

ТЕМА НОМЕРА

Медицинский кластер в Алтайском крае

Российская Академия государственной службы при Президенте Российской Федерации, Министерство здравоохранения и социального развития РФ, совместно с Торгово-промышленной палатой РФ и ведущими научными медицинскими учреждениями провели 27-28 октября 2009г. в Москве III Всероссийскую научно-практическую конференцию и специализированную выставку "Высокие медицинские технологии".

Основными направлениями конференции стали:

1. Обеспечение населения высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощью (ВМП).
2. Научные достижения в сфере оказания хирургических видов высокотехнологичной медицинской помощи: сердечно-сосудистая хирургия, онкология, нейрохирургия.
3. Научные достижения в сфере оказания терапевтических видов высокотехнологичной медицинской помощи: рентгенодиагностика, кардиология, оториноларингология.
4. Научные достижения в сфере оказания высокотехнологичной медицинской помощи в экстракорпоральной терапии.
5. Лекарственное обеспечение в системе оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

В работе конференции приняли участие представители органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, руководители Федеральных медицинских центров, главные врачи и специалисты лечебно-профилактических учреждений, главные терапевты регионов России, сотрудники медицинских научно-исследовательских институтов. В рамках конференции проведена выставочная экспозиция медицинской техники, оборудования для операционных, палат интенсивной терапии и лабораторий, мебели, лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов.

С фиксированными докладами были приглашены только три субъекта РФ - министры здравоохранения Чувашской республики - Н.В.Суслова, Челябинской области - В.А. Шепелев и начальник Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности **В.А.Елыкомов**.

Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи жителям Алтайского края

Целью работы системы здравоохранения является обеспечение конституционных прав граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи, улучшение показателей здоровья и увеличение продолжительности активной жизни населения.

Стратегия социально-экономического развития Алтайского края на период до 2025г. определяет основным инновационным вектором – развитие отраслей социальной сферы, в том числе и здравоохранения.

Алтайский край – один из крупных аграрно-промышленных регионов Сибири с численностью населения около 2,5 миллионов человек, из которых **46,4%** - сельские жители. **Доля** сельского населения в крае почти **вдвое выше**, чем в среднем по России. Край – самый равномерно заселенный регион в Сибири и на Дальнем Востоке, следствием этого является чрезвычайно разветвленное административно-территориальное деление. В крае 12 городов, 60 сельских районов, 722 сельских администраций и 1607 сельских населенных пунктов, среди которых преобладают «малые села» с населением до 500 человек.

Значительна (в среднем на 267,5 км.) удаленность сельских районов от краевого центра, разветвлена сеть первичной медико-санитарной помощи и, следовательно, высока затратность ее содержания. Указанные особенности в значительной степени усложняют организацию медицинской помощи, прежде всего, в вопросах обеспечения ее доступности.

В настоящее время в крае функционирует 431 лечебно-профилактическое учреждение. Медицинскую помощь жителям оказывают 60 центральных районных и 89 участковых больниц, 152 врачебные амбулатории и 933 фельдшерско-акушерских пункта, работает 115 общих врачебных практик.

Оказание специализированной медицинской помощи обеспечивают 57 краевых ЛПУ, 119 краевых и межрайонных специализированных отделений, лабораторий и центров в муниципальных ЛПУ, финансируемых из краевого бюджета.

К факторам, негативно влияющим на показатели общественного здоровья и демографическую ситуацию в крае, относятся:

- Непосредственное радиационное воздействие на поколение 50–60-х годов и на последующие поколения - в виде «генетического эффекта» оказали ядерные взрывы, проведенные на Семипалатинском исследовательском полигоне;

- Комплекс факторов, обусловленных падением фрагментов вторых ступеней ракет-носителей запускаемых с космодрома «Байконур»;

- Неблагоприятная возрастная структура населения, с более высокой, чем в среднем по Сибирскому Федеральному округу, долей лиц старших возрастов.

Изложенное во многом определяет высокий уровень заболеваемости и смертности населения региона.

Так, показатель общей заболеваемости превышает средний по РФ в 1,6 раза; распространенность болезней эндокринной системы выше, чем в среднем по РФ в 2,3 раза, болезней системы кровообращения - в 2 раза, болезней крови - в 1,9 раза, новообразований - в 1,5 раза, врожденных аномалий - в 1,4 раза. Кроме того, заболеваемость носит множественный характер. В среднем у каждого жителя диагностируется 2,4 заболевания.

В сложившейся ситуации необходима реализация комплекса мер, в том числе внедрение новых жизнеспасающих технологий, развитие специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Начиная с 2005 г., в крае инициирована работа по созданию системы оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

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

Благодаря поддержке Губернатора Александра Богдановича Карлина, в 2006-2008 гг. введено в строй 30 объектов здравоохранения.

Расходы краевого бюджета на строительство и реконструкцию объектов здравоохранения возросли по сравнению с 2005 годом в 10 раз.

Основными объектами являются - краевой центр радиационной и экологической медицины (краевая клиническая больница) и хирургический корпус краевого кардиодиспансера соответствующего международным стандартам, ввод которых позволил значительно увеличить объемы высокотехнологичной кардиохирургической помощи, в том числе и при остром инфаркте миокарда.

В 2008 г. проведено 1480 лечебных эндоваскулярных вмешательств, 743 при остром коронарном синдроме, причем в сравнении с 2007 г. их число возросло в 4 раза. За 9 мес. 2009 г. - 1172. Это позволило снизить стационарную летальность в 4,5 раза. После стентирования коронарных артерий вернулись к труду 94% больных, после проведения аортокоронарного шунтирования - 82%.

На стадии строительства в Барнауле высокотехнологичный центр травматологии и ортопедии. В сентябре текущего года введена в эксплуатацию поликлиника краевой клинической больницы на 1000 посещений в смену и завершается строительство поликлиники онкологического центра, что обеспечит ещё более высокий лечебно-диагностический уровень за счет внедрения новых инновационных медицинских технологий.

В соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год, Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности был осуществлен подготови-

тельный этап для развития высокотехнологичных видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения края.

Учитывая степень влияния на продолжительность и качество жизни, в качестве приоритетных были выбраны четыре направления в оказании высокотехнологичной помощи: нейрохирургия, сосудистая хирургия, кардиохирургия, а также медицинская помощь в области травматологии, ортопедии и эндопротезирования. В 2007 году приказом Главного управления были утверждены стандарты оказания ВМП, а также тарифы на данные медицинские услуги, индикаторы результативности на всех этапах оказания помощи пациенту от первичного посещения участкового терапевта до высокотехнологичной операции с последующей реабилитацией на санаторном и амбулаторно-поликлиническом этапах.

В законах Алтайского края о бюджете финансирования ВМП выделяется отдельной строкой в сумме более 200 млн. рублей.

Постановлением Администрации Алтайского края от 28.01.2008 №38 «Об оказании за счет средств краевого бюджета высокотехнологичной медицинской помощи жителям Алтайского края» были утверждены правила формирования государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и порядок финансирования государственного задания выполняемого государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения.

На основании указанного постановления был утвержден перечень учреждений, участвующих в 2008 году в выполнении государственного задания по ВМП; государственные задания этим учреждениям; форму государственного контракта; порядок направления жителей края на получение ВМП в государственные и муниципальные учреждения, имеющие государственное задание; порядок финансовых расчетов и финансовой отчетности.

В закон Алтайского края «Об оказании медицинской помощи на территории Алтайского края» внесены изменения, наделяющие Администрацию края полномочиями, необходимыми для создания условий инновационного пути развития здравоохранения, в том числе и путем создания медицинских кластеров.

Оперативное управление медицинским кластером, организационное и финансовое обеспечение выполнения стандартов и технологий ВМП выполняет КГУЗ «Медицинский центр - Управляющая компания Алтайского медицинского кластера». Управляющая компания создана в виде государственного учреждения здравоохранения постановлением Администрации края от 17.11.2008г. №478 «О создании государственного учреждения здравоохранения «Медицинский центр - управляющая компания Алтайского медицинского кластера».

Чтобы создать эффективную систему здравоохранения, мы начали системные преобразования на всех этапах оказания медицинской помощи: первич-

ной медико-санитарной (муниципальный уровень), специализированной (преимущественно краевой уровень) и высокотехнологичной медицинской помощи. Целью таких преобразований является внедрение современных организационных и медицинских технологий.

Первостепенная задача – максимально эффективно использовать имеющиеся и привлеченные в отрасль ресурсы. В ходе ее решения был сформулирован кластерный подход к организации медицинской помощи населению. Его идеология проста: вовлеченные в исцеление человека медицинские силы – от кабинета первичного осмотра до высокотехнологичного центра – должны быть гармонично увязаны в единый комплекс. Единое управление, единые методические подходы, сосредоточение средств и сил – все для эффективного лечения пациента в одном месте и в кратчайшие сроки. Своеобразный конвейер знаний, высоких технологий и человеческого участия призван обеспечить доступность и качество оказания медицинской помощи.

С 2009 г. начато формирование и мониторинг состояния здоровья лиц, с высоким риском возникновения инфаркта и инсульта из числа прошедших дополнительную диспансеризацию и групп диспансерного учета. По состоянию на 01.10.09г. на мониторинге находится более трех тысяч человек.

По разделам: «Кардиохирургия», «Ортопедия и травматология», «Нейрохирургия» и «Организация помощи больным с сосудистыми заболеваниями», в том числе для обеспечения эффективной работы регионального сосудистого центра, предусмотрена оплата всех элементов технологической цепочки с учетом индикаторов результативности на всех этапах оказания помощи пациенту от первичного посещения участкового терапевта до высокотехнологичной операции с последующей реабилитацией на санаторном и амбулаторно-поликлиническом этапах.

На основе кластерного подхода мы совершенствуем оказание высокотехнологичной ортопедотравматологической медицинской помощи. Сформирована система оказания помощи больным с тяжелой сочетанной травмой, с 2007г. край оплачивает отдельно операции по сочетанной травме и нейрохирургии. В 2007г. мы получили государственное задание на оказание ВМП за счет Федерального бюджета по эндопротезированию. На сегодняшний день три ЛПУ имеют лицензию на оказание ВМП по профилю «Ортопедия и травматология».

Результаты использования высоких технологий свидетельствуют об их эффективности. Объемы оказания данного вида помощи увеличились в 16 раз – с 68 человек в 2006 г. до 1088 в 2009 г. Значимым итогом явилось снижение госпитальной летальности от множественных травм с 51% до 10 % и сокращение первичного выхода на инвалидность среди пациентов с последствиями политравм на 48,4%. За 9 мес. 2009 года на 20,9 % сократилось количество погибших при ДТП. Разработана и утверждена «Стратегия

медицинского обеспечения безопасности дорожного движения в Алтайском крае».

Федеральная программа «Безопасность дорожного движения» на трассе М-52 и ввод в действие Федерального центра позволит совершенствовать существующую в крае систему оказания ортопедотравматологической помощи.

Развитие приоритетных направлений оказания медицинской помощи дополнительно поддерживается краевыми целевыми медицинскими программами. Законом Алтайского края утверждены 4 целевые программы и 16 подпрограмм в области здравоохранения на 2007–2011 годы с общим финансированием около 800 млн. руб.

Для реализации кластерного подхода потребовалась выработка еще одной инновации – механизма ведения больного по всей медицинской цепочке – от первого приема врачом до полной реабилитации.

С начала 2008 года создана и функционирует врачебно-диспетчерская служба. Ее отличительные особенности: укомплектованность специалистами высокой квалификации, наделенными достаточными оперативными полномочиями в области управления; прямое взаимодействие с мини-диспетчерскими службами на муниципальном уровне; сосредоточенность на специализированной и высокотехнологичной помощи, широкое применение возможностей телемедицины, современных информационных технологий, выездных форм работы. Такой подход позволил добиться понятной и логичной увязки всего процесса излечения с конечным результатом.

В настоящее время в поликлиниках всех 60 ЦРБ внедрена система дистанционной предварительной записи пациентов на консультативные приемы в краевые ЛПУ с мониторингом выполнения рекомендации краевых специалистов.

За четырехлетний период (2005 – 2008 гг.) 7917 жителей края получили высокотехнологичную медицинскую помощь. При этом объемы оказания данного вида помощи увеличились в 7 раз – с 529 человек в 2005 г. до 3604 в 2008 г.

В 2008г. высокотехнологичную медицинскую помощь получили 3604 жителя края, в том числе в федеральных центрах – **1105 чел.**, в клиниках, расположенных на территории края – **2499 чел.**

В 2008 году для оказания ВМП из краевого бюджета было выделено 224,9 млн. рублей, в 2009 г. финансирование утверждено на общую сумму 204,6 млн. рублей. За 9 месяцев 2009г. запланированные объемы ВМП выполнены на 70% от годового норматива. Данный вид помощи получили 3107 жителей края, в том числе в федеральных центрах – **952 чел.**, в краевых – **2155 чел.** Таким образом, снижение бюджетных ассигнований не сказалось на объемах и качестве оказанной ВМП, поскольку произошло за счет открытия отделений долечивания в профильных ЛПУ, финансируемых территориальным фондом ОМС.

В Алтайском крае проводится планомер-

ная работа по подготовке лечебных учреждений для оказания ВМП. В 2007 – 2009 г. медицинские учреждения края имели федеральные лицензии на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилям: «Ортопедия и травматология» (МУЗ ГБ №1 г. Барнаула); «Сердечно-сосудистая хирургия» (ГУЗ «Краевой кардиологический диспансер»); «Нейрохирургия» (ГУЗ «Краевая клиническая больница»).

За период с 2008 – 2009 г. получили лицензию еще 3 ЛПУ, расположенные на территории края: ГУЗ «Краевая клиническая больница» по профилям: травматология и ортопедия, нейрохирургия, сердечно-сосудистая хирургия, гематология, акушерство и гинекология, ревматология, гастроэнтерология, эндокринология, неврология, урология, отоларингология, офтальмология; МУЗ «Городская больница №1» г. Барнаула по профилю «нейрохирургия»; МУЗ «Городская больница №11» г. Барнаула по разделам: травматология и ортопедия и урология. Также, ряд лечебных учреждений подали документы на лицензирование в текущем году и данная работа будет продолжена.

В 2008г. в сравнении с 2007г. смертность от инсультов снизилась на 8,3%, а в трудоспособном возрасте – на 5,4%, а по данным 8 мес. 2009г. соответственно на 19,2% и 14,8%.

Проектом бюджета края на 2010 г. сохранены прежние объемы финансирования ВМП с целевым выделением 40 млн. для оказания высокотехнологичной помощи пациентам с цереброваскулярной патологией.

Осуществление государственной программы в сфере охраны здоровья способствовало улучшению состояния здоровья населения края, а важнейшим индикатором повышения качества жизни населения с 2006г. стала позитивная динамика демографических показателей.

В 2008 году, в сравнении с 2005 г. показатель общей смертности снизился на 10,2% (с 16,7 в 2005 г. до 15,0 в 2008 г. на 1 тыс. нас.), смертность трудоспособного населения снизилась на 17,9% (с 8,4 в 2005 г. до 6,9 в 2008г. на 1 тыс. нас. трудоспособного возраста).

Снижение общей смертности за данный период от болезней системы кровообращения составило 8,2% (с 903,1 в 2005 г. до 829,2 в 2008 г. на 100 тыс. нас.), в трудоспособном возрасте на 14,1% (с 224,7 в 2005 г. до 192,9 в 2008 г. на 100 тыс. нас. трудоспособного возраста).

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в сравнении с 2005 г. увеличилась у обоих полов на 2,8 года, у мужчин на 3,13 года и у женщин на 2,02 года.

В 2009г. в крае продолжилась позитивная динамика основных демографических показателей.

Так, по данным 8 мес. в сравнении с аналогичным периодом прошлого года общая смертность снизилась на 5,2%, умерло меньше на 1577 чел. (показатель 14,5‰), показатель предыдущей смертности снизился на 13,6 (до 6,17‰), число умерших уменьшилось на 1180

чел.

Естественная убыль населения сократилась с (-3,3‰), до (-2,0‰). Отмечается снижение общей смертности от ведущей причин смерти - болезней системы кровообращения – на 4,6% (на 746 чел.), в том числе от инсультов – на 19,2% (на 498 чел.); в трудоспособном возрасте смертность от БСК снизилась на 9,6% (на 227 чел.), от инсультов – на 14,8% (на 54 чел.).

Есть у нас взгляд, и отдельные сложности в реализации наших планов. Это касается необходимости решения вопроса об источниках финансирования санаторно-курортной реабилитации. Рекреационные возможности края позволяют реализовать разнообразные реабилитационные программы, в том числе и для жителей других субъектов РФ, если на федеральном уровне будет определен источник финансирования санаторной реабилитации неработающих граждан.

Было бы также целесообразно распространить методику квотирования высокотехнологичной медицинской помощи в рамках программ национальных проектов на неотложную медицинскую помощь, оказываемую в региональных центрах при экстренных состояниях (инсульт, инфаркт и т.д.).

С целью действенного влияния на процесс своевременной диагностики болезненных расстройств, в том числе и различных видов патологии, являющихся показаниями для ВМП, на наш взгляд, необходимо организовать в рамках реализации ПНП «Здоровье» диспансеризацию и неработающего населения.

Реализуемые федеральные программы в области здравоохранения, являются, несомненно, более эффективным антикризисным способом использования бюджетных средств. Они имеют четкую цель, указывают на пути ее достижения, стимулируют регионы к вложению собственных ресурсов так же по программно-целевому принципу. Наша совместная работа способствует улучшению состояния здоровья населения, поэтому Алтайский край хотел бы принимать активное участие в этой работе и в будущем.

От редакции:

Начальник Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности **В.А. Елыкомов** и директор-главный врач КГУЗ «Медицинский центр – управляющая компания Алтайского медицинского кластера» **С.В.Насонов** получили приглашение на 8-ю научно-практическую конференцию «Информационные технологии в здравоохранении», которая состоится 19 ноября в г. Казань.

ОФИЦИАЛЬНО

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

11.09.2009 г.

№ 739н

Зарегистрировано в Минюсте РФ 13 октября 2009 г. № 15008

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА
И ФОРМ УЧЕТА РАБОТНИКОВ, ВЫБЫВАЮЩИХ В СЛУЖЕБНЫЕ
КОМАНДИРОВКИ ИЗ КОМАНДИРУЮЩЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРИБЫВШИХ
В ОРГАНИЗАЦИЮ, В КОТОРУЮ ОНИ КОМАНДИРОВАНЫ**

В соответствии с пунктом 8 Положения об особенностях направления работников в служебные командировки, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 13 октября 2008 г. № 749 "Об особенностях направления работников в служебные командировки" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, № 42, ст. 4821), приказываю:

Утвердить:

Порядок учета работников, выбывающих в служебные командировки из командирующей организации и прибывших в организацию, в которую они командированы, согласно приложению № 1;

форму журнала учета работников, выбывающих в служебные командировки из командирующей организации, согласно приложению № 2;

форму журнала учета работников, прибывших в организацию, в которую они командированы, согласно приложению № 3.

Министр

Т.А.ГОЛИКОВА

Приложение № 1
к Приказу Минздравсоцразвития России
от 11 сентября 2009 г. № 739н

**ПОРЯДОК
УЧЕТА РАБОТНИКОВ, ВЫБЫВАЮЩИХ В СЛУЖЕБНЫЕ КОМАНДИРОВКИ
ИЗ КОМАНДИРУЮЩЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРИБЫВШИХ В ОРГАНИЗАЦИЮ,
В КОТОРУЮ ОНИ КОМАНДИРОВАНЫ**

1. Учет работников, выбывающих в служебные командировки (далее - командировки) из командирующей организации (далее - командированный работник), ведется в журнале учета работников, выбывающих в служебные командировки из командирующей организации (далее - журнал выбытия), форма которого предусмотрена приложением № 2.

2. В журнале выбытия содержатся сведения о фамилии, имени и отчестве командированного работника, дате и номере командировочного удостоверения, наименовании организации, в которую командирован работник, пункте назначения.

3. Учет работников, прибывших в организацию, в которую они командированы, ведется в журнале учета работников, прибывших в организацию, в которую они командированы (далее - журнал прибытия), форма которого предусмотрена приложением № 3.

4. В журнале прибытия содержатся сведения о фамилии, имени и отчестве работника, прибывшего в организацию, в которую он командирован, наименовании организации, выдавшей командировочное удостоверение, дате прибытия и дате выбытия.

5. Работодатель или уполномоченное им лицо приказом (распоряжением) назначает работника организации, ответственного за ведение журнала выбытия и журнала прибытия, а также за осуществление отметок в командировочных удостоверениях.

