28 января – 3 февраля 2014 года

еженедельная газета

Социальная политика

№3 (935)

медицинское обозрение

www.socpolit.ru www.socpolit.ru www.socpolit.ru www.socpolit.ru www.socpolit.ru www.socpolit.ru www.socpolit.ru www.socpolit.ru www.socpolit.ru

70-ЛЕТИЕ СНЯТИЯ БЛОКАДЫ ЛЕНИНГРАДА

27 января состоялись торжественные мероприятия по случаю 70-летия полного освобождения Ленинграда от блокады, в которых принял участие Президент России Владимир Путин.

Глава государства возложил венок к монументу «Мать-Родина» на Пискарёвском кладбище, где захоронены многие жертвы блокады, и цветы к памятнику «Рубежный камень» на мемориальном военно-историческом комплексе «Невский пятачок». Владимир Путин также почтил память своего брата, умершего ребёнком в блокаду.

Президент осмотрел экспозицию первой в России трёхмерной панорамы сражения Великой Отечественной войны «Прорыв», созданной по инициативе поисковых отрядов. Панорама развёрнута в музее-заповеднике «Прорыв блокады Ленинграда» в городе Кировск Ленинградской области.

Осмотрев панораму, глава государства оставил запись в книге почётных гостей: «Очень достоверно, талантливо, здорово. Большое вам всем спасибо. Поздравляю!».

(Окончание на стр. 4)

В номере:

Как сберечь мужское здоровье
Стр. 2

О реализации программы развития перинатальных центров
Стр. 3

В Санкт-Петербурге стартовал проект «Мы победили вместе», посвященный 70-летию Победы в Великой Отечественной войне
Стр. 5

СтройРеанимация
группа компаний
www.trollcompany.ru
медико-производственная проектно-строительная группа компаний

Комплексное оснащение лечебных учреждений современным медицинским оборудованием

- Подбор оборудования
- Поставка и ввод в эксплуатацию
- Сервис и техническая поддержка

Санкт-Петербург ул. Швецова, 41
info@trollcompany.ru
т. +7 (812) 449-97-17
ф. +7 (812) 449-19-11

Продолжается редакционная подписка на газету «СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА. МЕДИЦИНСКОЕ ОБОЗРЕНИЕ» на 2014 год!

Для оформления подписки юридическим лицам обращаться по электронной почте glavred@socpolit.ru для получения предварительного счета.

Тел. редакции 8-911-918-84-67

ОАО «ГОРОДСКАЯ СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ»

191025, Санкт-Петербург, Кузнечный пер., д. 2-4

Доверьте заботу о Вашем здоровье профессионалам!

Отдел по защите прав застрахованных 325 11 20

Пункт обслуживания застрахованных граждан 712 13 23

e-mail: mail@gsmk.ru

http://www.gsmk.ru

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

1921 РОСГОССТРАХ

Филиал ООО "РГС-Медицина"
"Росгосстрах-Санкт-Петербург-Медицина"
197198, Малый пр., П.С., дом 7

По вопросам защиты Ваших прав в системе ОМС обращайтесь по телефонам:
8 (812) 325-67-74, 8 (812) 324-01-86,
8 (812) 320-95-37 (круглосуточные),
8-800-100-81-02 (круглосуточный, бесплатный).

e-mail: oms_info@rgs-oms.ru www.rgs-oms.ru

РОСГОССТРАХ-МЕДИЦИНА
ВАЖНО ЗНАТЬ, ЧТО ТЫ ЗАЩИЩЕН !

КАК СБЕРЕЧЬ МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Как в Санкт-Петербурге работает андрологическая служба? Почему мужские болезни надо лечить в детстве и юности? Часто ли наши мужчины страдают бесплодием?

На эти и другие вопросы в нашей беседе отвечает андролог, д. м. н., профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова Владимир Ефимович Мирский.

ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ КРОЮТСЯ В ДЕТСТВЕ

– Владимир Ефимович! Начнем с азов. Насколько опасна андрологическая патология?

– Судите сами. Сейчас приведу веские цифры и печальные факты.

Около половины бесплодных браков в России (в том числе и Петербурге) обусловлены мужским бесплодием, формирование которого в 58 процентах случаев начинается с детского и подросткового возраста.

Надо подчеркнуть, что «вес» мужского бесплодия продолжает расти, приближаясь к 50-60 процентной отметке.

– Итак, истоки этой беды кроются в детском возрасте. Но мы почему-то не слышим тревожных сигналов от наших медицинских руководителей? Вроде у нас в этой сфере все в порядке. Но так ли это на самом деле?

– Несмотря на заверения многих руководителей медицинских учреждений «об отсутствии каких-либо проблем» в этой сфере, у значительного количества мальчиков такая патология имеется. Но, к сожалению, часто вовремя не диагностируется, а поэтому плохо лечится. Отсюда, к периоду вступления в репродуктивную фазу может оказаться столь запущенной, что практически не поддается коррекции. Это и приводит в свою очередь у молодых людей к репродуктивным нарушениям и к проблемам в половой жизни.

– А известны ли истинные масштабы опасности?

– Не совсем. Истинная распространенность андрологической патологии детского и подросткового возраста остается не уточнённой, ввиду только недавно начатой всеобщей диспансеризации данной группы мужского населения страны. Ведь только целенаправленные скрининговые осмотры детей и подростков-школьников, начатые нами около 15 лет назад, дали истинные цифры андрологической патологии и показали уровень ее распространенности.

– Знаю, что вы со своими коллегами проводили такие обследования. С какими результатами?

– Для объективной картины этой проблемы с 1994 по 1999 годы нами было осмотрено более 100 тысяч школьников от 7 до 17 лет избирательно в различных регионах Российской Федерации: в Санкт-Петербурге, в Великом Новгороде, Новгородской области, Барнауле. Только в Петербурге было осмотрено 57400 мальчиков – школьников в шести районах города.

Результаты таких осмотров оказались достаточно тревожными, ведь только в Санкт-Петербурге на 1000 осмотренных мальчиков в коррекции андролога нуждались 153. В настоящее время, такие осмотры продолжаются.

С начала 2010 по май 2013 года, осмотры мальчиков – школьников Фрунзенского района показали, что андрологическая патология у детей и подростков-школьников продолжает расти. По последним данным осмотров 2009-12г.г. частота андрологической патологии в этом районе за 10 лет увеличилась в 4 раза.

Проведенные плановые профилактические осмотры во Фрунзенском районе за I полугодие 2012г. показали, что из осмотренных 407 четырнадцатилетних юношей района в коррекции андролога нуждаются 282 подростка, что составило 69% от осмотренных.

ПОЧЕМУ РАСТЕТ АНДРОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

– Чем же все-таки вызван продолжающийся рост числа этих заболеваний?

– Необходимо отметить один очень важный момент. На наш взгляд, существующая в настоящее время расстановка сил в системе практического здравоохранения не обеспечивает устранения этой важной государственной проблемы, в том числе из-за нехватки врачей андрологов и отсутствия настороженности лечащих врачей любого профиля.

При таких заболеваниях, как крипторхизм и варикоцеле, приводящих в дальнейшем к бесплодию, дети и подростки в большинстве своем, как правило, жалоб не предъявляют. А при различных формах гипогонадизма и задержке полового развития жалобы также могут отсутствовать. Появляются они только тогда, когда юноша начинает понимать, для чего ему вообще нужна репродукция. Но при этом, он может не знать, к какому специалисту обратиться.

А вот это уже отсутствие внимания к сыновьям со стороны их отцов!

Потребительское и беспечное отношение к собственному здоровью – признак низкой культуры. И никакие усилия не смогут предотвратить беду – лишения мужчины возможности продления собственного рода, если он сам не знает, к какому специалисту следует обратиться для решения этой, подчас, наисложнейшей задачи.

– А передаются ли андрологические болезни по наследству?

– Да. Анализ исследований статистических данных показал, что степень влияния наследственных факторов составляет около 60-80 процентов. Проявление патологии идет, как правило, в третьем поколении и больше по отцовской линии.

– Скажите, пожалуйста, существует ли в Петербурге или в нашей стране подростковая андрологическая служба?

– К сожалению, в настоящее время в Российском практическом здравоохранении единой специализированной помощи при заболеваниях репродуктивных и половых органов различного генезиса у мальчиков нет.

– Но ведь есть и специалисты, и кабинеты…

– Да, есть и хорошо работающие молодежные консультации, в которых консультируют андрологи. Однако, катастрофически недостаточен охват профилактическими диспансерными осмотрами именно детскими андрологами.

Но основным недостатком системы андрологической помощи в лечении детей и подростков, на наш взгляд, является отсутствие преемственности между участковыми педиатрами, врачами-специалистами детских поликлиник и школьными врачами.

Недостаточны и знания педиатров в вопросах диагностики и профилактики у детей с андрологической патологией, отсутствие единой схемы ведения таких пациентов. Раннее выявление нарушений репродуктивной системы у мальчиков в детских поликлиниках находится не на должном уровне, потому что не хватает квалифицированных детских урологов-андрологов. А также нет возможности для их подготовки.

АНДРОЛОГА НИКЕМ ЗАМЕНИТЬ НЕЛЬЗЯ

– Но мальчиков же периодически осматривают врачи, например, хирурги…

– Верно, но стоит заметить, что после проведенных хирургами поликлиники осмотров подростков у тех же мальчиков через год андрологом была впервые выявлена репродуктивная патология у 134 осмотренных ранее школьников.

Вот поэтому, замена андрологов хирургами часто приводит к снижению качества диагностики.

Парадоксально, но, несмотря на обилие детских медицинских учреждений в нашем городе, многие школьники ни разу не были осмотрены урологом-андрологом!

– А как обстоят дела с госпитальным лечением?

– К сожалению, специализированные антрологические отделения пока отсутствуют. Тревожно, что в детских больницах было выполнено только около 60 процентов случаев андрологического оперативного лечения. Необходимо отметить, что из-за не своевременной диагностики андрологической патологии некоторые операции проводятся уже с опозданием – с изменениями в репродуктивных органах.

