

ИЗДАЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

ПЛАНИРОВАНИЕ ПЕРЕКРЫЛО ФИНАНСИРОВАНИЕ

СТР.3...

ЧТО ТОРМОЗИТ СЕМЕЙНУЮ МЕДИЦИНУ?

СТР.2-3...

ЦЕНЫ НА ЛП ПЫТАЮТСЯ УСМИРИТЬ

СТР.6...

ВОЗ В ПЕТЕРБУРГЕ

СТР.4-5...



СОВРЕМЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
ОБОРУДОВАНИЕ



ООО «БАЛТ МЕДИКАЛ»
192019, Санкт-Петербург,
ул. Седова, д.12, оф. 327, 329
Тел.: (812) 326-29-42, 326-39-72,
644-44-01, 644-44-03
Факс: (812) 644-44-02
www.baltmedical.ru



Ленинградская
кинофабрика

ЦЕНТР
ТЕХНИЧЕСКОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ
И РЕМОНТА

- все виды ремонта и обслуживания мед. аппаратуры;
- сбор и переработка серебросодержащих кинофторентгенматериалов;
- проверка контрольно эксплуатационных параметров всех видов рентгеновской техники, в т. ч. КТ; дозиметрический контроль;
- все виды электротехнических измерений и электромонтажных работ;
- освидетельствование сосудов под давлением.

НАШ АДРЕС:

kmofabrika@narod.ru т/ф 321-6307
www.lenkinofabrika.ru т/ф 321-6308

195197, Калининский район,
Минеральная ул., 13, литер Ч

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА: 17 ЛЕТ НА ОДНОМ МЕСТЕ

Согласно данным Федерального регистра медицинских и фармацевтических работников в РФ работают 6 756 врачей общей практики (семейных врачей), что составляет всего 8,5% от числа врачей первичного звена здравоохранения и менее 1% от числа всех врачей. В Петербурге работает 250 врачей общей практики (ВОП), а по самым скромным подсчетам их нужно более 2,5 тыс.! При этом, цифра 250 остается неизменной с тех пор как "МП" начала писать о семейной медицине. И это удивительно, если учесть, что в настоящее время 3 петербургских вуза готовят специалистов данного профиля, а копя вокруг того, нужны ли нам ВОП, давно сломаны, и вердикт вынесен: "Врач общей практики – это очень хорошо!"

В двух районах Петербурга (Приморский и Калининский), а также в Гатчинском районе Ленинградской области периодические открываются офисы ВОП, демонстрирующие на практике правильность вынесенного вердикта. В Европе же работают только ВОП, там даже не знают, что такое участковые врачи (кстати, такой медицинской специальности не существует в природе!). Прибалтийские республики, как только стали самостоятельными, насильно внедрили у себя семейную медицину, причем очень быстро – буквально в течение нескольких месяцев. Будучи в Даугавпилсе в составе делегации представителей петербургского здравоохранения, я услышала рассказ одного врача общей практики о том, как 18 лет назад, ей, молоденькому (только что после института) педиатру было велено, к примеру, с понедельника лечить и взрослых. – У нас не было никакого подготовительного периода, никаких курсов, сказала она, просто в один прекрасный понедельник мы стали ВОП. Да, поначалу было страшно, непонятно, но я много читала, советовалась с коллегами, часто консультировалась с узкими специалистами, и сегодня я – настоящий семейный врач. Думаю, что моим коллегам-терапевтам, пришлось труднее, все-таки работа с детьми гораздо сложнее и ответственнее, но как-то они выплыли. И моя собеседница, и многие другие ВОП, с которыми мне довелось разговаривать в ходе визита в Латвию, считают, что переход на систему семейной медицины был не слишком болезненным и удался в полной мере.

Сложно себе представить, как приходилось первое время латышским пациентам с назначенными семейными врачами, но не думаю, что хуже, чем нам сегодня с терапевтами в поликлиниках, мало кто из которых лечит

по-настоящему, потому что сегодня терапевт – это, по мнению многих экспертов, просто диспетчер. Зато семейный доктор в Латвии, по выражению латышской как пациентов, так и врачей, сегодня – бог! Только он может поставить окончательный диагноз, решить вопрос о нетрудоспособности, направить на госпитализацию, выписать лекарство, которое будет оплачено страховой компанией (напомним, что в Латвии уже давно работает, и очень неплохо, страховое лекарственное обеспечение – см. “МП” №3 за февраль 2009 г.). При этом, сегодня в Латвии существует несколько вариантов семейной медицины. Один из них – государство нанимает ВОП по договору, и он работает в государственном медико-диагностическом центре на государственном оборудовании. Другой – ВОП арендует у государства помещение, в котором работает. Это, по словам ВОП, только через год-два становится выгодным, первые же полгода, пока не устояли клинтура, ВОП работает себе в убыток, но зато потом... Страховые компании неплохо (по латышским меркам, конечно) оплачивают услуги ВОП. Правда, скажу вам по секрету, случаются и перекосы. Пожилые русскоговорящие пациенты с грустью рассказывали нам, сколько им приходится платить семейному врачу. За первый визит он платит немного – остальное платит СМК. Но выписка рецепта семейным доктором стоит денег (лекарство может быть в зависимости от диагноза, поставленного ВОП, бесплатным, в половину или в треть стоимости), затем ЛС покупается в аптеке. Инструкция только на латышском, и даже если ты владеешь латышским разговорным, то не рискуешь изучать инструкцию, правда? Поэтому за “инструктажем” снова нужно идти к ВОП, это стоит денег. Повторная выписка рецепта тоже

стоит денег. В общем, повторю, врач общей практики там – бог. По этой причине желающих стать семейными докторами в Латвии очень много, но теперь, в отличие от старших на больше чем десятилетие коллег, им непросто - нужно окончить курсы, сдать экзамены, получить лицензию, заключить договор с государством и т.д. и т.п.

Собственно, к чему это я? Да к тому, что собственными ушами слышала и собственными глазами видела, что внедрить в жизнь систему семейной медицины можно. Главное – было бы желание, что в этом случае означает политическую волю. Пока же политическая воля не заходит дальше декларации о том, что нам “нужно развивать” семейную медицину. Об этом мы слышим с самых высоких трибун в течение десяти лет, но воз и поныне там. Во всяком случае, в нашем городе семейная медицина невзирая на заявления представителей КЗ, развивается крайне вяло несмотря на успешно работающие “оазисы здоровья”, как называют офисы семейной медицины. И причина этого – отсутствие политической воли.

Именно об этом с сожалением говорили участники круглого стола на тему “Нужна ли нам семейная медицина?”, который состоялся в июле в АБН.

В частности, заведующая отделением врачей общей практики поликлиники №54 Калининского района **Ирина Вячеславовна Юбрина**, остановившись на истории развития семейной медицины, заметила, что понятия “участковый врач” и “поликлиническая система” появились только в советской России. Они были предложены после революции академиком Н.А.Семашко в связи с необходимостью контролировать медицинскую помощь. В царской

России существовала земская (вспомним Чехова) медицина (сегодняшняя семейная) – земство нанимало врачей только для сельской местности, в городе же действовала страховая медицина – все работающее население было застраховано работодателями, а неработающему (женщинам, детям) оказывали благотворительную медицинскую помощь некоторые те же частные врачи, которые обслуживали всю семью, т.е. как раз и были семейными. Во время революции система распалась, из-за чего и начались эпидемии испанки, брюшного и сыпного тифов, унесших тысячи жизней. Тогда Семашко предложил внедрить поликлиническую систему, при которой можно было бы взять под контроль всё население РФ, строго соблюдать санитарные нормы. Такая система, как и понятие “участковый врач” были только в России.

До 1989 года в стране существовала система распределения выпускников медицинских вузов, поэтому поликлиники были укомплектованы и врачами, и медсестрами. 3 года выпускники отрабатывали в АПУ, приживались и оставались. А затем приток молодых специалистов не стало, и, по мнению И.В.Юрбиной, постепенно первичное звено стало разваливаться - в АПУ лечить людей стало практически некому. - Мы планомерно шли к кризису первичной медицинской помощи, говорит эксперт, и уже в 1992 году укомплектованность кадрами в Петербурге не превышала 40%, 50% врачей были пенсионного и предпенсионного возраста. Беря пример с других стран, а во всех, кроме, может быть, каких-то далеких племен, существует семейная медицина, Минздрав РФ выпустило приказ №237 о поэтапном переходе к семейной медицине, который положил начало развитию семейной медицины - появились специальности "врач общей практики", а чуть позже даже и сами врачи. Но, к сожалению, приказов, которые бы "положили ей продолжение", так и не последовало. Мало того – по словам организаторов круглого стола, в проекте "Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года" даже не содержится упоминание о введении института семейного врача. Но игнорирование этого института, считают они, ставит под сомнение возможность реализации поставленной в Концепции цели по улучшению здоровья населения к 2020 году.

