких;

обучение граждан гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь по отказу от потребления алкоголя и табака;

внедрение современных медико-профилактических технологий в деятельность государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;

обучение медицинских специалистов и граждан эффективным методам профилактики заболеваний;

динамическое наблюдение за группами риска развития неинфекционных заболеваний;

оценка функциональных и адаптивных резервов организма;

прогноз состояния здоровья, консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;

разработка индивидуальных рекомендаций сохранения здоровья;

организация мониторинга показателей в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни.

5. На центры здоровья, создаваемые в государственных учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации, дополнительно возлагаются функции методического руководства центрами здоровья, создаваемыми в учреждениях здравоохранения муниципальных образований.

6. На должность руководителя центра здоровья назначается лицо, имеющее высшее медицинское образование и сертификат специалиста по специальности "организация здравоохранения и общественное здоровье".

7. В состав персонала центра здоровья в соответствии с его задачами включаются врачи-специалисты, получившие дополнительное профессиональное образование по программам в области формирования здорового образа жизни и медицинской профилактики.

8. Оснащение центра здоровья осуществляется в соответствии с перечнем оборудования, приобретаемого для государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в целях реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака, предусмотренным приложением N 2 к Приказу Минздравсоцразвития России от 10 июня 2009 г. N 302н.

**Приложение N 4**  
к Приказу Министерства  
здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации  
от 10 июня 2009 г. N 302н

**Соглашение**  
между Министерством здравоохранения  
и социального развития Российской Федерации  
и высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации  
о реализации в 2009 году мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни  
у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака

от " \_ " \_\_\_\_\_

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (далее - Министерство) в лице заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации

\_\_\_\_\_,  
(ФИО)  
действующего на основании доверенности от "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2009 г. № \_\_\_\_\_,  
и в соответствии с Положением о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 <\*>, с \_\_\_\_\_ одной стороны, и \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование высшего органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации (далее - Субъект) в лице \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
(должность, ФИО руководителя)  
действующего на основании \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(реквизиты нормативного правового акта)  
с другой стороны, именуемые совместно в дальнейшем - Стороны, заключили настоящее Соглашение о нижеследующем.

### I. Предмет Соглашения

1. Предметом настоящего Соглашения является реализация мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака (далее - Мероприятия).

### II. Обязанности Сторон по реализации Мероприятий

2. Министерство:

2.1. Направляет субсидии из федерального бюджета, предоставляемые бюджету \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование субъекта Российской Федерации)  
на софинансирование его расходных обязательств, связанных с закупкой оборудования в целях реализации Мероприятий для государственных учреждений здравоохранения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование субъекта Российской Федерации)  
и учреждений здравоохранения муниципальных образований (далее соответственно - субсидии, оборудование), перечень которых предусмотрен приложением к настоящему Соглашению, в размере \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(прописью)  
тысяч рублей, в течение 15 дней со дня получения Министерством информации о выполнении условий получения субсидий, предусмотренных п. 3.3 настоящего Соглашения.

2.2. Контролирует осуществление расходов бюджета \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование субъекта Российской Федерации)  
источником финансового обеспечения которых являются субсидии, в соответствии с установленными полномочиями, а также выполнение условий, предусмотренных пп. 3.1, 3.2 настоящего Соглашения.

3. Субъект:

3.1. Выделяет в консолидированном бюджете \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование субъекта Российской Федерации)  
бюджетные ассигнования на реализацию Мероприятий в размере \_\_\_\_\_  
тысяч рублей. \_\_\_\_\_ (прописью)

3.2. Для получения субсидий обеспечивает в срок до 15 июля 2009 года выполнение следующих условий:

- наличие региональных целевых программ, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака;

- выделение и подготовка площадей в государственных учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждениях здравоохранения муниципальных образований для организации на функциональной основе центров здоровья в целях реализации Мероприятий;

- проведение мероприятий по оснащению оборудованием, перечень которого предусмотрен приложением № 1 к Приказу Министерства от 10 июня 2009 г. № 302 н, создаваемых в государственных учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждениях здравоохранения муниципальных образований на функциональной основе центров здоровья в целях реализации Мероприятий;

- утверждение высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации порядка передачи в случае необходимости оборудования в собственность муниципального образования;  
- обеспечение подготовки медицинских кадров по специальным программам, перечень которых утвержден приложением N 2 к Приказу Министерства от 10 июня 2009 г. N302н.

3.3. Представляет в Министерство информацию о выполнении условий, предусмотренных пп. 3.1, 3.2 настоящего Соглашения, в форме письма, подписанного руководителем высшего органа исполнительной власти

—  
(наименование субъекта Российской Федерации)  
со ссылкой на нормативные правовые акты органов государственной власти

—  
(наименование субъекта Российской Федерации)  
и муниципальные правовые акты, принятые в целях выполнения указанных условий.