Еще одна серьезная проблема. Отсутствие в штате большинства детских поликлиник урологов-андрологов приводит к тому, что прооперированных детей после выписки из стационаров курирует хирург, причем не более чем течение ближайших 7-10 дней. Тогда как этой группе показана длительная репродуктивная коррекция и реабилитация с диспансерным наблюдением до 23-25 лет.

– Владимир Ефимович! А в каком возрасте важно выявить и излечить андрологические болезни?

– Необходимо помнить, что наиболее важным в области выявления и коррекции андрологических заболеваний у детей и подростков является возраст от 4 до 6 лет и от 10 до 15 лет.

– Теперь такой насущный вопрос. В городе широко развивается программа вспомогательной репродуктивной технологии, ЭКО. Как вы к ней относитесь?

– С достаточной поддержкой, но при условии обязательного проведения тщательного отбора семейных пар с их подготовкой для проведения репродуктивных технологий и под постоянным контролем.

Это позволит снизить количество неудач и осложнений при проведении ЭКО, а также число появляющихся больных детей. И как результат – экономия государственных средств на проведение репродуктивных технологий. И не стоит уповать только на ЭКО или суррогатное материнство. Об этом неплохо помнить супругам, ведь нет ничего надёжней «физиологической технологии» зачатия детей.

КАК НАМ РЕОРГАНИЗОВАТЬ СИСТЕМУ

– Какие, на ваш взгляд, надо принять меры, чтобы поднять уровень андрологической службы в нашем городе?

– Совместно с академиком А. В. Шабровым и профессором С.В. Рищуком, нами был предложен проект реформы в области репродуктологии и андрологии. Этот проект одобрили главный акушер-гинеколог СПб, директор НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН, д.м.н., профессор Э. К Айламазян, президент Санкт-Петербургского отделения Союза педиатров России, д.м.н., профессор Николай Павлович Шабалов.

Наиболее важными, на наш взгляд, в реформе являются нововведения в образовательной системе.

– Если можно, разъясните.

– Речь идет о подготовке, переподготовке и усовершенствовании медицинских кадров, в первую очередь для поликлинического звена, по специальности «репродуктолог» и «детский андролог». В связи с этим было обосновано введение в приказы Минздравсоцразвития специальности «репродуктолог», сформированной на базе специальностей – гинеколога, уролога, эндокринолога и врача общей практики. А также разрешение подготовки детских андрологов не только из детских хирургов и урологов, но и из педиатров и детских эндокринологов.

Репродуктологи, как специалисты амбулаторно-поликлинического звена, должны заниматься улучшением репродуктивного здоровья супружеских пар. Это позволит снизить количество осложнений во время беременности при естественном зачатии и число осложнений при проведении циклов ЭКО.

Еще один важный аспект программы – это организация специализированной детской и подростковой андологической службы при комитетах здравоохранения по всей России.

– Расскажите, об основных задачах этой службы?

– Это активное выявление андорологических заболеваний. Обеспечение высокого уровня диагностики андрологической патологии на базе специализированных медицинских учреждений с использованием современных информативных методов исследования. Это консервативное и хирургическое лечение андрологических заболеваний с привлечением детских урологов. Высококвалифицированное осуществление диспансеризации с проведением противорецидивной терапии и реабилитации. Постоянное проведение организационно-методической работы в области детской андрологии.

НУЖЕН СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР

– А какая-то централизация в этой системе планируется?

– Мы считаем, что крайне необходимо в Северо-Западном регионе, создать «Государственный научно-практический центр репродуктологии и андрологии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». Желательно, чтобы база располагалась в Петербурге, а филиалы в городах региона.

– Назовите, пожалуйста, функции этого центра?

– Организация и проведение скрининговых осмотров детей и подростков. Создание компьютерной базы, учитывающей результаты обследования по каждому подростку. Формирование мобильных передвижных врачебных бригад в самом Центре и в филиалах, занимающихся проведением скрининга мальчиков и подростков в учебных учреждениях районов. Организация и проведение обследования, амбулаторного и стационарного (хирургического) лечения, на базе и в филиалах центра.

– Какие планируются отдаленные результаты работы центра?

– Снижение частоты мужского бесплодия. Улучшение репродуктивного здоровья в целом. А в частности – улучшение состояния здоровья молодых супружеских пар.

Это и снижение осложнений во время беременности и после родов, а также уменьшение смертности новорожденных и уровня заболеваемости детей. Все это наверняка улучшит генофонд нации, а, кроме того, сэкономит государственные средства на лечение пациентов.

– А как насчет работы с кадрами?

– Это и подготовка в послевузовском курсе и дополнительное профессиональное образование, оказание методической и высококвалифицированной консультационной медицинской помощи учреждениям практического здравоохранения. Обязательно будет развиваться и научная деятельность.

– Как насчет просвещения самих пациентов: подростков и супружеских пар?

– Должна обязательно проводиться массовая санитарно-просветительная работа среди всех возрастов населения в области репродуктивного здоровья. Здесь планируется использовать и профессионалов-медиков, и специальную литературу и средства массовой информации.

Ведь практически, вся андрологическая патология является врождённой, т.е. передающейся по «наследству». Проблема же, которой уделяется так много внимания учеными, с каждым днём становится всё более актуальной и требует всё более серьёзного внимания и поддержки Федерального правительства.

Наш долг – предупредить всех, что репродуктивное здоровье в стране подорвано. И восстановить его у себя и детей, можно только общими усилиями: властей, высококвалифицированными врачами-андрологами и самого населения, владеющего понятием – «врач-андрологог» четкими знаниями, куда обращаться.

И ещё, огромное спасибо газете за представленную возможность рассказать о наболевших проблемах.

– Спасибо и вам за полезную и очень информативную и для медиков и для пациентов беседу!

Беседовала Татьяна ЗАЗОРИНА

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

О РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ

29 января в Московской области в Горках прошло видеоселекторное совещание под председательством Премьер-министра РФ Д. Медведева «О реализации программы развития перинатальных центров». Как сообщает официальный сайт Правительства РФ, строительство региональных перинатальных центров в Российской Федерации осуществляется во исполнение поручений Президента и продолжает реализацию мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье», направленного на улучшение демографической ситуации в Российской Федерации, создание условий для оказания доступной и качественной медицинской помощи матерям и детям, а также снижение материнской и младенческой смертности.

В 2007–2012 годах в рамках национального проекта «Здоровье» построено и оснащено 2 федеральных, а также 22 региональных перинатальных центра. Из федерального бюджета на эти цели выделено более 19 млрд. рублей, из региональных бюджетов – более 24,4 млрд. рублей.

В настоящее время в Российской Федерации функционирует 98 перинатальных центров, в том числе 58 самостоятельных и 40 в составе многопрофильных больниц.

Программой развития перинатальных центров, утверждённой распоряжением Правительства от 9 декабря 2013 года №2302-р, предусмотрено строительство в 2013–2016 годах 32 перинатальных центров в 30 регионах.

В своем вступительном слове Д. Медведев отметил, что «Сегодня у нас обсуждение одного очень важного вопроса в режиме видеоселектора – это перинатальные центры, медицинская помощь самым маленьким нашим гражданам, их мамам. Строительство перинатальных центров у нас по-серьёзному, что называется, началось только с реализации нацпроекта «Здоровье». После этого было сделано довольно много.

Напомню, что в период с 2007 по 2012 год построено и оснащено в общей сложности 24 центра, из них 22 в регионах и 2 федеральных. А в целом в стране сейчас работает практически почти 100 таких центров. Если сопоставлять эту цифру с цифрой 10–12-летней давности (Вероника Игоревна (Скворцова) знает лучше), я думаю, что это разница кратная, потому что, по сути, как класс эти перинатальные центры в нашей стране отсутствовали. Была традиционная система родовспоможения, но таких объектов у нас не было. Половина из этих центров – сейчас самостоятельные учреждения, я прежде всего о них говорю, остальная часть находится в составе многопрофильных больниц.

В центрах созданы нормальные, комфортные, можно считать, условия для матери и ребёнка, широко используются современные перинатальные технологии, применяются новейшие высокотехнологичные методы лечения для женщин и для новорождённых, совершенствуется территориальная модель оказания медицинской помощи матерям и новорождённым детям.

Результаты есть. Они, прежде всего, заключаются в главном: в тех субъектах Федерации, в которых есть перинатальные центры, показатели младенческой и материнской смертности ощутимо снизились. Я цифры называть не буду, но, может быть, Министр здравоохранения чуть подробнее скажет об этом.

Фото пресс-службы Правительства РФ

Работа по созданию центров будет продолжена и в период с 2014 по 2016 год. В конце прошлого года была утверждена программа развития перинатальных центров до 2016 года. Она предусматривает строительство 32 перинатальных центров в 30 регионах. Это было сделано распоряжением Правительства 9 декабря 2013 года.

Общий объём финансирования без учёта, подчёркиваю, инвестиций региональных бюджетов – более 52 млрд. рублей. Деньги большие. Задача, естественно, остаётся прежней – сделать медицинскую помощь более доступной и качественной по этому направлению и, конечно, работать над дальнейшим снижением материнской и младенческой смертности. Эту задачу нужно решать последовательно и неуклонно.

Сейчас идёт первый организационный этап программы. Целый ряд регионов у нас на связи, некоторые коллеги здесь присутствуют, в зале.

К концу июля региональные власти должны завершить разработку проектной документации, определиться с подрядчиком и разработать программы подготовки и переподготовки медицинского персонала.

К сожалению, не во всех регионах выполнены взятые на себя обязательства, прежде всего по софинансированию. Часть регионов пока не подтвердила наличие в своём бюджете средств на строительство перинатальных центров.

Кроме того, не все региональные программы согласованы с Минздравом и утверждены регионами.

Ещё более неправильная ситуация в тех регионах, которые не обеспечили выделение земли под строительство. Здесь, уважаемые коллеги, надо определяться: если вы хотите строить, нужно эти решения принимать, если нет, то нужно честно сказать, что мы этим заниматься не будем.