В 1995 году при активной зарубежной помощи в Петербурге открылся первый офис ВОП при поликлинике №46 Невского района. В 1998 - взяли на обслуживание детей. Появление семейного врача многие встретили в штыки. Не все понимали, что это такое, в том числе и доктор Рощаль. – Он, конечно, герой, заметила Ирина Вячеславовна, которая является доцентом курса семейной медицины Академии им.Мечникова, но согласиться с ним в отношении семейной медицины я не могу. Международный опыт свидетельствует об успешности семейной практики, а у нас, к сожалению, она топчется на одном месте 17 лет.

для того, чтобы стать ВОП. Один из них, и единственно правильный, это - 3-хлетняя интернатура и ординатура. Этого времени, считает доцент достаточно, чтобы уметь достойно лечить и взрослых, и детей. Второй путь - 6-тимесячная переподготовка стажированных участковых врачей. Но, замечает г-жа Юбрина, вряд ли после такого кратковременного курса участковый сможет вести детей, т.е. всю семью. А ведь ВОП отличается от участкового терапевта тем, что лечит целую семью, каждого её члена от рождения до смерти. (От редакции.: заметим, что это неважно, поскольку врачей ВОП, сколько бы лет, месяцев, дней они не обучались, в Петербурге все равно не прибавляется. На сегодняшний день в Петербурге всего около 10 отделений ВОП ведут и взрослых, и детей).

А вот в Гатчинском районе Ленинградской области система семейной медицины развивается настолько хорошо, что сюда приезжают на экскурсию со всей России. Главный врач Гатчинской центральной клинической больницы Ленинградского области Владимир Алексеевич Иванов, который стоял у истоков службы и продолжает её развивать, рассказал, что семейная медицина внедрялась в районе «с нажимом», поскольку этому сопротивлялись и педиатры, и терапевты, видя в ней (совершенно справедливо – «МП») себе конкуренцию. Её возникновение (уже было обучено 5 человек) совпало с появлением приказа Минздрава. Пятеро энтузиастов, окончивших МАПО, открыли офисы общей практики на селе (2 участка) и в Гатчине – целое отделение. А за 17 лет в районе сформировалась большая самостоятельная служба со своими канонами и подходами к пациентам. Сразу к специалистам были прикреплены целые семьи, поскольку перучивались и терапевты, и педиатры. Сначала семейные врачи опасались заниматься детьми до года, но сегодня этой проблемы не существует. Все ВОП занимаются пациентами с их рождения. Существует прекрасная база для теоретической подготовки в МАПО, база практической подготовки находится в Гатчине, после 2-х лет интернатуры сюда целенаправленно пришли 10 человек. К семейному врачу прикреплены все службы, которые, собственно, находятся на иждивении ВОП.

Сегодня, по словам В.А.Иванова, в районе 59 ВОП как обученных, так и переученных, и они умеют практически всё.

Половина врачей работает в Гатчине в 5-ти семейных отделениях, на селе семейные врачи в амбулатории или филиале амбулатории. В Гатчинском районе работали долго совместно с шведскими специалистами, которые помогли новорожденным семейным практикам не только своим опытом, но и оснащением, сначала в Гатчинском районе, а потом во всей Ленинградской области, правда, в области получилось не очень. С тех пор с опытом Гатчинского района ознакомилось очень много людей. - В 2001 г. в Гатчине была первая международная конференция по проблемам семейной медицины, - сказал Иванов, - все с интересом знакомились с нашими



МЕДИЦИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

учредитель и издатель телефонных справочников
«Медицина Петербурга» и «Медицина Северо-Запада»,
а также городской профессиональной газеты «Медицина Петербурга»

ВЫПУСТИЛА «СПРАВОЧНИК МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ»

Формат А5, офсет; Тираж 999 экземпляров; Полноцветная обложка; Объем – 84 страницы

Справочник содержит информацию по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима в учреждении, правильной обработке рук, классификацию отходов в ЛПУ и правила их сбора, формы учетных журналов, а также алгоритмы введения лекарственных растворов и алгоритмы выполнения простых медицинских манипуляций.

Краткое содержание

Санитарно-противоэпидемический режим (нормативные док-ты, асептика и антисептика, дезинфекция, предстерилизационная очистка и контроль ее качества, стерилизация).

Рекомендации по мытью и антисептике рук (обычное мытье рук, гигиеническая дезинфекция, хирургическая дезинфекция, использование перчаток).

Генеральная уборка, Классификация отходов ЛПУ (правила сбора отходов в медицинских учреждениях, общий порядок проведения дезинфекции отходов и многогородского инвентаря).

Алгоритмы введения лекарственных растворов (набор лекарственного вещества из ампулы, внутривенное, внутримышечное (капельное), подкожное, внутримышечное введение).

Алгоритмы манипуляций (промывание желудка, постановка очистительной, сифонной, масляной клизмы, газоотводной трубки, банок, горчичников, спринцевание влагалища, выполнения катетеризации).

Алгоритмы по забору биоматериала на различные виды исследований (взятие биоматериала из зева и носа на бак. исследование, сбора мокроты на клиническое исследование, на микобактерии туберкулеза, на бак. исследование, сбор мочи на клинический анализ, на Нечипоренко, на сахар, по Зимницкому; исследование кала на яйца гельминтов, на скрытую кровь, на бак. исследование; алгоритмы действия мед.сотрудника в случае травмы или аварии с кровью или другими биоматериалами.

Формы журналов учета.

Издание рекомендовано для медицинских сестер учреждений здравоохранения разной формы собственности, преподавателей и студентов медицинских колледжей и училищ.

Справочник согласован с главным эпидемиологом Санкт-Петербурга

Популярное издание. Выпущен дополнительный тираж.

Стоимость - 150 рублей + НДС (10%)

Тел.: 555-6119, 555-0650

Наш адрес: ул. Вавиловых, 14 (Елизаветинская больница). **Въезд:** угол Северного и Светлановского проспектов. 5-этажный корпус (административный блок), 1 этаж, вывеска - «Медицинская ассоциация Санкт-Петербурга».

Часы работы: понедельник-четверг 10:00-17:00, пятница 10:00-16:00.



СПРАВОЧНИК МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



Библиотека
Медицинской Ассоциации Санкт-Петербурга
Санкт-Петербург, 2008

ГРЯДЕТ РЕФОРМА СКОРОЙ ПОМОЩИ

27 июля в НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе состоялась встреча Генерального директора Европейского бюро ВОЗ Марка Данзо и его заместителя Натты Менабде с председателем совета регионального отделения Российского медицинского общества, директором НИИ академиком Сергеем Багненко и Генеральным секретарем Российского медицинского общества, членом совета Всемирной медицинской ассоциации Леонидом Михайловым. В ходе встречи медики обсудили возможности взаимодействия между Российским медицинским обществом и ВОЗ в сфере развития скорой медицинской помощи, роль медицинских ассоциаций в системе здравоохранения, перспективы создания специализированной программы скорой медицинской помощи в России, а также предстоящий европейский форум медицинских ассоциаций и ВОЗ (EFMA), который пройдет в нашем городе в апреле 2010 года.

В начале встречи обсуждались вопросы подготовки к форуму EFMA (о форуме читайте на стр. 5).

Леонид Михайлов отметил, что на сегодняшний день ситуация в здравоохранении меняется. В настоящее время форум EFMA уже не может выступать просто в качестве просветителя, он должен оказывать конкретную помощь ВОЗ в ее непосредственной работе. Форум должен предлагать ВОЗ не проблемы, а способы их решения. В этом отношении ВОЗ должна иметь возможность опереться на EFMA. Форум уже «вырос из коротких штанишек» и должен служить точкой опоры для ВОЗ в решении сложных задач. Те резолюции, которые будет принимать EFMA в будущем, должны становиться основой документов, разрабатываемых европейской ВОЗ. Следующий форум EFMA будет полностью посвящен изменениям системы здравоохранения под влиянием информационных технологий. Как ожидается, после проведения такого обсуждения, появится возможность предложить ВОЗ несколько успешных решений.

Марк Данзо подчеркнул ключевую роль медицинских ассоциаций для системы здравоохранения. - Конечно, сказал он, ВОЗ не имеет будущего без тесного взаимодействия и хорошего взаимопонимания между медицинскими профессионалами и медицинскими ассоциациями, сотрудничества с абсолютно четким

пониманием того, что можно сделать вместе. Одним из важных предметов для обсуждения является финансирование как для отдельных врачей, так и для всей системы. Необходимо определить достоинства каждого из возможных способов финансирования. Здесь открывается широкое поле для совместной работы, в которой нельзя разбрасываться, а следует выбрать единое направление. Медицинские профессионалы, безусловно, нуждаются в помощи и в лидерах. Конечно, они не должны возражать против реформ и принимать оборонительную позицию, что, к сожалению, случается часто. ВОЗ должен очень внимательно изучить, какую помощь она сможет оказать работникам системы здравоохранения.