3.4. Осуществляет в установленном законодательством Российской Федерации порядке закупку оборудования, перечень которого предусмотрен приложением N 1 к Приказу Министерства от 10 июня 2009 г. N 302н, с учетом субсидий, размер которых указан в п. 2.1 настоящего Соглашения, для государственных учреждений здравоохранения

(наименование субъекта Российской Федерации)  
и учреждений здравоохранения муниципальных образований, предусмотрев обеспечение его доставки, монтажа и пусконаладочных работ, обучение персонала.

3.5. Представляет ежеквартально, не позднее 15-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом, в Министерство отчет о расходах бюджета

(наименование субъекта Российской Федерации)  
источником финансового обеспечения которых являются субсидии, и осуществленных поставках оборудования по форме, утверждаемой Министерством.

3.6. Организует проведение Мероприятий в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3.7. Приобретает за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации дополнительное оборудование и расходные материалы, необходимые для реализации Мероприятий.

### III. Особые условия

4. В случае непредставления Субъектом информации, предусмотренной п. 3.3 настоящего Соглашения, в срок до 30 июля 2009 года Министерство не предоставляет субсидии бюджету Субъекта.

5. Остаток неиспользованных в текущем финансовом году субсидий, потребность в которых сохраняется, подлежит использованию в очередном финансовом году на те же цели в порядке, установленном Постановлением Правительства Российской Федерации от 18 мая 2009 г. N 413 "О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака".

При установлении Министерством отсутствия у

(наименование субъекта Российской Федерации)  
потребности в указанных субсидиях их остаток подлежит возврату в доход федерального бюджета.

В случае неперечисления указанного остатка субсидий в доход федерального бюджета эти средства подлежат взысканию в доход федерального бюджета в установленном порядке.

### IV. Срок действия Соглашения

6. Настоящее Соглашение вступает в силу с даты его подписания обеими Сторонами.

### V. Заключительные положения

7. Стороны имеют право вносить изменения в настоящее Соглашение или прекращать его действие в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

8. Изменения, вносимые в настоящее Соглашение, оформляются в виде дополнительных соглашений, подписываемых уполномоченными представителями Сторон.

9. Все споры, вытекающие из настоящего Соглашения или возникающие по поводу настоящего Соглашения, Стороны разрешают путем переговоров.

### VI. Юридические адреса и реквизиты сторон:

Министерство:  
Министерство здравоохранения и социального  
развития Российской Федерации,  
127994, г. Москва,  
Рахмановский переулок, 3  
ИНН 7707515977  
КПП 770701001  
Лицевой счет 03055000550  
в Управлении Федерального казначейства

Субъект Российской Федерации:

по г. Москве  
р/с 40105810700000010079  
в отделении 1 Московского ГТУ Банка  
России, г. Москва  
БИК 044583001

Заместитель Министра здравоохранения  
и социального развития Российской Федерации

Руководитель высшего органа исполнительной  
власти субъекта Российской Федерации

(подпись)

(ФИО)

(подпись)

(ФИО)

<\*> Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898; 2006, N 19, ст. 2080; 2008, N 11 (ч. I), ст. 1036; N 15, ст. 1555; N 23, ст. 2713; N 42, ст. 4825; N 46, ст. 5337; N 48, ст. 5618; 2009, N 2, ст. 244; N 3, ст. 378; N 6, ст. 738.

**Приложение**  
к Соглашению между Министерством  
здравоохранения и социального развития РФ  
и высшим органом исполнительной власти субъекта РФ  
о реализации мероприятий, направленных на  
формирование здорового образа жизни у граждан РФ,  
включая сокращение потребления алкоголя и табака

**Перечень  
государственных учреждений здравоохранения субъекта  
Российской Федерации и учреждений здравоохранения  
муниципального образования, для которых закупается  
оборудование для реализации мероприятий, направленных  
на формирование здорового образа жизни у граждан  
Российской Федерации, включая сокращение  
потребления алкоголя и табака**

N п/п	Наименование государственного учреждения здравоохранения субъекта Российской Федерации и учреждения здравоохранения муниципального образования	Перечень оборудования, приобретаемого для реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака	
		наименование оборудования	количество (шт.)

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ**

29.06.2009 г.

N 377

**О НЕОТЛОЖНЫХ МЕРАХ  
ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ БЕСПЛАТНОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**Приказываю:**

1. Установить, что если в личном или письменном обращении граждан в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации содержится информация о нарушениях гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, в том числе

о незаконном взимании врачами и средним медицинским персоналом медицинских организаций денежных средств за оказание медицинской помощи (предоставление услуг), предусмотренной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее - программа),

о незаконном взимании денежных средств в кассу медицинских организаций за оказание за плату медицинской помощи (предоставление услуг), предусмотренной программой,

о взимании денежных средств за предоставление платных медицинских услуг, не предусмотренных программой, на осуществление которых у медицинской организации не имеется специального разрешения соответствующего органа управления здравоохранением,

о незаконном взимании денежных средств за выдачу справок, направлений на лечение, рецептов на отпуск лекарственных средств и др.,