6. Работодатель или уполномоченное им лицо обязан обеспечить хранение журнала выбытия и журнала прибытия в течение 5 лет со дня их оформления в установленном порядке.

Приложение № 2
к Приказу Минздравсоцразвития России
от 11 сентября 2009 г. № 739н

**ЖУРНАЛ
учета работников, выбывающих в служебные командировки
из командирующей организации**

(наименование организации)

№ п/п	Фамилия, имя и отчество командированного работника	Дата и номер командировочного удостоверения	Место командирования	
			наименование организации	пункт назначения

ЖУРНАЛ
учета работников, прибывших в организацию, в которую они командированы
(наименование организации)

№ п/п	Фамилия, имя и отчество командированного работника	Наименование организации, выдавшей командировочное удостоверение	Дата прибытия	Дата выезда

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ

8.09.2009 г.

N 697н

Зарегистрировано в Минюсте РФ 15 октября 2009 г. N 15026

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОТ 20 АВГУСТА 1996 Г. N 325

В соответствии с пунктом 5.2.101 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898; 2005, N 2, ст. 162; 2006, N 19, ст. 2080; 2008, N 11, 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; N 12, ст. 1427; N 12, ст. 1434), и в целях оказания первой помощи лицам, пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий, на месте дорожно-транспортного происшествия приказываю:

1. Пункт 2.5 состава аптечки первой помощи (автомобильной) (далее - Состав), утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 20 августа 1996 г. N 325 "Об утверждении аптечки первой помощи (автомобильной)" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 июля 1997 г. N 1342) с изменениями, внесенными Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 апреля 2002 г. N 106 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 апреля 2002 г. N 3348), исключить.

2. Пункт 2.6 Состав изложить в следующей редакции: "Лейкопластырь бактерицидный не менее 1,9 x 7,2 см - 8 шт."

3. Внести изменения в Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 20 августа 1996 г. N 325 "Об утверждении аптечки первой помощи (автомобильной)" согласно приложению.

4. Пункт 3 настоящего Приказа вступает в силу с 1 июля 2010 г.

5. Аптечки первой помощи (автомобильные), произведенные до вступления в силу пункта 3 настоящего Приказа, действительны в течение срока их годности, но не позднее 31 декабря 2011 г.

Министр

Т.А.ГОЛИКОВА

Приложение

к Приказу Минздравсоцразвития России
от 8 сентября 2009 г. N 697н

ИЗМЕНЕНИЯ,
ВНОСИМЫЕ В ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОТ 20 АВГУСТА 1996 Г. N 325 "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ АПТЕЧКИ
ПЕРВОЙ ПОМОЩИ (АВТОМОБИЛЬНОЙ)"

1. Наименование Приказа после слова "Об утверждении" дополнить словами "состава и рекомендаций по применению".

2. Пункт 2 Приказа изложить в следующей редакции:

"2. Рекомендации по применению аптечки первой помощи (автомобильной) (Приложение N 2)".

3. Приложение N 1 к Приказу изложить в следующей редакции:

"Приложение N 1

к Приказу Минздравмедпрома России
от 20 августа 1996 г. N 325

СОСТАВ АПТЕЧКИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ (АВТОМОБИЛЬНОЙ)

№ п/п	Наименование вложения	Нормативный документ	Форма выпуска (размеры)	Количество (штук, упаковок)
1	Средства для временной остановки наружного кровотечения и перевязки ран			
1.1	Жгут кровоостанавливающий	ГОСТ Р ИСО 10993-99 <1>		1 шт.
1.2	Бинт марлевый медицинский нестерильный	ГОСТ 1172-93 <2>	5 м x 5 см	2 шт.
1.3	Бинт марлевый медицинский нестерильный	ГОСТ 1172-93	5 м x 10 см	2 шт.
1.4	Бинт марлевый медицинский нестерильный	ГОСТ 1172-93	7 м x 14 см	1 шт.
1.5	Бинт марлевый медицинский стерильный	ГОСТ 1172-93	5 м x 7 см	2 шт.

1.6	Бинт марлевый медицинский стерильный	ГОСТ 1172-93	5 м x 10 см	2 шт.
1.7	Бинт марлевый медицинский стерильный	ГОСТ 1172-93	7 м x 14 см	1 шт.
1.8	Пакет перевязочный стерильный	ГОСТ 1179-93 <3>		1 шт.
1.9	Салфетки марлевые медицинские стерильные	ГОСТ 16427-93 <4>	Не менее 16 x 14 см N 10	1 уп.
1.10	Лейкопластырь бактерицидный	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 4 см x 10 см	2 шт.
1.11	Лейкопластырь бактерицидный	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 1,9 см x 7,2 см	10 шт.
1.12	Лейкопластырь рулонный	ГОСТ Р ИСО 10993-99	Не менее 1 см x 250 см	1 шт.
2	Средства для сердечно-легочной реанимации			
2.1	Устройство для проведения искусственного дыхания "Рот - Устройство - Рот"	ГОСТ Р ИСО 10993-99		1 шт.
3	Прочие средства			
3.1	Ножницы	ГОСТ Р 51268-99 <5>		1 шт.
3.2	Перчатки медицинские	ГОСТ Р ИСО 10993-99 ГОСТ Р 52238- 2004 <6> ГОСТ Р 52239- 2004 <7> ГОСТ 3-88 <8>	Размер не менее М	1 пара
3.3	Рекомендации по применению аптечки первой помощи (автомобильной)			1 шт.
3.4	Футляр			1 шт.

<1> ГОСТ Р ИСО 10993-99 "Изделия медицинские. Оценка биологического действия медицинских изделий". Принят и введен в действие Постановлением Госстандарта России от 29 декабря 1999 г. N 862-ст. Издательство стандартов, 1999.

<2> ГОСТ 1172-93 "Бинты марлевые медицинские. Общие технические условия". Принят Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации 21 октября 1993 года. Постановлением комитета Российской Федерации по стандартизации, метрологии и сертификации от 02.06.1994 N 160 межгосударственный стандарт ГОСТ 1172-93 введен в действие непосредственно в качестве государственного стандарта Российской Федерации с 01.01.1995. Издательство стандартов, 1995.

<3> ГОСТ 1179-93 "Пакеты перевязочные медицинские. Технические условия". Принят Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации 21 октября 1993 года. Постановлением комитета Российской Федерации по стандартизации, метрологии и сертификации от 02.06.1994 N 160 межгосударственный стандарт ГОСТ 1179-93 введен в действие непосредственно в качестве государственного стандарта Российской Федерации с 01.01.1995. Издательство стандартов, 1995.

<4> ГОСТ 16427-93 "Салфетки и отрезки марлевые медицинские. Технические условия". Принят Межгосударственным советом по стандартизации, метрологии и сертификации 21 октября 1993 года. Постановлением комитета Российской Федерации по стандартизации, метрологии и сертификации от 02.06.1994 N 160 межгосударственный стандарт ГОСТ 16427-93 введен в действие непосредственно в качестве государственного стандарта Российской Федерации с 01.01.1995. Издательство стандартов, 1995.

<5> ГОСТ Р 51268-99 "Ножницы. Общие технические условия". Принят и введен в действие Постановлением Госстандарта России от 20 апреля 1999 г. N 131. Издательство стандартов, 1999.

<6> ГОСТ Р 52238-2004 (ИСО 10282:2002) "Перчатки хирургические из каучукового латекса стерильные одноразовые". Утвержден и введен в действие Постановлением Госстандарта России от 9 марта 2004 г. N 103-ст. Издательство стандартов, 2004.

<7> ГОСТ Р 52239-2004 (ИСО 11193-1:2002) "Перчатки медицинские диагностические одноразовые". Утвержден и введен в действие Постановлением Госстандарта России от 9 марта 2004 г. N 104-ст. Издательство стандартов, 2004.

<8> ГОСТ 3-88 "Перчатки хирургические резиновые". Утвержден и введен в действие Постановлением Государственного комитета СССР по стандартам от 19 июля 1988 года. Издательство стандартов, 1988.

Примечания:

1. Средства, входящие в состав аптечки первой помощи (автомобильной), не подлежат замене.
2. По истечении сроков годности средств, входящих в состав аптечки первой помощи (автомобильной), или в случае их использования аптечку необходимо пополнить."
3. Приложение N 2 к Приказу изложить в следующей редакции:

"Приложение N 2
к Приказу Минздравмедпрома России
от 20 августа 1996 г. N 325

**РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ПРИМЕНЕНИЮ АПТЕЧКИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ (АВТОМОБИЛЬНОЙ)**

1. Средства, входящие в состав аптечки первой помощи (автомобильной), предусмотренные приложением N 1 (далее - Состав аптечки), при оказании первой помощи лицам, пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий, рекомендуется применять следующим образом:

а) при оказании первой помощи лицам, пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий, все манипуляции выполнять в медицинских перчатках (п. 3.2 Состав аптечки);

б) при артериальном кровотечении из крупной (магистральной) артерии прижать сосуд пальцами, в точках прижатия наложить жгут кровоостанавливающий (п. 1.1 Состав аптечки) выше места повреждения, с указанием в записке времени наложения жгута, наложить на рану давящую (тугую) повязку (п. 1.2 - 1.9

Состава аптечки);

в) при отсутствии у пострадавшего самостоятельного дыхания провести искусственное дыхание при помощи устройства для проведения искусственного дыхания "Рот - Устройство - Рот" (п. 2.1 Состава аптечки);

г) при наличии раны наложить давящую (тугую) повязку, используя стерильные салфетки (п. 1.9 Состава аптечки) и бинты (п. 1.2 - 1.7 Состава аптечки) или применяя пакет перевязочный стерильный (п. 1.8 Состава аптечки). При отсутствии кровотечения из раны и отсутствии возможности наложения давящей повязки наложить на рану стерильную салфетку (п. 1.9 Состава аптечки) и закрепить ее лейкопластырем (п. 1.12 Состава аптечки). При микротравмах использовать лейкопластырь бактерицидный (п. 1.10 - 1.11 Состава аптечки).".

Комментарии

В новом составе автомобильной аптечки будут необходимые средства для оказания первой помощи пострадавшим в ДТП

Автомобильные аптечки используются гражданами, не имеющими медицинского образования, и предназначены для оказания первой помощи пострадавшим в ДТП. Это и определило основные отличия нового разработанного состава от старого: существенное увеличение в составе аптечки перевязочных средств и отсутствие в аптечке лекарств.

Увеличение числа перевязочных средств связано с тем, что при ДТП главным фактором, приводящим к смерти или тяжелому состоянию пострадавшего, является кровотечение. Входящие в состав старой Аптечки 3 бинта не позволяли оказать помощь даже одному пострадавшему, имеющему несколько ран.

Исключение медикаментов из состава Аптечки обусловлено следующим:

- Нахождение лекарственных препаратов в автомобиле, где температура может колебаться в пределах от -40 до +55 градусов по Цельсию, является грубым нарушением условий хранения медикаментов и может привести к тому, что препарат будет испорчен и станет опасным при его применении.

- Возрастает срок годности Аптечек.

- Идеология комплектации Аптечек аналогична опыту развитых зарубежных стран, которые имеют большой опыт оказания помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, в том числе водителями транспортных средств.

Утвержденный новый состав аптечки рассчитан на оказание первой помощи при травмах и угрожающих жизни состояниях и является обязательным. **При этом водитель может по своему усмотрению хранить в аптечке лекарственные средства и изделия медицинского назначения для личного пользования, принимаемые им самостоятельно или рекомендованные лечащим врачом и находящиеся в свободной продаже в аптеках.**

Некоторые эксперты высказывают мнения, что исключение медикаментов из состава аптечки приведет к увеличению смертности от ДТП и сделает последствия дорожно-транспортного травматизма более тяжелыми. Это не соответствует действительности, так как входящие в состав аптечки старого образца анальгин, ацетилсалициловая кислота, активированный уголь, валидол, нитроглицерин, корвалол, раствор аммиака и раствор бриллиантовой зелени **не имеют никакого отношения к оказанию помощи пострадавшим в ДТП и не влияют на смертность.**

Введение в действие аптечки первой помощи (автомобильной) нового состава, наряду с повышением качества подготовки водителей к оказанию первой помощи будет способствовать увеличению частоты и эффективности оказания первой помощи. Это в свою очередь снизит частоту смертности, инвалидности и сроков временной утраты трудоспособности от травм.

Приказ по новому составу автомобильной аптечки первой помощи вступит в действие с 1 июля 2010 года. Это позволит производителям аптечек в рабочем режиме внести необходимые изменения в производственную документацию и подготовиться к выпуску аптечек нового образца. Кроме того, к 1 июля заканчивается ежегодное увеличение спроса на аптечки, что позволит избежать ажиотажа и временного дефицита аптечек.

Предусмотрена в приказе и возможность плавного замещения аптечек старого образца новыми. Все аптечки, произведенные до вступления в действие приказа, будут действительны и после вступления приказа в силу до окончания их срока годности. Поэтому автовладельцу не придется, купив, например, в мае 2010 года аптечку старого образца, после 1 июля сразу покупать новую.

Справочно

Согласно результатам исследований, проведенных в России и за рубежом, оказание своевременной и адекватной первой помощи, пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий позволяет сократить количество неблагоприятных исходов. В значительном числе случаев смерть (в том числе в результате нарушения дыхания или вследствие кровотечений) может быть предотвращена гражданами, обученными оказанию первой помощи, в том числе водителями.

В ходе реализации мероприятий федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-2012 годах» выполнен анализ нормативного регулирования вопросов оказания водителями транспортных средств первой помощи пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий. Изучена история принятия нормативных документов, регламентирующих требования оснащенности автотранспорта аптечками первой помощи.

Подробно изучен российский и зарубежный опыт разработки, внедрения и применения аптечек первой помощи для оснащения транспортных средств. Проведен подробный анализ состава аптечки первой помощи, утвержденной Приказом Минздравмедпрома России от 20.08.1996 №325, а также аптечек для автотранспорта на Украине, в республике Беларусь и в Республике Казахстан.

По итогам был утвержден приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 8 сентября 2009 года № 697н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 20 августа 1996 г. № 325».

Кроме самого состава аптечки были разработаны рекомендации по внедрению аптечек на территории Российской Федерации.

Медицинский портал www.medportal.ru,
24 октября 2009 года

Утверждена Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на 2010 год

В целях обеспечения конституционных прав граждан РФ на получение бесплатной медицинской помощи Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 октября 2009 года № 811 утверждена Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год.

Программа государственных гарантий определяет виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объема медицинской помощи и финансовых затрат, а также предусматривает критерии качества и доступности бесплатной медицинской помощи. Медицинская помощь, оказываемая в рамках Программы государственных гарантий, финансируется из нескольких источников – из средств бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования.

За счет средств ОМС в 2010 году будет финансироваться первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь, включая обеспечение при стационарном лечении необходимыми лекарственными средствами, при большинстве заболеваний. Это новообразования, болезни глаза, уха, кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, расстройства питания, нарушения обмена веществ мочеполовой, эндокринной, нервной систем, а также инфекционные и паразитарные. Лечение заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции, синдрома приобретенного иммунодефицита и оказание высокотехнологичной медицинской помощи будет финансироваться за счет средств бюджета.

Впервые в рамках Программы государственных гарантий в целях повышения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи предусмотрена возможность создания службы неотложной медицинской помощи в структуре медицинских учреждений муниципальной системы здравоохранения при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства.

Подушевой норматив финансового обеспечения Программы за счет средств обязательного медицинского страхования и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой за счет средств обязательного медицинского страхования сохранены на уровне 2009 года.

Нормативы объема медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС изменены с переносом акцентов в сторону амбулаторно-поликлинического звена.

В соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи органами государственной власти субъекта в ближайшее время будет начата разработка проекта Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Алтайского края бесплатной медицинской помощи на 2010 год.

*Пресс-служба ТФОМС Алтайского края
<http://www.omsaltay.ru/>, 23.10.2009*

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЕ

02.10.2009 г.

N 811

О ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2010 ГОД

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемую Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год.

2. Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

а) внести в установленном порядке в Правительство Российской Федерации до 20 августа 2010 г. проект программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год;

б) по согласованию с Министерством финансов Российской Федерации давать разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год;

в) привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Постановлением.

3. Рекомендовать органам государственной власти субъектов Российской Федерации утвердить до 25 декабря 2009 г. территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год.

Председатель Правительства Российской Федерации

В.ПУТИН

Утверждена
Постановлением Правительства РФ

**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАМ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2010 ГОД**

I. Общие положения

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год (далее - Программа) определяет виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь, а также предусматривает критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации (далее - граждане) на территории Российской Федерации бесплатно.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на 2010 год (далее - территориальные программы), включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

В рамках территориальных программ за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, населению закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, оказываемой федеральными государственными учреждениями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, а также медицинской помощи гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования и призыве на военные сборы, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе.

В территориальных программах органы государственной власти субъектов Российской Федерации вправе за счет доходов бюджетов субъектов Российской Федерации, бюджетов муниципальных образований и бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования при условии финансового обеспечения территориальной программы с учетом предусмотренных Программой соответствующих нормативов:

определять дополнительные условия и объемы оказания медицинской помощи;

включать в территориальную программу обязательного медицинского страхования с обязательным перераспределением необходимых финансовых средств виды и объемы медицинской помощи, финансирование которых в соответствии с Программой осуществляется за счет бюджетных ассигнований субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

II. Виды и условия оказания медицинской помощи

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

первичная медико-санитарная помощь;

скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь;

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

Первичная медико-санитарная помощь включает в себя лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других состояний, требующих неотложной медицинской помощи, медицинскую профилактику заболеваний, осуществление мероприятий по проведению профилактических прививок, профилактических осмотров, диспансерного наблюдения здоровых детей и лиц с хроническими заболеваниями, по предупреждению аборт, санитарно-гигиеническое просвещение граждан, а также осуществление других мероприятий, связанных с оказанием первичной медико-санитарной помощи гражданам.

Первичная медико-санитарная помощь предоставляется гражданам в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических, больничных учреждениях и других медицинских организациях врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

Скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь оказывается безотлагательно гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастные случаи, травмы, отравления, а также другие состояния и заболевания), учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь предоставляется гражданам в медицинских организациях при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий.

Медицинская помощь предоставляется гражданам:

учреждениями и структурными подразделениями скорой медицинской помощи (скорая медицинская помощь);

амбулаторно-поликлиническими учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями, а также дневными стационарами всех типов (амбулаторная медицинская помощь);

больничными учреждениями и другими медицинскими организациями или их соответствующими структурными подразделениями (стационарная медицинская помощь).

Амбулаторная медицинская помощь предоставляется гражданам при заболеваниях, травмах, отравлениях и других патологических состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, изоляции и использования интенсивных методов лечения, а также при беременности и искусственном прерывании беременности на ранних сроках (абортах).

В целях повышения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства, в структуре медицинских учреждений муниципальной системы здравоохранения может создаваться служба неотложной медицинской помощи.

Стационарная медицинская помощь предоставляется гражданам в случаях заболеваний, в том числе острых, обострения хронических заболеваний, отравлений, травм, патологии беременности, родов, аборт, а также в период новорожденности, которые требуют круглосуточного медицинского наблюдения, применения интенсивных методов лечения и (или) изоляции, в том числе по эпидемическим показаниям.

Мероприятия по восстановительному лечению и реабилитации больных осуществляются в амбулаторных и больничных учреждениях, иных медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, включая центры восстановительной медицины и реабилитации, в том числе детские, а также санатории, в том числе детские и для детей с родителями.

При оказании медицинской помощи осуществляется обеспечение граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также обеспечение детей-инвалидов специализированными продуктами питания.

Для получения медицинской помощи граждане имеют право на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом согласия этого врача, а также на выбор медицинской организации в соответствии с договорами обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа включает в себя:

перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации и средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования;

порядок и условия оказания медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке;

порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в учреждениях здравоохранения субъекта Российской Федерации и муниципальных образований;

перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и изделий медицинского назначения, необходимых для оказания стационарной медицинской помощи, а также скорой и неотложной медицинской помощи (в случае создания службы неотложной медицинской помощи);

перечень лекарственных средств, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен;

перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы;

государственное (муниципальное) задание медицинским учреждениям и другим медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы.

Порядок и условия оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы устанавливаются нормативными правовыми актами органа государственной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации и Программой.

III. Источники финансового обеспечения медицинской помощи

Медицинская помощь на территории Российской Федерации оказывается за счет бюджетных ассигнований всех бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, в том числе средств бюджетов государственных фондов обязательного медицинского страхования.