На встрече прошла дискуссия относительно роли медицинских ассоциаций в системе здравоохранения. **Сергей Багненко** представил функцию медицинских ассоциаций следующим образом: в системе здравоохранения любой страны бюджет является сердцем, выбрасывающим кровь. Чтобы эта кровь эффективно работала, нужно иметь организацию – руки и ноги, которые будут эту работу выполнять. При этом головой являются органы исполнительной власти, ответственные за здравоохранение, потому что именно она строит систему в стране, она в этом государстве несет ответственность за то, насколько эффективно работают руки и ноги. Но

каждый из этих органов состоит из клеток. Это врачи и пациенты. Ассоциация является иммунной системой, которая отличает своего и чужого, отвергает все «плохое» и помогает «хорошему». Она не борется с головой и сердцем. Но для долгой и качественной жизни организма и эффективной

помощи им. И.И.Джанелидзе – это история экстренной медицины в России. Учреждение является крупным многопрофильным центром на 1000 коек. Именно этому НИИ поручено проанализировать эффективность системы догоспитального этапа. Весь мир перешел на систему, когда

необходимости получения ими экстренной помощи. Сейчас мы вводим электронную систему, посредством которой экстренная помощь становится более быстрой и эффективной. Я считаю, очень важно рассматривать экстренную медицинскую помощь и новые технологии со всеми направлениями телемедицины. Я также полагаю, что развитие оказания скорой медицинской помощи является прекрасным примером развития здравоохранения.

Ната Менабде добавила, что даже если этот вопрос будет обсуждаться во время форума EFMA, все равно трудно будет получить все ответы, потому что существует длительный процесс сбора и обработки информации. В ВОЗ ведется деятельность по вопросам скорой медицинской помощи, существует много аналитических наработок, поднимаются вопросы по поводу сравнительной практики оказания скорой медицинской помощи в разных странах, сравнительных систем, о том, как они функционируют, в чем их сильные и слабые стороны. В настоящее время действует совместный с Евркомиссией проект, который в основном обслуживает страны Евросоюза и им же финансируется. В принципе Россия никогда раньше не позиционировала скорую медицинскую помощь, как одно из интересующих ее направлений. Форма сотрудничества ВОЗ с Россией представлена договором, который подписывается каждые 2 года. В нем оговариваются все приоритеты. Это достаточно серьезные деньги – 10 млн долларов на 2 года. При этом необходимо учитывать тот факт, что ВОЗ предоставляет главным образом экспертную помощь странам, которые являются ее членами – она ничего не закупает и не продает. Экспертная помощь в данном случае подразумевает обучение специалистов, предоставление каких-либо информационных материалов, наработок, аналитических справок, сравнительных анализов систем здравоохранения в разных странах. ВОЗ также дает технические советы, в каком направлении лучше двигаться по реформам здравоохранения. С Министерством здравоохранения обсуждается, насколько приоритетным для России может быть то или иное направление с тем, чтобы оно могло быть включено в программу 2-хлетнего соглашения. Можно только представить, какую серьезную экспертизу по интересующим Россию вопросам можно привлечь с помощью выделяемых денежных средств. Приоритеты России сейчас связаны с неинфекционными заболеваниями, ДТП, борьбой с курением и т.д. Но приоритет о развитии скорой медицинской помощи четко не оговорен. Но если этот вопрос интересует Россию, можно сделать его вопросом обсуждения во время форума EFMA. Если убедить Минздравсоцразвития в том, что данная тема интересна для России, появится возможность включить вопрос о развитии скорой медицинской помощи в программу сотрудничества с Россией с 2010 по 2012 год, над которой в данный момент работает ВОЗ.

На встрече был затронут вопрос о создании в России программы реформирования скорой медицинской помощи. Сергей Багненко подчеркнул: «Совершенно очевидно, что весь мир прошел через организацию отделения



работы без иммунной системы не обойтись. Она должна заботиться о качестве тех клеток, которые внутри этой системы работают. Таким образом, ВОЗ – это голова для всех систем здравоохранения, а Всемирная медицинская ассоциация – иммунная система для всех врачей в мире.

Ната Менабде продолжила мысль Сергея Багненко. Она предположила, что иммунная система должна играть серьезную роль в том, чтобы передавать правильный сигнал голове о происходящем, о том, какие направления деятельности нужно выбрать, потому что заниматься только обеспечением клеток в этой системе недостаточно, так как голову может «занести» очень далеко, если с ней не держать тесную связь. Медицинская профессия должна иметь рычаги влияния на голову и механизмы организации потока информации и пожеланий этих индивидуальных клеток в сторону головы, а также обеспечивать те идеи, которые голова придумывает и организует. Все это не противоречит тем основным целям, ради которых данная иммунная система должна функционировать. Конечно, голова должна защищать интересы этих клеток. Но, совсем не обязательно она должна отторгать «плохие» клетки. Ведь что такое «плохая» клеточка? Это плохой врач. А плохого врача «запустила» система образования. Если каждого плохого врача выгонять из системы, а система образования в свою очередь будет продолжать производить такие же плохие кадры, это не решит проблему. Значит, просто необходимо менять систему образования.

В ходе встречи Сергей Багненко рассказал о работе института скорой помощи, затронув историю его создания.

Институт скорой помощи был организован в 1932 году. В то время в разрушенной после Гражданской войны России необходимо было построить систему оказания экстренной медицинской помощи. Было создано два института скорой помощи – в Москве и Петербурге. Благодаря этому в стране в течение 10 лет было сформировано 3000 станций и подстанций скорой помощи, которые существуют до сих пор. История института скорой

помощи на догоспитальном этапе оказания помощи парамедики. Но параллельно с ними работают и специализированные бригады с реаниматологами. Их всего 15%. У нас, к сожалению, пока еще очень большое количество врачебных бригад, которые должны быть заменены бригадами парамедиков. «Как и везде, не все предложения принимаются сразу с воодушевлением, но мы понимаем те шаги, которые нам нужно делать» – отметил Сергей Багненко. «Сейчас, если не говорить обо всех клинических направлениях деятельности института, учреждение выполняет две главные задачи. Первая – концептуальное сопровождение программы развития и совершенствования скорой медицинской помощи и вторая – построение в стране системы травмацентров для лечения пострадавших в ДТП и всех тяжелых сочетанных травм. Этими направлениями занимаются у нас соответствующие научные группы, и результаты их исследований легли в Концепцию, которая принята в России по двум этим направлениям. За последнее полугодие мы подготовили около 400 специалистов из всех регионов страны для работы в травмацентрах. Нам было бы очень приятно, если бы одна из тем на предстоящем форуме касалась бы возможности взаимодействия с ВОЗ по этим направлениям. Для нас было бы очень полезно узнать опыт наших коллег по решению данных проблем в разных странах и то, как они решались во взаимодействии с правительством или министерством здравоохранения и ассоциаций – было ли сопротивление, как оно преодолевалось, какие целевые программы разрабатывались, как функционировала данная система? Эти вопросы очень интересны для нас, потому что данная информация позволит ускорить наши шаги и не совершать ошибок».

Вот что ответил Марк Данзо:

«В моей стране функционирует очень известная система оказания скорой помощи. Идея заключается в том, чтобы переместить госпиталь в место оказания скорой медицинской помощи, иными словами, начать лечение пациента как можно раньше. Эта система очень эффективна и хорошо известна населению. Люди всегда знают, куда позвонить в случае

Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы в целях повышения качества медицинской помощи и активного вовлечения всех врачей в работу по улучшению КМП пациентам издала «Настольную книгу врача Елизаветинской больницы».

В связи с многочисленными обращениями о возможности приобретения книги выпущен дополнительный тираж для реализации ЛПУ города.

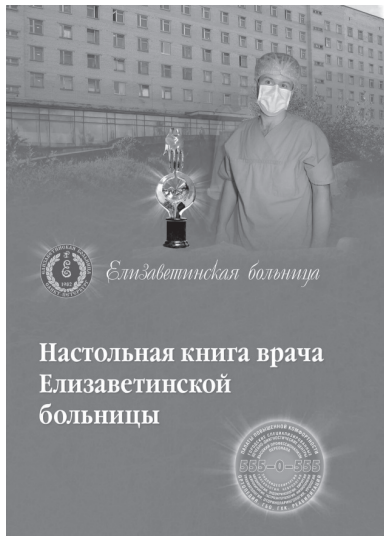
Книга содержит стандарты медицинской помощи в больнице по следующим профилям: хирургия, нейрохирургия, отоларингология, гинекология, урология, травматология-ортопедия, кардиология, неврология, гастроэнтерология, пульмонология, эндокринология, а также протоколы оказания медицинской помощи пострадавшим с травматическим шоком, протоколы оказания медицинской помощи пациентам с неопределенной терапевтической патологией.