Департамент организации медицинской помощи и развития здравоохранения, Департамент развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения, Департамент высокотехнологичной медицинской

помощи, Департамент развития медицинского страхования Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в рамках своей компетенции в 3-дневный срок со дня поступления соответствующей информации готовит проект поручения заместителя Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития проверить поступившую от граждан информацию о нарушениях гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

2. Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития в недельный срок проверять информацию, указанную в пункте 1 настоящего Приказа, информировать о результатах проверки Министерство, при необходимости в рамках возложенных на Службу полномочий принимать меры по устранению выявленных нарушений гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и предотвращению их совершения, а также при наличии в действиях проверяемых лиц признаков правонарушений, предусмотренных Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях, либо преступлений, предусмотренных Уголовным кодексом Российской Федерации, незамедлительно информировать об этом соответствующие правоохранительные органы.

3. Департамент, ответственный за рассмотрение информации, указанной в пункте 1 настоящего Приказа, с учетом представленной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития информации при необходимости вносит Министру здравоохранения и социального развития Российской Федерации предложение о привлечении к ответственности руководителей федеральных бюджетных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, допустивших нарушения гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, либо готовит проект письма в адрес иного органа управления здравоохранением, в чьем ведении находится соответствующее медицинское учреждение, допустившее указанные нарушения, с просьбой о принятии соответствующих мер ответственности.

4. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

**Министр**

**Т.ГОЛИКОВА**

**Требуются главные врачи в участковые больницы:  
село Ая Алтайского района и село Сычевка  
Смоленского района. Жилье предоставляется.  
Тел. (3852) 62 74 66**

## ИНТЕРНЕТ - ФОРУМ

### Мы делаем все для здоровья жителей Алтайского края

28 июля 2009 года состоялся интернет-форум Валерия Анатольевича Елыкомова, начальника Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности на тему «**Инновационный кластерный подход к организации медицинской помощи населению Алтайского края**». Публикуем стенограмму форума в сокращении.

**Олег:**

*- Когда построят онкологический центр?*

**Елыкомов Валерий Анатольевич:**

- Темпы работ соответствуют утвержденному графику. Новая поликлиника онкологического центра будет введена в строй в конце декабря 2009 года. Лечебный рентген-радиологический корпус в настоящее время функционирует по адресу: ул. Никитина, 77, новый корпус находится в стадии проектирования.

**Токарев Андрей:**

*- Как скоро в Алтайском крае будет создан и начнет плодотворно работать государственный центр экстракорпорального оплодотворения как альтернатива Сибирскому центру репродукции и гинетики г. Барнаул?*

**Елыкомов Валерий Анатольевич:**

- Создание центра определено приказом Главного управления № 104 от 20.03.09. В настоящее время практически готовы помещения, где будет располагаться Центр (краевая клиническая поликлиника). Объявлен конкурс на поставку оборудования для этого центра на 13,5 млн. руб. Составлено штатное расписание Центра. Дополнительно обучено 2 акушера-гинеколога в НИИ "Акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН". Первые процедуры по вспомогательным репродуктивным технологиям планируется провести в январе 2010 г. В настоящее время на базе краевой клинической поликлиники (Пушкина 58., т. 63-32-36) организован прием пациентов с проблемами репродукции. Проводится обследование и лечение супружеских пар. Отобрано 67 супружеских пар для проведения процедуры ЭКО. В этом году по договору этот вид услуг будет оказывать Сибирский институт репродукции и генетики человека, выигравший конкурс. В настоящее время уже 5 пациентам начато осуществление данной процедуры.

**Наталья Олеговна:**

*- Меня интересует вопрос обеспечения онкологических больных необходимыми лекарственными препаратами. Складывается такое впечатление, что их не хватает для всех. Такие препараты, как «Карбоплатин» я покупаю самостоятельно, а «Ирессу» не могу приобрести, не хватает пенсии... Так все-таки как получать необходимые препараты бесплатно без обращения в вышестоящие органы???*

**Елыкомов Валерий Анатольевич:**

- Препарат «Карбоплатин» не включен в «Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи» (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 сентября 2006 г. N 665), и по бесплатным рецептам за счет средств федерального бюджета из аптек не отпускается.

Лекарственный препарат "Иресса" закуплен в соответствии с заявкой на II полугодие 2009 г. ГУЗ "Алтайский краевой онкологический диспансер" г. Барнаула.

Дополнительный закуп в рамках Программы ОНЛС лекарственного препарата "Иресса" состоялся 02.07.2009 г. В настоящее время Вам необходимо обратиться в ГУЗ "Алтайский краевой онкологический диспансер" г.Барнаула, ул. Никитина, 77 к заместителю главного врача по ОМР Цивкиной В.П., контактный тел.: 36-38-46.