Это может затормозить выполнение программы. Надо составить чёткие графики по той работе, которую вы будете вести, представить их в Правительство в ближайшие дни. Минздрав должен обеспечить координацию и контроль этой работы.

В некоторых регионах, к сожалению, отсутствует даже нормативный акт субъекта, который утверждает соответствующую программу. Я их назову: Дагестан, Ингушетия, Карелия, Ставропольский край, Архангельская, Брянская, Калужская, Нижегородская, Пензенская, Ульяновская и Челябинская области.

В части регионов не изменены региональные бюджеты и не представлены документы на земельные участки. Коллеги, вы все это знаете: о ком идёт речь и о чём идёт речь. Надо с этим разобраться, подчёркиваю, быстро.

Построить перинатальный центр и оснастить его современным оборудованием – это, конечно, ещё не всё. Очень важно, чтобы был квалифицированный персонал. Программа подготовки специалистов для будущих центров должна быть создана, нужно также рассмотреть вопрос о стажировках медицинских работников в ведущих медицинских центрах России и за границей.

Фото пресс-службы Правительства РФ

Минздраву это всё нужно просчитать и предусмотреть в своих планах».

Глава Минздрава В. Скворцова в своем докладе сообщила, что в последние годы наметилась устойчивая тенденция к снижению младенческой и материнской смертности, «По результатам 2012 года мы вышли на показатель материнской смертности 11 на 100 тыс. родов, снижение младенческой смертности – на 6,9% от аналогичного периода прошлого года. Мы достигли нашего целевого индикатора – 8,2 на 1 тыс. родившихся живыми», – сказала министр.

«При всём этом всё-таки сохраняется достаточная вариативность этих показателей между регионами, в том числе в находящихся рядом регионах иногда показатели отличаются в 1,6, в 1,7 раза, притом что и климатические, и географические, и демографические параметры примерно сопоставимы. Комплексный анализ свидетельствует о том, что главный фактор, влияющий положительно на ситуацию, – это функциональная зрелость трёхуровневой системы. Третий уровень – это и есть перинатальный центр. Мы провели мультипараметровый математический анализ 34 наиболее значимых факторов, которые влияют на показатели младенческой и материнской смертности. К тройке ведущих, самых влиятельных факторов относится наличие перинатального центра, то есть наличие современных медицинских технологий выхаживания детей с экстремально низкой массой тела».

Также В. Скворцова сообщила, что «в прошедшем году мы вышли на максимальную загруженность койки в перинатальных центрах (это 321 день в году, учитывая необходимые санитарные требования). В 2011 году этот показатель был 303 дня.

Во вновь построенных перинатальных центрах увеличивается количество родов нефизиологичных, и на это я хотела бы тоже обратить внимание. В основном это многоплодие и преждевременные роды, то есть как раз те случаи, для которых перинатальные центры создаются. И число патологических родов или родов осложнённых, в том числе многоплодием, составляет уже сейчас 13,4%. Показатель, до которого мы можем расти, 16–17%, тогда, соответственно, это оправдывает наличие самой структуры перинатальных центров».

Глава Ленинградской области А.Дрозденко также принял участие в видеоконференции, посвященной строительству перинатальных центров.

«С 2007 по 2012 год в рамках реализации национального проекта «Здоровье», направленного на улучшение демографической ситуации в Российской Федерации, построено 24 перинатальных центра», – заявил проводивший селекторное совещание председатель Правительства России Дмитрий Медведев. «В тех субъектах Федерации, в которых есть перинатальные центры, показатели младенческой и материнской смертности ощутимо снизились», – подчеркнул он.

Регионы также примут участие в финансировании строительства столь нужных медицинских объектов. Как подчеркнул во время прямого включения губернатор Ленинградской области Александр Дрозденко, соответствующие средства заложены в бюджет региона на 2014 -2016 годы. Завершается решение вопроса о месте размещения перинатального центра. Как и в большинстве регионов-участников программы, строительством центра займется компания «Ростехнологии».

КАК СБЕРЕЧЬ ДУХОВНОЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

Как охранять здоровье женщины с самых малых лет, чтобы она стала здоровой женой и матерью? Как уберечь физическое и душевное здоровье петербурженок? Рассказала нам доктор медицинских наук, профессор, руководитель общественной организации «Здоровье женщин Санкт-Петербурга» Лидия Петровна СИМБИРЦЕВА.

(Окончание. Начало в №1,2)

КАК ПОМОЧЬ ЖЕНЩИНЕ В КРИЗИСНОЙ СИТУАЦИИ?

– Лидия Петровна! Мы с вами побеседовали том, как женщина и ее близкие должна оберегать свое здоровье, когда и куда обращаться к врачам и психологам. Но беда в том, что не каждая женщина чувствует себя в безопасности даже дома. Ей грозят оскорбления и побои мужа…

– К сожалению, насилие над женщинами носит катастрофический характер.

Судите сами. Среди женщин 15-44 лет насилие является причиной смерти и инвалидности чаще, чем рак, малярия, ДТП и войны вместе взятые. В России в среднем ежегодно от руки мужа или партнера погибает 12000–14000 женщин. По данным специального обследования в РФ 25% девочек и 12% мальчиков начинают сексуальные отношения по принуждению!

Насилие над женщинами и детьми ведет к громадным людским потерям в связи с травмами и болезнями матерей, в том числе психическими.

– Мы рассказывали на наших страницах, как Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга и Комитет по социальной политике нашего города совместно заботятся о здоровье и социальной безопасности женщин. Женщина, находящаяся в опасности, может обратиться к помощи психолога и психотерапевта, в кризисную службу, в районные центры помощи семье и детям.

Но защищает ли их государство в целом на уровне закона?

– В отличие от многих европейских стран в РФ отсутствуют как закон о равноправии женщин и мужчин, так и закон о предотвращении домашнего насилия.

А закон этот очень нужен! Потому что насилие на улице и насилие в семье – принципиально разные вещи. Если женщину ударили на улице – она заявляет в милицию, лечится и забывает об инциденте. А виновника привлекают к ответственности.

Если женщину ударил муж – она скрывает это, продолжает находиться под психологическим, часто экономическим и повторным физическим давлением. При этом страдают дети – свидетели насилия в семье, Здоровье женщины НИКОГДА не восстанавливается.

– Как ваша организация «Здоровье женщин Санкт-Петербурга» борется за продвижение этого закона?

– Всеми силами! Мы провели круглый стол в апреле 2012 по продвижению Конвенции Совета Европы о предотвращении насилия над женщинами и насилия в семье. Конвенцию уже подписали 32 страны из 47 членов, в том числе 7 ратифицировали. К сожалению, Россия до сих пор не входит в число стран, подписавших Конвенцию.

Мы написали и отправили письма обращения к Медведеву и в Государственную Думу о необходимости безотлагательного подписания Конвенции. Большую помощь при этом оказала петербургский депутат В.И. Соколова – заместитель председателя Комитета ГД по материнству и детству, а также депутат ЗАКСа Л.А. Косткина.

К настоящему времени Правительством РФ принято решение о подготовке предложений по ратификации Конвенции в План первоочередных мероприятий.

– Думаю, все женщины пожелают вам успеха!

Подготовила
Татьяна ЗАЗОРИНА

70-ЛЕТИЕ СНЯТИЯ БЛОКАДЫ ЛЕНИНГРАДА

(Окончание. Начало на стр. 1)

Кроме того, Владимир Путин встретился с ветеранами Великой Отечественной войны – участниками битвы за Ленинград и жителями блокадного города.

Вечером Президент присутствовал в Александринском театре на премьере балета «Реквием», посвящённого освобождению города. Артисты Санкт-Петербургского академического театра балета Бориса Эйфмана представили «Реквием» совместно с Государственным камерным оркестром «Виртуозы Москвы» и Академическим большим хором «Мастера хорового пения».

В тот же день, впервые, на проспекте Непокоренных, перед Пискаревским мемориальным кладбищем, состоялся парад войск Санкт-Петербургского гарнизона, посвященный 70-летию полного освобождения Ленинграда от фашистской блокады.

Командовал парадом заместитель командующего войсками Западного военного округа генерал-лейтенант Владимир Дятлов. Парад принял командующий войсками Западного военного округа генерал-полковник Анатолий Сидоров.

В торжественном мероприятии приняли участие губернатор Санкт-Петербурга Георгий Полтавченко, председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко, полномочный представитель Президента России в Северо-Западном федеральном округе Владимир Булавин, председатель Законодательного Собрания Санкт-Петербурга Вячеслав Макаров, представители общественных организаций ветеранов, блокадников.

«70 лет назад Ленинград был полностью освобожден от фашистской блокады. Мы с полным правом называем этот священный праздник Ленинградским Днем Победы – победы добра над злом, силы духа и патриотизма над варварством и бесчеловечностью», – сказал Георгий Полтавченко. Он отметил, что «битва за Ленинград по своему драматизму не знает равных в мировой истории». «Голодом и холодом, бомбежками и артобстрелами жестокий и сильный враг хотел поставить ленинградцев на колени. Но непокоренный и несломленный город выстоял и победил. В основе этой долгожданной и выстраданной победы – невиданная самоотверженность и безграничная любовь жителей и защитников Ленинграда к родному городу и нашей великой Родине», – сказал Георгий Полтавченко. Он подчеркнул, что память о блокаде помогает сегодня ленинградцам-петербуржцам «жить и трудиться во имя процветания любимого города».

Во главе парадных расчетов были пронесены знамена фронтов и флотилий, освобождавших Ленинград. В параде приняли участие военнослужащие Санкт-Петербургского гарнизона, курсанты военных учебных заведений. В парадном строю прошли легендарные танки «Т-34», знаменитые «полуторки», а также современная боевая техника.

По материалам пресс-служб Президента РФ и Администрации СПб

НЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ВЫШЕ

Совсем недавно ЦК Профсоюза работников здравоохранения РФ и Министерство здравоохранения РФ заключили Отраслевое соглашение по федеральным государственным бюджетным и казенным учреждениям, находящимся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2013-2016 годы. Председатель профсоюза работников здравоохранения РФ Михаил Михайлович КУЗЬМЕНКО дал по этому поводу большое интервью «Медицинской газете». В нем М.М.Кузьменко прокомментировал, на каких направлениях сосредоточится совместная работа профсоюза и Минздрава.