Кроме того, в книгу вошли приказы и распоряжения Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, главного врача больницы. Включены должностные инструкции врача и заведующего отделением, инструкции по ведению медицинской карты, алгоритмы выявления различных заболеваний, телефонный справочник сотрудников крупнейшего на севере Петербурга стационара экстренной медицинской помощи.

В книге отражен опыт организации системы управления качеством медицинской помощи в крупном многопрофильном стационаре.

По вопросам приобретения книги можно обращаться по тел.: 555-1505, 555-6688.

Цена книги – 980 рублей (за наличный или безналичный расчет).



скорой помощи, которое имеет специфическое устройство, планировку, специфический штат, снабжение и функционирование. В НИИ скорой помощи приемное отделение впервые в России было преобразовано в отделение скорой помощи. Реально во всей стране отделение скорой помощи существует только здесь. Оно имеет совсем другие принципы сортировки. **Пациенты распределяются не по хирургическому, терапевтическому, гинекологическому и др. профилям, а по принципу – лежащие, ходячие больные и те, кто находится в реанимации».**

Сергей Батненко рассказал о финансировании данной специализированной программы. «Дело в том, что скорая медицинская помощь по законодательству, действующему на территории РФ, находится в зоне ответственности не федерального, а регионального и даже муниципального уровня», - сказал он, т.е. финансирование скорой медицинской помощи идет из муниципального бюджета. Министерством здравоохранения и соцразвития РФ в настоящее время разрабатывается концепция о развитии и функционировании скорой медицинской помощи в РФ. Следует отметить, что в предыдущие 10 лет нам с трудом удавалось находить общий язык с Минздравсоцразвития по вопросам развития скорой ме-

дицинской помощи. Министерство считало, что это - уровень региона и муниципалитета. И вот нынешний состав Министерства во главе с Т.А.Голиковой и В.В.Скворцовой берет на себя эту функцию, и на сегодня создаются федеральные программы по оказанию помощи при ДТП и по устройству скорой медицинской помощи. Таким образом, в части научно-методической разработки они будут финансироваться за счет федерального бюджета, а реализовываться - за счет бюджетов в соответствии с законами РФ из муниципальных или региональных бюджетов. Но, создавая эти программы, безусловно, мы должны опираться на всемирный опыт и использовать экспертную оценку и возможности экспертов различных стран для того, чтобы наша система скорой медицинской помощи соответствовала системам развитых стран. Нам создается уже вторая программа совершенствования скорой медицинской помощи. Первая была принята в 2003 году предыдущим составом Минздрава, но, к сожалению, она не реализовалась, вернее, реализовалась только частично. Наш институт назначен ответственным за разработку этой концепции и за ее реализацию, имеется ввиду создание проектов документов, определяющих порядок оказания скорой медицинской помощи, финансирование, штатное рас-

писание, создание отделений скорой медицинской помощи в стационарах, которые существуют во всем мире, а у нас на сегодня только в институте им. И.И.Джанелидзе. Как известно, скорая медицинская помощь финансируется не из ОМС, а из бюджета. И для создания внутри учреждения, которое в целом финансируется из ОМС, подразделения, финансируемого из бюджета, необходимы соответствующие нормативно-правовые документы. В настоящее время Минздравсоцразвития и губернатор города составляют специальный договор относительно развития этой системы, хотя финансироваться она в любом случае будет из бюджета города, как и положено по законам РФ. Смысл изменения оказания помощи прост. Отделение скорой медицинской помощи относится к больному как к пациенту, которому не только нужно оказать медицинскую помощь, но и позаботиться о нем психологически, чтобы момент пребывания в стационаре не превращался для него в тяжелую психологическую травму. Принцип работы отделения скорой медицинской помощи заключается в том, что в одном помещении собираются так называемые «ходячие» пациенты, те, кто может ожидать оказания помощи в течение одного-двух часов. Их пребывание здесь не грозит им ухудшением состояния здоровья.

Во втором помещении собираются больные, которые не могут сами двигаться, они лежат, но все технологии будут доставлены к ним. Третью группу составляют больные, которые должны находиться в реанимации, потому что минутное промедление угрожает серьезными нарушениями здоровья, или смертью. Выделение этих трех потоков является главным принципом работы отделения скорой медицинской помощи в стационаре. Результат этой работы - оказание помощи пациенту в нужную минуту нужным специалистом. Казалось бы очень простая схема. Но для того, чтобы ее реализовать на территории РФ, необходимо переделать приказы Минздрава, местные законы, нужно допустить врачей скорой помощи для работы на территории бывшего приемного отделения больницы. Надо переустроить, переоснастить, перепланировать помещения, а это - очень большая работа. Поэтому данный проект на территории всей РФ может быть реализован только в том случае, если он будет выведен в ранг обязательной программы, которую должен будет реализовать каждый субъект Федерации.

В заключение Ната Менабде добавила, что, конечно, ВОЗ не реформирует системы здравоохранения ни в одной стране, это не входит в ее ответственность. Но достоинства ор-

ганизации заключаются в том, что она сможет привлечь необходимую экспертизу, опыт, необходимые знания, и наработки, существующие в мире, разложить их по полочкам и помочь с помощью экспертизы принимать уже информированные решения по поводу того или иного строения системы. ВОЗ не закупает оборудование, не снабжает лекарствами, она помогает правильно думать и старается направить мысль в том направлении, которое будет наиболее эффективным, рациональным и действенным в этой системе. «Мы очень рады, что сегодня проблемы оказания скорой медицинской помощи обсуждаются с Минздравсоцразвития, ведь раньше они не представляли определенной приоритетности. Сейчас Министерство здравоохранения заинтересовано в совершенствовании оказания этой помощи. Конечно, ВОЗ со своей стороны сможет дополнительно обсудить с Минздравсоцразвития возможность включения этого направления в один из разделов сотрудничества с ВОЗ, что поможет открыть нам широкие двери к тому, чтобы вы имели доступ к международной экспертизе в этой области, к различным публикациям, документам и нормативным актам», - сказала она.

Подготовила
Елена ИГНАТЬЕВА

ЕВРОПЕЙСКИЙ ФОРУМ МЕДИЦИНСКИХ АССОЦИАЦИЙ И ВОЗ ПРОЙДЕТ В ПЕТЕРБУРГЕ

10 июля, впервые в России, в Петербурге прошло заседание Комитета по связям ЕФМА/ВОЗ, в работе которого приняли участие президент Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) доктор Яром Блашар и генеральный секретарь ВМА доктор Ошар Клойбер. Принимающей стороной с российской стороны было Санкт-Петербургское региональное отделение Российского медицинского общества.

Оцелях и задачах Форума 2010 года мы попросили рассказать председателя Совета Санкт-Петербургского регионального отделения Российского медицинского общества (РМО), член-корр. РАМН Сергея Федоровича Батненко.

- То обстоятельство, что ЕФМА/ВОЗ своим решением выбрал Россию местом проведения будущего Форума, безусловно, неслучайно. И главной причиной такого решения, по моему мнению, является приоритеты социальных ценностей во внутренней политике нашего государства. Совсем недавно это было подтверждено на совещании социальных министров Европы, прошедшем в Москве, и в этом смысле решение о проведении ЕФМА/ВОЗ в России следует рассматривать как продолжение работы в этом направлении. Проведение ЕФМА/ВОЗ в России было поддержано Министерством здравоохранения и социального развития РФ и МИД РФ. Сегодня в условиях интенсивного развития транспортных и информационных коммуникаций в Европе, резко возросших процессов миграции вопросы социального обеспечения и здравоохранения становятся весьма актуальными. То, что Петербург оказался среди претендентов на право проведения Форума, тоже неслучайно. Расходы на здравоохранение в нашем городе составляют более 20% бюджета. Успехи социальной политики, осуществленной губернатором Петербурга, были предметом особого интереса как членов Комитета по связям ЕФМА/ВОЗ, так и руководителей ВМА. Именно о них шла речь на встречах членов Комитета ЕФМА/ВОЗ и руководителей ВМА с председателем Комитета по здравоохранению города Ю.А.Щербуком и зампреда Законодательного Собрания Петербурга С.Л.Анденко. Не скрою, наши европейские коллеги были немало удивлены тому, что в условиях миро-

вого финансового кризиса городу удается сохранять высокий бюджет, выделяемый на социальную сферу и здравоохранение в частности.

Есть и вторая причина того, что Форум было решено провести именно в Петербурге - возрастающий с каждым годом авторитет Российского медицинского общества (РМО) в международных организациях Европы и мира. РМО входит в Совет

организаций. С этой целью и проводятся ежегодные Форумы ЕФМА/ВОЗ. Конечно, управлять отраслью, в которой субъекты обладают профессиональной самостоятельностью, нелегко, однако эту науку нам еще предстоит освоить, потому что без придания самостоятельности субъектам системы здравоохранения мы не сможем обеспечить ее саморазвитие, а, значит, будем отставать от наших коллег из других стран.