За счет средств обязательного медицинского страхования финансируется базовая программа обязательного медицинского страхования как составная часть Программы, которая включает первичную медико-санитарную, специализированную, за исключением высокотехнологичной, медицинскую

помощь, предусматривающую также обеспечение необходимыми лекарственными средствами в соответствии с законодательством Российской Федерации в следующих случаях:

инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

новообразования;

болезни эндокринной системы;

расстройства питания и нарушения обмена веществ;

болезни нервной системы;

болезни крови, кроветворных органов;

отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;

болезни глаза и его придаточного аппарата;

болезни уха и сосцевидного отростка;

болезни системы кровообращения;

болезни органов дыхания;

болезни органов пищеварения;

болезни мочеполовой системы;

болезни кожи и подкожной клетчатки;

болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;

травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;

врожденные аномалии (пороки развития);

деформации и хромосомные нарушения;

беременность, роды, послеродовой период и аборты;

отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета предоставляются:

дополнительная медицинская помощь, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) федеральных учреждений здравоохранения, находящихся в ведении Федерального медико-биологического агентства;

дополнительная медицинская помощь, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) федеральных учреждений здравоохранения Российской академии наук, Сибирского отделения Российской академии наук при условии размещения в этих учреждениях муниципального заказа на оказание первичной медико-санитарной помощи;

специализированная медицинская помощь, оказываемая в федеральных специализированных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях в соответствии с государственным заданием, сформированным в порядке, определяемом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

медицинская помощь, предусмотренная федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемая в соответствии со сформированным государственным заданием в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;

дополнительные мероприятия по развитию профилактического направления медицинской помощи (диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, дополнительная диспансеризация работающих граждан, в том числе занятых на работах с вредными условиями труда, иммунизация граждан, ранняя диагностика отдельных заболеваний) в соответствии с законодательством Российской Федерации;

скорая медицинская помощь, а также первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, а также населению закрытых административно-территориальных образований, наукоградов Российской Федерации, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, которая оказывается федеральными государственными учреждениями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, за исключением затрат, финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования;

лекарственные средства, предназначенные для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации;

лекарственные средства, предназначенные для лечения больных гемофилией, муковисцидо-

зом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных средств, утверждаемому Правительством Российской Федерации.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета предоставляются субсидии бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых и медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, либо (при отсутствии учреждений здравоохранения муниципальных образований) соответствующих учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации, либо (при отсутствии на территории муниципального образования учреждений здравоохранения муниципальных образований и учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации) медицинских организаций, в которых в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, размещен муниципальный заказ.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, переданных в бюджеты субъектов Российской Федерации и бюджет г. Байконура, предоставляется государственная социальная помощь отдельным категориям граждан в виде набора социальных услуг в части обеспечения необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации предоставляются:

специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь;

специализированная медицинская помощь, оказываемая в онкологических диспансерах (в части содержания), кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических и других специализированных медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, а также при наркологических заболеваниях;

высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации дополнительно к государственному заданию, сформированному в порядке, определяемом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

лекарственные средства в соответствии:

с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, включая обеспечение граждан лекарственными средствами, предназначенными для больных гемофилией, муковисцидозом, гипопаратирозом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, с учетом лекарственных средств, предусмотренных перечнями, утверждаемыми Правительством Российской Федерации;

с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.

За счет бюджетных ассигнований местных бюджетов, за исключением муниципальных образований, медицинская помощь населению которых в соответствии с законодательством Российской Федерации оказывается федеральными государственными учреждениями Федерального медико-биологического агентства, предоставляются:

скорая медицинская помощь, за исключением специализированной (санитарно-авиационной);

первичная медико-санитарная помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах, расстройствах поведения и наркологических заболеваниях.

В соответствии с законодательством Российской Федерации расходы соответствующих бюджетов включают в себя обеспечение медицинских организаций лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами, донорской кровью и ее компонентами.

Кроме того, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов в установленном порядке осуществляется медицинская помощь, а также предоставляются медицинские и иные услуги в лепрозориях, центрах по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, центрах медицинской профилактики, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах профессиональной патологии, санаториях, в том числе детских и для детей с родителями, бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, на станциях переливания крови, в центрах крови, центрах планирования

семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, домах ребенка, включая специализированные, хосписах, домах (больницах) сестринского ухода, молочных кухнях и прочих медицинских учреждениях, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, которые не участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

IV. Нормативы объема медицинской помощи

Нормативы объема медицинской помощи с целью обеспечения потребности граждан в медицинской помощи по ее видам рассчитываются в единицах объема на 1 человека в год. Нормативы используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Программой, и в среднем составляют:

для скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи - 0,318 вызова;

для амбулаторной, в том числе неотложной, медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, - 9,5 посещения, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 8,762 посещения;

для амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров, - 0,59 пациенто-дня, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,49 пациенто-дня;

для стационарной медицинской помощи, предоставляемой в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, - 2,78 койко-дня, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,894 койко-дня.

При формировании территориальной программы нормативы объемов медицинской помощи корректируются с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, климатогеографических условий региона и транспортной доступности медицинских организаций.

V. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, рассчитаны исходя из расходов на ее оказание и в среднем составляют:

на 1 вызов скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи - 1710,1 рубля;

на 1 посещение амбулаторно-поликлинических учреждений и других медицинских организаций или их соответствующих структурных подразделений (включая оказание неотложной медицинской помощи) - 218,1 рубля, в том числе 168,4 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров - 478 рублей, в том числе 470,5 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;

на 1 койко-день в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях - 1380,6 рубля, в том числе 1167 рублей - за счет средств обязательного медицинского страхования.

Тарифы медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, включают расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, приобретение медикаментов и перевязочных средств, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, химвосуды и прочих материальных запасов, расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования), а также расходы по оплате организации питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока).

В состав затрат на оказание медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования могут быть включены иные расходы в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации при условии выполнения установленных Программой:

подушевых нормативов финансового обеспечения, в том числе базовой программы обязательного медицинского страхования;

нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные Программой, отражают размер ассигнований, необходимых для компенсации затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека в год.

Финансовое обеспечение Программы в части обязательств Российской Федерации осуществляется в объемах, предусмотренных в федеральном бюджете на 2010 год.

Подушевые нормативы финансового обеспечения территориальной программы устанавливаются органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации исходя из нормативов, преду-

смотренных разделом IV и настоящим разделом Программы, с учетом соответствующих районных коэффициентов.

Размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливается законом субъекта Российской Федерации не позднее 25 декабря 2009 г., при этом:

размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть меньше показателя, установленного на 2009 год;

размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения должен учитывать в том числе более высокий уровень потребления медицинской помощи и соответственно ее стоимости для неработающего населения (в частности, коэффициент удорожания медицинской помощи для детей от 0 до 4 лет составляет 1,62, а для лиц от 60 лет и старше - 1,32 по отношению к подушевому нормативу финансового обеспечения, предусмотренному территориальной программой обязательного медицинского страхования).

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные Программой, установлены в расчете на 1 человека в год (без учета расходов федерального бюджета) и составляют в среднем 7633,4 рубля, из них:

4059,6 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;

3573,8 рубля - за счет средств соответствующих бюджетов, предусматриваемых на оказание скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, медицинской помощи при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, а также на содержание медицинских организаций, участвующих в обязательном медицинском страховании, и финансовое обеспечение деятельности медицинских организаций, не участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, указанных в абзаце последнем раздела III Программы.

Формирование тарифов на медицинскую помощь, оказываемую за счет средств обязательного медицинского страхования, осуществляется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации и с учетом определенных Программой нормативов.

VI. Критерии доступности и качества медицинской помощи

Территориальной программой устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка уровня и динамики следующих показателей:

удовлетворенность населения медицинской помощью;

число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом;

число лиц, в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами;

смертность населения;

смертность населения в трудоспособном возрасте;

смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний;

смертность населения от онкологических заболеваний;

смертность населения от внешних причин;

смертность населения в результате дорожно-транспортных происшествий;

материнская смертность;

младенческая смертность;

доступность медицинской помощи на основе оценки реализации нормативов объема медицинской помощи по видам в соответствии с Программой, а также установленных территориальной программой сроков ожидания гражданами медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке;

эффективность использования ресурсов здравоохранения (кадровых, материально-технических, финансовых и других).

При реализации территориальной программы с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации применяются эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций (по законченному случаю, на основе подушевого финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема оказанной медицинской помощи, по средней стоимости стационарного лечения пациента с учетом профиля отделения, по клинико-статистической группе болезней, а также по единице объема оказанной медицинской помощи).

Выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования с учетом совокупных доходных источников их финансового обеспечения, а также стимулирование эффективности реализации территориальных программ осуществляются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

МНЕНИЕ

Вирусолог Николай Каверин: «Не нужно впадать в безумную панику»

Комментарий о ситуации со "свиным" гриппом в России и на Украине

*Как отмечается на сайте ВОЗ, на 31 октября 2009 г. на Украине было зафиксировано 38 случаев смерти от H1N1, по сведениям УНИАН это число достигло 67. В России число умерших составляет 6 человек и пик заболеваний ожидается в декабре. О том, является ли "свиной" грипп уникальным по опасности или нет, какие средства могут защитить человека от гриппа, рассказал в интервью "Полит.ру" доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН, заведующий лабораторией НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского **Николай Вениаминович Каверин**. Беседовала **Наталья Демина**.*

- Как воспринимается российскими вирусологами то, что сейчас происходит на Украине?

- Происходящее на Украине является распространением пандемии на еще одну страну. И далеко не первую. Уже десятки стран во всем мире охвачены пандемией.

- Насколько цифры умерших от свиного гриппа на Украине и в России превышает обычные сезонные колебания? Насколько этот вирус опаснее чем те, которые были в предыдущие годы?

- При разных вспышках гриппа бывает разное число умерших. Эти цифры сильно варьируют. Но обычно процент умерших несколько ниже, чем то, то мы наблюдаем сейчас. Однако при некоторых вспышках эта величина приближалась к сегодняшним показателям. Нельзя говорить, что при обычных, сезонных вспышках гриппа совсем не бывает смертельных исходов.

- Как Вам кажется, имеет ли смысл опасаться прихода этой пандемии в Россию?

- Она уже пришла. Во многих регионах страны уже сильно превышен эпидемический порог. У нас, правда, не говорят, что все это «свиной» грипп, но, конечно, это он. Основная масса людей сейчас заболевает именно «свиным» гриппом. Как правило, при пандемии преобладает какой-то один вирус, но могут одновременно циркулировать и другие, давая небольшой процент от общего числа заболеваний. Сейчас именно такая картина. Основным вирусом сейчас является «свиной».

В США на «свиной» грипп приходится 90% заболевших. У нас пока несколько меньше, вероятно - 70-80%. Нам говорят, что 2000 заболевших – это «свиной» грипп, а остальные – обычный грипп, но это не так. Просто он идентифицирован только у 2000 человек, потому что тест на «свиной» грипп дорогой и сложный, его ставят лишь в некоторых лабораториях...

- Скажите, пожалуйста, консультируются ли специалисты с Украины с экспертами из России или у них самих достаточно высокий уровень профессионализма?

- Со мной вирусологи из Украины не консультировались, что естественно, потому что я не эпидемиолог. Общаются ли они с российскими специалистами – я не знаю.

- Вы, может быть, читаете описания того, что происходит на Украине, насколько могут быть учтены ошибки (огромные очереди в аптеке, нехватка лекарств, слухи и пр.). Что может быть сделано в России, чтобы пандемия прошла наименее тяжело?

- Мне кажется, что у наших соседей не происходит чего-то необычного. По моей информации, там принимаются необходимые эпидемиологические меры. Какие меры вообще нужно принимать? Я – не эпидемиолог, но полагаю, что это сильно зависит от конкретных условий каждой местности. У нас страна огромная и если на Украине эти меры могут быть введены единообразно, то у нас, наверное, многое должны решать региональные эпидемиологические органы.

- Чтобы Вы посоветовали простому человеку при приближении реальной опасности заболевания?

-Я всем людям, простым и не очень, рекомендую носить маски. Желательно, чтобы это была многослойная марлевая маска...

- Я вчера была в аптеке возле дома, и там сказали, что маски еще не поступили в продажу. Но это пример лишь одной аптеки, про другие не знаю...

- Лучше, конечно, носить специальную маску, но при необходимости можно сделать её самостоятельно из марли в несколько слоев.

На этот «свиной» грипп, к сожалению, не действует ремантадин. Из химиотерапевтических препаратов эффективны Тамифлю и Реленза.

- В Интернет-аптеках Тамифлю стоит от 2 тыс. рублей, а на Украине гораздо меньше.

- Да, эти препараты, конечно, дорогие, но эффективные. Арбидол, по отзывам врачей, тоже эффективен и не дает побочных эффектов. Мне хотелось бы, чтобы его механизм действия был более основательно изучен, но сейчас, конечно, нельзя ждать, пока его изучат. Иммуностимуляторы, препараты интерферона, это все, конечно, тоже хорошо, но не может заменить химиотерапевтические препараты.

- Каковы признаки заболевания «свиным» гриппом?

- Заболевание начинается так же как при обычном гриппе. Вообще люди болеют «свиным» гриппом, как и любым гриппом, очень по-разному, от очень легкой формы до очень тяжелой. Тяжелая форма гриппа начинается повышением температуры, ознобом, ломотой в конечностях, мышечными болями, а потом дополняется респираторными симптомами. «Свиной» грипп несколько чаще, чем сезонный дает такие осложнения как первичная или вторичная пневмония. При нем чаще, чем при обычном гриппе бывают кишечные симптомы.

- В какие специализированные клиники, например, в Москве надо обращаться, если кажется, что у человека «свиной» грипп?

- Прежде всего, нужно вызвать врача, а дальше, если состояние тяжелое, то врач сам предпишет госпитализацию.

- Есть ли какие-то признаки, что этот вирус более опасен для детей или людей пожилого возраста?

- Вообще любой грипп наиболее опасен для детей и лиц пожилого возраста. Но как раз «свиным» гриппом лица старше 65 лет почти не болеют. Для этого есть серьезные основания, потому что вирус, который циркулировал до 1947 г., имел сходство со «свиным» по иммунологическим свойствам. Поэтому им болеют лица моложе 65 лет. Больше всего болеют люди младше 25 лет, потому что еще до середины 1980-х вирус гриппа сохранял некоторое сходство со старыми вирусами, к которым близок «свиной» по своим иммунологическим свойствам.

- Появилась информация, что пик заболеваний «свиным» гриппом в России придется на декабрь.

- Я не эпидемиолог. Но по тому, как он сейчас нарастает, вполне можно предположить, что пик придется на декабрь.

- Вам кажется, что такие меры как закрытие школ, учебных заведений и пр. – это эффективная мера?

- Я надеюсь, что все необходимые эпидемиологические мероприятия проводятся.

- Есть информация, что Академия медицинских наук проведет съезд, посвященный свиному гриппу...

- В конце ноября пройдет сессия РАМН, её тема будет более широкой. Дискуссия будет посвящена вообще инфекционным заболеваниям, но там обязательно будут доклады по гриппу.

В заключение интервью скажу, что не нужно паниковать. Это не первая пандемия при нашей жизни. В 20-м веке было три полномасштабных пандемии и одна эпидемия, близкая по масштабу к пандемии. Но мы же их как-то пережили. Из них по-настоящему страшной была, конечно, испанка, а нынешняя пандемия такого характера не имеет. Я помню и пандемии 1957 и 1968 гг., и эпидемию 1977 г., кстати, тоже вызванную вирусом H1N1. И ничего, человечество их как-то пережило. Так что не нужно паниковать, все будет хорошо.

<http://www.polit.ru/science/2009/11/02/kaverin.html>

ВОПРОСЫ УПРАВЛЕНИЯ

Регулирование цен на платные медицинские услуги

Порядок установления цен (тарифов) на платные медицинские услуги относится к одному из важнейших вопросов организации предоставления платных медицинских услуг бюджетными учреждениями здравоохранения. Этот вопрос является, пожалуй, наиболее спорным. Не случайно встречается большой разброс в подходах к этой проблеме:

- цены (тарифы) на платные услуги медицинские учреждения устанавливают самостоятельно;
- цены (тарифы) утверждают непосредственно органы власти различного уровня: федерально-го, субъектов Федерации (областного и приравненного к ним уровня) или местные органы власти;
- цены (тарифы) утверждают специальные органы различного уровня, призванные заниматься вопросами ценообразования (комитеты по ценам, отделы цен и т.д.);
- цены (тарифы) утверждают органы управления здравоохранением различного уровня (министерства, комитеты, департаменты и т.д.).

А каков же на самом деле должен быть порядок утверждения цен на платные услуги? Чтобы ответить на этот вопрос, рассмотрим правовые основы ценообразования.

Оказывая платные медицинские услуги, учреждения здравоохранения тем самым вступают в договорные отношения либо с самими пациентами, либо с организациями или лицами, их представляющими.

В соответствии с действующим гражданским законодательством исполнение договора оплачивается по цене, установленной соглашением сторон (ст. 424 Гражданского кодекса РФ - ГК РФ). Однако имеется достаточно много ограничений, не позволяющих медицинским учреждениям полностью реализовывать это право. Так, в соответствии со статьей 424 ГК РФ в предусмотренных законом случаях применяются цены (тарифы), устанавливаемые или регулируемые уполномоченными на то государственными органами. Поэтому, если в рамках предоставленных им полномочий государственными (муниципальными) органами установлен определенный уровень цен, то в договоре должны быть указаны именно эти цены.

Итак, кто имеет право регулировать цены (тарифы) на платные услуги, оказываемые бюджетными медицинскими учреждениями? Необходимо отметить, что в настоящее время имеется достаточная правовая основа, позволяющая четко решить проблему регулирования цен со стороны вышестоящих организаций. Рассмотрим сначала законодательные акты.

В соответствии с Федеральным законом "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации", принятым Государственной Думой 16 сентября 2003 года, право на регулирование цен предоставлено органам местного самоуправления. Статья 17 указанного закона определяет, что в целях решения вопросов местного значения органы местного самоуправления поселений, муниципальных районов и городских округов обладают полномочиями по установлению тарифов на услуги, предоставляемые муниципальными предприятиями и учреждениями, если иное не предусмотрено федеральными законами.

Это означает, что органы местного самоуправления на вполне законных основаниях могут претендовать на регулирование цен, оказываемых муниципальными учреждениями здравоохранения.

А каковы же права на регулирование цен на платные медицинские услуги федеральными органами власти и органами власти субъектов Федерации? Как это ни покажется парадоксальным, эти органы подобных прав лишены. Отсутствуют законодательные акты, предоставляющие, каким бы то ни было, органам власти, кроме муниципального уровня, регулировать цены на платные медицинские услуги. Зато имеется постановление Правительства РФ, прямо запрещающее такое регулирование. Речь идет о Постановлении Правительства Российской Федерации от 7 марта 1995 г. N 239 "О мерах по упорядочению государственного регулирования цен (тарифов)".

В соответствии с этим постановлением предписывается не применять государственное регулирование цен (тарифов), надбавок для всех хозяйствующих субъектов независимо от их организационно-правовых форм и ведомственной принадлежности, осуществляемое путем установления фиксированных цен, предельных цен, надбавок, предельных коэффициентов изменения цен, предельного уровня рентабельности, декларирования повышения цен на все виды продукции производственно-технического назначения, товаров народного потребления и услуг, кроме предусмотренных в этом постановлении. Среди видов продукции и услуг, имеющих отношение к здравоохранению, в этом постановлении указаны лишь протезно-ортопедические изделия, торговые надбавки к ценам на лекарственные средства и изделия медицинского назначения. Поскольку платные медицинские услуги не включены в перечни, приведенные в указанном постановлении, то государственное регулирование цен на медицинские услуги не допускается.

Это подтверждается и Письмом Минэкономики РФ от 3 марта 1999 г. N 7-225 "О ценах на платные медицинские услуги". В письме сказано: "На запрос сообщаем, что государственное регулирование цен (тарифов) не применяется на платные услуги, перечень которых не предусмотрен Постановлением Правительства Российской Федерации от 7 марта 1995 г. N 239 и последующими законода-

тельными актами. Цены (тарифы) на платные услуги, не подлежащие государственному регулированию, в число которых входят и платные медицинские услуги, формируются в порядке, предусмотренном Методическими рекомендациями по формированию и применению свободных цен и тарифов на продукцию, товары и услуги, утвержденными Минэкономки России 6 декабря 1995 г. N СИ-484/7-982. Уровень рентабельности при расчете свободных тарифов не регламентирован".

