№ 03 (04) март 2013 года ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

ВЕСТНИК ВРАЧЕБНОЙ ПАЛАТЫ

г. Калининград

"Вера во врача - ценнейшее лекарство". *(Б.Е. Вотчал)*

Здоровая мама – здоровый ребёнок

Впервые в новейшей российской истории медицины состоялся такой масштабный форум, посвященный вопросам охраны здоровья детства и материнства.

Елена Булатова осветила ряд актуальных вопросов в области профилактики педиатрии

14 - 15 марта 2013 года состоялся Первый Медицинский форум «Здоровая мама – здоровый ребенок. Калининград - 2013».

Впервые в новейшей отечественной истории усилиями ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет» Министерства здравоохранения РФ, Министерства здравоохранения Калининградской области, КРОО «Врачебная палата», ООО «Мединтеграция» проведена столь представительная конференция по вопросам охраны здоровья детства и материнства.

В работе форума приняли участие такие знаковые фигуры в отечественном здравоохранении, как Елена Булатова - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, главный педиатр Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе, главный специалист по питанию детей Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга и СЗФО, г. Санкт-Петербург, Денис Заславский – д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии СПбПМУ, главный дерматовенеролог и косметолог Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе, г. Санкт-Петербург, Юрий Александрович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии-реаниматологии и неотложной педиатрии ФПК и ПП СПб ГПМУ, главный детский анестезиолог-реаниматолог г. Санкт-Петербурга и СЗФО России, г. Санкт-Петербург, Тамара Косенкова - д.м.н., профессор, педиатр, аллерголог и иммунолог, главный педиатр Комитета по здравоохранению Ленинградской области, г. Санкт-Петербург, Геннадий Новик – профессор, д.м.н., заведующий кафедрой педиатрии имени профессора И.М. Воронцова ФПКиПП, аллерголог, г. Санкт-Петербург, Татьяна Боровик - д.м.н., профессор, руководитель отделения питания здорового и больного ребенка ГУ Научный центр здоровья детей РАМН, г. Москва, Людмила Сафронова - к.м.н., доцент кафедры неонатологии и неонатальной реанимации СПбГМПУ, г. Санкт-Петербург, а также другие известные и признанные специалисты в данной сфере.

В ходе работы форума рассматривался целый ряд вопросов профилактики и лечения беременных женщин и детей: новые подходы к организации вскармливания детей; коррекция алиментарно-зависимых заболеваний; нарушение кишечной моторики у детей;вскармливание недоношенных детей, родившихся с экстремально-низкой массой тела; питание беременной женщины; новые стратегии профилактики преждевременных родов, а также многие другие важные вопросы лечения и профилактики заболеваний.

Нельзя не отметить тот факт, что в приветственном слове виднейшие ученые страны: Елена Булатова и Юрий Александрович, анализируя состояние калининградского здравоохранения подчеркнули, что «…ни в одном регионе РФ нет такого безосновательного прессинга в отношении здравоохранение со стороны СМИ и правительства области».

Отмечен «Флотский доктор с поэтической душой»

Подведены итоги III Всероссийского конкурса региональных СМИ «Панацея», посвященного пропаганде здорового образа жизни и профессии медика.

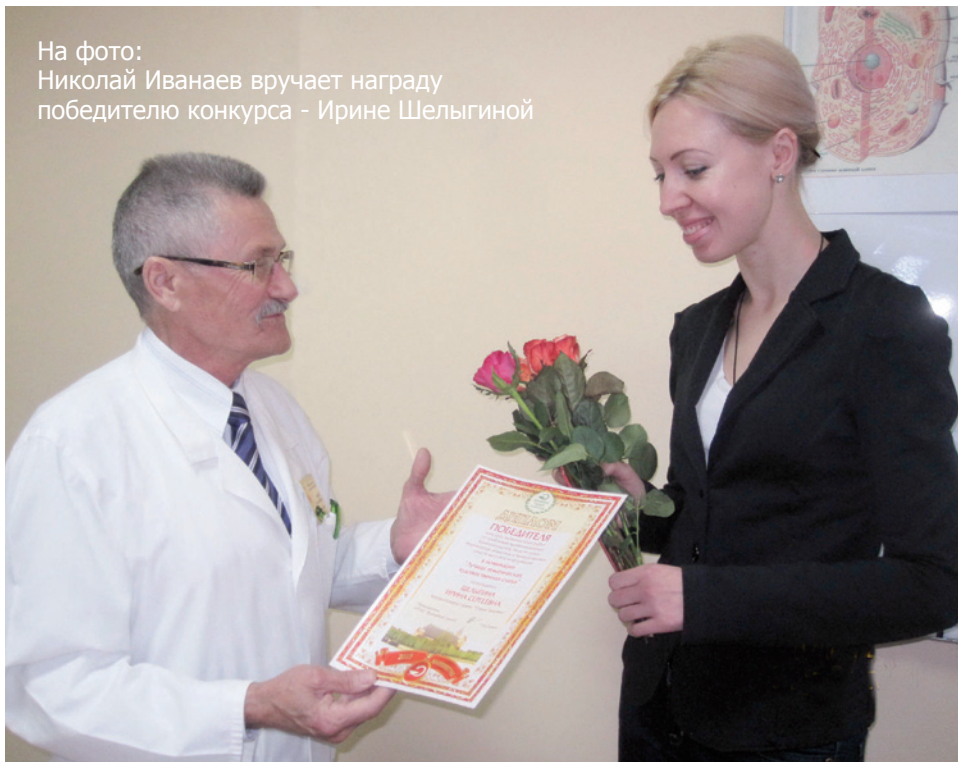
Всероссийский конкурс региональных средств массовой информации «Панацея» проводит Общественный институт социальной стратегии и тактики, учрежденный МГУ имени М.В. Ломоносова и Союзом писателей г. Москвы. В числе членов Попечительского Совета Института социальной стратегии и тактики председатель Совета Федерации В.И. Матвиенко, министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова, министр культуры Российской Федерации В.Р. Мединский, министр внутренних дел Российской Федерации В.А. Колокольцев, Губернатор Тульской области В.С. Груздев, президент НП «Национальная медицинская палата» Л.М. Рошаль, известные государственные и общественные деятели.