И в этом смысле предстоящий Форум будет очень полезен для нас как в части обмена опытом управления здравоохранением, так и в части установлений связей с нашими зарубежными коллегами. Вместе с тем Форум не ориентирован на решение каких-либо проблем в конкретной стране. Его глобальными задачами является построение общеевропейской системы здравоохранения на континенте и поиск путей сближения

различных систем здравоохранения в европейских странах.

- Какие конкретно вопросы планируется обсудить на Форуме в Петербурге, и каков порядок его проведения?

- Обычно перед Форумом Комитет по связям проводит четыре заседания в разных странах (следующее заседание пройдет в Литве), на которых обсуждается и принимается программа будущего Форума. При обсуждении этой темы в Петербурге предпочтение будет отдано таким направлениям как неравенство в здравоохранении, дистанционное интерактивное персональное медицинское образование, информатизация здравоохранения, система аккредитации медицинских организаций, создание регистра европейских врачей, вспышки вирусных инфекций, страхование профессиональной ответственности врачей, права пациентов и некоторым другим. Вообще тем для обсуждения было предложено много, однако Форум проходит только три дня, при этом

значительная часть времени отводится на дискуссии. В первый день обычно проводятся круглые столы по наиболее волнующим европейцев темам. Второй и третий дни посвящены докладам и обсуждениям по

нальных медицинских организаций, люди достаточно компетентные для принятия важных решений.

- Что, по Вашему мнению, даст России и Петербургу проведение Форума?

- В первую очередь, это, конечно, повлияет на имидж страны и города, а также на перспективы дальнейшего сотрудничества. На второе место я бы поставил возможность сравнительной оценки действующей в России системы, т.е. конструкции и улучшения ее с учетом опыта зарубежных коллег. И, в-третьих, станет возможно участие в тех проектах и программах, которые будут созданы в результате принятых на Форуме решений. Если же говорить в целом, то, конечно, проведение Форума в России это еще один шаг России в мировую систему здравоохранения, осознание своей роли в ней, сближение с системами здравоохранения развитых стран мира.

Беседовала
Ася ЗАХАРОВА



✓ Европейский Форум медицинских ассоциаций (ЕФМА/ВОЗ) - ежегодное собрание национальных медицинских организаций европейских стран, которое проводится совместно с европейским региональным отделением ВОЗ.

темам. Всего на Форуме, помимо тем, заявленных для круглого стола, будет обсуждаться 7 тем, так что и по-своему содержанию Форум представляется весьма насыщенным. И если учесть, что в качестве докладчиков выступают ведущие специалисты из европейских стран, то уровень проведения форума выйдет весьма представительным. При этом нужно заметить, что и сами участники Форума - лидеры нацио-



20-23 октября 2009
XIV РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЗДОРОВЬЕ
ортопедия-травматология-протезирование-реабилитация
ИНФОРМАЦИОННО-ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР
пл. Победы, д. 2, Санкт-Петербург, Россия

Тематика конгресса:

- новые технологии в травматологии и ортопедии;
- технические средства реабилитации, протезирование и ортезирование;
- развитие информационно-коммуникационных технологий в здравоохранении;
- детская травматология и ортопедия;
- медико-социальная экспертиза;
- медицинская реабилитация и спортивная медицина;
- адаптивная физическая культура и спорт инвалидов.
- актуальные вопросы реабилитации людей пожилого возраста.

Адрес оргкомитета:

Россия, 191025, Санкт-Петербург, а/я 2
Телефоны/факсы: (812) 542 3591, 542 7291, 380 3155, 380 3156
e-mail: ph@peterlink.ru http://www.congress-ph.ru

ЭКСПЕРТЫ КОММЕНТИРУЮТ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕРОК АПТЕК

Эксперты комментируют результаты проверок аптек, которые незаконно завышали цены на лекарства.

Федеральная антимонопольная служба завершила проверку цен на лекарства в аптечных сетях, которые доминируют в границах городских округов и муниципальных районов. Инспекторы службы в течение нескольких месяцев проводили мониторинг роста цен на сто наиболее востребованных населением лекарственных средств среди 960 аптечных сетей, которые на местных рынках имеют долю более 35%. В отношении таких аптек будут возбуждены дела по признакам нарушения закона «О конкуренции».

Значительное число аптек, которые были признаны недобросовестными при создании цены на медикаменты, составили государственные и муниципальные аптечные предприятия из 22 регионов. Эти предприятия наряду с различными частными ООО и ИП нарушали действующее законодательство и устанавливали более высокий размер фактической надбавки (на ряд препаратов на 3-7%), чем это установлено предельными торговыми надбавками. По мнению редактора портала Pharm-MedExpert.Ru Ивана Данилова, объяснить это можно тремя факторами: или коррупционной составляющей при закупках лекарств, или неоптимально организованным процессом работы, или длительными отсрочками платежей при покупке медикаментов, которые практикуются при оплате бюджетными средствами. Отсутствие в списке ФАС крупных аптечных сетей не удивляет, сильная конкуренция и крупные обороты лекарств позволяют им вести бизнес вполне цивилизованно.

Данные проверок ФАС подтверждают, что средний рост цен на медикаменты превысил рост инфляции и обогнал потребительские цены. В Минздравсоцразвития по итогам мониторинга цен на жизненно важные лекарства сообщили, что наибольшая розничная торговая надбавка сегодня

применяется в Уральском (33,2%) и Северо-Западном (31,5%) федеральных округах, а наименьшая - в Центральном (23,6%) и Южном (23,7%) округах.

По этому поводу директор Национальной Дистрибьюторской компании **Настасья Иванова** говорит: «Поскольку сегодня оптовые и розничные

стоимостью до 50 руб., где она может достигать 60%, а на препараты дороже 500 руб. наценка не превышает 30%».

Оптимальная наценка для аптечных сетей, по словам **Настасьи Ивановой**, может составлять 25-35%, а «существующие наценки для дистрибьюторов колеблются от 3 до 25%, и конкретный уровень наценки зависит от размера оптовика. Определить оптимальную наценку для дистрибьютора сложно, она носит индивидуальный характер, но, в среднем, может составлять от 5 до 10%».

В ближайшем будущем государство планирует применить и более жесткие меры регулирования цен на лекарства, чтобы избавиться от хаоса и неразберихи, существующих на рынке лекарств сегодня. Например, в законопроекте «Об обращении лекарственных средств» будут закреплены обязательная

торговые надбавки во всех субъектах РФ устанавливаются местные власти, они могут различаться в разы. Максимальные наценки на важнейшие и жизненно необходимые лекарства колеблются от 15% в Нижегородской области до 90% в Карелии или Красноярском крае». Гендиректор DSM Group **Александр Кузин** считает, что средняя наценка на жизненно важные препараты в настоящее время составляет 32%, «при этом наиболее высокая розничная торговая наценка устанавливается на дешевые препараты

регистрация отпускной цены производителя для жизненно важных лекарств, а также единый порядок расчета оптовых и розничных торговых надбавок. **Настасья Иванова** отмечает, что после того как этот законопроект будет принят Госдумой и подписан Президентом, ситуация с ценами на лекарства в разных регионах России станет более стабильной и прогнозируемой.

По информации Pharm-MedExpert.Ru



КАК БУДУТ БОРОТЬСЯ С РОСТОМ ЦЕН НА ЛЕКАРСТВА

Председателем Правительства РФ **Владимиром Путиным** подписано постановление №654 «О совершенствовании регулирования цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства», внесенное ранее министром здравоохранения и социального развития РФ **Татьяной Голиковой**.

Постановление №654 «О совершенствовании регулирования цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства» предусматривает внесение изменений в 5-ти нормативных правовых актов Правительства РФ.

В частности, в постановление Правительства РФ от 9 ноября 2001 г. №782 «О государственном регулировании цен на лекарственные средства» внесены изменения и дополнения в части:

- введения обязательности регистрации отпускных цен производителей жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС).

- вступления в силу с 1 марта 2010 г. в действии единой методики расчета предельных отпускных цен производителей на ЖНВЛС (полномочия Минздравсоцразвития России) с учетом специфики отечественной фармацевтической отрасли;

- одновременной регистрации ЖНВЛС и предельной отпускной цены на ЖНВЛС (установлен срок на регистрацию (перерегистрацию) цен на ЖНВЛС до 1 марта 2010 г.);

- регистрации предельных отпускных цен иностранных производителей на ЖНВЛС с учетом их минимальной цены в государстве производителя и других государствах, где лекарственные средства зарегистрированы;

- установления единой методики определения органами исполнительной власти субъектов РФ предельных отпускных и предельных розничных надбавок на ЖНВЛС (полномочия ФСТ России);

- исключения возможности для региональных властей устанавливать предельные оптовые и предельные розничные надбавки к ценам посредников (только к фактическим отпускным ценам производителей (отечественных и иностранных)).