В частности он отметил, что наш профсоюз всегда выступал за объединение усилий в интересах медиков и сам активно участвовал в защите их прав, а также в изменении ситуации в здравоохранении в лучшую сторону. Эти задачи остаются главными и сегодня. А потому министерство и профсоюз стремятся выступать равноправными партнёрами, чтобы приоритет здоровья нации, а значит, и медиков, был поставлен на государственный уровень.

На протяжении 8 месяцев профсоюз и министерство вместе разрабатывали новое соглашение, которое было бы направлено на улучшение социально-экономического положения работников учреждений здравоохранения. После разделения Минздравсоцразвития России у нас появился социальный партнёр в лице Минздрава России.

Содержание и структура соглашения определялись в ходе переговоров с представителями министерства. Стороны согласились включить в проект раздел, посвящённый взаимным обязательствам, который направлен на повышение престижа профессии медицинского работника, уровня социально-экономической и профессиональной защиты, обеспечение комплексного подхода к решению кадровой политики в отрасли и решение других жизненно важных вопросов.

Положения соглашения являются обязательными для выполнения руководителями учреждений здравоохранения и не ограничивают их права в расширении социальных гарантий и мер социальной поддержки работникам при наличии собственных средств для их обеспечения и служат основой при заключении региональных (территориальных) соглашений, коллективных и трудовых договоров.

Среди наиболее важных направлений совместной работы М.М.Кузьменко назвал регулирование оплаты труда работников. По действующему трудовому законодательству, когда единые нормы условий и размеров заработной платы в бюджетной сфере сведены к минимуму, в основу их регулирования заложен договорной механизм на всех этапах социального партнёрства. В целях реализации отдельных положений Трудового кодекса РФ предстоит проводить совместную аналитическую и экспертную оценку проектов нормативных правовых актов, затрагивающих интересы работников здравоохранения.

Чтобы сделать оплату труда справедливой для медиков, необходимо в самое ближайшее время разработать и утвердить профессиональные стандарты. Это такие документы, которые прописывают функции, которые должен выполнять работник, и только на их основе возможен переход на эффективный контракт. Сейчас над формированием этих профстандартов идет работа совместно с министерством. Кроме этого, есть договоренность о пересмотре самой структуры заработной платы медработников, и, в частности, о том, что гарантированная часть оплаты труда медиков не может быть менее 60%, и в этом профсоюз поддерживает министр здравоохранения РФ В.Скворцова. Ведь очевидно, что выстраивание эффективной системы гарантий заработной платы, ликвидация сложившейся диспропорции в уровнях оплаты труда специалистов по различным субъектам России невозможны без этой составляющей. Профсоюз совместно с министерством будет готовить предложения в Правительство РФ об утверждении единых базовых окладов по профессиональным квалификационным группам должностей медицинских работников учреждений здравоохранения.

Одним из важнейших направлений нашей совместной деятельности с министерством в предстоящий период будет обеспечение реализации указа Президента России № 597 от 07.05.2012 по достижению целевых показателей роста заработной платы специалистов по отношению к средней в экономике субъектов РФ.

Мы будем осуществлять мониторинг ситуации не только в данной области, подчеркнул М.М.Кузьменко, но в целом по реализации мероприятий, направленных на повышение эффективности здравоохранения, специального образования и медицинской науки. Одним из механизмов достижения таких целей станет совершенствование системы оплаты труда на основе «эффективного контракта» с работниками в зависимости от результатов и качества их труда.

В первую очередь соглашение касается федеральных учреждений Минздрава России. В этой связи стороны рекомендуют работодателям, то есть руководителям учреждений здравоохранения, подведомственных министерству, обеспечивать целый комплекс мер по созданию условий для оплаты труда в зависимости от результатов и качества труда работников, их заинтересованности в эффективном функционировании структурных подразделений, оформлению трудовых отношений с работниками.

Важным положением соглашения является параграф, констатирующий то, что при изменении систем оплаты труда гарантировано, что постоянная часть заработной платы (без учёта стимулирующих выплат) не может быть уменьшена, при условии сохранения объёма должностных обязанностей.

На ликвидацию сложившейся в ряде случаев существенной диспропорции в уровнях оплаты труда административно-управленческого персонала и основного персонала, то есть тех, кто непосредственно оказывает медицинские услуги, направлена норма об установлении предельной доли расходов на административно-управленческий и вспомогательный персонал – не более 40% фонда оплаты труда учреждения.

В соглашении обращено внимание на ряд основополагающих моментов, связанных с формированием заработной платы. В нём прослеживается чёткая взаимосвязь установления конкретных должностных окладов работников с учётом требований о профессиональной подготовке и квалификации, в зависимости от специфики и сложности работы.

Говоря о компенсационных выплатах, председатель профсоюза отметил, что в соглашение включены единые подходы: при наличии финансовых средств в учреждении доплаты за работу в ночное время устанавливаются в размере 50% от должностного оклада, а работникам, осуществляющим оказание скорой, экстренной и неотложной медицинской помощи – в размере 100%. Минимальный размер доплаты в этом случае не может быть менее 20% должностного оклада за каждый час работы в ночное время.

В условиях перехода на «эффективный контракт» принципиально важной становится регламентация выплат стимулирующего характера. В соглашении подчёркивается необходимость их установления с учётом показателей и критериев эффективности труда работников коллективными договорами, локальными нормативными актами, принимаемыми с учётом мнения выборного профсоюзного органа.

В соглашении обращается внимание руководителей учреждений здравоохранения на необходимость фиксации в трудовых договорах с работниками размеров должностных окладов, условий и размеров установления выплат компенсационного и стимулирующего характера.

Проблема увеличения гарантированной части заработной платы сегодня стоит чрезвычайно остро. Именно на её разрешение в определённой мере нацелена норма соглашения о том, что индексация заработной платы в связи с ростом цен на товары и услуги будет направлена на увеличение окладов.

Завершая тему оплаты труда, М.М. Кузьменко ещё раз подчеркнул, что «красной нитью» в соглашении проходит необходимость совершенствования оплаты труда работников, обеспечения её зависимости от результатов, а также повышения её размеров в соответствии с указом Президента РФ № 597 от 07.05.2012 и Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 гг., утверждённой распоряжением Правительства РФ от 26.11.2012. Хорошо понимая нужды работников здравоохранения, профсоюз сделает всё возможное, чтобы их стало меньше. Активным будет взаимодействие с министерством по созданию для работников безопасных условий труда, соблюдению законодательства в этой сфере, государственных нормативных требований охраны труда. Также будет проводиться работа по совершенствованию отраслевой нормативной правовой базы в этой области.

Одним из пунктов соглашения является разработка отраслевой программы, направленной на совершенствование системы управления охраной труда в учреждениях здравоохранения, которая станет приоритетным документом при проведении данных мероприятий. Все эти вопросы рассматривались на VII пленуме ЦК профсоюза, на котором присутствовали и представители министерства.

В самое ближайшее время Государственной Думой РФ будет принят федеральный закон «О специальной оценке условий труда», и профсоюзу совместно с министерством предстоит большая работа по его реализации.

В новом соглашении имеется раздел, посвящённый социальной защите молодых работников и учащейся молодёжи. Для повышения престижа профессии, эффективного участия молодых работников в рабочем процессе, обеспечения преемственности опыта, профессионального роста и социальной защищённости предусмотрена система закрепления наставников за всеми молодыми работниками в первый год их работы в медицинских учреждениях.

Одной из новелл подписанного соглашения является обязательность отчисления работодателями учреждений здравоохранения денежных средств первичной профсоюзной организации на культурно-массовую и физкультурно-оздоровительную работу до 0,2% от поступлений от деятельности, приносящей доход.

(Продолжение следует)

СОЦИАЛЬНОЕ ОБОЗРЕНИЕ

В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ СТАРТОВАЛ ПРОЕКТ «МЫ ПОБЕДИЛИ ВМЕСТЕ», ПОСВЯЩЕННЫЙ 70-ЛЕТИЮ ПОБЕДЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ

Как сообщает пресс-служба Смольного, вице-губернатор Санкт-Петербурга Ольга Казанская торжественно передала флаг Санкт-Петербурга участникам проекта «Мы победили вместе», который посвящен 70-летию Победы советского народа в Великой Отечественной войне.

Торжественная церемония передачи флага Санкт-Петербурга прошла в Доме ветеранов на Тамбовской ул., д.16. Флаг из рук вице-губернатора принял руководитель проекта Сергей Инсаров.

Это событие дало старт патриотической акции, участники которой в течение 2014-2015 годов посетят города России и стран СНГ, чтобы собрать вместе флаги городов-героев и городов воинской славы, а затем в День Победы 9 мая 2015 года установить их у обелисков городов в Александровском саду в Москве.

Организаторы проекта ставят перед собой задачи сохранения памяти о подвиге, который на века останется символом непобедимой мощи, мужества, величия духа и нерушимой сплоченности всех наших народов. Укрепление дружественных связей между Россией и странами Содружества, патриотическое воспитание молодежи, забота о ветеранах и сохранение памяти о героях Великой Отечественной войны – ключевые темы всех проводимых в рамках проекта мероприятий.

В рамках проекта запланированы авиационные перелеты по городам-героям, по странам Содружества Независимых Государств и другим странам, входившим в состав СССР, а также демонстрационные соревнования на приз «Кубок городов- героев» по парашютному спорту, самбо, силовым видам, военно-морскому многоборью.

Фото из телерепортажа «Вести Санкт-Петербург»

«Проект «Мы победили вместе» – это проект, главной задачей которого является увековечение бессмертных страниц нашей общей истории. Очень важно, что сегодня именно Санкт-Петербургначинает эту эстафету городов-героев и городов воинской славы. Бессмертный подвиг Ленинграда, его защитников, его жителей не имеет себе равных в мировой истории, их сила духа и стойкость всегда вызывали и будут вызывать уважение и восхищение», – сказала Ольга Казанская открывая торжественную церемонию передачи флага Санкт-Петербурга.