Идея проведения конкурса для региональных СМИ по пропаганде здорового образа жизни и медицинских профессий нашла широкий отклик в журналистском и медицинском сообществах.

Для участия в III Всероссийском конкурсе было прислано 1 967 работ из 54 регионов России, это вдвое больше по сравнению с первым конкурсом.

В число победителей вошли представители Калининградской области: корреспондент газеты Балтийского флота «Страж Балтики» Ирина Шелыгина за очерк «Флотский доктор с поэтической душой» в номинации «Белый халат» (1 место).

КРОО «Врачебная палата» приняла решение отметить лауреата конкурса собственным дипломом и денежной премией. Награждение журналиста состоялось 7 марта в ГБУЗ «Центральная городская больница» в присутствии медицинских работников учреждения.



На фото:
Николай Иванаев вручает награду победителю конкурса - Ирине Шелыгиной

Здравоохранение янтарного края нужно лечить

21 марта 2013 г. состоялся круглый стол по вопросам развития системы здравоохранения региона

На фото: В.Е. Аменицкий и Т.Н. Серых

В заседании круглого стола, организованного региональной Общественной палатой, приняли участие: заместитель председателя правительства Калининградской области А.Н. Силанов, министр здравоохранения Калининградской области В.А. Вольф, председатель КРОО «Врачебная палата» Т.Н. Серых и исполнительный директор Н.И. Иванаев, руководители ряда учреждений здравоохранения области, депутаты Калининградской областной Думы, представители областной организации профсоюзов работников здравоохранения, общественных организаций Калининградской области.

В ходе заседания развернутый анализ состояния калининградского здравоохранения с конкретными предложениями по налаживанию его работы сделал исполнительный директор КРОО «Врачебная палата» Н.И. Иванаев.

«Задача повышения качества оказания медицинской помощи и ее доступности стоит не только перед Калининградской областью. Уровень удовлетворенности населения качеством медицинской помощи как в целом по стране, так и в нашей области крайне низкий, в большинстве регионов он составляет около 20%. Вице-президент общероссийской лиги защиты прав пациентов А.В. Саверский считает, что около 70% жалоб пациентов связаны с системными причинами, что само по себе показательно. То есть, главный защитник пациентов констатирует, что львиная доля проблем здравоохранения может быть решена не на уровне больницы и поликлиники, а на уровне государственном.

Врачебная палата выделяет следующие основные проблемные точки в развитии здравоохранения:

Во-первых, в области законодательства до настоящего времени не решен целый ряд застарелых вопросов:

- врач так и не стал субъектом права;
- не решен вопрос распределения выпускников медицинских ВУЗов;
- врачебное сообщество не наделено функциями по допуску и запрету исполнения врачебной специальности.

В тех странах, где эти вопросы решены, уровень удовлетворенности качеством медицинской помощи достигает 80%. У нас наоборот.

Во-вторых, не решены проблемы, относящиеся к компетенции исполнительной власти:

- не создан фонд страхования от врачебной ошибки;
- не разработана программа привлечения специалистов из других регионов;

В-третьих, проблемы организации оказания медицинской помощи. Нет отвечающей современным требованиям электронной медицинской системы записи на прием к врачу. Существующая система часто дает сбои, что вызывает справедливое возмущение пациентов. Создается новый виток недовольства, который неправомерно адресован врачам.

В то же время нужно отметить, что внедрение в медицинскую жизнь таких новшеств, как киоски очередности с выдачей талонов на врачебный прием, установка камер видеонаблюдения, не решит проблемы улучшения качества медицинской помощи, так как при существующей нагрузке на врача удовлетворить потребность в медицинской помощи в принципе невозможно. Для этого нужны системные меры.

В-четвертых, требует своего решения такая масштабная проблема, как подготовка кадров.

Последипломное медицинское образование в свете федерального закона №94-ФЗ стало большой проблемой, так как в течение квартала на обучение медучреждение может затратить не более 100 тыс. руб.