В Положение о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденное постановлением Правительства РФ от 6 июля 2006 г. №416 вносятся изменения:

- в части установления новых лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической деятельности по соблюдению установленных предельных оптовых и предельных розничных надбавок к ценам на ЖНВЛС (нарушение указанных требований отнесено к категории грубых нарушений, в результате которых деятельность лицензиата может быть приостановлена).

В Положении о лицензировании производства лекарственных средств, утвержденное постановлением Правительства РФ от 6 июля 2006 г. №415, устанавливается новое лицензионное требование: при производстве лекарственных средств, входящих в перечень ЖНВЛС, регистрируется предельная отпускная цена производителя.

В Правила ввоза и вывоза лекарственных средств, утвержденные постановлением Правительства РФ от 16.07.2005 №438, - в части предоставления иностранными производителями при ввозе ЖНВЛС документов о государственной регистрации их предельной отпускной цены, а также сведений о фактических ценах на ввозимые ЖНВЛС.

В Положении о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, утвержденное постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. №323, - в части предоставления Службе полномочий по проведению мониторинга ассортимента и цен на ЖНВЛС.

В Положении о Федеральной службе по тарифам, утвержденное постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 № 332, в части предоставления Службе полномочий по разработке единой методики определения органами исполнительной власти субъектов РФ предельных оптовых и предельных розничных надбавок на ЖНВЛС.

Данные меры, по мнению Минздравсоцразвития России, позволят совершенствовать государственное регулирование цен на лекарственные средства и в конечном итоге улучшить лекарственное обеспечение населения.

По информации Минздравсоцразвития

ПОЗДРАВЛЯЕМ!
МПП
Городская поликлиника №102 поздравляет с 70-летием заведующего Центром амбулаторной хирургии, заслуженного врача Республики Бурятия и РФ, доктора медицинских наук

Юрия Сагадаевича САВЕЛЬЕВА

Юрий Сагадаевич является основоположником амбулаторной хирургии в России и Ленинграде-Санкт-Петербурге. Много сил и заботы отдает людям. Долгие годы сотрудничает с ВМедА, СПб ГМУ – Центр является учебной базой по амбулаторной хирургии.

Пожелаем **Юрию Сагадаевичу** дальнейшей работы, здоровья, творческих и профессиональных достижений.

телефон рекламного отдела
газеты
“Медицина Петербурга”
555-0650

ЕДИНСТВЕННЫЙ ЕЖЕГОДНЫЙ ТЕЛЕФОННЫЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СПРАВОЧНИК
Медицинская ассоциация Санкт-Петербурга, учредитель медицинских справочников “Медицина Петербурга” и “Медицина Северо-Запада” готовит к выпуску
ТЕЛЕФОННЫЙ СПРАВОЧНИК
“МЕДИЦИНА СЕВЕРО-ЗАПАДА”
Выходит в июне 2009 года
6-е издание
Тираж - 5000 экз., полноцветная обложка, формат А4, объем - около 420 стр.

СОДЕРЖАНИЕ:

БАЗА ДАННЫХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА:

- ✓ органы управления здравоохранением
- ✓ главные специалисты Комитета по здравоохранению
- ✓ медицинское страхование
- ✓ образовательные и научные учреждения
- ✓ все медицинские учреждения, включая ведомственные и негосударственные
- ✓ аптеки (ГУП, по алфавиту, по номерам, аптеки при ЛПУ)
- ✓ стоматология
- ✓ представительства
- ✓ фармацевтические компании
- ✓ медицинская техника
- ✓ расходные материалы
- ✓ изделия медицинского назначения
- ✓ БАД, лечебное питание
- ✓ дезинфекция, дезинсекция
- ✓ медицинская мебель

БАЗА ДАННЫХ СЕВЕРО-ЗАПАДА:

- ✓ Архангельская область
- ✓ Вологодская область
- ✓ Калининградская область
- ✓ Ленинградская область
- ✓ Мурманская область
- ✓ Новгородская область
- ✓ Псковская область
- ✓ Республика Карелия
- ✓ Республика Коми

10% скидка постоянным рекламодателям

E-mail: medpet@mail.ru
medpet@pochta.ru

тел./факс (812) 555-0650, 555-6119

БОЛЬНИЦА
Санкт-Петербург
Совместно с:
ФАРМАЦИЯ
Санкт-Петербург

14-я Международная выставка по здравоохранению

Ленэкспо, Санкт-Петербург

7-9 октября 2009

Все лучшее для мира медицины!

www.primexpo.ru/hospital

Организаторы:

primexpo IEE GROUP PLC

Тел.: +7 (812) 380 6006/00
Факс: +7 (812) 380 6001
E-mail: med@primexpo.ru

ufi

НОВОСТИ ТЕРКОМА

РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ КОЛЛЕКТИВНЫХ ДОГОВОРОВ

Благодаря активной работе профсоюзных организаций здравоохранения всех уровней коллективные договоры вошли в жизнь большинства организаций здравоохранения и являются ее неотъемлемой частью. Через систему социального партнерства профсоюзу здравоохранения удастся регулировать многие социально-трудовые отношения в подведомственных организациях. Для работников и представляющих их интересы профсоюзов коллективный договор является документом, юридически закрепляющим их права. Для работодателя заключенный коллективный договор является фактором социальной стабильности в организации, показатель, что между ним и работниками нет неразрешенного конфликта.

Для заключения нового или внесения изменений в действующий коллективный договор проводятся коллективные переговоры.

1.1. Коллективные переговоры по внесению изменений и дополнений в действующий или заключению нового коллективного договора целесообразно проводить:

- за три месяца до окончания срока действия коллективного договора;
- при смене собственника имущества организации;
- при осуществлении структурной перестройки и внутреннего реформирования организации;
- в других случаях, когда в этом имеется необходимость и есть уверенность в том, что удастся усилить социальную защищенность работников и улучшить их экономическое положение.

1.2. Коллективным переговорам должна предшествовать необходимая подготовительная работа профсоюза. И, прежде всего, анализ социально-экономического положения организации.

Анализируются и оцениваются, прежде всего, такие показатели и факторы, как:

- обеспеченность фронта работ заключенными договорами и заказами, активность маркетинга и перспективы по заключению новых договоров;
- перспективы по сохранению и созданию новых рабочих мест, обеспечению занятости;
- номинальная заработная плата по категориям работников;
- показатели инфляции, текущей стоимости наборов прожиточного минимума и минимального потребительского бюджета;
- степень социальной защиты работников и членов их семей, динамика выплат социального характера.

1.3. На основе анализа социально-экономической информации по организации выборный орган первичной организации профсоюза вырабатывает свои требования к представителю работодателя.

1.4. При необходимости профсоюзы могут проводить на этой ранней стадии консультации со специалистами организации с целью уточнения показателей социально-экономического положения организации, разрабатываемых планов и программ.

1.5. Право профсоюза на бесплатное и беспрепятственное получение от представителя работодателя информации, необходимой для ведения коллективных переговоров, оговаривается в Трудовом Кодексе РФ (ст.37, 153) и в Законе «О профессиональных союзах, их правах и обязанностях» (ст.17).

В соответствии с Кодексом РФ об административных правонарушениях от 30.12.2001 №196-ФЗ, непредоставление информации представителем работодателя в срок, установленный законодательством (не позднее двух недель со дня получения запроса), влечет наложение административного штрафа.

1.6. После принятия выборным органом первичной организации профсоюза коллегиального решения о необходимости начала коллективных переговоров с представителем работодателя по поводу заключения или изменения коллективного договора, в адрес представителя работодателя подготавливается и направляется Уведомление о начале переговоров.

К Уведомлению прилагается вы-

писка из заседания выборного органа первичной организации профсоюза о формировании рабочей комиссии по заключению коллективного договора со стороны работников.

Представитель работодателя, получивший письменное уведомление о начале переговоров, обязан в семидневный срок начать переговоры и издать приказ о формировании комиссии по заключению коллективного договора. Уклонение или затяжка сроков начала переговоров влечет для представителя работодателя ответственность в виде штрафа в размере до 30 МРОТ.

1.7. Днем начала коллективных переговоров является день, следующий за днем получения выборным органом первичной организации профсоюза ответа от представителя работодателя.

1.8. В соответствии с законодательством лица, участвующие в коллективных переговорах, освобождаются от основной работы сроком до 3 месяцев с сохранением среднего заработка.

Представители работников, участвующие в коллективных переговорах, в течение всего периода коллективных переговоров не могут быть без предварительного согласия выборного органа первичной организации профсоюза подвергнуты дисциплинарному взысканию, переведены на другую работу или уволены по инициативе представителя работодателя, за исключением случаев расторжения трудового договора за совершение проступка, за который в соответствии с Трудовым Кодексом РФ, иными федеральными законами предусмотрено увольнение с работы.