Поэтому вмешиваться в вопросы ценообразования на платные услуги не имеют права:

- ни министерства, ведомства, главки и т.д. в отношении подведомственных им федеральных и ведомственных медицинских учреждений;

- ни органы государственной власти (губернатор и т.д.), органы управления здравоохранением, органы ценообразования и т.д. в отношении государственных учреждений здравоохранения субъектов Федерации;

- ни какие другие органы, за исключением органов местного самоуправления, в отношении соответствующих муниципальных медицинских учреждений.

Таким образом, за исключением муниципальных учреждений здравоохранения, все остальные медицинские учреждения имеют полное право самостоятельно устанавливать цены на платные услуги без какого-либо согласования или утверждения со стороны вышестоящих органов.

Учитывая это, Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга в своем Распоряжении от 4 апреля 2005 г. N 112-р "О порядке предоставления платных медицинских услуг" включил в "Правила предоставления платных медицинских услуг" специальный раздел, который приведен ниже:

"7. Цены на медицинские услуги

7.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании калькуляции с учетом всех расходов, связанных с предоставлением этих услуг.

7.2. Государственное регулирование цен (тарифов) на медицинские услуги путем установления фиксированных цен, предельных цен, надбавок, предельных коэффициентов изменения цен, предельного уровня рентабельности и т.д. не применяется. Максимальные цены на медицинские услуги вышестоящими органами не устанавливаются.

7.3. Цены на медицинские услуги формируются в порядке, предусмотренном Методическими рекомендациями по формированию и применению свободных цен и тарифов на продукцию, товары и услуги, утвержденными Министерством экономики Российской Федерации от 06.12.1995 N СИ-484/7-982. Цены на медицинские услуги формируются исходя из себестоимости и необходимой прибыли с учетом конъюнктуры рынка (спроса и предложения); качества и потребительских свойств услуг; степени срочности исполнения заказа (оказания услуг), за исключением экстренной помощи.

7.4. Льготы по медицинским услугам, предоставляемым за плату, не предусмотрены. Вышестоящие органы управления здравоохранением и иные органы не вправе требовать предоставления льгот по платным медицинским услугам. Государственные учреждения здравоохранения вправе по своему усмотрению предоставлять льготы для отдельных категорий граждан в размере, не превышающем заложенную в цену прибыль (с уплатой налога на прибыль в установленном порядке).

7.5. Государственные учреждения здравоохранения не вправе продавать услуги по ценам ниже себестоимости, за исключением случаев, когда в соответствии с действующим законодательством цена медицинской услуги по решению суда должна быть уменьшена".

Рассмотрим подробнее, каков же механизм регулирования цен на платные медицинские услуги на муниципальном уровне (еще раз подчеркнем, на других уровнях цены на платные услуги не регулируются).

Необходимо отметить, что органы местного самоуправления вправе делегировать решение вопросов о регулировании цен (тарифов) своим структурным подразделениям: отделам (комитетам и т.д.) по ценообразованию или аналогичным органам, а также органам управления здравоохранения.

Тем не менее, следует отметить, что сам по себе статус муниципального органа управления здравоохранением (райздрав, комитет, отдел, департамент и т.д.) не дает ему автоматического права на регулирование цен (тарифов). Это право должно быть закреплено в Положении о Комитете (департаменте, отделе и т.д.) по здравоохранению или аналогичном документе. Поэтому порой достаточно заглянуть в Положение о соответствующем органе управления здравоохранением, чтобы убедиться в правомерности или неправомерности притязаний этого органа на регулирование цен (тарифов) на платные услуги.

Конечно, необходимость согласования цен способна значительно осложнить работу муниципального медицинского учреждения. Однако и в этом случае положение небезнадежное. Грамотный юридический подход зачастую позволяет достаточно легко обернуть ситуацию в свою пользу. Так, если в Уставе медицинского учреждения, учредителем которого является соответствующий орган местного самоуправления, закреплено право учреждения самостоятельно решать вопросы ценообразования на платные медицинские услуги, то это означает, что орган власти как учредитель делегировал медицинскому учреждению свои права в этой области. Естественно, что при разработке Устава медицинского учреждения необходимо учитывать этот момент.

Каковы основные проблемы, с которыми сталкиваются учреждения здравоохранения при регу-

лировании (даже обоснованном) цен на платные медицинские услуги? В подавляющем большинстве случаев регулирование сводится к ограничению уровня цен. Укажем некоторые из методов подобного регулирования:

- ограничение абсолютного уровня цен;
- ограничение уровня рентабельности;
- ограничение коэффициентов изменения (индексации) цен;
- ограничения по уровню затрат по отдельным статьям, включаемым в цены (чаще всего это касается зарплаты);

- вмешательство в методику ценообразования и т.д.

Насколько обоснованы подобные ограничения?

Чтобы ответить на этот вопрос, зададимся другими вопросами:

- Какова цель сдерживания цен на платные медицинские услуги бюджетных учреждений?
- Каковы результаты подобного регулирования?

Теоретически целями регулирования цен на платные услуги могут быть следующие:

- защита интересов (экономическая поддержка и т.д.) медицинских учреждений;
- контроль за экономически правильным ценообразованием;
- защита интересов населения.

Посмотрим, насколько низкие цены на платные медицинские услуги обеспечивают достижение этих целей.

Безусловно, установление низких цен на платные услуги, оказываемые муниципальными учреждениями здравоохранения, никак не способствуют улучшению их финансового положения. В условиях недостаточного бюджетного финансирования здравоохранения со стороны самих органов местного самоуправления политику этих властей, направленную на уменьшение возможностей легального зарабатывания средств, иначе, как нелогичной, не назовешь.

Контроль за экономически правильным ценообразованием был бы оправдан в отношении оказания бесплатной медицинской помощи (как это имеет место в системе обязательного медицинского страхования). В условиях же рынка и ценообразование тоже должно быть рыночным, ориентированным на спрос и предложение. Именно в этом выражается экономически обоснованное ценообразование.

Наконец, что касается защиты интересов населения. Напомним, что речь идет об услугах, не входящих в территориальные программы обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью, не входящих в стандарты медицинской помощи и т.д. То есть платные услуги (по какой бы цене они не предоставлялись) конституционных прав граждан на бесплатную медицинскую помощь за счет бюджета и средств ОМС не нарушают. Поэтому хотелось бы знать:

- Заинтересовано ли население в том, чтобы медицинские учреждения продолжали владеть жалкое существование, не имея возможности заработать за счет платных услуг для улучшения своей материально-технической базы?

- Заинтересовано ли население в том, чтобы лишить медицинские учреждения возможности за счет наиболее состоятельной части населения (которая чаще всего и обращается за платными медицинскими услугами) улучшить оказание бесплатной медицинской помощи наименее социально защищенному населению (пенсионерам, инвалидам и т.д.), которое практически не обращается за платной помощью?

- Заинтересовано ли население в том, чтобы врачи жили на одну зарплату, установленную по Единой тарифной сетке, при этом требуя себе от пациентов (тех же пенсионеров и т.д.) оплаты в карман либо вообще уходя из медицинских учреждений. Хорошо известно, что именно муниципальные учреждения здравоохранения испытывают наибольшие проблемы с медицинскими кадрами.

Кто же, в конечном счете, выигрывает от низких цен на платные услуги?

Отметим в первую очередь, что сдерживание цен (относительно их рыночного уровня) означает субсидирование потребителей медицинских услуг. Причем эти субсидии достаются и потребителям тех видов медицинских услуг, на которые не распространяются гарантии бесплатной медицинской помощи (то есть на те услуги, которые в любых обстоятельствах должны оставаться чисто коммерческими), например, сервисные услуги, оказание медицинской помощи на анонимной основе, иностранцам и т.д. Реальными получателями выгод от предоставления субсидий (в форме цен, на уровне ниже рыночных) является не беднейшее население, а как раз наиболее обеспеченное, которое больше всего пользуется платными услугами. Причем чем более состоятельный человек, чем более дорогостоящими услугами он пользуется (сервисные, комфортные и т.д.), тем больший размер субсидий он получает.

Каков же результат искусственного сдерживания цен на платные услуги? Укажем некоторые из наиболее часто встречающихся последствий:

- расцвет теневой оплаты - основного финансового бремени, которое, в отличие от платных услуг, в наибольшей степени ложится именно на пенсионеров, инвалидов и т.д.;
- у медицинских учреждений существенно снижаются стимулы к оказанию многих видов плат-

ных услуг. Результатом является ограниченность предложения целого ряда платных медицинских услуг относительно возможного их объема;

- вытекающие из предыдущего пункта высокие цены на платные услуги в коммерческих учреждениях здравоохранения (в силу их дефицитности - сложности их получения на платных условиях в бюджетных учреждениях);

- стремление бюджетных учреждений (в целях повышения рентабельности оказания платных услуг) найти пути возмещения части затрат на оказание платных услуг за счет средств бюджета или обязательного медицинского страхования.

В конечном счете, от всего этого страдает население, а выгоду получают не государственные или муниципальные, а коммерческие медицинские учреждения и наиболее обеспеченная часть населения, наиболее широко пользующаяся платными услугами.

Итак, на чьей стороне стоят органы местного самоуправления, сдерживающие цены на платные услуги на законных основаниях (а также другие органы власти, делая то же самое в отношении ведомственных медицинских учреждений, учреждений федерального уровня или учреждений уровня субъектов Федерации в нарушение действующей нормативно-правовой базы)? Вопрос риторический. Как бы не оправдывали соответствующие органы свои действия по сдерживанию цен заботой об интересах населения, результат оказывается прямо противоположным. Объяснением продолжения подобной политики может служить лишь дремучий непрофессионализм или безответственный популизм чиновников, принимающих подобные решения.

Отметим, тем не менее, что и в ситуациях, когда имеются попытки субъективного подхода к регулированию цен на платные медицинские услуги, у муниципальных медицинских учреждений остаются в запасе довольно много аргументов отстаивания своих позиций.

Речь в первую очередь идет о том, что регулирование цен на платные услуги должно осуществляться грамотно, то есть в соответствии с экономическими принципами, нормативно-методическими материалами, рекомендациями и т.д. К числу таких методических документов относятся Методические рекомендации по формированию и применению свободных цен и тарифов на продукцию, товары и услуги, утвержденные Минэкономки России 6 декабря 1995 г. N СИ-484/7-982. Поэтому логично было бы предложить любым органам, претендующим на регулирование цен на платные услуги бюджетных учреждений, руководствоваться данными Методическими рекомендациями.

В п. 4.1 этих Рекомендаций записано: "Свободные цены и тарифы на платные услуги для населения формируются исходя из себестоимости и необходимой прибыли с учетом конъюнктуры рынка, качества и потребительских свойств услуг, степени срочности исполнения заказа..." Это означает, что уровень цен определяется не только калькуляцией, но и:

- спросом и предложением (конъюнктура рынка). Кстати, правомерность этого отмечена и в п. 6.4 указанных Методических рекомендаций: "Свободные цены на платные услуги населению могут изменяться в связи с изменением конъюнктуры рынка, а также изменением расходов на оказание услуг";

- способом оказания услуги. Это означает, что цена на одну и ту же услугу может зависеть от конкретных технологий, определяющих не только затратность, но потребительские свойства услуги (сервис, использование более щадящих способов оказания медицинской помощи, применение более точного диагностического оборудования и т.д.). Другими словами, не применимо требование, чтобы анализ крови всегда стоил одинаково, независимо от способа его выполнения. Напротив, анализ крови должен стоить по-разному в зависимости от того, выполнен он на ФЭКе или на гематологическом анализаторе; с использованием обычной или вакуумной пробирки; в обычном кабинете или в кабинете повышенной сервисности и комфортности и т.д.;

- срочностью оказания плановой услуги. И на платные услуги (плановые) может быть очередь. Право внеочередного получения медицинской помощи должно быть оплачено (например, за счет применения повышающего коэффициента и т.п.).

Таким образом, медицинские учреждения имеют в вопросах ценообразования на платные медицинские услуги достаточно не только прав, но и возможностей их цивилизованного отстаивания. Но, конечно же, нужно и понимание со стороны вышестоящих органов.

**Консультант - заместитель главного редактора журнала, д.э.н. Ф.Н.КАДЫРОВ
"Менеджер здравоохранения", 2009, N 7**

АКТУАЛЬНО

Актуальные вопросы развития и применения законодательства о защите прав граждан при обработке персональных данных

20 октября 2009 года в Госдуме состоялись парламентские слушания на тему: «**Актуальные вопросы развития и применения законодательства о защите прав граждан при обработке персональных данных**», организованные Комитетом по безопасности совместно с Комитетом по конституционному законодательству и государственному строительству и Комитетом по финансовому рынку.

Открывая заседание, первый заместитель председателя Комитета по безопасности **Михаил Гришанков** напомнил, что законопроект «О персональных данных» был принят в июне 2006 года и в начале 2007 года вступил в силу.

«Однако реализация началась существенно позже, поскольку функции уполномоченного органа по защите прав субъекта персональных данных закреплялись то за одним, то за другим органом исполнительной власти. Подзаконные акты Правительства и ведомств появлялись также с опозданием, где-то к середине 2008 года. Проблемы реализации закона стали достаточно очевидными уже к концу 2008 года», - заключил М.Гришанков.

Михаил Гришанков отметил: «Складывающаяся практика применения Федерального закона «О персональных данных» выявила несколько групп проблем. Проблемы правового характера возникли в связи с неоднозначностью положений Закона, которые по-разному трактуются государственными регуляторами и операторами, требуют конкретизации, уточнений и разъяснений. Организационные проблемы связаны с ограниченным ресурсом уполномоченного органа по защите прав субъектов персональных данных, что не позволяет ему выполнять свои функции в полном объеме. Положение о Роскомнадзоре, утвержденное Постановлением Правительства от 16 марта 2009 года №228 не в полной мере отражает его полномочия, определенные законом. Так в Положении прямо не отражены права вносить в Правительство РФ предложения о совершенствовании нормативного правового регулирования защиты прав субъектов персональных данных, право обращаться в суд с иском в защиту прав субъекта персональных данных и представлять интересы субъектов персональных данных в суде, а также обязанности организовывать в соответствии с требованиями настоящего Федерального закона и других федеральных законов защиту прав субъектов персональных данных. Фактически, эти функции не были реализованы в полной мере. Кроме того, нормативные методические акты ведомств, содержащие требования к операторам информационных систем персональных данных сформировали такую систему обеспечения безопасности персональных данных для реализации которой у операторов нет достаточных ресурсов, а у поставщиков услуг достаточного потенциала. Финансовые проблемы связаны, прежде всего, с тем, что при внесении Правительством РФ в Государственную Думу проекта федерального закона «О персональных данных» затраты на реализацию Закона из средств федерального бюджета не предусматривались. Не заложены они и в бюджеты следующего года, особенно в муниципальные бюджеты. Тем не менее, выполнение органами государственной власти, органами местного самоуправления, бюджетными организациями требований основных регуляторов (ФСТЭК и ФСБ) по обеспечению безопасности обработки персональных данных потребует резкого увеличения расходов из бюджетов всех уровней, которые не планировались и неосуществимы в условиях кризиса»- заключил М. Гришанков.

Михаил Гришанков также отметил, что выход из сложившейся ситуации видится в организации Правительством планомерной работы по подготовке к вступлению в силу Закона.

«Для этого целесообразно централизованно разработать отраслевые, методические рекомендации по обеспечению безопасности персональных данных. Очевидно, что для школ, 80% которых являются муниципальными, самостоятельная разработка и реализация системы обеспечения безопасности персональных данных не под силу. Им - детским садам, поликлиникам, жэкам, требуются типовые подходы без лишних функций и реализуемые в рамках муниципальных бюджетов»- отметил М. Гришанков.

Председатель Комитета по финансовому рынку Владислав Резник напомнил, что целью принятия закона «О персональных данных» является обеспечение и защита прав и свобод человека и

гражданина при обработке его персональных данных, в том числе, защита прав на неприкосновенность частной жизни, личную, семейную тайну и отметил: «Необходимо соблюсти баланс интересов субъектов персональных данных, операторов обрабатывающих персональные данные. Очевидно, что законодательство, регулирующее обработку персональных данных далеко от совершенства и требует значительных изменений. Необходимо ограничить роль государства обязанностью определения общеобязательных минимальных требований к обеспечению безопасности персональных данных при их обработке, реализация которых не зависит от применения конкретного технического решения программы. Считаю, что требования к методам и средствам технической защиты персональных данных в коммерческих организациях должны носить рекомендательный, необязательный характер. Необходимо создать дополнительные условия для обеспечения баланса интересов субъектов персональных данных и операторов персональных данных. Основным механизмом создания этого баланса является договорной принцип регулирования отношений в сфере обработки персональных данных. При этом оператор, обрабатывающий персональные данные должен максимально открыто декларировать основные принципы обработки и защиты персональных данных, а субъект персональных данных, основываясь на изложенных принципах, самостоятельно принимать решения о целесообразности вступления в гражданско-правовые отношения с тем или иным оператором» - отметил В. Резник.

Президент Ассоциации региональных банков России Анатолий Аксаков в своем выступлении отметил важность баланса между субъектами и операторами персональных данных.

«Эта проблема существует. И в самом законе говорится об обязанностях операторов персональных данных и не говорится о его правах. Говорится о правах субъекта персональных данных, но не говорится об обязанностях субъектов персональных данных», - отметил А. Аксаков.

Участники отметили важность и актуальность обсуждаемых проблем и рекомендовали Президенту РФ взять под личный контроль деятельность Правительства РФ по подготовке к вступлению в силу Федерального закона «О персональных данных». В частности Совету при Президенте по развитию информационного общества в Российской Федерации рекомендовано включить мероприятия по обеспечению безопасности персональных данных в Типовую форму ведомственной программы внедрения информационно-коммуникационных технологий в деятельность федерального органа государственной власти. Федеральному Собранию и Правительству РФ рекомендовано в кратчайшие сроки внести изменения в Федеральный закон от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», внести на рассмотрение Государственной Думы во втором чтении законопроект «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О ратификации Конвенции Совета Европы о защите физических лиц при автоматизированной обработке персональных данных» и Федерального закона «О персональных данных».

Управление по связям с общественностью и взаимодействию со СМИ
<http://www.duma.gov.ru/>

ПРОБЛЕМА

Алкогольное лобби против России

Призрак зеленого змия бродит по России. Он опустошает целые селения, сиротит детей, загоняет пьющих в петлю и на нары, погружает страну в стойкий алкогольный туман. В дурмане живем, в нем же и умираем — быстрее, чем в Йемене, Бангладеш, Мавритании, Гондурасе, Таджикистане и Сенегале. С трудом верится: и этот алкогольный ад — Россия? Правопреемница СССР, “красной империи”, определявшей судьбы мира

НО ТЕПЕРЬ судьбы страны определяет алкогольное лобби. Именно к такому выводу пришла Комиссия Общественной палаты по социальной и демографической политике в своем докладе “Злоупотребление алкоголем в РФ: социально-экономические последствия и меры противодействия”. По непонятным причинам этот стратегической важности документ мало обсуждается в СМИ и пока не стал настольной книгой “государевых людей”, прежде всего законодателей. В докладе, пожалуй, впервые проблема исследована на высоком научном уровне, со всей тщательностью и полнотой. Эта аналитическая записка воистину стоит многих томов, имеющих хождение на властных этажах, и открывает глаза на Россию, погрязшую в пьяном пороке. Понятно, что такая держава не имеет никаких шансов на технологический рывок, она обречена на стремительную агонию.

Все признаки “белой горячки” обозначились уже в 1991 году, когда произошло самое значительное падение реальной цены на водку за всю историю России — на 52 процента! Страна, погруженная в пьяный угар, рухнула, а взошедший на трон “царь Борис” крепко врезался в народную память своими хмельными выходками. С той поры много воды утекло, но и сейчас на среднюю зарплату россиянина можно купить в несколько раз больше бутылок водки, чем в советские годы. Простые подсчеты показывают, что если цена молока в среднем выросла в 114 раз по сравнению с тогдашними ценами, мясо и картофель — в 200 раз, то цена крепкого алкоголя возросла лишь в 21 раз! То есть в нынешней России водка оказалась дешевле закуски и стала самым “социальным” и доступным для населения продуктом. Гуляй, рванина!

А что в результате? Ежегодно полмиллиона человек досрочно отправляются в мир иной из-за пагубного пристрастия к алкоголю. Совокупные экономические потери, которые наносит зеленый змий стране, составляют не менее 1 триллиона 700 миллиардов рублей в год. (Что по сравнению с этим катастрофы века — Чернобыль или авария на Саяно-Шушенской ГЭС?! Однако же наше “энергосбережение” не простирается дальше забот о лампочках накаливания...)