Фото из телерепортажа «Вести Санкт-Петербург»

В мероприятии приняли участие Олег Корякин – председатель Совета Международного Союза Городов-героев СНГ, Владимир Романенко – член Правления Региональной общественной организации адмиралов и генералов ВМФ «Клуб адмиралов», Алексей Сорокин – председатель Координационного совета Международного союза «Содружество общественных организаций ветеранов независимых государств». Михаил Моисеев – Председатель Российского союза ветеранов, депутат Государственной Думы ФС РФ, Александр Голубев – Председатель Координационного Совета по работе с ветеранскими организациями Российского комитета ветеранов, представители ветеранских и общественных организаций Санкт-Петербурга, студенты, кадеты и школьники

Звание «Город-герой» – высшая степень отличия СССР – присвоено 12 городам после Великой Отечественной войны 1941–1945 годов. Кроме того, Брестской крепости присвоено звание «Крепость-герой». В настоящее время четыре города находятся на территории Украины, два – на территории Белоруссии, остальные – в России. Обелиски городов-героев установлены у Кремлёвской стены в Москве и у крепостной стены в городе-герое Смоленске.

8 мая 1965 года это звание было присвоено Ленинграду, Волгограду, Севастополю, Одессе, Киеву и Москве, а Брестской крепости присвоено звание «Крепость-герой». В послевоенные годы звание было присвоено ещё шести городам: Новороссийску и Керчи 14 сентября 1973, Минску 26 июня 1974, Туле 7 декабря 1976, Мурманску и Смоленску 6 мая 1985 года.

В настоящее время в Российской Федерации – 7 Городов-Героев, в Белоруссии -2, в Украине– 4.

С 2006 года в Российской Федерации в соответствии с Указом Президента Российской Федерации установлено почетное звание «Город воинской славы», которое присваивается за мужество, стойкость, массовый героизм, проявленные защитниками города в борьбе за свободу и независимость Отечества. В настоящее время 40 городов России получили это звание, в том числе 3 пригорода Санкт-Петербурга: города Кронштадт (2009 год), Ломоносов и Колпино (2011 год).

Фото из телерепортажа «Вести Санкт-Петербург»

ИЗМЕНИЛСЯ ПОРЯДОК РАСЧЕТА ПЕНСИЙ

29 января в пресс-центре информационного агентства «Росбалт» Заместители Управляющего Отделением Пенсионного фонда по Санкт-Петербургу и Ленинградской области Светлана Тимофеева и Ирина Золотова приняли участие в пресс-конференции «Все о пенсиях».

Как сообщает пресс-служба ОПФР по СПб и ЛО, целью проведения мероприятия было разъяснение средствам массовой информации нововведений и изменений в пенсионном законодательстве с 2015 года для дальнейшего информирования населения.

Открывая пресс-конференцию Светлана Тимофеева подчеркнула: «Опасаться нового порядка расчета пенсии не стоит, все пенсионные права граждан, получающих пенсии сохранятся, размер пенсии не уменьшится».

В соответствии с законодательством, при порядке расчета страховой пенсии (общие правила назначения пенсии по инвалидности и потере кормильца в новом законодательстве будут сохранены), основную роль играют несколько параметров: официальная заработная плата, с которой начисляются страховые взносы в ПФР, продолжительность страхового стажа и возраст выхода на пенсию.

В новом расчете пенсий с 01.01.2015 в стаж также будут включены периоды службы в армии, уход за инвалидом I группы, период ухода одного из родителей за каждым ребенком до достижения им возраста 1,5 лет, но не более 6 лет в общей сложности и другие.

Важное значение приобретет возраст выхода на пенсию. Это решение отводится на усмотрение самого гражданина. За каждый год более позднего выхода на пенсию начисляется дополнительный пенсионный коэффициент, но общеустановленный возраст выхода на пенсию не изменится, женщины – 55 лет, мужчины – 60 лет.

Светлана Тимофеева обратила внимание журналистов, что гражданам необходимо следить за грамотным заполнением своей трудовой книжки. Начиная от имени и фамилии и заканчивая датой приема и увольнения. В территориальных Управлениях ПФР проводится заблаговременная работа по оценке документов будущих пенсионеров. За год до выхода на пенсию, граждане могут обратиться в УПФР по месту жительства.

У граждан есть возможность контролировать своего работодателя по уплате страховых взносов. Получить полную информацию о начисленных и уплаченных страховых взносах можно через УПФР (подав заявление на выписку из лицевого счета), на портале госуслуг (www.gosuslugi.ru) или через операциониста в уполномоченных филиалах ОАО «Сбербанк России». Список филиалов Сбербанка размещен на странице Отделения, открытой на официальном сайте Пенсионного фонда РФ: www.pfrf.ru (раздел «Об Отделении», подраздел «Пункты приема заявлений от застрахованных лиц»).

Как узнать о том, как формируются накопления граждан сегодня, рассказала Ирина Золотова. В 2014 и 2015 годах в соответствии с законодательством, россиянам 1967 года рождения и моложе предоставлена возможность выбора тарифа страхового взноса на накопительную часть трудовой пенсии: либо оставить 6%, как сегодня, либо отказаться от дальнейшего формирования накопительной части пенсии, тем самым направив все страховые взносы, в размере 16% на формирование страховой части пенсии.

В случае, если гражданин хочет остаться «молчуном» и сохранить тарифный план 10% на страховую, 6% на накопительную часть трудовой пенсии, то ему необходимо в срок до 31 декабря 2015 года включительно подать заявление о выборе управляющей компании (в том числе ГУК) или переходе в негосударственный пенсионный фонд. Если «молчун» хочет отказаться от направления 6% на финансирование накопительной части и направить все страховые взносы только на страховую часть, то никакие заявления подавать не нужно.

В 2014 году работодатель за своего сотрудника отчисляет 22%: 16% страховых взносов учитываются на лицевом счете гражданина (работника), а 6% – это солидарная часть, которая не учитывается на индивидуальном лицевом счете застрахованного лица, и идет на выплату нынешним пенсионерам фиксированного базового размера страховой части трудовой пенсии.

Многих граждан интересует вопрос сохранности пенсионных накоплений. В соответствии с законодательством контроль за НПФ будет осуществлять Центробанк, а заявления о выборе управляющей компании, переходе из ПФР в НПФ или из НПФ в ПФР будут приниматься только в территориальных органах ПФР. В полномочия трансферагента будет входить только право принятия заявления о переходе из одного НПФ в другой.

Какой вариант выгоднее – решает сам гражданин. При принятии решения, важно помнить, что страховая пенсия гарантированно увеличивается за счет ежегодной индексации по уровню не ниже инфляции. В то время как накопительная пенсия – это пенсионные накопления, которые передаются из ПФР в управление негосударственному пенсионному фонду или управляющей компании и инвестируются ими на финансовом рынке. Накопительная часть не индексируется государством. Доходность пенсионных накоплений зависит исключительно от результатов их инвестирования, а это определенный риск. В этом случае гарантируется лишь выплата суммы уплаченных страховых взносов на накопительную часть пенсии.

Завершая пресс-конференцию, Светлана Тимофеева и Ирина Золотова поблагодарили представителей средств массовой информации за совместную работу по разъяснению нового пенсионного законодательства.

ПОРЯДОК, СРОКИ И УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДПОМОЩИ В ПЕТЕРБУРГЕ В 2014 ГОДУ

Как, где, в какие предельно допустимые сроки и на каких условиях петербуржцы будут получать медицинскую помощь в соответствии с новой «Территориальной программой госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи» объясняет главный специалист отдела по работе с гражданами ТФОМС Петербурга Геннадий Лопатенков.

Бесплатная медицинская помощь в Петербурге оказывается в соответствии с законом «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», опубликованный в №№1,2 нашей газеты. Самый большой интерес, как для пациентов, так и для медицинских работников представляют нормы 5-го раздела закона, который называется «Порядок и условия оказания предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке в рамках территориальной программы». В качестве ответов на наиболее часто задаваемые вопросы предлагаем основные выдержки из него с комментариями и разъяснениями главного специалиста отдела по работе с гражданами Территориального фонда ОМС Петербурга Геннадия Лопатенкова.

Как выбрать или поменять свою базовую поликлинику?

Закон: Для получения плановой первичной медико-санитарной помощи граждане, местом жительства которых является Санкт-Петербург, реализуют свое право на выбор медицинской организации путем прикрепления к медицинской организации, предоставляющей первичную медико-санитарную помощь, в том числе по территориально-участковому принципу. Выбор медицинской организации осуществляется не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь, в том числе по территориально-участковому принципу, не вправе отказать гражданину в прикреплении по месту фактического проживания (учебы, работы) гражданина.

с 2014 года в закон введена дополнительная норма, подтверждающая обязательства территориальных поликлиник по оказанию медицинской помощи на дому пациентам, выбравшим поликлинику вне места проживания: «При прикреплении гражданина по месту учебы или работы его обеспечение первичной медико-санитарной помощью на дому осуществляет медицинская организация, обеспечивающая оказание первичной медико-санитарной помощи на территории его проживания».

Как выбирается лечащий врач в базовой поликлинической медицинской организации?

Закон: В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации с учетом согласия врача.

Прикрепление к поликлинике по месту жительства всем понятно: если человек не подавал заявления о выборе определенного врача он «по умолчанию» является пациентом того терапевта, на участке которого проживает. Если он хочет прикрепиться к поликлинике, расположенной рядом с местом работы (учебы), то прикрепляться придется не только к поликлинике, но и выбирать в ней конкретного врача. Соответственно, заявление на имя заведующего поликлиникой пишется с просьбой прикрепить его к поликлинике и к конкретному врачу. При этом врач вправе отказаться от прикрепления к нему пациентов сверх норматива. Но это не означает, что пациенту откажут в прикреплении к поликлинике. Если выбранный врач отказывается от «дополнительных» пациентов, лечащий врач будет определен руководителем поликлиники.

Как получить консультацию врача-специалиста?