1.9. Стороны коллективных переговоров самостоятельно определяют порядок и сроки разработки и заключения коллективного договора и закрепляют их в соответствующих документах, например, в протоколе комиссии по заключению коллективного договора.

В протоколе комиссии обязательно фиксируются итоги каждого заседания, те договоренности, которые уже достигнуты.

1.10. Комиссия самостоятельно определяет и содержание коллективного договора, имея при этом в виду, что Трудовой Кодекс рекомендует включать в него взаимные обязательства представителей работодателя и работников по следующим вопросам:

- формы, системы и размеры оплаты труда, денежные вознаграждения, пособия, компенсации, доплаты;
- механизм регулирования оплаты труда, исходя из роста цен, уровня инфляции, выполнения показателей, определенных коллективным договором;
- занятость, переобучение, условия высвобождения работников;
- продолжительность рабочего времени и времени отдыха, отпусков;
- улучшение условий и охраны труда работников, в том числе женщин и молодежи (подростков);
- добровольное и обязательное медицинское и социальное страхование;
- соблюдение интересов работников при приватизации организации, ведомственного жилья;
- экологическая безопасность и охрана здоровья работников на производстве;
- гарантии и льготы для работников, совмещающих работу с обучением;
- оздоровление и отдых работников и членов их семей;
- частичная или полная оплата

питания работников;

- контроль за выполнением коллективного договора, порядок внесения в него изменений и дополнений, ответственность сторон, социальное партнерство, обеспечение нормальных условий функционирования представителей работников (профсоюза), порядок информирования работников о выполнении коллективного договора;
- отказ от забастовок по условиям, включенным в данный коллективный договор, при своевременном и полном их выполнении.

В коллективный договор в обязательном порядке включаются те положения, на которые в действующих законодательных актах имеются указания об их конкретизации в коллективном договоре.

В макете коллективного договора одной из основных форм участия работников в управлении организацией рекомендован «учет мнения выборного органа первичной организации профсоюза», в т.ч. при принятии локальных правовых актов.

В коллективном договоре в соответствии со ст.8 Трудового Кодекса РФ, может быть предусмотрено принятие вышеуказанных актов (например: Правила внутреннего трудового распорядка организации, Положение об оплате труда и стимулировании работников и др.) «по согласованию» с выборным органом первичной организации профсоюза.

1.11. В ходе переговоров профсоюзная сторона предлагает и отстаивает свой пакет социально-экономических требований, тщательного аргументируя каждое из них и будучи готовой отреагировать на контр доводы и предложения представителя работодателя.

К числу профсоюзных аргументов можно отнести следующее:

- улучшилось (стабилизировалось) экономическое положение организации;
- не прекращается рост стоимости жизни; темпы инфляции выше роста номинальной заработной платы;
- заработная плата в организации не обеспечивает своих базисных функций, в первую очередь воспроизводственную, т.е. воспроизводство рабочей силы, а также социальную - содержание иждивенцев;
- заработная плата в данной организации ниже, чем в родственных организациях региона, отрасли;
- уровень оплаты труда и социальные гарантии ниже предусмотренных отраслевыми или региональными соглашениями и т.п.

К числу возможных ответных или «компромиссных» предложений представителя работодателя, как правило, относятся:

- сокращение работников;
- рост производительности труда за счет пересмотра норм трудовых затрат;
- внедрение более «гибких» форм организации рабочего времени путем узаконивания перевода на режим неполного рабочего времени;
- внедрение более «гибких» систем оплаты труда путем изменения ее структуры и снижения тарифной части заработной платы, перевода на бастарфные системы оплаты труда практически без всяких гарантий минимальной оплаты;
- пересмотр и «упорядочение» социальных гарантий и льгот, главным образом путем их отмены и т.п.

1.12. Коллективные переговоры должны обязательно проходить в

атмосфере полной гласности и соучастия. В этих целях рекомендуется:

- публикация проекта коллективного договора в специальной листовке;
- обсуждение проекта в структурных подразделениях;
- анкетирование работников;
- сбор в специально отведенных местах предложений и замечаний;
- консультации (общественная защита) в вышестоящем профсоюзном органе.

1.13. Коллективные переговоры желательно вести до конца, до разрешения спорных вопросов. Однако они должны быть проведены в течение трех месяцев со дня начала коллективных переговоров.

1.14. Завершением коллективных переговоров является подписание сторонами коллективного договора на согласованных условиях с одновременным (при недостижении согласия между сторонами по отдельным положениям) составлением протокола разногласий.

Неурегулированные разногласия могут быть предметом дальнейших коллективных переговоров или разрешаться в соответствии с действующим законодательством. Не рекомендуется их только зафиксировать.

Коллективный договор подлежит утверждению на общем собрании (конференции) работников, после чего подписывается полномочными представителями работодателя и работников.

1.15. В соответствии с трудовым законодательством, подписанный сторонами коллективный договор с приложениями, в 7-дневный срок направляется представителем работодателя в соответствующий орган по труду и социальной защите населения по месту нахождения организации для уведомительной регистрации.

1.16. Согласно постановлению Исполкома Генерального Совета ФНПР от 20.04.95 №4-21, постановлению Президиума Совета ЛФП от 22.06.95 №54 и постановлению Президиума Совета ЛФП от 27.07.95 №55 «О профсоюзной отчетности тарифно-договорной кампании», постановлению Президиума Теркома профсоюза работников здравоохранения РФ №28 от 06.12.2006 «Об отчетности по коллективным договорам первичных организаций профсоюза», выборный орган первичной организации профсоюза в 7-дневный срок со дня заключения коллективного договора представляет его в вышестоящий профсоюзный орган для уведомительной регистрации.

1.17. Выборный орган первичной организации профсоюза должен систематически анализировать уровень заработной платы работников на его соответствие условиям коллективного договора и в первую очередь минимальный размер оплаты труда и число работников, его получающих, средний уровень заработной платы.

Указанные сведения представляются ежеквартально в вышестоящий профсоюзный орган.

Вниманию председателей выборных органов первичных организаций профсоюза

В соответствии со ст.50 Трудового Кодекса РФ (далее ТК РФ), Постановлением Президиума Теркома профсоюза работников здравоохранения РФ №28 от 06.12.2006, коллективный договор, приложения к нему, протоколы разногласий, в 4-х экземплярах в 7-дневный срок со дня подписания направляются представителем рабо-

тодателя на уведомительную регистрацию в соответствующий орган по труду и социальной защите населения. Вместе с коллективным договором представителем работодателя направляются:

- сведения об организации;
- выписка из протокола общего собрания (конференции) работников о принятии коллективного договора.

При регистрации коллективного договора соответствующий орган по труду и социальной защите населения выявляет условия, ухудшающие положение работников по сравнению с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, и сообщает об этом представителям сторон, подписавшим коллективный договор, а также в соответствующую государственную инспекцию труда. Условия коллективного договора, ухудшающие положение работников, недействительны и не подлежат применению.

Для организаций Санкт-Петербурга перечень сведений содержит:

1. Полное наименование организации с указанием аббревиатуры.
2. Фамилия, имя, отчество (полностью), телефон, факс:
- руководителя организации;
- председателя органа, представляющего работников организации.
3. Почтовый адрес организации.
4. Административный район Санкт-Петербурга.
5. Дата, номер и место регистрации учредительных документов организации.
6. Основной вид экономической деятельности (ОКВЭД).
7. Организационно-правовая форма организации (ОКОПФ).
8. Вид собственности организации (ОКФС).
9. Среднесписочная численность работников организации (без совместителей).
10. Наличие в организации профсоюза.
11. Численность членов профсоюза.
12. Средняя заработная плата работников организации.
13. Сумма средств, предусмотренных коллективным договором, соглашением, на обеспечение льгот и выплат работникам и членам их семей, сверх установленных законодательством (тыс. руб. в год).
14. Дата вступления в силу коллективного договора, соглашения.
15. Срок действия коллективного договора, соглашения.
16. Наличие прошедшего ранее уведомительную регистрацию в Комитете по труду и социальной защите населения СПб коллективного договора, соглашения, его регистрационный номер.

Подпись и печать руководителя (заместителя) организации.

Отдел социального партнерства Комитета по труду и занятости населения Правительства Санкт-Петербурга располагается по адресу: ул. Галерная, д.7, ком 41, тел. 312-60-76.

Примечные дни: понедельник, среда 10.00 -17.00. Обед 13.00-14.00.

В 7-дневный срок со дня регистрации в соответствующем органе по труду и социальной защите населения 1 экземпляр коллективного договора направляется в Терком профсоюза работников здравоохранения РФ для уведомительной регистрации.

По информации Теркома профсоюза

АЛКОГОЛИЗМУ ПРЕДЛОЖАТ «ПОДЖАТЬСЯ»

«До конца 2009 года будет подготовлена Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма», - пообещала Татьяна Голикова.