Долгое время бытовал миф, что в ельцинские и путинские времена народ вымирал из-за “стресса”. Исследования, проведенные экспертами доклада, эту версию развенчали: погибнуть от тоски и депрессии — это, конечно, красивше, чем от водки, но правда оказалась гораздо прозаичнее. Как только в постсоветские времена начался рост доходов, жить становилось “лучше и веселее”, народ сразу же начинал больше пить (других “национальных идей” на горизонте не возникало) и, как следствие, больше вымирал. Исключением из правила стали 2006—2007 годы, когда и благосостояние росло, и смертность снижалась. Ларчик маленького демографического чуда открылся просто: как раз в это время производство этилового спирта сократилось на четверть из-за вступивших в силу поправок в 171-й Федеральный закон “О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции”. Но потом все вернулось на круги своя...

Но, может быть, “пьяные деньги” помогают наполнять казну, учить, лечить и окультуривать уцелевшее население? Доходы от производства и оборота алкоголя в 2008 году достигли всего лишь 66 миллиардов рублей, что составляет около 0,7 процента консолидированного бюджета. (Для сравнения: до революции в казну по этой статье поступало до 30 процентов, а в самые хмельные советские годы — до 15 процентов.) То есть страна пьет все больше, а получает доходов все меньше! Поэтому алкогольное лобби кровно заинтересовано в сохранении нынешнего положения дел. Любой ценой. А цена — жизнь и судьба целых поколений. Вдуматься только: Россия занимает первое место в мире по количеству брошенных детей! И это страна, которая еще вчера ставила своей целью построить коммунизм, “Царство Божие” на Земле!

Ответ на вопрос “что делать?” в докладе Общественной палаты тоже есть. Из представленного обширного комплекса мер остановимся на законодательных. “Общественники” справедливо указывают, что зеленый змий, разгулявшийся на российских просторах, наполовину чужеземец. И вот под давлением иностранного пивного лобби пиво юридически не считается алкогольным напитком, что обеспечивает этому товару льготный режим торговли. Налоговый кодекс устанавливает неоправданно низкие акцизы на алкоголь и фактически стимулирует потребление крепких напитков (в них этанол наиболее дешев). Значит, нужно менять законы, которые помогают спаивать страну. “Общественники” также настаивают на введении статьи в Уголовном кодексе, устанавливающей серьезную ответственность за нелегальное производство и оборот этилового спирта. Ну и конечно же радикальной мерой отрезвления России стало бы восстановление госмонополии на розничную продажу алкоголя — именно этот шаг оказался эффективен в таких странах, как Швеция, Исландия, Норвегия, Финляндия, Канада, во многих штатах США и т. д.

Управленческие решения также нуждаются в коренных изменениях. Сегодня алкогольную сферу регулируют 7 (!) министерств и ведомств, но среди них нет Минздравсоцразвития, хотя по идее именно это ведомство отвечает за здоровье народа (а не за бизнес в медицине) и должно диктовать четкую политику, направленную на демографическое возрождение страны. Вроде бы Правительство у нас непьющее. Но почему же тогда оно не закроет все управленческие лазейки для любителей нажиться на пороках и почему, когда создается новая структура по регулированию алкогольной сферы, во главе нее оказывается представитель алкогольной индустрии?! Ведь это все равно что лису заставить стеречь курятник.

В общем, ситуация аховая: зеленый змий подмял под себя все. Сегодня смертность мужчин, находящихся в заключении, в три раза ниже, чем у тех, кто находится на воле. Хочешь не спиться — садись в тюрьму?! Расчеты ученых Вычислительного центра РАН показывают: внедрение в полном объеме представленных в докладе мер сохранит до 2050 года жизнь 17 миллионам россиян. Если же алкогольное лобби будет и дальше спаивать страну, то к этому времени численность населения может упасть до 80 миллионов. «Народная водка» останется, но вот народа фактически не будет.

В этих условиях роль всех социально активных граждан в борьбе с пьянством поистине неопределима. «Кодирования» извне не будет, надежды на святого Георгия, который мечом победит зеленого змия, призрачны. Только социальная активность народа может спасти страну. И первый шаг на этом пути — вооружиться информационно. Доклад «Злоупотребление алкоголем в РФ: социально-экономические последствия и меры противодействия» находится на сайте Общественной палаты в свободном доступе. Хорошо, если бы он стал книгой года, национальным бестселлером и руководством к действию для всех думающих и неравнодушных людей.

Людия СЫЧЕВА, «РФ сегодня»

http://www.russia-today.ru/2009/no_18/

Комиссия по регулированию рынка алкогольной продукции

Премьер-министр РФ Владимир Путин создал правительственную комиссию по регулированию рынка алкогольной продукции, которую возглавит первый вице-премьер Виктор Зубков. Об этом решении премьер сообщил на заседании президиума правительства. «Хотел бы сообщить, что принято решение о создании правительственной комиссии по регулированию рынка алкогольной продукции», - сказал он.

Комиссия, по словам Путина, будет готовить предложения по улучшению работы рынка и отслеживать эффективность минимальных мер. «Возглавит ее Виктор Алексеевич Зубков», - уточнил он.

По мат. ИТАР-ТАСС

Новая трезвость

В России в ближайшее время могут получить распространение центры реабилитации алкоголиков, которые заменят традиционные вытрезвители, сообщил глава МВД РФ Рашид Нургалиев. «Сейчас остро стоит вопрос создания новых центров для того, чтобы бороться с алкоголизмом», — цитирует выступление министра на церемонии открытия медвытрезвителя УВД Магадана Интерфакс.

Очевидно, что поднятая министром тема вытрезвителей — продолжение идущей в стране антиалкогольной компании. Но когда министр указывает, что медвытрезвители «сегодня превратились попросту в обычные ночлежки», очевидно, что косвенно он подвергает критике и своё собственное ведомство. Если в силу некоторых корпоративных отношений оказывается недопустимым реформировать собственную структуру, основываясь на «громких» проблемах (так, например, дело рядового Сычёва позволило начать армейскую реформу), министр прощупывает курьёзную тему вытрезвителей. Однако, это замечание может иметь весьма далеко идущие последствия.

Между тем, эти слова можно воспринимать как вполне очевидный «сигнал» того, что медленно, но уверенно руки у руководства страны доходят до таких сфер жизни, которые исторически (т.е. последние 20 лет) считались пропащими, как например сельское хозяйство, о чём красноречиво свидетельствуют заявления Президента Медведева.

3 октября 2009 г.

<http://actualcomment.ru/idea/244/>

ДЕМОГРАФИЯ

Валентина Широкова: «Мы не можем отказать семьям, бесплодным в браке, в возможности иметь детей»

Директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития России Валентина Широкова на открытии X Всероссийского научного форума «Мать и дитя» рассказала о том, что сделано и какие задачи стоят в области охраны здоровья женщин и новорожденных детей.

«Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года – это основополагающий документ для такой отрасли как охрана материнства и детства. Концепция ориентирована на снижение смертности и увеличение рождаемости в стране», - подчеркнула она.

«В связи с этим необходимо больше внимания уделять здоровью женщин фертильного возраста, - считает Валентина Широкова. – В этой категории отмечают тенденции к росту заболеваемости по целому ряду нозологических форм. А это может впоследствии приводить к осложнениям беременности и отражаться на здоровье ребенка. Поэтому усилия медиков, государства направляются на то, чтобы эти тенденции преодолеть». «Несмотря на то, что показатели материнской смертности снижаются, они все еще превышают европейские, - говорит Валентина Широкова. – Но анализ структуры заболеваемости позволяет делать вывод, что в большинстве случаев развитие патологии можно предотвратить».

Другой важный момент касается развития вспомогательных репродуктивных технологий. Есть точка зрения, которая подвергает сомнению необходимость государственной поддержки этого направления. Валентина Широкова озвучила на Форуме позицию Министерства, поддержанную видными учеными, неонатологами, акушерами-гинекологами. *«Частота бесплодных браков в России превышает 15%, что по данным ВОЗ является критическим уровнем. Ежегодно на проведение операций по искусственному оплодотворению государством выделяются квоты. И если еще несколько тысяч семей обретут возможность иметь детей, то мы не можем отказывать им в этом, - считает Валентина Широкова. - Это тоже вклад в преодоление демографических проблем».*

Позиция Минздравсоцразвития России в этом вопросе такова: дальнейшее внедрение в клиническую практику методов вспомогательных репродуктивных технологий является важным для рождения детей в бесплодном браке. Этот вид медицинской помощи относится к высокотехнологичным и оказывается в специализированных медицинских учреждениях. И дети, рожденные в результате экстракорпорального оплодотворения, по своим физическим и умственным способностям не отличаются от всех остальных детей.

Директор Департамента в своем выступлении остановилась на тех направлениях приоритетного национального проекта «Здоровье», которые уже оказали и оказывают влияние на снижение материнской и младенческой смертности, повышение рождаемости. Продолжается строительство перинатальных центров, где будет оказываться помощь матери и ребенку с применением самых современных технологий. Недавно прошло открытие такого центра в Калининграде. Активное строительство центров ведется в Твери, Ярославле. Введение программы «Родовой сертификат» позволило поднять заработную плату врачам в среднем по России на 22%. Было закуплено диагностическое оборудование для учреждений службы родовспоможения и детских поликлиник. Введено обследование детей до года узкими специалистами. По словам Валентины Широковой, статистические данные показывают, что состояние здоровья беременных женщин за последнее время улучшилось. На 29,2 % стала выше выявляемость врожденных аномалий развития в раннем возрасте, что позволяет провести своевременную хирургическую коррекцию.

Валентина Широкова привела динамику показателей младенческой смертности. С 1970 по 1980 годы снижение младенческой смертности произошло на 4 %, с 1980 по 1990 – на 21,3%, с 1990 по 2000 год – на 12,1%, с 2000 по 2008 год младенческая смертность снизилась на 45,5%.

В числе основных задач развития службы родовспоможения Валентина Широкова назвала совершенствование нормативно-правовой базы, дальнейшую реализацию программ в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье».

Директор Департамента также подчеркнула, что с 2012 года наша страна переходит на новые критерии регистрации новорожденных, рекомендованные ВОЗ, в связи с этим предполагается внедрение целого ряда новых методик и технологий в области неонатальной хирургии, диагностики, интенсивной терапии новорожденных. Планируется развитие пренатальной диагностики. Схема бу-

дет опробована в рамках пилотного проекта, а затем, в случае успешных результатов, распространена на всю Россию. И ни одно из этих направлений невозможно реализовать, не имея хорошо подготовленных, квалифицированных медицинских кадров.

В своем выступлении Валентина Широкова также коснулась развития профилактического направления по здоровому образу жизни, что в первую очередь влияет на здоровье будущей мамы и ее ребенка.

X Юбилейный всероссийский форум «Мать и дитя» собрал более 3 тысяч делегатов со всей страны, свои доклады на нем представили ведущие российские ученые, практикующие врачи и их иностранные коллеги - эксперты в сфере онкогинекологии, инфекционных заболеваний, генетики и невынашивания беременности из Бельгии, США, Великобритании, Германии, Италии, Венгрии и Испании. У участников научной программы будет четыре дня, чтобы обсудить новые высокотехнологичные методы диагностики и лечения в репродуктивной медицине, перспективы использования клеточных технологий, ознакомиться с последними достижениями российских и зарубежных компаний-производителей медицинской техники и медикаментов, представленными в рамках выставки «Охрана здоровья матери и ребенка-2009».

29 сентября 2009 г.

<http://www.minzdravsoc.ru/health>

Александр Баранов: «75 процентов детей, рожденных в результате ЭКО, являются инвалидами»

Российское Правительство делает ошибку, оказывая на государственном уровне финансовую поддержку технологии экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), считает вице-президент РАМН, главный педиатр Минздравсоцразвития РФ Александр Баранов.

"Сейчас мы столкнулись с неожиданными явлениями: появилось очень много детей "из пробирки". Даже на уровне правительства акушеры пролоббировали финансовую поддержку искусственного оплодотворения, якобы за счет этого можно решить демографическую проблему в России. Ничего подобного", - заявил А.Баранов на пресс-конференции в Томске, сообщает «Интерфакс».

Он подчеркнул, что, согласно мировой статистике, в результате рождения детей посредством технологии ЭКО значительно возрастает риск рождения ребенка с пороками.

По данным главного педиатра России, 75 процентов детей, рожденных в результате ЭКО, являются инвалидами.

"Я выступал в Думе и прямо сказал: если вы увеличиваете финансирование на эту технологию, вы сразу закладываете деньги и на увеличение детей-инвалидов", - сказал А.Баранов. По его словам, только в России государство выделило деньги на внедрение данной технологии. "Везде идет коммерческое осуществление ЭКО", - подчеркнул он.

"Более того, Всемирная организация здравоохранения не рекомендует для внедрения эту технологию. Мы, конечно, не имеем права запретить, но я считаю, что государство делает ошибку, оказывая поддержку этой технологии. Надо быть честным. Если мы знаем про то, чем это грозит, мы обязаны информировать", - сказал А.Баранов, добавив, что вред при ЭКО наносится и здоровью женщин.

"Они находятся на колоссальных дозах гормонов. И матери, как правило, в возрасте", - отметил вице-президент РАМН.

30 сентября 2009 г.

<http://www.medicinarf.ru/news/>

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Китайская медицина о здоровом образе жизни

Китайская медицина, как часть науки Древнего Китая, была основана на понимании единства Вселенной и человека, на осознании незримой связи природы и организма. Такие знания считались высшей мудростью, откровением переданным Небесами. В связи с этим большое внимание китайская медицина уделяла предупреждению заболеваний и ведению правильного, здорового образа жизни, согласно принципам, установленным для человека Вселенной.

Уровень китайской медицины в древние времена был поистине высок. В арсенале медиков Древнего Китая одних только методов нелекарственного воздействия существовало около сотни. Согласно сохранившимся дворцовым хроникам и официальным документам дипломатических переписок, некоторые императоры Поднебесной доживали до 200 лет, а детей зачинали в возрасте 140 лет. Конечно, в императорском дворце было огромное количество ученых-медиков, которые неустанно следили за здоровьем императора, но все же это может свидетельствовать о высоком уровне китайской медицины.

В отличие от современной западной медицины, не уделяющей должного внимания проблемам профилактики, китайская медицина рассматривала вопросы сохранения здоровья и здорового образа жизни как важную составляющую медицинских знаний. Известная поговорка гласит: «Поздно копать колодец, когда захотелось пить». Другими словами, чтобы иметь здоровье, необходимо вести правильный образ жизни и постоянно строго требовать от себя.

Тело человека в китайской медицине рассматривалось как сложная многоуровневая система, не ограничивающаяся только материальной составляющей, поэтому и подход к лечению также был глубже, фундаментальней. Физическое тело рассматривалось лишь как поверхностный уровень, за ним следовал уровень системы меридианов и энергетических каналов, дальше - эмоциональный уровень. Определяющее же значение имела психика человека, его духовная составляющая. В такой системе каждый вышестоящий уровень иерархии оказывал влияние на нижестоящий. Таким образом, для того, чтобы убрать симптомы и достичь видимого благополучия можно воздействовать на физическое тело. Однако для того чтобы обрести здоровье, человек должен измениться сам. Он должен достичь гармонии с природой и обрести душевный покой.

Учение о «золотой середине» путь к здоровому образу жизни

Согласно представлениям древних китайских медиков, болезнь зарождается в сознании. Поэтому концепция здорового образа жизни включает, прежде всего, правильное мышление, осознание связи причин явлений и их последствий, соблюдение умеренности и сохранение природной естественности.

В Древнем Китае люди отличались спокойным темпераментом, сдержанностью в привычках и эмоциональных пристрастиях. Благодаря этому достигалось внутреннее душевное спокойствие. Такой образ жизни китайцев сформировался под влиянием учений конфуцианства и даосизма. Эти два учения определили развитие всех наук Древнего Китая и, в особенности, китайской медицины. Помимо прочего конфуцианство и даосизм привили древнему обществу понятия о «золотой середине» и срединном пути, соблюдая которые можно оставаться непобедимым. Согласно этим представлениям человек должен избегать крайностей во всех аспектах и тогда сможет обрести здоровье.

По этому поводу даос Гэ Хун в книге «Нэй Пянь» изложил свое понимание взаимосвязи между здоровьем и соблюдением умеренности. По мнению ученого, основными причинами разрушающими здоровье человека являются чрезмерные эмоции. Например, такие как печаль, зависть, алчность, чрезмерная радость, праздность, дряхлость, пьянство. Достигая своего предела, они непременно приведут к физическому истощению и смерти. Поэтому тот, кто стремится к крепкому здоровью и долгой жизни не должен слушать и смотреть, пить и

есть, сидеть и упражняться, разговаривать и одеваться сверх меры.

Совершенствование тела, как часть здорового образа жизни

Понятия о «золотой середине», также распространяются и на физическую активность. Поэтому китайская медицина рекомендует человеку выполнять определенное количество физической работы. В этом случае Ци и кровь смогут беспрепятственно циркулировать, и внутренние органы смогут хорошо работать. Длительная гиподинамия приводит к застою Ци и крови, к истощению функциональных возможностей селезенки и желудка, что приводит к бессилию, слабости конечностей и апатии. В книгах по китайской медицине говорится о том, что «длительное лежание ранит Ци». Чрезмерное физическое переутомление может привести к повреждению Ци и к различного рода патологиям, но разумная физическая активность, безусловно, полезна: тренировки усиливают циркуляцию жизненно важных веществ и способствуют лучшему усвоению пищи.

В питании китайская медицина также наставляет соблюдать умеренность. Не следует усиливать пять вкусовых качеств пищи. Такое стремление приведет к нарушению работы внутренних органов. Слишком соленое вредно для сердца, чрезмерно острое нарушит работу печени, слишком кислое губительно для селезенки, чрезмерно горькое вредит легким, а избыток сладкого вызовет дисфункцию почек. Чрезмерное питание и чревоугодие приведет к ожирению и нарушению циркуляции Ци и крови.

Говоря о здоровом образе жизни, нельзя не упомянуть о многочисленных немедикаментозных методах, которые и по сей день используются китайцами. Поддерживать тело в здоровом состоянии помогают дыхательные упражнения, боевые практики, медитация, цигун и другие методы, являющиеся наследием науки Древнего Китая. Они, как и лекарственные растительные средства, также используются для сохранения здоровья и предупреждения заболеваний.

Большинство методов практик связаны с методами совершенствования системы Дао. Во времена династии Чжоу (около 1100 - 221 до н. э.) многие даосы уединялись в высоких горах, чтобы посвятить свою жизнь поиску путей к истине и достичь просветления разума. Они обретали душевное спокойствие и жили огромное количество лет, практикуя боевые искусства и занимаясь медитацией. Вдыхая высокогорный воздух, насыщенный ци и употребляя травы, они обретали долголетие. И хотя многие знания передавались секретно, некоторые методы совершенствования открыты и сегодня распространяются в обществе.

Таким образом, китайская медицина дает человеку осознание принципа, что болезни легче предупреждать, а не лечить. Истинное здоровье можно обрести, только следуя принципам Вселенной и соблюдая здоровый образ жизни.

Кирилл БЕЛАН. Великая Эпоха (The Epoch Times)

www.epochtimes.ru

19-10-2009 г.

Нобелевская премия для борцов с раком

Нобелевской премии по медицине и физиологии в этом году удостоено трое ученых – Элизабет Блэкберн, Кэрол Грейдер и Джек Шостак. Приз 10 млн крон поделен между ними поровну и вручен за открытие защищающих генетический материал клетки образований – теломер.

Исследователям из США удалось открыть теломеры – особые образования внутри клеточного ядра, которые защищают молекулу ДНК и повышают ее стабильность. Ученые выявили, что с возрастом теломеры уменьшаются, а в раковых клетках, напротив, их становится слишком много.

Что такое теломеры?

Теломеры – это образования, которые прикрывают и защищают хромосомы (ДНК и белки, на которые ДНК намотана), то есть носители генетической информации. С каждым делением клетки и, следовательно, с возрастом, теломеры сокращаются, а защита ДНК слабеет. Ученые часто указывают на этот механизм как на одну из причин старения. Действительно, с возрастом активность теломеразы снижается, оставаясь высокой лишь у стволовых клеток и у раковых опухолей.

Сказать, что теломераза продлевает жизнь, не совсем, однако, корректно. Наряду со стволовыми клетками высокой активностью теломеразы отличаются клетки злокачественных опухолей. И, вполне возможно, нынешние нобелевские лауреаты своим открытием приближают разгадку одного из фундаментальных секретов человечества – возникновение рака.

Вплоть до объявления результатов на роль победителей претендовали также два других коллектива. На роль главного открытия рассматривалось обнаружение микроРНК Виктором Аврамсом и Гэри Ривкуном и изобретенный Синью Яманаку метод перепрограммирования обычных клеток в стволовые. Ниже кратко рассказывалось о сути этих исследований.