**Подольский Юрий Анатольевич, село Плотниково:**

*- Почему в Барнауле не оказывают медицинскую помощь по ОМС без прописки или направления? Если хотите возразить, проверьте на практике.*

**Елыкомов Валерий Анатольевич:**

- Медицинская помощь по ОМС оказывается независимо от прописки или направления. Но помощь эта экстренная – в соответствии с территориальной программой государственных гарантий. Экстренная помощь оказывается независимо от регистрации в день обращения, плановая – по месту жительства. Оказание плановой медицинской помощи без учета прикрепления пациента к определенной поликлинике приведет к диспропорциям в работе муниципальной амбулаторной системы оказания медицинской помощи. В стационарах помощь оказывается независимо от места жительства пациента.

*- В Алтайском крае сегодня есть возможность производить трансплантацию донорских органов?*

**Елыкомов Валерий Анатольевич:**

- В 2009 году в Алтайской краевой клинической больнице открыто отделение гематологии с асептическим блоком. В конце текущего года мы планируем начать аутотрансплантацию костного мозга. Трансплантация почек и других органов и тканей будет возможна после подготовки соответствующих специалистов и получения федеральной лицензии. В краевой целевой программе "Гемодиализ и трансплантация почки" уже заложены средства на обучение специалистов-трансплантологов почек.

*- Всеобщая диспансеризация, на мой взгляд, - унижительный показушный прогон населения через медучреждения с большими затратами и нулевыми результатами.*

**Елыкомов Валерий Анатольевич:**

- Дополнительная диспансеризация работающих граждан предусматривает выявление заболеваний на ранних стадиях, а также факторы риска этих заболеваний, что позволяет профилактировать возникновение, обострение и осложнение болезней. По данным диспансеризации 2008 года, у осмотренных жителей края выявлено 335 708 ранее известных хронических заболеваний, 102 584 заболеваний, выявленных впервые. В том числе, на поздней стадии - только 5 случаев. По результатам диспансеризации, 50 803 человека взято на диспансерный учет, пролечено в стационаре 453 человека, 81 человек был направлен в федеральные специализированные медицинские учреждения для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

**Геннадий Похабов:**

*- Вы знаете, что достаточно большая часть населения города Рубцовска и Рубцовского района пострадала от ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне. В этой связи, медицинские учреждения города очень нуждаются в современном диагностическом оборудовании. Например, у наших соседей, в городе Семипалатинске, имеются и работают, насколько я знаю, 3 компьютерных томографа и недавно установлен и запущен МРТ. Ну, а о техническом состоянии нашего томографа, действующего с постоянными перебоями из-за поломок по причине дряхлости, в диагностическом центре г. Рубцовска и говорить-то неудобно. Может пора подумать на эту тему более серьезно, пока еще финансируется "Семипалатинская программа"?*

**Елыкомов Валерий Анатольевич:**

- В течение 3-х последних лет из "тяжелого" оборудования в Рубцовск было поставлено 3 цифровых флюорографа, рентген-аппарат, маммограф, 15 современных автомобилей скорой медицинской помощи на общую сумму 58 миллионов рублей. Во время визита в Алтайский край Министра здравоохранения и социального развития Татьяны Голиковой Губернатором Александром Карлиным была высказана просьба о создании в Рубцовске первичного отделения регионального сосудистого центра. В адресной инвестиционной программе края создание такого центра запланировано до 2011 года.

**Елена:**

*Здравствуйте. Во многих регионах России существует краевая/городская (т.е. помимо федеральной) программа по проведению ЭКО для бесплодных пар. В федеральной программе прописан только трубный фактор бесплодия. Как быть парам с мужским фактором бесплодия (вырезать трубу(ы)) или как сказала врач ЖК - сходите "налево", зачем так тратиться? Планируется ли принятие местной программы для организации помощи таким парам? Для справки процедура эко+икси на территории Алтайского края выполняется только в 1 частной клинике и стоит около 80 тыс рублей, не считая лекарств для стимуляции, поддержки и т.п. (все около 150 тыс рублей за 1 попытку с 30% шансом на успех) при этом очередь на первичный прием около 2х месяцев.*

*Актуальная информация о системе здравоохранения должна быть доступна через интернет (информация на сайте <http://www.altayzdrav.ctmed.ru> не всегда соответствует действительности, например, с горем пополам можно найти информацию о медико-генетической консультации, но при этом еще нужно воспользоваться дубльгис, чтобы выяснить адрес, телефон больницы, а уж виды анализов - тайна за семью печатями, кстати прайса на услуги генетиков нет в регистратуре, отправляют сразу к врачу). Все школы края имеют свой веб-сайт, почему больницы края не имеют свое веб-представительство?*