12 августа на совещании под руководством Президента РФ Дмитрия Медведева «О мерах по снижению потребления алкоголя в России» министр заявила, что Концепция государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактики алкоголизма среди населения РФ должна быть подготовлена уже в этом году. Причем «в концепции должны быть консолидированы не только медицинская, но и социальная, налоговая и другие составляющие», - констатировала Татьяна Голикова.

Министр отметила: «До конца IV квартала 2009 года Минздравсоцразвития России планирует подготовить проект Концепции государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации».

По словам Татьяны Голиковой, борьба с алкоголизмом – задача, которая отвечает государственным интересам России. В настоящее время потребление алкоголя в России составляет 18 литров на человека в год. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, опасный для здоровья уровень потребления чистого алкоголя – 8 литров на человека в год. Каждый добавочный литр сокращает жизнь у мужчин – на 11 месяцев, у женщин – на 4. Кроме того, в России наблюдается рост уровня заболеваемости алкоголизмом среди подростков и женщин.

По словам министра, несмотря на сокращение уровня летальности от потребления алкоголя за последние три года, ее уровень остается чрезвычайно высоким в таких регионах как Северная Осетия, Кабардино-Балкария, Карачаево-Черкесия, Калужская, Липецкая, Магаданская области, Санкт-Петербург, Ямало-Ненецкий автономный округ.

Министр заявила: «Подростковый возраст является наиболее опасным с точки зрения привыкания к алкоголю. Из числа потребителей ежедневно или через день пьют алкогольные на-

питки, включая пиво, 33% юношей и 20% девушек, а доля регулярно потребляющих пиво людей составляет 76%».

Татьяна Голикова обратила внимание на проблему потребления слабоалкогольных напитков, в том

организационные ошибки не совершали, кампания в 80-х годах привела к серьезному сокращению смертности и за пять лет позволила сохранить жизнь 1 млн человек», - подчеркнула министр.



Для профилактики алкоголизма, по мнению министра, необходимо принять меры к повышению ответственности органов управления здравоохранения регионов за организацию работы наркологических учреждений, включая организацию в них медико-социальной реабилитации.

Также Татьяна Алексеевна отметила необходимость проведения кампании по формированию здорового образа жизни.

Минздравсоцразвития России намерено обеспечить создание 502 центров здоровья в 83 регионах - они будут запущены уже в сентябре этого года. Планируется, что в 2010-2012 годах количество таких центров увеличится, а также появятся центры для

детей и подростков.

Для снижения потребления алкоголя и более эффективного регулирования оборота алкогольной продукции министр предложила следующие меры:

- использовать налоговые меры как один из инструментов снижения злоупотребления алкоголем;
- усилить уголовную ответственность за нелегальное производство и оборот спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции;
- повысить административную ответственность за нелегальное производство и оборот спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции.
- рекомендовать руководителям органов государственной власти субъектов РФ принять меры, включая выделение бюджетных ассигнований, для организации указанной работы в объемах, отвечающих потребностям населения регионов;
- принять меры к повышению ответственности органов управления здравоохранения регионов за организацию работы наркологических учреждений, включая организацию в них медико-социальной реабилитации.

По информации Минздравсоцразвития

НОВОСТИ ТЕРКОМА

О ХОДЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ОТРАСЛЕВОГО СОГЛАШЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

27 февраля 2009 года состоялось подписание нового Отраслевого соглашения между Комитетом по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга и Территориальной области комитета профсоюза работников здравоохранения РФ по основным направлениям социально-экономической политики и развитию социального партнерства в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга на 2009-2011 годы.

Одним из основополагающих пунктов Соглашения стал п.1.8., обязывающий руководителей учреждений здравоохранения и профсоюзных организаций в соответствии с Трудовым кодексом РФ заключать коллективные договоры в учреждениях.

Основываясь на взаимосогласованных положениях Соглашения, Территориальный комитет профсоюза работников здравоохранения РФ подготовил соответствующий проект

совместного письма в адрес руководителей и председателей профкомов ЛПУ Санкт-Петербурга.

Однако на этапе согласования данного письма Комитетом по здравоохранению профсоюзная сторона столкнулась с определенным непониманием необходимости письма и вполне очевидным затягиванием процесса его подписания председателем Комитета.

Только лишь после угрозы обращения Теркома профсоюза к Прокурору СПб Комитетом по здравоохранению было выпущено письмо о необходимости заключения коллективных договоров во всех ЛПУ города. Текст этого письма мы приводим ниже.

По информации ТК профсоюза работников здравоохранения

(от редакции: рекомендации при составлении коллективных договоров см. стр. 7)

РУКОВОДИТЕЛЯМ ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Информационное письмо от 10 июля 2009 г.

№01/20-1203/09-0-0

Трудовым кодексом РФ предусмотрено право работников на участие в управлении организацией. Одной из форм такого участия является заключение коллективного договора.

В соответствии со статьей 40 Трудового кодекса РФ коллективный договор - правовой акт, регулирующий социально-трудовые отношения в организации или у индивидуального предпринимателя и заключаемый работниками и работодателем в лице их представителей.

Согласно статье 22 Трудового кодекса РФ вести коллективные переговоры, а также заключать коллективный договор в порядке, установленном Трудовым кодексом РФ, является обязанностью работодателя.

Учитывая положения указанных статей Трудового кодекса РФ, а также требования в уставах учреждений

здравоохранения, обязывающего руководителя от имени администрации учреждения заключить коллективный договор с трудовым коллективом, а также в соответствии с Отраслевым соглашением между Комитетом по здравоохранению и Территориальной области комитета профсоюза работников здравоохранения РФ по основным направлениям социально-экономической политики и развитию социального партнерства в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга на 2009-2011 годы, информирую о необходимости заключения коллективных договоров в случае, если трудовым коллективом будет принято такое решение.

Председатель Комитета по здравоохранению Ю.А.Щербук



Почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации» присвоено:

- Блимину Иосифу Борисовичу - заведующему лабораторией филиала ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербург» в Адмиралтейском, Василеостровском и Центральном районах;

- Ермолаевой Людмиле Александровне - главному врачу СПб ГУЗ «Стоматологическая поликлиника №33»;

- Краснякову Владимиру Кирилловичу - главному врачу СПб ГУЗ «Городская станция переливания крови».

Редакционная коллегия:

председатель

Ю.Н. Коржаев,

главный редактор

М.А. Тайц,

помощник главного редактора

Т.А. Сухоцкая,

литературный редактор, корректор

В.Ю. Захарова

Контактный телефон

555-0650

Учредитель и издатель газеты

Медицинская ассоциация

Санкт-Петербурга

Газета зарегистрирована

Северо-Западным региональным

управлением Государственного

комитета по печати,

регистрационный номер

П0727 от 06.11.97.

Тираж контролируется

Северо-Западным РУГК

по печати и соответствует

действительности.

Мнение авторов не всегда

совпадает с мнением редакции.

Мы не имеем возможности

возвращать и рецензировать

рукописи.

При перепечатке или ином

использовании материалов ссылка

на газету обязательна.

За содержание рекламы

и объявлений ответственность

несет рекламодатель.

Адрес редакции:

195257, Санкт-Петербург,

ул. Вавиловых, 14.

E-mail: medpet@mail.ru

Подписано в печать: 14.08.2009

Дата выхода: 17.08.2009

Отпечатано

в ООО «Типографский комплекс

«Девиз»

199178, СПб, В.О., 17-я линия,

д.60, лит. А, ком. 4Н.

Тел. 303-9495

Заказ № ТД-0002856

Тираж 2600 экз.

Цена свободная

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ
МЕДТЕХНИКА
190013, Россия, Санкт-Петербург,
ул. Рузовская, дом 18

Аккредитованная испытательная лаборатория электромедицинской техники
Санкт-Петербургского государственного унитарного
производственно-торгового предприятия "Медтехника"

Свидетельство о регистрации ЭЛ рег. № 14-96/ЭЛ - 07 со сроком действия до 20 августа 2010г.
выданное МТУ Ростехнадзора по СЗФО

Аттестат аккредитации № РОСС RU.0001.22МЛ14 действителен до 06.02.2010г.

Проводит следующие виды испытаний и измерений:

Электротехнические измерения

Аттестация медицинских сосудов

Измерения в операционных блоках согласно требованиям РТМ 42-2-4-80

Испытания на постоянство параметров аппаратов для рентгеновской
компьютерной томографии по ГОСТ Р МЭК 61223-2-6-2001

Профилактические замеры в рентгенкабинетах в соответствии
с требованиями СанПиН 2.6.1.1192-03

Тел./факс: (812) 316-6210, 600-7552 (доб. 238, 275)
www.medtechnikaspb.ru e-mail: lab@medtechnikaspb.ru