Что такое микроРНК?

МикроРНК – короткая молекула РНК, рибонуклеиновой кислоты. По сути это цепочка составлена из четырех разных типов «звеньев», и в этом она схожа с ДНК – носителем всей необходимой клетке информации. Но если ДНК, «упакованная» внутри ядра, хранит генетическую информацию, то молекулы РНК, в том числе и микроРНК, занимаются передачей этой информации.

Если клетку представить в виде современного завода, то схема взаимоотношений ДНК, РНК и синтеза белков может быть проиллюстрирована следующей компьютерно-инженерной аналогией. Чертеж (ген) копируется с компьютера (ДНК) на флешку (РНК) и переносится в цех (цитоплазму клетки), где флешка вставляется в станок (рибосому) с программным управлением – для изготовления той или иной детали. ДНК-РНК-белок – именно такая последовательность является центральным положением молекулярной биологии.

Открытые Амбросом и Ривкуном молекулы микроРНК эту схему существенно дополняют. Они обнаружили, что к «станкам», если далее развивать аналогию с производством, наряду с «чертежами» поступает и иная информация, например немедленно прекратить работу. МикроРНК, которые, как следует из названия, меньше обычной РНК. Несмотря на свои размеры и неспособность напрямую кодировать тот или иной белок, играют тем не менее очень важную роль в самых разных процессах. По содержанию в клетке микроРНК различных типов можно очень точно определить ее состояние, а если в процесс передачи «заводских приказов» с помощью микроРНК вмешаться извне – можно будет остановить, к примеру, рост опухоли.

Как получить стволовые клетки?

Стволовые клетки уже дали ученым одну Нобелевскую премию – в 2007 году. Это неудивительно. Недаром журнал Science назвал открытие стволовых клеток одним из трех величайших открытий XX столетия: стволовые клетки могут превращаться практически в любые другие клетки организма и неограниченно долго делиться, поддерживая тем самым свое количество на постоянном уровне.

Из стволовых клеток уже удалось [вырастить новый зуб](#) (пока у мыши), из них получали искусственный мочевой пузырь, ими восстановили [разрушенную шейку бедра](#), их пробуют применять при терапии целого ряда самых разных заболеваний, и они же необходимы для восстановления всех органов человека. Гибель стволовых клеток ведет к поседению волос или атрофии мышц – в зависимости от того, в каком органе они находились.

Казалось бы, идеальное средство от едва ли не всего. Но не все так просто: на момент своего открытия стволовые клетки могли получаться только из эмбрионов, что порождало как этические, так и иммунологические проблемы. Работа Синью Яманаку по перепрограммированию обычных клеток в стволовые заслуженно номинировалась на Нобелевскую премию.

Прошлые годы

В 2008 году самая престижная награда в научном мире досталась вирусологам – французским исследователям Люку Монтескье и Франсуазе Барре-Синусе за открытие вируса ВИЧ и немцу Харальду цур Хаузену за обнаружение вируса папилломы человека. Не обошлось, правда, без скандала, так как многие ученые сочли, что обойден вниманием американец Роберт Галло, показавший, что выделенный Монтескье и Барре-Синусе вирус вызывает СПИД. Мало того что доказавший связь ВИЧ и СПИД специалист не получил премию – его даже не упомянули в официальном пресс-релизе!

Это далеко не единственная история. Открытие Харальда цур Хаузена стало основой не только для научных экспериментов, но и для серийного производства вакцин от рака шейки матки. А где вакцины, там прибыль фармацевтических компаний, точнее, одной конкретной компании, AstraZeneca, которая кроме прочего является спонсором Nobel Media. Насколько это повлияло на решение Нобелевского комитета, сказать сложно, но неприятный осадок все же остался.

GZT.RU

Премия за рибосому

Венкатраман Рамакришнан (Venkatraman Ramakrishnan) из Кембриджской лаборатории молекулярной биологии ([MRC Laboratory of Molecular Biology](#)), Великобритания, Томас Стейтс (Thomas A. Steitz) из Йельского университета ([Yale University](#)) и Медицинского института Говарда Хьюза ([Howard Hughes Medical Institute](#)), США, и Ада Йонат (Ada E. Yonath) из Научного института Вайсмана ([Weizmann Institute of Science](#)), Израиль, поделили между собой [Нобелевскую премию](#) по химии, сообщает [сайт Нобелевского комитета](#). Премия присуждена за «изучение структуры и функции рибосомы».

[Рибосомы](#) – это специальные внутриклеточные структуры, ответственные за [синтез белка в клетке](#). Они активно участвуют в процессе репликации ДНК, которая позволяет передать генетическую информацию о клетке во время ее деления. Для этого отдельные участки ДНК – гены – сначала транскрибируются (переписываются) в виде многочисленных копий РНК. Затем эти копии транслируются белоксинтезирующими частицами клетки – рибосомами. Результатом этого процесса является продукция белков, определяющих всю совокупность свойств и признаков организма.

Биосинтез белка – это центральный процесс живой клетки. Именно через него «мертвые» молекулы нуклеиновых кислот обретают жизнь, а химия превращается в биологию. Процесс биосинтеза белка проходит в несколько этапов, в большинстве из которых рибосома принимает активное участие.

Напомним, что [Нобелевская премия по медицине](#) была в этом году присуждена за «открытие того, как хромосомы защищаются теломерами и ферментом теломеразой». [Премия по физике](#) выдали за «революционные достижения, связанные с передачей света по оптоволоконным каналам» и изобретение сенсора CCD – фотозлектрического прибора с зарядовой связью.

07.10.2009 г.

<http://www.vokrugsveta.ru/news/7557/>

ПРАКТИКА

Швейцарские хирурги оперируют мозг, не вскрывая череп

Традиционные операции на головном мозге посредством трепанации черепа чреватые инфекциями, кровотечениями и прочими осложнениями. Цюрихские медики предложили неинвазивную альтернативу.

Операции на головном мозге - дело тонкое и крайне рискованное, поэтому нейрохирурги неустанно ищут новые подходы с тем, чтобы сделать такие вмешательства как можно более щадящими и менее инвазивными. Теперь швейцарские медики испытывают революционный метод, позволяющий оперировать головной мозг вообще без трепанации черепа. Авторы этой разработки - два цюрихских профессора: Даниэль Жанмоно (Daniel Jeanmonod), заведующий отделением нейрохирургии университетской клиники, и Эрнст Мартин-Фиори (Ernst Martin-Fiori), глава Центра магнитно-резонансной томографии университетской детской клиники. Профессор Жанмоно не сомневается в том, что вскоре сможет навсегда отказаться от скальпеля и остеотома. Его новым инструментом в операционной станет генератор ультразвука.

Полеты вслепую

Вот уже более двух десятков лет пациентами профессора Жанмоно являются, прежде всего, люди с опухолями и нарушениями функций головного мозга. Нередко такие пациенты страдают сильнейшими болями, против которых медикаментозная терапия бессильна, так что единственный способ помочь им состоит в физическом разрушении определенной группы клеток в так называемом таламусе. Таламус, или зрительный бугор, - это особая структура промежуточного мозга, выполняющая функцию подкоркового центра всех видов общей чувствительности. В таламусе сходятся нервные окончания большинства сенсорных нейронов, несущих импульсы в кору головного мозга, и здесь же берут начало нервные волокна, передающие эти импульсы в соответствующие зоны коры. Поэтому нарушение функции клеток этого региона мозга могут вызывать самые разные симптомы - от тремора до фантомных болей, от тиннитуса, то есть шума в ушах, до эпилептических припадков.

Источником всех бед являются, как правило, очень небольшие, размером в считанные миллиметры, участки таламуса. До сих пор традиционный метод лечения состоял в термическом разрушении этих участков с помощью особого зонда, вводимого в мозг через отверстие в черепе. Конечно, хирургическому вмешательству предшествует магнитно-резонансная томография, дающая снимки высокого разрешения, на основе которых и осуществляется навигация зонда в процессе операции. Тем не менее, метод сопряжен с известной долей риска: в 4-ех процентах случаев имеют место те или иные осложнения, будь то кровотечения, инфекции или даже разрушение здоровой мозговой ткани - и это там, где на счету каждый миллиметр. По словам профессора Жанмоно, такие операции, несмотря на самые современные средства визуализации, напоминали "полеты вслепую".

Сфокусированный ультразвук

И вот теперь на горизонте замаячила альтернатива - сфокусированное высокоэнергетическое ультразвуковое излучение. "Речь идет о том, чтобы множество лучей собрать в одной точке, - поясняет профессор. - По сути дела, это тот же принцип, который позволяет с помощью увеличительного стекла поджечь лист бумаги, сфокусировав на нем солнечные лучи".

В данном случае таких лучей - правда, не солнечных, а ультразвуковых, - ровно 1024. Они беспрепятственно проникают со всех сторон сквозь кости черепа в мозг, фокусируясь на группе клеток, подлежащих разрушению, и нагревая их до нужной температуры. Конечно, это излучение на много порядков мощнее того, что используется в стандартной ультразвуковой диагностике, но и оно совершенно безопасно для пациента.

Перед операцией больной должен обрить голову наголо. Чтобы обеспечить ее абсолютную неподвижность на протяжении тех 6 часов, что длится процедура, голову жестко закрепляют в специальной раме, а затем надевают на нее шлем-излучатель специальной конструкции. Все это время пациент находится в полном сознании. Используя магнитно-резонансную визуализацию и термометрию, хирург наводит лучи на мишень - каждый луч отдельно, с учетом толщины и плотности костей черепа. "Важно, что магнитно-резонансный томограф постоянно, каждые 3-5 секунд, выдает нам термографическую картинку мозга, - говорит профессор Жанмоно. - Это позволяет нам визуально контролировать ход операции в режиме реального времени".

Высокоточное наведение лучей позволяет получить в фокусе температуру в 59 градусов - этого вполне достаточно, чтобы разрушить белковые структуры подлежащих уничтожению больных клеток таламуса. В то же время соседние кровеносные сосуды не повреждаются, так что риск кровотечения минимален, а инфекции и вовсе исключены, поскольку целостность черепа не нарушена.

На сегодняшний день цюрихские медики прооперировали своим неинвазивным методом в общей сложности 11 пациентов - и всех успешно. Конечно, до широко внедрения еще далеко, но первый шаг сделан, и он внушает надежды.

Автор: Владимир Фрадкин
Редактор: Ефим Шуман

<http://www.dw-world.de/dw/article/>, 20.08.2009 г.

**АДМИНИСТРАЦИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ
ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ АЛТАЙСКОГО КРАЯ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО**

15.10.2009 г.

№ 01-67/1

Руководителям лечебных учреждений края

Уважаемые коллеги!

Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности обращает Ваше внимание, что на совещании в Зеленограде, посвященном развитию лекарственной промышленности России, Председатель Правительства РФ Владимир Владимирович Путин заявил о том, что имеют место случаи, когда врачи навязывают пациентам определенные лекарственные средства потому, что получают за это оплату от фармацевтических концернов. Причем иногда для этого даже используются бланки рецептов, напечатанные фирмами-поставщиками. Производители спонсируют корпоративные мероприятия, разного рода семинары, в том числе с выездом на отдых.

Владимир Владимирович Путин потребовал взять под жесткий контроль эту ситуацию. За недобросовестное поведение к врачам будут применяться определенные санкции.

Главное управление убедительно просит главных врачей лечебных учреждений взять под личный контроль данную ситуацию и запретить визиты медицинских представителей в часы работы врачей без предварительного согласования с администрацией больницы.

Все вопросы совершенствования лекарственного обеспечения и внедрения новых препаратов в медицинскую практику должны обсуждаться на семинарах, разрешенных органами управления здравоохранением.

Начальник Главного управления

В.А. Елыкомов

Эксперты: в арсенале фармкомпаний множество самых различных, зачастую не совсем этических, методов работы с врачебным сообществом

Федеральная антимонопольная служба РФ планирует проверить ряд крупных международных фармкомпаний с целью защиты конкуренции на российском рынке, а также для того, чтобы оценить влияние производителей лекарств на врачебное сообщество. По мнению представителя ФАС Тимофея Нижегородцева, органы управления здравоохранением не заинтересованы в закупках отечественных препаратов, именно потому, что международные фармкомпании имеют специальные бюджеты, выделенные на завязывание отношений с врачами. Через врачей формируется потребность пациентов в лекарствах, что сказывается и на системе организации государственных закупок лекарственных препаратов. Как результат – многие аукционы по закупкам медикаментов в рамках государственных программ выигрывают только зарубежные производители.

В настоящее время в России не существует штрафных санкций за то, что международные производители лекарств стимулируют российских врачей выписывать пациентам именно их лекарства. Крайне показательно как в России в последние годы стабильно увеличивается количество медицинских представителей, главная цель деятельности которых – рост продаж тех или иных препаратов.

По мнению генерального директора Национальной Дистрибьюторской компании Настасьи Ивановой, «соблюдение этических норм при продвижении фармацевтической продукции является серьезной проблемой для многих стран. И в России эта проблема не менее актуальна, чем, к примеру, в США, где, по данным экспертов, фармкомпании ежегодно тратят на одного врача порядка 13 тыс. долл., а в целом на стимулирование продаж лекарственной продукции - более 15 млрд. А поскольку производители лекарств, во-первых, работают персонально, а во-вторых, не только с врачами, но и с провизорами, человек, желающий приобрести лекарство, оказывается в ситуации, когда и в больнице, и в аптеке его, по сути, понуждают покупать определенные «престимулированные» лекарства. И чаще всего такой человек даже не представляет какие компании в этот момент сошлись в схватке за его выбор и, соответственно, его кошелек. В нашей жизни совершенно стандартна ситуация, при которой врач выписывает пациенту одно лекарство, а в аптеке ему продают совершенно другое, давая совет, что это лекарство более доступное или эффективное».

Это мнение подтверждает и редактор фармацевтического портала Pharm - MedExpert . Ru Иван Данилов: «в арсенале фармкомпаний множество самых различных, зачастую не совсем этических, методов работы с врачебным сообществом – фирменные сувениры, отслеживание выписанных рецептов, регулярные приглашения на «круглые столы» и научные конференции с обязательным фуршетом. На таких мероприятиях о побочных эффектах или противопоказаниях препаратов говорят обычно вскользь. Фармкомпании целенаправленно формируют списки лояльных к их продукции врачей. Важный момент и налаживание позитивных отношений со СМИ, фармкомпании тратят тысячи долларов на скрытую рекламу препаратов и регулярно организуют с целью получения позитивных материалов в СМИ полностью обеспеченные пресс-туры для журналистов на заводы, в том числе за рубеж».

11 сентября 2009, Иван Данилов, проект Pharm-MedExpert.ru
http://www.medicinarf.ru/publication/?news_id=1295

Что должен сделать бухгалтер, у которого заболел «ОТПУСКНИК»

Ситуация, когда работник, находящийся в отпуске заболевает, встречается не так уж редко. В этой статье Альбина Островская, ведущий налоговый консультант консалтинговой компании «Такс Оптима» рассказывает о том, нужно ли в этом случае оплачивать больничные, продлевать отпуск, пересчитывать отпускные и сторнировать «зарплатные» налоги.

Больничные полагаются!

Перед уходом сотрудника в отпуск компания выдает ему отпускные. Делается это не позднее, чем за 3 дня до начала отпуска (ст. 136 ТК РФ). Соответственно, если работник, находящийся в отпуске, заболевает, у бухгалтера возникает вопрос: нужно ли оплатить ему пособие на основании предоставленного больничного листка?

За время нахождения работника на больничном ему полагается пособие. Это правило работает и в том случае, если период временной нетрудоспособности пришелся на ежегодный оплачиваемый отпуск. Об этом четко говорится в подпункте 1 пункта 1 статьи 9 Федерального закона от 29.12.06 № 255-ФЗ «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию». Поэтому компания не вправе отказать «отпускнику» в начислении и выплате больничных, естественно, при условии, что сотрудник принес в бухгалтерию правильно оформленный листок временной нетрудоспособности. Данную позицию подтверждают и представители ФСС России в письме от 05.06.07 № 02-13/07-4830.

Пособие выплачивается за все календарные дни болезни. При этом нужно помнить, что первые 2 дня болезни оплачиваются за счет средств работодателя, а за остальной период (начиная с 3-го дня временной нетрудоспособности) — за счет средств ФСС (п. 2 ст. 3 Федерального закона № 255-ФЗ).

Продление отпуска

А как быть с отпуском и ранее начисленными отпускными? Согласно статье 124 Трудового кодекса, в этой ситуации отпуск либо продляется, либо переносится на другой срок с учетом пожеланий работника. То есть сам «отпускник» принимает решение, какой вариант для него предпочтительней. Работодатель не имеет права навязать ему тот или иной вариант.

Если работник решил продлить свой отпуск, то количество дней «продления» равно количеству дней болезни по листку нетрудоспособности, приходящихся на ранее заявленный период отпуска. К примеру, сотрудник ушел в отпуск с 5 по 18 октября, а с 15 по 22 октября болел. В этом случае на период отпуска приходится 4 дня болезни (с 15 по 18 октября), значит, отпуск после окончания больничного продляется на 4 дня и последний день отпуска придется на 25 октября.

Естественно, за продленные дни отпуска сотрудник не получит дополнительные отпускные, ведь фактически его отпуск был не увеличен, а продлен за счет дней болезни. И за дни болезни сотрудник получит не отпускные, а выплаты по больничному, о чем мы уже говорили выше. Соответственно, нет оснований пересчитывать ранее выданную сумму отпускных, так как работник использовал заявленные дни отпуска, за которые им были получены отпускные.

Перенос отпуска

Ситуация в корне меняется, если сотрудник вышел на работу сразу после больничного, а оставшиеся дни отпуска решил «догулять» позже (перенести на будущее). В этом случае фактический период отпуска не соответствует изначально заявленному, поэтому возникает вопрос: нужно ли производить пересчет ранее выплаченных отпускных?

По нашему мнению, при переносе отпуска ранее выплаченные отпускные необходимо пересчитывать. Ведь в данной ситуации можно говорить о том, что изначально заявленное время отпуска было сокращено из-за болезни. Значит, часть отпускных считается выданной излишне. Соответственно, оставшиеся дни отпуска переносятся на другой период, и их «догуливание» приравнивается к новому отпуску. То есть к отпуску, предоставленному уже в другой период. И за этот отпуск организация должна будет оплатить работнику отпускные заново, исходя из среднего заработка за 12 месяцев, предшествующих месяцу отпуска.

В результате пересчета сумма отпускных, естественно, уменьшится по сравнению с той суммой, которая была получена сотрудником перед уходом в отпуск. Значит, лишние отпускные работник должен вернуть компании. Обычно как такового, возврата не происходит, организации в таких случаях просто уменьшают к выплате следующие суммы, полагающиеся сотруднику (больничные, зарплату).

Хочется заметить, что некоторые специалисты придерживаются иного мнения. Они считают, что проводить пересчет и уменьшать последующие выплаты, полагающиеся работнику не надо. В

качестве аргументов приводят статью 137 ТК РФ, которая содержит закрытый перечень ситуаций, при которых организация вправе произвести удержание из зарплаты. Рассматриваемая ситуация там не упоминается. На этом основании специалисты делают вывод, что никаких удержаний из зарплаты в описанном случае компания производить не должна. А раз так, то и нет необходимости и делать перерасчет. Но в таком случае при «догуливании» перенесенных дней сотруднику уже ничего полагаться не будет — оплату за эти дни он уже получил ранее.

Как видим, ситуация довольно неоднозначная. Однако мы все-таки склоняемся к варианту с перерасчетом. Ведь вполне логично, что при переносе отпуска «переноситься» должны и сами отпускные. К тому же отпускные рассчитываются исходя из зарплаты за последние 12 месяцев, предшествующих месяцу отпуска. Поэтому при перенесенном отпуске расчетный период будет другим, и сумма отпускных тоже может отличаться.

Статья 137 ТК РФ, которую приводят оппоненты, к рассматриваемой ситуации, на наш взгляд, отношения не имеет.

Она регулирует только вопросы удержания из зарплаты. Само слово «удержание» по смыслу предполагает вычет из зарплаты, причем окончательный вычет, который впоследствии не будет, условно говоря, «компенсирован». Наглядным примером служат алименты, неизрасходованные и своевременно не возвращенные командировочные, неотработанные ко дню увольнения отпускные. Как видим, во всех этих ситуациях суммы удерживаются окончательно. А в нашей ситуации удержание не носит окончательного характера.