*И еще в этом году 2 раза обращалась через интернет-приемную по поводу программы эко, но каждый раз получала только отписки, а мне нужен конкретный ответ: да, можно попасть в программу в нашем случае или нет. Я понимаю, что много работы и вникать в чужие проблемы сложно, но по-моему для того и нужна приемная, чтобы получить качественный ответ заочно и не нужно писать, что я неудовлетворена полученной информацией из ЖК, я же не в Роспотребнадзор обратилась. В своих обращениях я задавала тот же вопрос, что и Вам сегодня, но первый раз меня отослали искать приказ №125 от 2004 г «ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ДОРОГОСТОЯЩЕЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПОДЧИНЕНИЯ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ МИНЗДРАВУ РОССИИ и РАМН, в 2004 году», второй раз отослали на прием к акушеру-гинекологу в краевую поликлинику (т.е. я сама-то читать не умею, пусть мне гинеколог скажет, что нужен трубный фактор и возьмет с меня рублей 600 за прием (это я предполагаю, не уточнила) или я не так поняла и мне стоит поискать еще болячек: здоровых не бывает, бывают недообследованные). В среду 29 июля пойду узнаю, если на прием попаду, а то там запись забавная: сначала к 14-00 приходи запишись, а прием будет после 15-00, т.е. кроме денег еще нужно много рабочего времени потерять, которое кстати оплачиваться не будет).*

*Для справки как мы дошли до ЭКО: 2 года лечения в ЖК- гормональное, затем только посоветовали сдать спермограмму (по желанию, не направили), затем еще 1,5 года лечения у андролога, приговор эко+икси, через 2 месяца попытка эко+икси. Если кластерный подход к организации медпомощи поможет сократить хоть чей-то путь за ребенком, то вы работаете не зря.*

*На сегодняшний день пациенты сами ищут ту соломинку, которая их спасет...*

*Извиняюсь за сумбурность изложения, но все же, хочется получить ответы.*

**Елыкомов Валерий Анатольевич:**

- Уважаемая Елена Геннадьевна! Повторно сообщаем Вам, что законом Алтайского края от 10.10.2008 г. № 94-ЗС утверждена краевая целевая программа "Демографическое развитие Алтайского края на 2008 - 2015 гг.", в рамках мероприятий которой предусмотрено проведение вспомогательных репродуктивных технологий для лечения бесплодия. Для определения показаний к использованию вспомогательных репродуктивных технологий Вы и Ваш муж должны быть обследованы в установленном стандартом объеме. Данное обследование Вы можете пройти в краевой клинической поликлинике, по адресу: ул. Пушкина, 58, тел.: 63-32-36 (Борисова Оксана Геннадьевна).

**Город Рубцовск, Невежин Николай Иванович:**

- Вас беспокоит врач скорой помощи города Рубцовска Невежин Николай.

Я вот уже 22 года работаю на скорой помощи и могу проследить определенные наметившиеся тенденции, а именно, рост числа вызовов, особенно к хроническим больным, влияние социальных факторов на здоровье населения, плохая работа поликлиник. Нельзя не отметить, что развитие средств связи так же сказалось на доступности скорой помощи в любое время суток и в любом месте. Нагрузка на врача скорой помощи значительно возросла. Как результат – молодые специалисты не хотят идти работать на скорую помощь. Тяжело, не престижно, мало платят.

Как факт в городе Рубцовске происходит старение врачебных кадров в данном передовом звене медицинского обслуживания, средний возраст врачей у нас на скорой 49 лет. При такой тенденции не далеко то время, когда останутся работать одни фельдшера. К тому же по ФЗ РФ №122, служба скорой помощи находится на местном муниципальном бюджете, а он пуст.

Вопрос: устраивает ли краевые органы власти то обстоятельство, что уровень оказания медицинской помощи, объективно (из-за отсутствия кадров), опустится до первой медицинской (фельдшерской) помощи? Что намерены предпринять органы власти (все уровни), что бы стабилизировать ситуацию, не говоря уже об инновациях в здравоохранении? Будут ли приниматься новые финансовые рычаги? Будет ли обещанная 7,5% надбавка бюджетникам в августе этого года? С уважением, Невежин Н.

**Елыкомов Валерий Анатольевич:**

- Хотелось бы сказать, что как раз скорая медицинская помощь и "медицина катастроф" по оснащенности находятся в выигрышном положении по сравнению с другими службами. Во-первых, полностью заменен парк автомашин, а это более 300 хорошо оснащенных медицинским оборудованием автомобилей. "Медицина катастроф" получила новые реанимобили "Фольксваген", где во время транспортировки можно проводить предоперационную подготовку пациента. Во-вторых, врачам и фельдшерам скорой медицинской помощи установлены президентские доплаты стимулирующего характера. Конкретно в городе Рубцовске городская скорая помощь получила прекрасное здание. На повестке дня в здравоохранении в целом и в скорой медицинской помощи в частности - решение кадровой проблемы. На 4 съезде врачей Алтайского края решение этой задачи поставлено на первое место.

Повышение эффективности работы участкового звена здравоохранения входит в программу "эффективных стационарзамещающих технологий". С июля текущего года центральные районные больницы в этой связи переведены на подушевой принцип финансирования.

**А. Майорова, редактор "Вести - Алтай":**

- Насколько сдвинулось решение вопроса о федеральном финансировании строительства центра высоких медицинских технологий после визита премьер – министра В.Путина в июне? Когда и какое будут закупать оборудование для этого центра? Когда он будет сдан и когда начнёт работать?