Закон: Оказание плановой первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется:

по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста;

в случае самостоятельного обращения гражданина к врачу-специалисту с учетом порядков оказания медицинской помощи. Информация о врачах-специалистах, к которым в соответствии с порядками оказания медицинской помощи гражданин имеет возможность обратиться самостоятельно, размещается на официальном сайте уполномоченного органа.

Общепринят в мире и действует в российском законодательстве принцип обращения к врачу-специалисту лишь по направлению врача общей практики (участкового терапевта или педиатра, фельдшера) или другого врача-специалиста. И это понятно, ибо число наименований врачей-специалистов приближается к сотне, и пациент не способен сам ориентироваться в этом сложнейшем профессиональном пространстве. Тем не менее, законодательство предполагает возможность самостоятельного обращения пациента к врачу-специалисту, но лишь в случаях, когда это определено соответствующим нормативным документом – порядком оказания того или иного вида помощи. Поскольку порядки оказания помощи утверждены не по всем специальностям, в Петербурге пока действует сложившаяся и несколько отличающаяся в разных районах и поликлиниках практика: в зависимости от возможностей поликлиники, самостоятельно можно записаться к специалистам от 5 до 10 специальностей. Чаще всего это отоларинголог, невролог, офтальмолог, хирург, эндокринолог, онколог, гинеколог, кардиолог.

Как определить реальную очередь в стационаре на обследование или лечение?

Закон: В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется лист ожидания оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

Эта норма действует с 2014 года и обязывает все медицинские организации, оказывающие стационарную медицинскую помощь:

а) документировать очередь в конкретной и единой для всех медицинских организаций процессуальной форме – вести лист ожидания плановой госпитализации;

б) информировать неограниченный круг людей о фактических сроках ожидания стационарной медицинской помощи в данной организации;

в) информировать каждого поставленного в очередь пациента о движении его очереди. Таким образом, органы управления и страховые медицинские организации, уполномоченные контролировать соблюдение прав граждан на получение стационарной медицинской помощи в сроки, установленные законом, отныне будут иметь возможность осуществлять контроль за фактической очередью в отдельных стационарах и за соответствием в них сроков ожидания госпитализации нормативным. Это особенно актуально с 2014 года, когда государственные гарантии в части доступности плановой госпитализации существенно изменены (предельный срок ожидания снижен с 6 месяцев до 30 дней). Кроме того, в соответствии с новыми федеральными требованиями «Правил ОМС», с 2014 года страховые медицинские организации и Территориальные фонды ОМС обязаны осуществлять ежедневный мониторинг количества направленных, госпитализированных и выписанных пациентов по каждому стационару и каждому профилю госпитализации.

Что делать, если в клинике реальный срок ожидания плановой госпитализации по объективным причинам превышает установленные законом 30 дней?

Закон: При невозможности предоставить гражданину медицинскую помощь в установленные сроки медицинская организация получает письменное согласие гражданина на оказание медицинской помощи с превышением установленных сроков ожидания или направляет гражданина для получения необходимой медицинской помощи в другую медицинскую организацию, включенную в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы.

Закон учитывает реалии и дает право медицинской организации превысить нормативный срок, но при одном условии – письменном согласии пациента на его превышение. Несоблюдение же медицинской организацией установленных законом сроков ожидания госпитализации без получения письменного согласия гражданина на ожидание чреваты для нее последствиями.

Если срок не соблюдается, а требуемое законом письменное согласие пациента на сверхнормативное ожидание не получено, формируется ситуация правонарушения, а именно – нарушения медицинской организацией, являющейся услугодателем, прав потребителя на получение услуги в установленные

сроки. Потому что, в соответствии с Постановлением пленума Верховного суда РФ от 28 июня 2012 года №17 отношения между медицинской организацией, работающей в ОМС, и пациентом регулируются нормами закона «О защите прав потребителей», если речь идет о защите прав гражданина. Соответственно, пациент может, защищая свои интересы на своевременное получение медицинской помощи, пользоваться статьями 28-29 закона «О защите прав потребителя», которыми установлено, что если услугодатель нарушает нормативные сроки предоставления услуги, потребитель вправе получить ее в другом месте за счет собственных средств и предъявить требование о возмещении понесенных затрат услугодателю – клинике.

Кто выбирает стационар для госпитализации?

Закон: Выбор медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь соответствующего вида и профиля, осуществляется гражданином, если это не связано с угрозой жизни гражданина.

Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. Поскольку в Санкт-Петербурге в реализации Территориальной программы принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по каждому профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных Территориальной программой.

Если пациент вызывает «Скорую помощь», то прибывший врач выбирает, в какую больницу отвезти пациента (по согласованию с диспетчерской службой «03»). Во всех остальных случаях пациент вправе самостоятельно выбрать место госпитализации. При этом врач, направляющий пациента на получение специализированной медицинской помощи, обязан предоставить информацию о стационарах, в которых она оказывается. Если пациент выбирает больницу, в которой срок ожидания плановой госпитализации превышает установленный законом (30 дней), врач обязан проинформировать его о стационарах, в которых срок ожидания меньше. Право человека на выбор не нарушено, когда ему предложено два или более варианта.

(Продолжение следует)

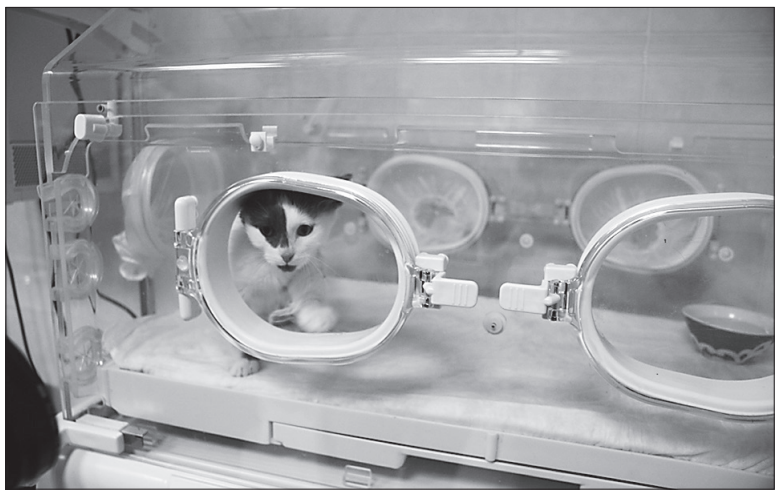
СОЦИАЛЬНОЕ ОБОЗРЕНИЕ

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ВЕТЕРИНАРНАЯ СЛУЖБА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА: ОТ «ДОБРОЙ КОНОВАЛЬНОЙ НАУКИ» ПЕТРА I ДО НАНОТЕХНОЛОГИЙ XXI ВЕКА

(Продолжение. Начало в №1,2)

В отличие от внутривенного данный вид наркоза можно смело применять в операциях с животными в ослабленном состоянии и с различными патологиями. Важно, что газовый ингаляционный наркоз не содержит наркотических составляющих, при его применении используется изофлуран, не содержащий добавок или химических стабилизаторов. За считанные секунды можно увеличить или уменьшить концентрацию газа или вообще прекратить подачу изофлурана, он практически не метаболизируется в организме и выводится через легкие. Применим для фактически всех видов животных, в том числе птиц, рептилий, грызунов.

Есть в практике работы и новации, заимствованные у «человеческой» медицины. В ряде ветеринарных клиник установлены мобильные обеззараживатели-очистители воздуха Тион А. Они предназначены для применения в лечебных учреждениях в режиме рециркуляции воздуха с целью обеспечения воздушной среды нормативным требованиям. Эта аппаратура обеспечивает обеззараживание по всем типам вирусов, бактерий, спор плесневых грибов, осуществляет фильтрацию механических частиц и микроорганизмов, производит очистку воздуха от основных вредных веществ: формальдегида, двуокиси азота, бензпирена, озона, фенола и проч. До сих пор подобные обеззараживатели-очистители применялись только в медицинских учреждениях. Однако их технические характеристики дают возможности эффективного использования и в ветеринарных клиниках, как в лечебных кабинетах, так и в коридорах, где ожидают приема четвероногие посетители. Причем их применение возможно в присутствии людей и животных, что не приводит к задержкам в приеме посетителей.



Также применяются неонатальные инкубаторы. Аппаратура, применяемая в «человеческой» медицине для новорожденных, успешно используется в ветеринарной клинике для спасения мелких домашних животных. Она активно используется при отеке легкого, автотравмах, падениях с высоты, при сложных родах.

Сегодня неотъемлемым атрибутом содержания домашних питомцев для многих владельцев стала электронная идентификация животных. Она входит и в программу бесплатной вакцинации собак против бешенства. В базе данных животных, ведущейся Государственной ветеринарной службой Санкт-Петербурга, насчитывается порядка 110 тыс. записей. В ней содержатся сведения о животных, подвергшихся электронному мечению на городской и районных ветеринарных станциях, а также в частных ветеринарных клиниках, передавших сведения на Горветстанцию. Любой владелец чипированого животного может проверить, находятся ли сведения о его питомце в этой базе данных.

Подавляющее большинство врачей ГБУ «Санкт-Петербургская горветстанция» являются выпускниками Санкт-Петербургской государственной академии ветеринарной медицины и первые шаги в профессиональной деятельности делали будучи студентами. За 2012 год на всех объектах Государственной ветеринарной службы Санкт-Петербурга прошли практику 137 студентов Академии.

(Продолжение следует)

ВНИМАНИЮ ПЕТЕРБУРЖЦЕВ!

В Санкт-Петербурге еще достаточно много территорий, где горожане живут в собственных домах на небольших земельных участках. И, несмотря на то, что целевое использование земли в жилом секторе в нашем городе не подразумевает содержание сельскохозяйственных животных, тем более в производственных масштабах и коммерческих целях, сегодня есть частные подворья, где хозяева содержат коров, мелкий рогатый скот, птицу и свиней. Такая картина характерна для Красносельского, Пушкинского, Колпинского, и других пригородных районов.