Если вы решите пересчитывать сумму отпускных, то возникают вопросы с ЕСН и НДФЛ. Нужно ли пересчитывать эти налоги? В письме Минфина России от 29.09.06 № 03-05-02-04/151 дается разъяснение по ЕСН в случае досрочного отзыва из отпуска. Конечно, это не совсем наша ситуация, но выводом чиновников, мы считаем, можно воспользоваться и в ней. По мнению «финансистов», корректировать налоговую базу по ЕСН за предыдущий отчетный период не требуется. А значит, не нужно и представлять уточненные расчеты. Организация должна уточнить базу текущего периода.

А с НДФЛ следует поступить так. Поскольку бухгалтер будет сторнировать ранее исчисленную сумму отпускных на часть отпускных за перенесенные дни отдыха, то нужно сторнировать и ранее начисленный НДФЛ. Одновременно будет начислена заработная плата за дни работы и НДФЛ с этой зарплаты. В итоге налог к уплате по текущему месяцу будет рассчитан с учетом сторнированного НДФЛ.

Можно ли заменить «продленные» дни денежной компенсацией

Некоторые граждане интересуются возможностью получить вместо «продленных» дней отпуска денежную компенсацию, продолжая при этом работать. Рассмотрим, предоставляет ли трудовое законодательство подобную возможность.

Как мы уже отмечали ранее, в связи с болезнью, случившейся в период оплачиваемого отпуска, работник имеет право либо продлить отпуск, либо перенести оставшиеся дни на будущее. Иных вариантов трудовым законодательством не предусмотрено. Если сотрудник выбрал второй вариант (перенести «продленные» дни на будущее), то это говорит о его желании «догулять» отпуск впоследствии и тогда же получить отпускные за перенесенные дни. Поэтому получить денежную компенсацию он не сможет.

В то же время существуют общие правила замены отпуска денежной компенсацией. Так, статья 126 ТК РФ предусматривает возможность замены превышающей 28 календарных дней части ежегодного оплачиваемого отпуска денежной компенсацией по письменному заявлению работника. При суммировании ежегодных оплачиваемых отпусков или перенесении ежегодного оплачиваемого отпуска на следующий рабочий год денежной компенсацией могут быть заменены часть каждого ежегодного оплачиваемого отпуска, превышающая 28 календарных дней, или любое количество дней из этой части. Это означает, что получить денежную компенсацию вместо отпуска могут только те граждане, чей ежегодный оплачиваемый отпуск длится дольше 28 дней (например, педагогические работники, у которых удлиненный оплачиваемый отпуск).

Поэтому все остальные работники, которые не имеют удлиненного или дополнительного отпуска, получить денежную компенсацию до увольнения не смогут.

Должен ли работник известить компанию о начале болезни?

Если работник, заболевший во время отпуска, решит выбрать вариант с продлением отпуска, то понятно, что к ожидаемому дню он на работу не выйдет. Должен ли в таком случае работник в обязательном порядке уведомить работодателя о наличии у него листка временной нетрудоспособности или можно это сделать при выходе на работу? И в какой момент он должен предоставить в бухгалтерию больничный лист?

К сожалению, Трудовой кодекс РФ не дает четких ответов на эти вопросы. Ясно только одно: больничный лист представляется в бухгалтерию не раньше, чем по окончании болезни, ведь больничный еще нужно «закрыть». А это сделать будет невозможно, если листок уже сдан в бухгалтерию.

Поскольку ТК РФ не обязывает сотрудника приносить на работу больничный листок сразу после

болезни, то считаем, что сделать это можно и при выходе на работу. К тому же так будет удобнее и для самого работника. Но вот уведомить о болезни все же желательно, несмотря на то, что такая обязанность в ТК РФ прямо не закреплена. Причем, это желательно как для компании, так и для самого сотрудника. Компания в таком случае будет своевременно извещена о том, что к ожидаемому сроку сотрудник на работе не появится. А работнику в таблице учета рабочего времени не поставят прогул.

Кстати, существует один документ, выпущенный давно, но действующий по сей день в части, не противоречащей ТК РФ. Это Правила об очередных и дополнительных отпусках, утвержденные НКТ СССР 30 апреля 1930 года № 169. Так вот, пункт 18 этих Правил обязывает работника немедленно уведомить о факте начала болезни работодателя.

Источник: БухОнлайн.ру

Опубликовано на Audit-it.ru: 19 октября 2009 г.

Официальное разъяснение Центробанка России от 28.09.2009 г. № 34-ОР

России от 20 июня 2007 года N 1843-У "О предельном размере расчетов наличными деньгами и расходовании наличных денег, поступивших в кассу юридического лица или кассу индивидуального предпринимателя", зарегистрированного Министерством юстиции Российской Федерации 5 июля 2007 года N 9757, 19 мая 2008 года N 11707 ("Вестник Банка России" от 11 июля 2007 года N 39, от 28 мая 2008 года N 25) (далее - Указание N 1843-У), Банк России разъясняет следующее.

1. В соответствии с нормой пункта 1 Указания N 1843-У расчеты наличными деньгами в Российской Федерации между юридическими лицами, а также между юридическим лицом и гражданином, осуществляющим предпринимательскую деятельность без образования юридического лица (далее - индивидуальный предприниматель), между индивидуальными предпринимателями, связанные с осуществлением ими предпринимательской деятельности, в рамках одного договора, заключенного между указанными лицами, могут осуществляться в размере, не превышающем 100 тысяч рублей.

Таможенные платежи, уплачиваемые наличными деньгами в соответствии со статьей 331 Таможенного кодекса Российской Федерации, осуществляются в соответствии с законодательством Российской Федерации, а не в соответствии с договором, заключенным между определенными сторонами. В связи с этим при совершении указанных платежей наличными деньгами не применяются нормы Указания N 1843-У.

2. Поскольку в пункте 1 Указания N 1843-У используется категория "в рамках одного договора", запрет на расчеты наличными деньгами в размере, превышающем 100 тысяч рублей, распространяется на обязательства, предусмотренные договором и (или) вытекающие из него и исполняемые как в период действия договора, так и после окончания срока его действия.

3. В соответствии с нормой пункта 2 Указания N 1843-У юридические лица и индивидуальные предприниматели могут расходовать наличные деньги, поступившие в их кассы за проданные ими товары, выполненные ими работы и оказанные ими услуги, а также страховые премии на выплату заработной платы, иные выплаты работникам (в том числе социального характера), стипендии, командировочные расходы, на оплату товаров (кроме ценных бумаг), работ, услуг, возврат наличных денег за возвращенные товары, невыполненные работы, неоказанные услуги, оплаченные ранее за наличный расчет, выплату страховых возмещений (страховых сумм) по договорам страхования физических лиц.

В связи с этим продавец (юридическое лицо, индивидуальный предприниматель) не вправе расходовать поступившие в его кассу наличные деньги на выплату покупателю за возвращенный товар, приобретенный ранее в безналичном порядке.

4. Настоящее Официальное разъяснение Банка России подлежит опубликованию в "Вестнике Банка России".

*Председатель Центрального банка Российской Федерации
С.М.ИГНАТЬЕВ*

Откорректированы правила подсчета страхового стажа для выплаты пособий

С 1 января изменятся правила подсчета и подтверждения страхового стажа для определения размеров пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам. Соответствующий приказ Минздравсоцразвития России от 11.09.2009 № 740н зарегистрирован в Минюсте России 6 октября 2009 года.

С этого момента в страховой стаж включаются периоды замещения государственных должностей РФ, государственных должностей субъектов РФ, муниципальных должностей, замещаемых на постоянной основе. Также засчитываются периоды прохождения военной службы, или иной службы, предусмотренной Законом РФ от 12.02.93 № 4468-1.

МЕРОПРИЯТИЯ

«ВИЧ-инфекция и рождение ребенка»

16 октября 2009 г. в резиденции журналистов Алтайского края «ТАСС», по ул. Ленина, 8 состоялся круглый стол «ВИЧ-инфекция и рождение ребенка».

Участники круглого стола: Вайгель Елена Артуровна - заместитель начальника Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, Султанов Ленар Васильевич – главный врач ГУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Лукьянова Валентина Алексеевна – заместитель главного врача по лечебной работе ГУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», Чудова Светлана Георгиевна – начальник отдела по делам семьи «Алтайглавсоцзащита», Молчанова Ирина Владимировна – главный акушер – гинеколог Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, Морозова Любовь Ивановна – заместитель главного врача по родовспоможению МУЗ «Городская больница №11».

На 1 октября 2009 года в Алтайском крае зарегистрировано 9204 случаев ВИЧ-инфекции, показатель составляет 367,0 на 100 тыс. населения.

На сегодняшний день в крае проживает 8193 человека с ВИЧ-инфекцией. Заболеваемость за все годы регистрации ниже, чем в Российской Федерации и Сибирском Федеральном округе. В 2009 году наметилась тенденция по снижению числа вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции. Так, за 9 месяцев 2009 года выявлено 1346 ВИЧ-инфицированных, что на 598 случаев меньше, чем за 9 мес. 2008 года.

Основным путем инфицирования ВИЧ является внутривенное введение наркотиков. За 9 месяцев удельный вес парентерального пути передачи снизился с 84%, за аналогичный период прошлого года до 72%, полового пути передачи – увеличился с 18% до 27% соответственно.

Растет число случаев ВИЧ-инфекции среди женщин, в том числе среди беременных, а также число детей, рожденных от женщин с ВИЧ-положительным статусом. Женщины в наиболее активном репродуктивном возрасте (20-30 лет) составляют большинство ВИЧ-инфицированных женщин, удельный вес их составляет 63,7%. За все годы регистрации ВИЧ-инфекции по состоянию на 01.10.2009 г. в Алтайском крае зарегистрировано 1267 беременных с ВИЧ-положительным статусом и рождено 819 детей. Диагноз «ВИЧ-инфекция» исключен у 400 детей из числа рожденных от ВИЧ – инфицированных матерей. 73 ребенка с диагнозом «ВИЧ-инфекция», что составляет 8,4% от общего числа детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Все нуждающиеся дети с ВИЧ – инфекцией (22 ребенка) получают высокоактивную антиретровирусную терапию.

60 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей остались без попечения родителей, и они находятся в домах ребенка и детских домах края (34 чел.), взяты под опеку или усыновлены (26 чел.). Из 60 детей, оставшихся без попечения родителей, 13 (21,6%) выставлен диагноз «ВИЧ-инфекция».

С 2000 года в крае начали регистрироваться случаи ВИЧ – инфекции среди беременных. С целью предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку, с 2001 года, в крае проводится экстренная и плановая химиопрофилактика инфицированных беременных женщин.

В целях снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку, осуществляется слежение за своевременностью проведения химиопрофилактики таким женщинам.

Вовлечение в эпидпроцесс по ВИЧ – инфекции женщин, преимущественно из социально- неблагополучных слоев населения и рождение детей от ВИЧ – инфицированных матерей привело к необходимости решения вопросов по медико – социальному сопровождению и являются одними из наиболее важных и приоритетных.

В 2006 году при Главном управлении Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, в целях оптимизации деятельности лечебно-профилактических учреждений по вопросам профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции, принятия своевременных управленческих решений по снижению риска инфицирования детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, организована работа координационного Совета по профилактике перинатальной передачи ВИЧ.

В крае, с 2008 года при финансовой и методической поддержке Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) реализуется программа в области оказания комплексной медицинской и социальной помощи беременным, инфицированным ВИЧ, матерям и детям; интеграции детей, затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа, в образовательную среду.

В декабре 2008г принят совместный приказ Главного управления Алтайского края по социальной защите населения и преодолению последствий ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне и Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности «Об организации межведомственного взаимодействия по медико-социально-психологическому сопровождению беременных женщин, матерей и несовершеннолетних, затронутых проблемой ВИЧ/СПИДа», которым утверждены алгоритмы медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным учреждениями социальной защиты населения и лечебно-профилактических учреждений. В целях обеспечения перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку, Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности издан приказ «О дополнительных мерах по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции», определяющий порядок медико-социальной помощи беременным.

Дети с ВИЧ-инфекцией могут пройти курс комплексной реабилитации в стационарных и дневных отделениях краевых реабилитационных центров для детей и подростков с ограниченными возможностями. С 2006 года, дети с ВИЧ – инфекцией получают социальные пенсии.

Налажено сотрудничество с Алтайским краевым отделением Российского Детского Фонда, который оказывает благотворительную помощь семьям ВИЧ-инфицированных.

ГУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»

ОБЗОР НОВЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

**ОБЗОР НОВЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЗА ПЕРИОД С 28 СЕНТЯБРЯ ПО 23 ОКТЯБРЯ 2009 Г
ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ**

ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 21.09.2009 N 760

**"ОБ ОТМЕНЕ ПРИКАЗА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 14 НОЯБРЯ 2008 Г. N 647 "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРИМЕРНОЙ
ФОРМЫ ТРУДОВОГО ДОГОВОРА С РУКОВОДИТЕЛЕМ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТНОГО
УЧРЕЖДЕНИЯ, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"**

Отменен приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14 ноября 2008 г. N 647 "Об утверждении примерной формы трудового договора с руководителем федерального бюджетного учреждения, находящегося в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации".

ПРИКАЗ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ОТ 03.08.2009 N 452

**"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ОТ 23.03.2009 N 298"
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 22.09.2009 N 14822)**

Изменения вносят некоторые уточнения в Положение о порядке выплаты ежемесячной надбавки к должностному окладу за особые условия федеральной государственной гражданской службы, премирования, оказания материальной помощи, выплаты единовременного поощрения за безупречную и эффективную государственную гражданскую службу Российской Федерации и единовременной выплаты при предоставлении ежегодного оплачиваемого отпуска федеральным государственным гражданским служащим центрального аппарата и руководителями территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. В частности, раздел V Положения дополняется подпунктом 5.1.4. следующего содержания: "5.1.4. При объявлении благодарности руководителя Роспотребнадзора гражданскому служащему выплачивается единовременное поощрение в размере одного должностного оклада при наличии экономии по фонду оплаты труда."

ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 12.08.2009 N 581Н

**"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОРЯДОК СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ЗНАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ, УТВЕРЖДЕННЫЙ
ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ОТ 9 ДЕКАБРЯ 2008 Г. N 705Н"**

(Зарегистрировано в Минюсте РФ 18.09.2009 N 14806)

В соответствии с внесенными изменениями, профессиональная подготовка специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием, имеющих стаж работы менее 5 лет, организуется в соответствии с квалификационными требованиями, утвержденными Приказом Минздравсоцразвития РФ от 07.07. 2009 г. N 415н "Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения".

ПРИКАЗ ФСКН РФ ОТ 06.07.2009 N 325

**"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В ОРГАНАХ ПО КОНТРОЛЮ ЗА ОБОРОТОМ
НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ"**

(Зарегистрировано в Минюсте РФ 26.08.2009 N 14627)

Согласно утвержденному Положению, государственный санитарно-эпидемиологический надзор в органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ осуществляется Медицинским управлением Департамента тылового и финансового обеспечения ФСКН России, медицинскими подразделениями территориальных органов ФСКН России и медицинскими учреждениями здравоохранения ФСКН России, входящими в единую федеральную централизованную систему государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Основными задачами подразделений, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, являются профилактика инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) среди сотрудников, федеральных государственных гражданских служащих и работников органов наркоконтроля, предупреждение вредного воздействия на них факторов среды обитания, а также гигиеническое воспитание и обучение.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 15.06.2009 N 309Н

**"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ
ОТДЕЛЬНЫМ КАТЕГОРИЯМ ГРАЖДАН, УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 29 ДЕКАБРЯ
2004 Г. N 328" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 18.09.2009 N 14805)**

Изменения вносят некоторые уточнения в Порядок предоставления социальных услуг отдельным категориям граждан. В частности, Порядок дополнен пунктом 1.5.1, согласно которому граждане, получающие набор социальных услуг (социальную услугу), в соответствии с Федеральным законом "О государственной социальной помощи" могут до 1 октября текущего года подать заявление об отказе от получения набора социальных услуг (социальной услуги) на период с 1 января года, следующего за годом подачи указанного заявления, и по 31 декабря года, в котором гражданин обратится с заявлением о возобновлении предоставления ему набора социальных услуг (социальной услуги). В заявлении должны содержаться сведения о самом заявителе (номер территориального пенсионного отделения, номер лицевого счета и др.), а так же в каком объеме гражданин просит возобновить ему предоставление набора социальных услуг - полностью или частично, и с 1 января какого года направлять на оплату часть суммы ежемесячной денежной выплаты.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 15.06.2009 N 308Н

**"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 31 ЯНВАРЯ 2005 Г. N 109 "ОБ
УТВЕРЖДЕНИИ ТИПОВОЙ ФОРМЫ СОГЛАШЕНИЯ О ВЗАИМНОМ УДОСТОВЕРЕНИИ**

ПОДПИСЕЙ ПРИ ПРИЕМЕ ЗАЯВЛЕНИЙ ОБ ОТКАЗЕ ОТ ПОЛУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ (СОЦИАЛЬНОЙ УСЛУГИ)" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 17.09.2009 N 14797)

Согласно внесенным изменениям, в наименование и по тексту Приказа Минздравсоцразвития РФ от 31.01. 2005 г. N 109 "Об утверждении типовой формы соглашения о взаимном удостоверении подписей при приеме заявлений об отказе от получения социальных услуг (социальной услуги)" внесено дополнение, упоминающее о возобновлении предоставления социальных услуг.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 15.06.2009 N 307Н
"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ДЕНЕЖНОЙ
ВЫПЛАТЫ ОТДЕЛЬНЫМ КАТЕГОРИЯМ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 30 НОЯБРЯ 2004 Г. N 294"
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 17.09.2009 N 14799)**

В соответствии с внесенными изменениями установлено, что заявление об отказе от получения набора социальных услуг или заявление о возобновлении предоставления набора социальных услуг подается на период с 1 января года, следующего за годом подачи заявления, и действует по 31 декабря года, в котором гражданин обратится с заявлением о возобновлении предоставления набора социальных услуг или, соответственно, об отказе от получения набора социальных услуг. В том случае если гражданин, получающий набор социальных услуг, до 1 октября текущего года подал заявление об отказе от получения социальных услуг, то с 1 января года, следующего за годом подачи указанного заявления, и по 31 декабря года, в котором гражданин обратится с заявлением о возобновлении предоставления набора социальных услуг, сумма ежемесячной денежной выплаты выплачивается без вычета стоимости набора социальных услуг. В том случае если гражданин до 1 октября текущего года не подал заявление об отказе от получения набора социальных услуг или подал заявление о возобновлении предоставления набора социальных услуг, то с 1 января года, следующего за годом подачи указанного заявления, и по 31 декабря года, в котором гражданин обратится с заявлением об отказе от получения набора социальных услуг, сумма ежемесячной денежной выплаты выплачивается за вычетом стоимости набора социальных услуг.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ГЛАВНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНОГО ВРАЧА РФ
ОТ 07.08.2009 N 53 "О ПРОВЕДЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ САНИТАРНО-
ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ
ЗАНОСА И ОГРАНИЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СЛУЧАЕВ ГРИППА, ВЫЗВАННЫХ
ВЫСОКОПАТОГЕННЫМ ВИРУСОМ А/Н1N1/09"
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 02.10.2009 N 14941)**

В связи с многочисленными случаями завоза высокопатогенного гриппа при возвращении в страну детей в составе организованных групп, находившихся в странах, где регистрируются массовые заболевания, в целях обучения иностранному языку или на отдыхе и, а так же с возникновением угрозы причинения вреда здоровью граждан установлено, в частности, Руководителям органов исполнительной власти субъектов РФ, органам местного самоуправления рекомендовать принять дополнительные меры по недопущению выезда организованных групп детей за рубеж до особого распоряжения; Руководителям юридических лиц и индивидуальным предпринимателям, осуществляющим турагентскую и туроператорскую деятельность обеспечить информирование граждан (их законных представителей), планирующих выезды в страны, неблагоприятные по высокопатогенному гриппу, о возможном риске заражения, симптомах гриппа, мерах личной профилактики; Главным государственным санитарным врачом по субъектам РФ, руководителям органов управления здравоохранением субъектов РФ обеспечить организацию и контроль за медицинскими осмотрами организованных групп детей, прибывающих из стран, неблагоприятных по высокопатогенному гриппу.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 19.08.2009 N 599Н
"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ ПЛАНОВОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ
КРОВООБРАЩЕНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ"
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.09.2009 N 14872)**

Установленные порядки регулируют вопросы оказания плановой медицинской помощи взрослому населению при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля федеральными учреждениями, оказывающими медицинскую помощь, учреждениями субъектов РФ и органов местного самоуправления и вопросы оказания неотложной медицинской помощи взрослому населению РФ при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля. К тому же, документ содержит, в частности, Положение об организации деятельности кардиологического диспансера, рекомендуемые штатные нормативы медицинского персонала кардиологического кабинета поликлиник и кардиологических диспансеров и методического отделения (кабинета) кардиологических диспансеров, положение об организации деятельности и стандарт оснащения кардиологического отделения.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 19.08.2009 N 597Н
"ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО
ОБРАЗА ЖИЗНИ У ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ВКЛЮЧАЯ СОКРАЩЕНИЕ
ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ТАБАКА"
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 25.09.2009 N 14871)**

В октябре 2009 года вступают в действие требования к организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака. Утверждены рекомендуемые штатные нормативы медицинского и иного персонала центра здоровья и разработаны учетные формы N 025-ЦЗ/у - "Карта центра здоровья", N 002-ЦЗ/у - "Карта здорового образа жизни" и форма отраслевого статистического наблюдения N 68 "Сведения о деятельности центра здоровья" (месячная, годовая).