**Елыкомов Валерий Анатольевич:**

В настоящее время в связи с передачей строительства федеральных центров высоких медицинских технологий в госкорпорацию "Ростехнологии" проводится аудит потраченных средств на возведение нулевых циклов. После этого строительство центров продолжится.

## ТЕМА НОМЕРА

# Основные направления взаимодействия с органами местного самоуправления по организации оказания медицинской помощи

Развитие отраслей социальной сферы, в том числе и здравоохранения, является приоритетным направлением стратегии социально-экономического развития края на период до 2025 г. Основная задача, стоящая перед отраслью здравоохранения в период экономического кризиса - обеспечение доступности и качества медицинской помощи населению, вне зависимости от места проживания.

Как известно, в соответствии с Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» к полномочиям органов местного самоуправления относится организация оказания на территории муниципального района первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях, скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов.

Функции органов местного самоуправления определены в ряде законодательных актов, регламентирующих процесс оказания медицинской помощи на территории края, в том числе в Законе Алтайского края от 31 декабря 2004 г. № 79-ЗС "Об оказании медицинской помощи на территории Алтайского края", в Постановлении Администрации Алтайского края от 8 декабря 2006 г. № 511 «Об утверждении основных направлений развития здравоохранения в Алтайском крае на 2007-2009 годы».

Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности считает взаимодействие с органами местного самоуправления по вопросам организации, обеспечения доступности и качества оказания медицинской помощи населению одной из приоритетных задач.

В настоящее время в крае функционирует 431 лечебно-профилактическое учреждение. Медицинскую помощь жителям села оказывают 60 ЦРБ, 4 районные и 90 участковых больниц, 148 сельских амбулаторий и 941 фельдшерско-акушерский пункт, на селе работает 115 общих врачебных практик. Скорую медицинскую помощь оказывают 3 станции и 63 отделения, из них 59 – на селе.

Национальный проект «Здоровье», значительные усилия Администрации края позволили создать современную материальную базу здравоохранения, способную обеспечить высокий лечебно-диагностический уровень медицинских учреждений.

В соответствии с утвержденным перспективным планом капитальные вложения на строительство и реконструкцию объектов здравоохранения края в сравнении с 2006 годом возросли в 13,9 раза (с 58,2 млн. руб. в 2006 г. до 810,1 млн.руб. в 2008 г.). За данный период введено в эксплуатацию 30 объектов здравоохранения.

В 2009 году планируются к вводу в эксплуатацию: Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования; вторая очередь краевой клинической больницы с консультативной поликлиникой; поликлиника краевого онкодиспансера. Развивается трассовая служба скорой медицинской помощи.

За 2006-2008г. в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в край поступило ресурсов на сумму 5,5 млрд. руб., из них в здравоохранение села - около 2,4 млрд. руб. В сельские ЛПУ поставлено 515 единиц диагностического оборудования и 275 единиц автотранспорта.

На селе открыто 115 общих врачебных практик, оборудованных за счет соответствующей краевой целевой программы. За три года бюджет сельского здравоохранения края из всех источников финансирования увеличился на 37,6% - с 2689,6 млн. рублей в 2006г. до 3702,4 млн.рублей в 2008г.

Реализация важнейших государственных программ в сфере здравоохранения: ОНЛС и ПНП «Здоровье», федеральных и краевых целевых медицинских программ позволила существенно укрепить ресурсную базу здравоохранения края. В целом за 3-летний период расходы на здравоохранение из всех источников возросли почти в 2 раза.

За период с 2006 по 2009 год в крае проведена значительная работа по лицензированию учреждений здравоохранения и в настоящее время остаются нелицензированными только 4 территориально-обособленных подразделения (ФАПа) в Егорьевском, Алтайском, Змеиногорском районах.

Ресурсные вложения в систему здравоохранения позволили не только переоснастить первичное звено здравоохранения, но и существенно увеличить доступность высокотехнологичной медицинской помощи. За три года объемы оказанной высокотехнологичной медицинской помощи жителям края увеличились в 7 раз. Всего в 2008г. высокотехнологичную медицинскую помощь получили 3604 жителя края, за 6 мес. 2009 г. – 941 человек.

Реализация национального проекта «Здоровье», действия Администрации края по модернизации материальной базы здравоохранения, создали условия реформирования отрасли на основе кластерного механизма.

Внесены изменения в Закон Алтайского края «Об организации медицинской помощи на территории Алтайского края», которым Администрация края наделена дополнительным полномочием по инновационному развитию здравоохранения. Закон содержит определение медицинского кластера. Органам местного самоуправления вменена ответственность по взаимодействию с Администрацией

края, Главным управлением по здравоохранению и фармацевтической деятельности по обеспечению кластерного подхода к оказанию медицинской помощи.

Кластерный подход позволит объединить в единый технологический процесс медицинских специалистов, оказывающих как первичную, так и специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь.

В рамках обеспечения данного подхода к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи кардиологическим больным стандартизован и просчитан весь маршрут движения пациента от первичного посещения участкового терапевта до высокотехнологичной операции с последующей реабилитацией на санаторном и амбулаторно-поликлиническом этапах.