Это не являлось бы проблемой, если б такая деятельность не представляла бы реальной угрозы не только благополучию соседей, но жизни и здоровью граждан, экономике города.

На земле, целевое использование которой не предназначено для животноводства, невозможно соорудить ветеринарно-санитарные объекты, такие как дезинфекционные барьеры и навозохранилища. Также на частных подворьях невозможно соблюсти меры, связанные с карантинированием животных, сложно соблюсти параметры санитарных зон.

Импровизированные навозохранилища, пренебрежение со стороны владельцев карантинными мерами, мероприятиями по дезинфекции, дезинсекции, дератизации, загрязнение земли фекальными массами и иными продуктами жизнедеятельности – всё это не только причиняет беспокойство и нарушает комфортное проживание жителей соседних домов и участков, но и создает угрозу экологической ситуации.

Помимо этого, в России остается напряженной ситуация с африканской чумой свиней (АЧС). Это смертельная заразная болезнь, не опасная для человека, но влекущая ощутимые последствия для экономики. От АЧС не существует лекарств и вакцин, и если на частном подворье произойдет вспышка заболевания, то на огромной территории до 150 км вокруг очага будут введены ограничительные мероприятия, в ходе которых уничтожаются все восприимчивые животные, запрещается вывоз продукции животного происхождения, понесут убытки торговые сети и транспортные компании, граждане лишатся рабочих мест.

Кроме того, затрудняется перемещение личного автотранспорта, на въезде и выезде в угрожаемых зонах устанавливаются дезинфекционные барьеры, работают ветеринарные посты, полиция.

Так что содержание сельскохозяйственных животных в Санкт-Петербурге при отсутствии необходимых условий – это неоправданный риск для всех. Он влечет за собой серьезные экономические потери, сложные социальные проблемы, которые затрагивают не только интересы коммерсантов, но и жизнь города в целом.

Уважаемые жители Санкт-Петербурга! Для поддержания безопасности проживания обо всех случаях возможного нарушения законодательства, связанного с содержанием животных, необходимо сообщать в полицию или государственную ветеринарную службу города: по телефонам 717-52-37 (Управление ветеринарии Санкт-Петербурга), 527-50-45, 527-50-43 (ГБУ «Санкт-Петербургская горветстанция») или по телефонам районных ветеринарных станций, указанных на сайте www.spbvet.ru.

Пресс-центр ГБУ «Санкт-Петербургская горветстанция»

О ПРОМЕЖУТОЧНЫХ ИТОГАХ РЕАЛИЗАЦИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ПЛАНА МЕРОПРИЯТИЙ НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ДЕЙСТВИЙ В ИНТЕРЕСАХ ДЕТЕЙ НА 2012-2017 ГОДЫ ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2013 ГОДА

(Продолжение. Начало в №40-43,45,47 за 2013 год)

Вместе с тем в целях раннего выявления детей с ограниченными возможностями здоровья в Санкт-Петербурге созданы психолого-медико-педагогические комиссии, основной задачей которых является проведение комплексного обследования детей и подготовка рекомендаций по оказанию им своевременной коррекционно-развивающей, реабилитационной помощи и организации их обучения и воспитания. В дошкольных образовательных учреждениях функционируют группы для детей в возрасте до 3 лет с ограниченными возможностями здоровья. В данные группы принимаются все без исключения дети, нуждающиеся в ранней коррекционно-развивающей, реабилитационной помощи: дети со сложным дефектом развития, с нарушением слуха, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата. С детьми работают специалисты в области раннего развития детей: педагоги, психологи, медицинские работники, которыми проводятся индивидуальные и групповые занятия с детьми, консультации для родителей по вопросам развития и воспитания детей.

В 2012 году Комитетом по образованию утверждена Концепция образования детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательном пространстве Санкт-Петербурга. В рамках реализации Концепции в 2013-2014 годах во всех районах города планируется создать службы ранней помощи детям и семьям, воспитывающим детей младенческого и раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья. Данными службами будут решаться следующие задачи: реализация программ раннего вмешательства, разрабатываемой исходя из особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей воспитанников, проведение психолого-педагогической коррекции нарушений у детей в возрасте до 3 лет средствами игры, обучение родителей (законных представителей), а также специалистов государственных образовательных учреждений методам игрового взаимодействия с детьми, имеющими нарушения в развитии, помощь родителям (законным представителям) в подборе адекватных средств общения с ребенком и индивидуальных техник формирования предпосылок учебной деятельности ребенка.

На 2013 год Комитет по образованию запланировал:

– создание нормативного правового обеспечения деятельности служб ранней помощи;

– организация изучения опыта работы ведущих специалистов с детьми раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, и его внедрение в практику работы образовательных учреждений;

– разработка методических рекомендаций для специалистов образовательных учреждений (руководителей, педагогов, психологов) по вопросам организации деятельности служб ранней помощи в образовательных учреждениях.

В рамках работы федеральной стажировочной площадки по реализации мероприятий направления «Модернизация муниципальных систем дошкольного образования» на базе детского сада №41 Центрального района организовано обучение специалистов дошкольных образовательных учреждений по программе повышения квалификации «Региональная система развития дошкольного образования – комплексная модель современных образовательных пространств, обеспечивающая доступность качественного образования и успешную социализацию детей раннего и дошкольного возраста».

(Продолжение следует)

МИНЗДРАВ ЛАТВИИ – «САМОЕ ТЯЖЕЛОЕ МИНИСТЕРСТВО»: ГЛАВА ВЕДОМСТВА

В новом правительстве Латвии пост министра здравоохранения остался за прежней его обладательницей Ингридой Цирцине («Единство»).

В программе «Действующие лица», выходящей на «Латвийском Радио-4», Цирцине рассказала о приоритетах работы и об изменениях в системе здравоохранения в 2014 году.

«Не могу сказать, что в восторге от того, что сохранила за собой пост. Как и другие, считаю, что это самое тяжёлое министерство. Если у нас проблема с финансами, ответственность всегда будет лежать на министре. Но коллеги посчитали: работа, которую я веду в течение двух лет, соответствует общей политике. В здравоохранении изменений не предвидится. За исключением финансов. Приоритет – здоровье семьи. Это включает в себя профилактику, профосмотры, оплаченную вакцинацию. Пока не решён вопрос образования по здоровью в школах, но мы работаем над этой программой», – пояснила глава Минздрава, как сообщает Постсовет.RU.

«С 2015 года планируется также снизить вполовину взнос пациентов в стационарах (в настоящее время взнос за сутки, проведенные в больнице, составляет свыше 13 евро в день – ИА REGNUM) – соответствующий приоритет внесён в бюджет. Идёт также разговор об отмене пациентского» взноса на приём у семейного врача (около 1,4 евро – ИА REGNUM) для пожилых людей. На данный момент в Латвии самые высокие в ЕС взносы пациентов. Бюджет здравоохранения на сегодняшний день составляет 711 млн. евро. Для полноценной работы сферы требуется ровно вполовину больше. Тогда здравоохранение будет работать на уровне соседних стран – Литвы и Эстонии. Мы ищем дополнительные средства», – пояснила Цирцине.

«Минздрав не может помочь всем. Сложных случаев много, денег мало. По данным Eurostat, в Латвии есть отрасли, финансирование которых выше среднего. Например, культура, религия и образование. Можно перераспределить излишки» и тогда средств хватит на всех больных. Латвии вполне хватило бы одного медицинского университета. Число бюджетных мест в Рижском университете имени Паула Страдыня и на Медицинском факультете Латвийского Университета сокращается. В феврале латвийские медики получат первые повышенные зарплаты. Повышение в тарифе составило 10%», – пообещала Ингрида Цирцине.

Цирцине занимает должность главы Минздрава Латвии с октября 2011 года.

САКВОЯЖ

ЖЕРТВ ЛЕНИНГРАДСКОЙ БЛОКАДЫ ВСПОМИНАЛИ В РИМЕ

27 января, в день 70-летия снятия советскими войсками блокады Ленинграда, в Российском Центре науки и культуры в Риме состоялся памятный вечер «Данте в Ленинграде». В программе вечера: слайд-шоу блокадного цикла картин 1941-1943 гг. Татьяны Глебовой, Александра и Георгия Трауготов; показ фильма-интервью со свидетелем Блокады художником Александром Трауготом, а также блокадные стихи защитника Ленинграда, поэта и художника В.Стерлигова.

Профессор университета города Салерно, директор Римского архива Вячеслава Иванова Андрей Шишкин рассказал об этом мероприятии.

«В эти дни по всей России проходят конференции, посвященные 70-летию снятия блокады с Ленинграда. В Риме мы думали рассказать о том, что понятнее для иностранцев. Показать им, как запечатлели блокаду художники и писатели. Художники часто видят даже больше, чем историки. На вечере, к примеру, мы представляем запись интервью с Александром Трауготом. Это парадокс, ведь Александр и его брат Георгий Трауготы являются, возможно, самыми известными художниками – их книги разошлись тиражом 80 млн. экземпляров. Александр Траугот в 10 лет был свидетелем начала блокады Ленинграда и запечатлел самые первые ее дни в серии своих драматических и сильных рисунков.

Такое название для памятного вечера – «Данте в Ленинграде» – мы выбрали потому, что художнице Татьяне Глебовой – ученице великого ленинградского живописца Филонова (он одним из первых умер от голода) – приходит, прежде всего, имя Данте, когда она пишет свой дневник в декабре 1941 года. В нем она говорит, что описание Ада Данте – неполное, в Аду, помимо всего прочего, еще и холодно и темно, и что мы живем в этом мире.

После этого она придумывает цикл картин, посвященных этим событиям. Она видит Ленинград через оптику Ада Данте, и создает интересую серию полотен на эту тему. Поразительно то, что этот цикл картин был показан в уже осажденном городе 2 января 1942 года. Ни в какой другой стране Данте не был так прочитан и воспринят, как в России. Данте – почти русский писатель.

Проводя наш памятный вечер мы хотели, в первую очередь, привлечь внимание к творчеству Татьяны Глебовой, рассказавшей в своих произведениях миру о страшных блокадных днях.