**<ПИСЬМО> РОСПОТРЕБНАДЗОРА ОТ 01.10.2009 N 01/14515-9-32
"О НАПРАВЛЕНИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ СДС США ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА ДЛЯ
РОДИТЕЛЕЙ"**

Роспотребнадзор направляет для сведения рекомендации СДС США для родителей по профилактике гриппа в семьях. Рекомендации содержат перечень действий, которые необходимо предпринять для наиболее эффективной защиты от гриппа детей в школе и дома.

**<ПИСЬМО> РОСПОТРЕБНАДЗОРА ОТ 30.09.2009 № 01/14437-9-32
"О НАПРАВЛЕНИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ СДС США ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ В СЛУЧАЕ ЗАКРЫТИЯ ДОУ
ИЛИ ЕСЛИ РЕБЕНОК ЛЕЧИТСЯ АМБУЛАТОРНО"**

Роспотребнадзор направляет для сведения, разработанные СДС США рекомендации для родителей, в случае закрытия детских учреждений по причине высокой заболеваемости пандемическим гриппом или если ребенок заболел гриппом или ОРВИ и лечится дома. В случае амбулаторного лечения ребенка родителям рекомендуется, в частности, обратиться за консультацией к врачу относительно специального лечения и необходимых рекомендаций для членов семьи, которые могут быть подвержены повышенному риску осложнений гриппа, а при возникновении пандемии гриппа необходимо продлить время пребывания заболевших детей дома по крайней мере на 7 дней - даже в том случае, если состояние больного улучшится раньше. При возникновении заболевания одного из членов семьи всем детям школьного возраста необходимо оставаться дома по крайней мере в течение 5 дней с момента заболевания родственника.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 04.08.2009 N 570Н
"ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ТОЖДЕСТВА НАИМЕНОВАНИЙ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ"
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 01.10.2009 N 14923)**

Установлено тождество наименования структурного подразделения "отделение реанимации с палатами интенсивной терапии" с наименованием структурного подразделения "отделение реанимации и интенсивной терапии", предусмотренное Перечнем структурных подразделений учреждений здравоохранения и должностей врачей и среднего медицинского персонала, работа в которых в течение года засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, как год и шесть месяцев.

**<ПИСЬМО> РОСПОТРЕБНАДЗОРА ОТ 25.09.2009 N 01/14271-9-32
"О НАПРАВЛЕНИИ МАТЕРИАЛОВ СДС США ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА У БЕРЕМЕННЫХ"**

Роспотребнадзор направляет для сведения обновленные временные рекомендации СДС США для родильных домов и медицинских учреждений США, работающих с беременными женщинами, по применению противовирусных препаратов при лечении и профилактике гриппа у беременных в предстоящем эпидсезоне.

**ПРИКАЗ ФФОМС ОТ 08.05.2009 N 97
"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ
ФОНДАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ
РАСЧЕТОВ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ОКАЗАННУЮ ГРАЖДАНАМ В РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ВНЕ ТЕРРИТОРИИ СТРАХОВАНИЯ ПО ВИДАМ, ВКЛЮЧЕННЫМ В БАЗОВУЮ
ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ"
(Зарегистрировано в Минюсте РФ 23.09.2009 N 14855)**

Утвержден порядок расчетов за медицинскую помощь между территориальными фондами ОМС, оказанную застрахованным гражданам РФ вне территории их страхования. Израсходованные средства на оказание медицинской помощи, возмещаются ТФОМС за счет средств нормированного страхового запаса по тарифам и способам оплаты, действующим на территории оказания медицинской помощи. Сверка расчетов по счетам проводится ежегодно. Возникающие между фондами споры по взаиморасчетам, решаются судами в соответствии с их компетенцией.

**ПРИКАЗ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ОТ 24.09.2009 N 620
"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗЫ РОСПОТРЕБНАДЗОРА
ОТ 09.11.2005 N 764 И ОТ 13.04.2007 N 104"**

Внесены некоторые изменения в функции и права Лабораторного совета федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

**ПРИКАЗ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ОТ 06.10.2009 N 639
"ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОСПОТРЕБНАДЗОРА, ЕГО
ОРГАНОВ И ОРГАНИЗАЦИЙ НА 2010 ГОД"**

В целях совершенствования организации деятельности, государственного санитарно-эпидемиологического надзора и системы управления Федеральной службы Роспотребнадзора, ее органов и организаций утверждены основные направления деятельности на 2010 год. Среди основных направлений деятельности перечислены: совершенствование государственного санитарно-эпидемиологического надзора, санитарного законодательства и нормативно-методического обеспечения деятельности органов и организаций Роспотребнадзора; обеспечение государственного эпидемиологического надзора за инфекционными и паразитарными болезнями, санитарная охрана территории и обеспечение биологической безопасности.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ ОТ 03.08.2009 N 568Н
"О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28.11.2008 N 681Н "ОБ
УТВЕРЖДЕНИИ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
УЧРЕЖДЕНИЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ
ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ИХ РУКОВОДИТЕЛЕЙ, УСЛОВИЙ ПРЕМИРОВАНИЯ
РУКОВОДИТЕЛЕЙ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В
ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 09.10.2009 N 14991)**

Внесенные изменения устанавливают новые условия премирования руководителей ФГУ, находящихся в ведении Минздравсоцразвития. Премирование осуществляется по бальной системе, в зависимости от выполнения целевых показателей учреждениями, по нескольким видам деятельности (медицинская, научная, образовательная).

ДАЙДЖЕСТ

В ТФОМС запущена новая автоматизированная система

С 1 октября 2009 года в территориальном фонде обязательного медицинского страхования запущена новая автоматизированная система по формированию Единого регистра застрахованных по обязательному медицинскому страхованию граждан на территории Алтайского края, а также новая технологии обращения полисов.

Создание единой базы застрахованных потребовало внесения изменений и в технологию выписки полисов обязательного медицинского страхования. С этой целью в обращение введен новый образец полиса обязательного медицинского страхования. Пока выдача новых полисов обязательного медицинского страхования начата с работающего населения г. г. Барнаула. На сегодняшний день страховыми медицинскими организациями выписано порядка 7000 тысяч медицинских полисов нового образца. С января 2010 года планируется расширение данной работы с подключением к ней других городов и районов края.

В переходный период наряду с новыми полисами ОМС все «старые» полисы также будут действительны.

Работа по созданию Единого регистра застрахованных ведется территориальным фондом в рамках концепции формирования единого информационного пространства системы ОМС, а также с целью оптимизации учета застрахованных, контроля за исполнением договоров обязательного медицинского страхования и персонализированного учета оказанной медицинской помощи в рамках программы ОМС.

13.10.2009 г.

Создана рабочая группа по мониторингу качества медицинской помощи в Барнаульском управленческом округе

В целях повышения уровня государственного управления, усиления взаимодействия органов исполнительной власти, территориальных органов федеральных органов исполнительной власти и органов местного самоуправления по вопросам социально-экономического развития края Губернатором Алтайского края А.Б. Карлиным подписано постановление о введении в Алтайском крае предметно-зонального метода государственного управления.

Для этого на территории края образовано семь управленческих округов, с закреплением в каждом округе персонального кураторства заместителей Губернатора края по таким ключевым вопросам, как исполнение законодательства, социально-экономическое положение, реализация инвестиционных проектов, удовлетворенность населения качеством предоставления государственных услуг, молодежная, кадровая политика, охрана окружающей среды и ряд других направлений.

В территориальном фонде обязательного медицинского страхования Алтайского края в рамках реализации постановления Администрации Алтайского края от 3.09.2009 г. № 383 «О внедрении предметно-зонального (проблемно-объектного) метода государственного управления в Алтайском крае» создана рабочая группа по проведению мониторинга основных индикативных показателей в сфере здравоохранения и охраны здоровья населения.

Мониторинг будет проводиться в 65 лечебно-профилактических учреждениях Барнаульского управленческого округа. В данный мониторинг включены такие критерии как оценка качества медицинской помощи, уровень удовлетворенности населения медицинскими услугами, количество жалоб и обращений, связанных с работой ЛПУ, и ряд других показателей.

В Барнаульский управленческий округ вошли города Барнаул и Новоалтайск, а также Первомайский, Калманский и Павловский районы.

Пресс-служба ТФОМС Алтайского края
15.10.2009 г.

ЖИТЕЛИ АЛТАЙСКОГО КРАЯ БУДУТ ПОЛУЧАТЬ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДПОМОЩЬ ПО ОНКОГЕМАТОЛОГИИ В РЕГИОНЕ

Краевая клиническая больница получила еще одну федеральную лицензию. Документ позволяет оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь по онкогематологии с использованием высокодозной химиотерапии при гемобластазах. В перспективе это даст возможность получить еще одну лицензию на аутотрансплантацию (трансплантацию органов).

Напомним, Краевая клиническая больница уже имеет лицензии на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по нескольким разделам: травматология и ортопедия, нейрохирургия, сердечно-сосудистая хирургия, гематология. Лечебное учреждение оказывает также высокотехнологичную медпомощь по разделам акушерство и гинекология, ревматология, гастроэнтерология, эндокринология, неврология, урология, отоларингология, офтальмология.

Развитие инновационных высокотехнологичных видов медицинской помощи в крае будет продолжено, подчеркнули в **Главном управлении Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности**.

Отметим, что далеко не во всех субъектах Российской Федерации есть клиники, получившие лицензии на оказание **высокотехнологичной медицинской помощи**. Примечательно также, что **Алтайская краевая клиническая больница входит в медицинский кластер**, формирующийся в столице региона. Напомним, что **министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова высоко оценила опыт Алтайского края по созданию медицинского кластера**. Объекты медицинского кластера региона посетил **Председатель Правительства Российской Федерации Владимир Путин**, побывавший в Алтайском крае с рабочей поездкой.

Пресс-служба администрации края
29 октября 2009 г.

ПОЧТИ 800 БАРНАУЛЬСКИХ СТУДЕНТОВ СТАЛИ УЧАСТНИКАМИ ДОНОРСКОЙ АКЦИИ

С 23 по 30 октября 2009 года в Барнауле при поддержке городского комитета по делам молодежи прошла донорская акция «Капля твоей крови – чья-то спасенная жизнь!». Участниками акции стали студенты высших и средних специальных учебных заведений. Перед сдачей крови на базе вузов и сузов прошли обучающие семинары. В ходе семинаров молодежь смогла узнать о положительных аспектах сдачи крови, о противопоказаниях, о правилах и подготовке к сдаче крови.

В качестве доноров выступили студенты Барнаульского кооперативного техникума, Барнаульского базового медицинского колледжа, Алтайского государственного университета, Алтайского государственного технического университета им. И.И.Ползунова, Алтайского государственного медицинского университета, Алтайской государственной педагогической академии, Алтайской государственной академии культуры и искусств, Алтайского государственного аграрного университета и Барнаульского филиала Московской академии предпринимательства. Участие в семинарах в рамках акции приняло 775 студентов, из них донорами стали 233 человека. Сдано более 90 литров крови.

Каждого здорового студента, решившего стать донором, осматривал врач – трансфузиолог, всем бесплатно определяли группу крови. Участникам акции выдавалась справка – освобождение от учебы и подарок.

Пресс-центр городской администрации

ДАТЫ

10 октября - Всемирный день психического здоровья

Советская психиатрия была исключена из мирового сообщества в 1982 году. Ее критиковали и боялись за то, что она позволяла использовать себя в немедицинских целях.

Советских психиатров приняли обратно спустя семь лет на определенных условиях, которые, по словам председателя "Независимой психиатрической ассоциации" Юрия Савенко, были выполнены лишь наполовину.

Необходимо было "признать злоупотребления, реабилитировать пострадавших, принять закон о психиатрической помощи, сменить руководство и принимать инспекционные комиссии. Реабилитация ограничилась снятием с учета", - сказал Савенко.

В то время, как российскую психиатрию бояться перестали (ее карательная составляющая практически исчезла), на первый план вышли проблемы другого рода – несовершенство закона, его применения и отсутствие возможности для большинства больных пройти психосоциальную реабилитацию.

"Информированное согласие"

В 1992 году был принят закон о психиатрической помощи, призванный создать зону безопасности для пациента и для врача.

"В законе довольно жестко обозначены права больного, которые психиатры должны соблюдать. Не очень хорошо прописаны права врачей и других медицинских работников и почти никак не упомянуты права родственников", - поясняет Валерий Краснов - председатель "Российского общества психиатров", премьера аналогичной советской организации, которую и исключили из Всемирной психиатрической ассоциации.

Однако, несмотря на эти недоработки, закон впервые заставил психиатров взаимодействовать с родственниками больных.

"Теперь все действия врача требуют так называемого "информированного согласия", о чем в советские времена никто даже не помышлял", - говорит Краснов.

Врачи обязаны теперь сообщать обо всех своих действиях и пациенту, и его родным.

Права больных

Человек с психическим заболеванием, неважно, тяжелым или нет, в Советском Союзе состоял на обязательном учете в психиатрическом диспансере.

Он мог лечиться и дома, но сам факт психического расстройства приводил к серьезным "социальным ограничениям".

"Такой человек не мог водить машину, не мог ездить за границу, не мог выполнять те или иные виды профессиональной деятельности, не мог учиться в вузах", - говорит исполнительный директор "Независимой психиатрической ассоциации" Любовь Виноградова.

Учет был отменен в 1991 году. С него было снято, по разным оценкам, до полутора миллионов человек.

Однако после отмены учета права больных изменились не сильно.

"Нет такой системы, как в некоторых странах, когда человек может лишиться права совершать крупные сделки, а право на личную жизнь, на личное время, на личные расходы все-таки остаются за ним. У нас в России [душевнобольные] лишаются абсолютно всего", - говорит юрист Региональной общественной организации инвалидов "Перспектива" Максим Ларионов.

Максиму Ларионову, который сам страдает от потери слуха, привелось как-то защищать в суде инвалида, которого не пустили на борт самолета компании "Сибирь".

"Необходимо менять систему в корне, то есть вводить новые понятия, новые ограничения прав. И не только ограничения, [необходимо вводить] защиту права на жилье, защиту против злоумышленников", - считает Ларионов.

Если бы закон позволял частично сохранять трудоспособность, говорит юрист, то "они [душевнобольные] могли бы оказать какую-нибудь помощь обществу и быть полезными".

Кто кого боится?

В организации "Новые возможности" - одной из немногих, кто помогает людям с психическими заболеваниями адаптироваться в обществе, - я встретился с родителями детей, страдающих от душевных болезней.

Пока дети (многие, на самом деле, уже взрослые люди) занимались в созданной специально для них типографии, мы пили чай и говорили.

"Болезнь", или, как ее еще здесь называют, "наша болезнь", появляется не сразу. Наука до сих пор не может объяснить ее причины.

"Шизофрения появляется в юношеском возрасте. Поначалу у тебя растёт талантливый человек... И потом ты как с неба вдруг валишься", - говорит Леонора Фельдман.

"Год надо проходить по врачам, покуда они придут к выводу, что надо обратиться к психиатру", - говорит Татьяна Подольская.

У каждой мамы – своя история. Но в главном они сходятся: после того, как пик болезни пройден, их сыновьям сложно, практически невозможно, вернуться в общество.

Матери говорят, что обычные люди боятся их детей.

"В лучшем случае, сделайте так, чтобы они нас не касались. Пусть им [душевнобольным] будет хо-рошо, но не с нами", - объясняет отношение людей к своему сыну Татьяна Подольская.

Леонора Фельдман говорит, что дети в свою очередь тоже боятся людей.

Правда, на улицах Москвы я не встретил столь категоричного отношения к душевнобольным.

Михаил, например, считает, что "у всех свои тараканы", и к "больным надо подходить дифференци-ровано".

Илья, пожилой мужчина, сказал, что для него находиться рядом с душевнобольным некомфортно, но он относится к ним с пониманием.

Почти никто не сказал, что таких людей нужно лечить принудительно и ограждать от общества.

Исполнительный директор "Независимой психиатрической ассоциации" Любовь Виноградова гово-рит, что за последние 20 лет отношение к людям с нарушением психики перестало быть однозначно отри-цательным. Причина в том, что психиатрия перестала быть закрытой, считает она.

Ее слова подтверждают опросы общественного мнения на схожую тему, проведенные центром "Ле-вада".

В 1989 году на вопрос "как следует поступить с родившимися неполноценными" 50% респондентов ответили, что нужно помогать, 23% - "ликвидировать". В 2008 году за помощь высказались 77% опрошен-ных. И только 5% - за радикальные методы.

Работа как лекарство

Типография находится в соседней комнате "Новых возможностей". В центре – стол с чаем и печень-ем. Вокруг – ризограф, резак и полноцветный принтер - оборудование, необходимое для книгоиздания.

Когда я вошел, ребята печатали учебник французского языка для Московского государственного пе-дагогического университета.

"Тут каждый везде поработает за рабочий день. Это принцип. То есть принцип, что человек должен не специализироваться на чем-то одном, а должен научиться, в конечном итоге, работать свободно на всем оборудовании", - говорит Алексей.

Рядом стоит Тамара: "Это не напоминает работу, когда мы должны что-то делать от звонка до звон-ка. Когда сюда постоянно ходишь, то привыкаешь к людям, они начинают нравиться. И начинаешь себя по-другому ощущать".

Дать возможность "по-другому себя ощущать" – главная задача психосоциальной реабилитации.

Работа в центрах психосоциальной реабилитации была бы идеальной для душевнобольных. Однако таких центров в России единицы.

"Для их создания нужны ресурсы, нужны финансовые ресурсы, нужна подготовка специалистов", - объясняет председатель "Российского общества психиатров" Валерий Краснов.

Нелли Левина, возглавляющая организацию "Новые возможности", говорит, что душевнобольных нужно принять как равных себе людей, которым нужно помочь. И лучшая помощь, считает Левина, это взять их на работу.

"А что нужно? Нужно, чтобы они утром встали, оделись, побрились, причесались... И пусть они там полдня поработают, пусть они меньше сделают, но чтобы они работали и чтобы они чувствовали себя людьми", - говорит Левина.

Однако устроиться на обычную работу - самая серьезная проблема для людей с психическими забо-леваниями.

Правда, работодатели не всегда против взять человека с тем или иным расстройством.

Почувствовать себя человеком

Некоторые российские отделения западных компаний, например Proctor and Gamble, берут челове-ка, если он может справиться со своими обязанностями.

Однако, говорит руководитель отдела по трудоустройству Общественной организации инвалидов "Перспектива" Яна Ковалева, многих работодателей останавливает диагноз.

"Если у человека в документах стоит, что он работать не может, то у любого работодателя будет страх брать человека на работу", - говорит Яна Ковалева.

"Нерабочей" считается только третья степень инвалидности. Поэтому, согласно закону, значитель-ная часть душевнобольных работать может.

Страх работодателей, говорит Яна Ковалева, объясняется незнанием проблемы. Обычно, объясняет она, люди боятся того, что не знают.

"В России есть определенные стереотипы, что люди с ментальными особенностями, недееспособны. Но на самом деле, такие люди обучаемы. Да, для некоторых нужен, наверное, специальный процесс, спе-циальное обучение. И в то же время, раз они обучаемы, значит, они могут работать", - говорит она.

"Я теперь понимаю, что то, что они не могут работать – это симптом шизофрении. Вот огород копать. Я его беру в огород, он копнет, потом встал, мысли ушли – и стоит. У него голоса... Какая же это работа?" - говорит о своем сыне Леонора Фельдман.

Сын Эльмиры Маилян устроился сторожем. Сейчас работает сутки через двое.

"У него глаза горят", - говорит мама, - "когда он на работу собирается".

Остальные матери радуются за сына Эльмиры. Когда у кого-то жизнь налаживается, у них тоже по-является надежда.

Глеб Федоров

http://www.bbc.co.uk/russian/russia/2009/10/091002_psychiatry_russia.shtml