За включение каждого больного в лист ожидания по разделу «кардиохирургия» на уровне ЦРБ определена оплата за счет средств ОМС, которая введена с апреля текущего года в пилотной группе районов: Первомайском, Тальменском, Мамонтовском, Ключевском, Родинском, Славгородском. Оплата комплексной услуги, при условии достижения запланированного результата, будет являться дополнительным источником финансирования ЛПУ.

С целью повышения доступности медицинской помощи в крае создана врачебно-диспетчерская служба. Теперь пациенты из сельских районов края получают талон на прием к краевым специалистам по месту жительства, в наиболее удобное для них время. Такой подход позволяет экономить время и средства сельских жителей на поездки в краевой центр. В настоящее время в поликлиниках всех 60 ЦРБ внедрена система дистанционной предварительной записи пациентов на консультативные приемы в краевые ЛПУ. В течение 2008 года предварительной записью воспользовались 2534 сельских пациента, а в первые пять месяцев 2009г. - уже более 15 тысяч человек.

Дальнейшему снижению потерь здоровья жителей края от сосудистой патологии будут способствовать меры, принимаемые на уровне Правительства РФ и региональными органами власти. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации №1012 Алтайский край вошел в число пилотных регионов, где созданы региональные сосудистые центры. Первые 6 месяцев его работы уже позитивно сказались на показателях здоровья населения края. Положительную оценку работе центра дала группа специалистов НИИ инсульта Росийского государственного медицинского университета. Алтайский региональный сосудистый центр был признан лучшим в России.

**В последние годы в крае высокими темпами идут процессы системного реформирования здравоохранения в секторах оказания как первичной, так и специализированной медицинской помощи, проводится планомерная работа по повышению структурной эффективности отрасли.**

В Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Алтайского края бесплатной медицинской помощи в 2009 году определены плановые объемы медицинской помощи, показатели структурной эффективности, плановые показатели результативности деятельности центральных районных больниц, степени удовлетворенности населения медицинской помощью.

В утвержденном Администрацией края Перечне показателей Индикативного плана социально-экономического развития муниципальных образований обозначены плановые значения приоритетных показателей, обеспечивающих оценку осуществления органами исполнительной власти муниципальных образований законодательно закрепленных государственных полномочий по оказанию медицинской помощи.

Единый подход к проведению реструктуризации объемов медицинской помощи, повышению структурной эффективности работы системы здравоохранения края включает:

- развитие амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе с широким распространением общих врачебных практик;
- развитие стационарозамещающих технологий (развертывание мест дневных стационаров во всех муниципальных образованиях края);
- передача объемов медико-социальной помощи, оказываемой в круглосуточных стационарах системы здравоохранения, в ведение системы социальной защиты населения;
- анализ структуры больных, находящихся в круглосуточных стационарах и проведение на его основе, по согласованию с органами законодательной и исполнительной муниципальной власти, населением, частичного сокращения коечного фонда с организацией дневных стационаров.

В мае 2009 года подписаны соглашения Губернатором края А.Б. Карлиным с главами муниципальных образований о социально-экономическом партнерстве.

Более двадцати индикаторов здравоохранения включены в перечень критериев, по которым определяется эффективность деятельности органов государственной и муниципальной власти. Следует подчеркнуть, что уровень смертности, заболеваемости, инвалидизации населения – это, в первую очередь, критерий эффективности работы органов местного самоуправления.

С целью обеспечения доступности, повышения качества оказания медицинской помощи населению края проводится постоянная работа, направленная на конструктивное взаимодействие Главного управления с главами муниципальных образований.

Главным управлением проводится мониторинг индикативных показателей, характеризующих эффективность здравоохранения в разрезе муниципальных образований, мониторинг результативности деятельности центральных районных больниц с уведомлением глав муниципальных образований в случае отклонения от плановых значений показателей, осуществляется анализ качества оказания медицинской помощи.

Согласно результатам проводимого мониторинга выполнения плановых объемов медицинской помощи в системе ОМС, за 5 месяцев 2009 года определились аутсайдеры. Это такие районы как Ключевской, Крутихинский, Кытмановский, Михайловский, Панкрушихинский, Смоленский, Табунский, Усть-Калманский, имеющие значительные отклонения от плана-задания.

С учетом специфики региона (высокий удельный вес сельского населения, значительная удаленность муниципальных районов от краевого центра) - важной составляющей развития здравоохранения является обеспечение доступности и повышение эффективности первичной медико-санитарной помощи. Использование принципа медико-географического зонирования, дальнейшее внедрение общих врачебных практик позволяет добиться значительных результатов. Главное управление проводит планомерную работу с муниципальными образованиями по развитию данного направления. В крае выделено 7 медико-географических зон (округов), определены кураторы зон и сельских районов из числа сотрудников Главного управления, опытных организаторов здравоохранения.