Ни одна страна не может преподать урок другой стране, да и самой себе. История это показывает. Художественное искусство, видимо, в этом смысле самое сильное. Недаром именно «Герника» Пикассо обошла весь мир. А вот наше, очень сильное ленинградское искусство почти неизвестно, не то, что на Западе, а даже в Москве. Толчком для этой выставки стал увиденный мной блокадный цикл Глебовой. На одной из картин в красках Филонова, представленных в экспозиции, трое саночек, на которых везут завернутых в простыни покойников. У одного из них вырвалась прядь золотых волос, упав на снег. На других санках – мама и маленький ребенок сверху. Это потрясающей силы картина.

Я убежден, что эти полотна сильнее, чем реальные исторические документы. Хорошо бы, кстати, об этом сделать выставку в Риме, в Париже и Мадриде. Потому что это наше всеобщее европейское достояние».

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ ДЕТСКОГО ХОСПИСА ЗА ДЕКАБРЬ 2013 ГОДА

(Окончание. Начало в № 2)

Все ребята, родители и сотрудники дружно поздравляли ребят с праздником, вручали подарок и вместе ели именинные торты. Особым же подарком для Бори стала развлекательная программа «Angry Birds» наших давних помощников – студии детских праздников «БУМС». Мы ещё раз поздравляем наших именинников, желаем им здоровья, успехов в учёбе и верных друзей!

Нужно рассказать об еще одном событии, которое произошло не в стенах Детского хосписа, но было тесно с ним связано.

Две благотворительные фотовыставки – «Богомолье» и «Отчий Край» – в поддержку хосписа открылись 6 декабря в залах фотомагазина «Яркий Мир». Об этом написал журнал Санкт-Петербургской епархии «Вода живая».

Как сказала корреспонденту представитель фотоцентра Юлия Менс, подобная благотворительная акция у них состоялась впервые.

Идея сделать две экспозиции параллельно принадлежит главному редактору интернет-журнала о фотографии PhotoCASA Павлу Бушуеву, одному из постоянных помощников хосписа, администратору нашего сайта: «Я прихожанин храма святителя Николая на Долгоозерной улице, а его настоятель протоиерей Александр Ткаченко – одновременно директор Детского хосписа. Я вижу, насколько хорошо там все делается для детей. Поэтому и возникла идея направить средства туда, где они действительно будут во благо». «Фотография – как проповедь. Здесь нет чисто коммерческих фоторабот, которые, возможно, и украсили бы какой-нибудь офис. У нас тема духовная», – рассказал один из авторов, диакон Николай Андреев, член Союза фотохудожников России.

Организаторами выставки выступила сеть фотомагазинов «Яркий Мир», журнал о фотографии PhotoCASA, паломническая миссия «Преображение», PRO center. (Галереи расположены по адресу: площадь Стачек, дом 5. Экспозиция открыта в часы работы магазина, с 9:00 до 21:00, вход свободный. Обе выставки продлились до 7 января 2014 года).

В разделе медицинских новостей мы хотели бы рассказать о развитии нового направления паллиативной медицины в Детском хосписе.

Это проведение длительной респираторной поддержки детям – ИВЛ на дому. Ранее дети, находящиеся на длительной искусственной вентиляции легких, не имели возможности находиться дома, были вынуждены жить в больницах. Детский хоспис дал им такую возможность: взят в штат врач анестезиолог-реаниматолог, закуплено необходимое оборудование, проводится наблюдение и социально-психологическое сопровождение, снабжение расходными материалами. Направление активно развивается, в 2013 году детский хоспис наблюдает 6 пациентов: 4 человека со спинальной амиотрофией Верднига-Гоффмана, 1 ребенок с миопатией, 1 – с натальной травмой. Дети находятся дома, периодически поступают в стационар детского хосписа для проведения реабилитационной и поддерживающей терапии.

«Наши пациенты»
Алена К., 17 – скоро 18 лет.

«Какая я? По-моему, я такая «себе на уме» – делаю, что хочу, и решаю все сама. Человек настроения. Могу сейчас радоваться через 5 минут плакать – временами капризная…

Я считаю замечательным свое воспитание: благодаря родителям и помощи сотрудников Детского хосписа я смогла социализироваться.

Я учусь в 11 классе, но еще не решила, куда поступать и что сдавать. Так сказать, процесс затянулся. Увлекаюсь психологией: я очень люблю помогать людям, заботиться о животных (ну, кроме насекомых) и природе…

Правда, учителя мне сказали, что на психологический факультет надо сдавать литературу, а у меня с детства с ней тяжело: читаю плохо. В детсаду меня учили прибавлять по одной букве при чтении, а в школе стали переучивать для чтения по слогам. И вот это у меня так и не получилось – так что желание читать у меня просто исчезло.

Зато вот без музыки жить не могу! Одно время безумно хотела научиться играть на гитаре, правда, пока из-за учебы забросила. Что еще делаю, кроме учебы? Смотрю фильмы, общаюсь с друзьями. Сейчас такой период в жизни, когда я стараюсь найти для себя интерес, которым смогу в дальнейшем заниматься и с помощью которого смогу развиваться.

Ну а друзья у меня замечательные. Когда тебе плохо, рядом остаются настоящие друзья. Нашла их всех разными путями: кто-то из интернета, кто-то из реабилитационного центра – так я познакомилась с лучшей подругой. И хотя я не очень доверяю людям, сейчас знаю, что меня окружают очень хорошие люди и я очень рада, что они есть. Лучший друг каждый день приезжал, как глоток свежего воздуха был. Лучшая подруга приезжала, поддерживала.

В Детском хосписе я проходила стационарное лечение три раза. Например, я лежала в мае этого года, а для меня это был самый сложный период: я рассталась с молодым человеком, с которым встречалась три года. И было сильное чувство одиночества, что нет рядом родных и близких... Но в хосписе это постепенно прошло благодаря заботам персонала, моим новым друзьям и, конечно, друзьям старым. Хотя для меня всегда тяжел этап знакомства, начала общения».

Мы благодарим всех Вас за то, что Вы рядом с нами. Спасибо за помощь в нашем деле! Мы уверены, что прочитанное найдет отклик в Вашей душе. Поделитесь этим чувством с Вашими друзьями – отправьте кому-нибудь из них наш информационный бюллетень. Если возникнут вопросы – мы с удовольствием ответим Вам на них.

До встречи
в следующем выпуске!
С уважением и благодарностью за внимание и сотрудничество,
Детский Хоспис,
январь 2014 года

Контактные телефоны:
+7(812) 962-06-02 – директор Детского хосписа
+7(921) 406-15-28 – диспетчер Детского хосписа

Реквизиты Детского хосписа:
Медицинское учреждение
«Детский хоспис»
ИНН 7813338590
КПП 781401001
ОГРН 1067847118900
ОАО «Банк «Санкт-Петербург»
Р/с 40703810827000003920
К/с 30101810900000000790
БИК 044030790
Клиенты ОАО «Банк «Санкт-Петербург» в системе **Интернет-Банк** могут отправить платеж в разделе Платежи и переводы ⇨ Благотворительность ⇨ Медицинское учреждение «Детский хоспис»
МОБИ.Деньги
Для оплаты перейдите на сайт системы мобильных платежей ЗАО «МОБИ.Деньги»
SMS-сообщение
МТС, Мегафон и Билайн
номер 3116: kids100 сумма (пример kids 100)
Теле2
номер 159: kidst сумма
(https://market.tele2.ru/order/kidst)
Платежная система «НОВОПЛАТ»
Перечислить пожертвование можно через любой терминал системы «Новоплат». В разделе «Благотворительность» выберите нашу организацию Медицинское учреждение «Детский хоспис».
Яндекс. Деньги
Номер нашего кошелька в системе Яндекс.Деньги: 41001590437484

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ: Багненко С.Ф – ректор СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН; **Волгин Н.А.** – заведующий кафедрой труда и социальной политики РАНХГС при Президенте РФ; **Исаев А.К.** – председатель комитета Государственной Думы РФ по труду, социальной политике и делам ветеранов; **Рязанский В.В.** – председатель Комитета Совета Федерации РФ по социальной политике; **Сударенков В.В.** – член Совета Федерации РФ.

В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ:
Алексеев А.Н. – директор ТФ ОМС Ленинградской области; **Андреев Ю.А.** – начальник Управления ветеринарии Санкт-Петербурга; **Бахчеванова З.В.** – управляющий Отделением ПФР по Санкт-Петербургу и Ленобласти; **Емельянов Н. П.** – вице-губернатор Ленинградской области; **Колабутин В.М.** – председатель Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга; **Косткина Л.А.** – депутат Законодательного Собрания Санкт-Петербурга, председатель Постоянной комиссии ЗС по социальной политике и здравоохранению; **Кужель А.М.** – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга; **Лобжанидзе А.А.** – председатель комитета по здравоохранению Ленинградской области; **Лях А.В.** – начальник Управления по развитию садоводства и огородничества Санкт-Петербурга; **Островский К.В.** – управляющий Санкт-Петербургским региональным отделением Фонда социального страхования РФ; **Пустотин Н.И.** – депутат Законодательного собрания Ленинградской области; **Ржаненков А.Н.** – председатель Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга; **Тимофеев И.В.** – доктор медицинских наук, судья Уставного суда Санкт-Петербурга.

Учредитель издания – редакционный коллектив.
Главный редактор: А. Мальковская.
Адрес редакции: 199178, Санкт-Петербург, Большой пр., В.О., д. 55.
Телефон: 8-911-918-84-67, glavred@socpolit.ru.
Газета зарегистрирована Министерством РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Регистрационное свидетельство ПИ №77– 11055 от 05 ноября 2001 г.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламы.
Точка зрения редакции не всегда совпадает с мнением авторов.
При перепечатке материала ссылка на газету обязательна.

Тираж номера – 7000 экз.
Распространяется по подписке.
Часть тиража распространяется бесплатно.
Номер подписан к печати 03.02.2014.
Отпечатан в типографии «РУБЕЖ» – ИП Ольшанников Г.А.
Заказ №