Проводится работа по развитию межрайонного принципа в здравоохранении путем организации специализированных отделений. Данная работа направлена на обеспечение равнодоступности в получении специализированной медицинской помощи сельскому населению. Полномочия государственной власти Алтайского края в части оказания специализированной медицинской помощи переданы краевым специализированным центрам и отделениям (лабораториям) муниципальных организаций здравоохранения (Постановление Администрации Алтайского края от 17.04.2009 г. №168). На сегодняшний день в крае развернуто 119 краевых и межрайонных специализированных отделений и центров, частично финансируемых за счет субвенций из краевого бюджета.

Осуществляется выездная работа специалистов Главного управления, направленная на оказание помощи в вопросах организации медицинского обслуживания населения, решение диагностических, лечебно-реабилитационных задач, при выезде в районы организуются встречи с Главами муниципальных образований.

Проводится рассмотрение вопросов эффективности деятельности здравоохранения всех муниципальных образований края на заседаниях коллегий Главного управления с приглашением Глав муниципальных образований. Организуются краевые селекторные совещания с главными врачами муниципальных учреждений здравоохранения с рассмотрением антикризисных мер в здравоохранении.

Отмечая определенные положительные изменения, следует констатировать, что важнейшие проблемы отрасли: недостаточное системное взаимодействие между ЛПУ на различных этапах оказания медицинской помощи и слабая структурная эффективность, вопросы лицензирования медицинской деятельности в некоторых учреждениях здравоохранения - еще до конца не решены. Сохраняется несбалансированность объемов медицинской помощи, оказанной в стационарах с круглосуточным пребыванием пациентов и помощи в дневных стационарах.

До сих пор на территории края есть муниципальные образования, в системе здравоохранения которых отсутствуют дневные стационары, а, следовательно, не может быть структурной эффективности здравоохранения. Это Бурлинский, Быстроистокский, Волчихинский, Егорьевский, Ельцовский, Красногорский, Крутихинский, Первомайский, Табунский, Троицкий, Усть-Калманский, Усть-Пристанский районы.

В целом за период с 2005 по 2008 гг. число мест в дневных стационарах в крае увеличено на 22%, объемы оказанной в них медицинской помощи возросли на 77%.

В I полугодии 2009 г. продолжена работа по повышению структурной эффективности объемов основных видов медицинской помощи, оказываемой как в сельских ЛПУ, так и в целом в ЛПУ края: возросли объемы амбулаторно-поликлинической помощи и помощи в дневных стационарах при снижении нагрузки на круглосуточный стационар. По предварительным данным, в I полугодии 2009 г. в сельских муниципальных ЛПУ сокращена 531 неэффективно работающая койка с круглосуточным пребыванием пациентов, вместе с тем число коек дневных стационаров увеличено на 230.

Объемы помощи в сельских амбулаторно-поликлинических учреждениях возросли, в сравнении с аналогичным периодом прошлого года, на 5,5% и составили 3752,2 посещения на 1000 жителей (в 2008 г. - 3555,7), в целом по краю показатель составил 4540,8 на 1000 жителей (в 2008 г. - 4274,2, рост на 6,2%).

В дневных стационарах сельских ЛПУ проведено 179,1 пациенто-дней на 1000 жителей (в 2008г. - 140,2, рост на 27,8%), в целом по краю показатель составил 198,6 пациенто-дней на 1000 жителей (в 2008 г. - 174,5, рост на 13,8%). Дневные стационары в I полугодии 2009 г. работали в 210 ЛПУ (в 2008 г. - в 165).

В круглосуточных стационарах сельских ЛПУ проведено 1445,4 койко-дней на 1000 жителей (в 2008г. - 1532,5, снижение объемов составило 5,7%).

Важнейшим индикатором, отражающим результативность работы системы здравоохранения, качество жизни населения, являются показатели его здоровья. В первом полугодии 2009 года, в сравнении с аналогичным периодом прошлого года, в крае отмечается позитивная динамика основных демографических показателей.

В сравнении с аналогичным периодом прошлого года рождаемость выросла на 5,2% (родилось на 558 детей больше); общая смертность снизилась на 6,3% (умерло меньше на 1420 чел.); показатель младенческой смертности снизился на 13,1%. Сократилась естественная убыль населения.

С I по V месяцы 2009 г. смертность населения трудоспособного возраста снизилась на 16,8%. Отмечается уменьшение показателя смертности от ведущих причин смерти: от туберкулеза (на 28,3%); злокачественных новообразований (на 0,5%); болезней системы кровообращения (на 6,9%), в том числе от инсультов (на 18,6%); от болезней органов дыхания (на 12%); от внешних причин смерти (на 15,5%), в том числе: от транспортных травм – на 26,4%, от суицидов – на 4,8%, от отравлений алкоголем на 14,5%.

Главное управление по здравоохранению и фармацевтической деятельности продолжит последовательную работу по взаимодействию с органами местного самоуправления, направленную на повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения с ориентацией на обеспечение качества и доступности медицинской помощи.

**В.В. Яковлев, О.А. Голдобина**