По нынешним ценам это максимум 2 специалиста. В то же время при отсутствии в штате ряда специалистов невозможно получить лицензию на медицинскую деятельность. Часть нагрузки по организации последипломного медицинского образования взяла на себя «Врачебная палата».

За 2012 и 2013 гг. прошли курсы повышения квалификации 823 врача. У нас имеется значительный потенциал в организации этой работы, и мы готовы расширить свое участие в вопросе последипломной подготовки.

В-пятых, кадровый дефицит – головная боль для здравоохранения всей страны, но наша территория и здесь в лидерах. Показатель обеспеченности врачами на 10 тыс. населения по РФ составляет (в 2010 г.) 44.1, Калининградская – 29.0. Ниже только Чеченская Республика – 24.1, Курганская обл. – 24.5, Ингушетия - 24.9.

Скорость снижение обеспеченности средним медицинским персоналом самые выраженные в Калининградской области – 23.3%, в Чеченской Республике, например, - 7.6%.

Самые низкие показатели обеспеченности средним медицинским персоналом (менее 80 на 10 тыс. населения) в Приморском крае – 67.6, в Калининграде - 65.0.

В процессе оказания медицинской помощи большое значение имеет соотношение числа средних медработников к врачам: В РФ оно равно 2.15, в Калининграде - 2.23, в то время как в Канаде и Ирландии - 4.5.

Не думаю, что именно такие меры, как установка автоматов по выдаче талонов, увольнение того или иного специалиста или главного врача решат масштабные задачи, стоящие перед нашим здравоохранением. Здесь необходим государственный подход и политическая воля.

На наш взгляд в первоочередном порядке необходимо:

1. Разработать региональную целевую программу привлечения кадров, предусматривающую достаточную социальную защиту врачей.
2. Разработать и принять Закон Калининградской области «О врачебном самоуправлении».
3. Изучить возможность передачи функций страховых медицинских организаций Территориальному фонду ОМС.
4. Выполнить требования резолюции II съезда медицинских работников области от 29 мая 2010г. (документ размещен на сайте www.cgb39.ru в разделе «Врачебная палата»).
5. Внести поправки в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» изменения, относящие врача к субъекту права.
6. Пересмотреть систему контроля качества медицинской помощи.
7. Отменить лимиты средств обязательного медицинского страхования (100 тыс.руб.) на приобретение медицинского оборудования».

Участники круглого стола обсудили первоочередные задачи в региональном здравоохранении

Руководитель рабочей группы по здравоохранению Общественной палаты В.Е. Аменицкий предложил наладить постоянный мониторинг количественного и качественного состава медицинских кадров региона; отметил, что важной задачей является создание стройной системы подготовки управленческих кадров, а также кадрового резерва на руководящие должности, предложил ввести конкурсное назначение на должности руководителей учреждений здравоохранения всех уровней; предложил создать систему общественного контроля за деятельностью полномочных властных структур в здравоохранении, например, обязательное участие представителей работников учреждений (профсоюзных организаций, общественных организаций) в работе органов Территориального фонда ОМС, ТФ ОСС, методических и иных советов и комиссий по введению и реализации различного рода преобразований и реформ.

Председатель Калининградской областной Организации профсоюза работников здравоохранения И.Л. Сергутко предложила доработать, совместно с профсоюзом и другими общественными организациями, разрабатываемую Минздравом областную целевую программу по улучшению кадрового обеспечения учреждений здравоохранения, и включить в нее комплекс мер по до вузовской профориентации школьников на медицинские специальности, повышению социальной защищённости работников здравоохранения Калининградской области. А также включить в программу обеспечение социальных гарантий медицинским работникам, такие как: обеспечение жильем, включая применение механизма квотирования рабочих мест молодым специалистам с предоставлением служебного жилья, льготное ипотечное кредитование, разработка социального пакета для работников здравоохранения, включающий такие направления как: льготное лекарственное обеспечение, санаторно-курортное лечение, внеочередное получение высокотехнологичной медицинской помощи, компенсация коммунальных услуг не только на селе, но и в городе.

В ходе обсуждения поднимались также вопросы финансирования, ресурсного обеспечения регионального здравоохранения. Высказывалось мнение о том, что переход отрасли на подушевой механизм финансирования с фондодержанием не привел к большим позитивным результатам. В частности, сомнительным выглядит перевод на одноканальное финансирование учреждений, оказывающих медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях. Речь шла также о создании маммологического центра, развития педиатрической службы области и ряда других вопросов развития регионального здравоохранения.

В обобщающем выступлении Т.Н. Серых отметила важность состоявшегося обсуждения и подчеркнула необходимость регулярного проведения таких встреч, а также необходимость возобновления работы общественного Совета по здравоохранению при губернаторе.

Зампредседателя правительства области А.Н. Силанов в своем выступлении отметил наличие проблем в отрасли, предложив решать задачи улучшения качества медицинской помощи совместными усилиями.

Подводя итог встрече, председатель Общественной палаты Калининградской области Г.Д. Чмыхов высказал свое мнение о том, что в целом, реформа в здравоохранении не оправдала надежд и еще предстоит большая работа по приведению системы к состоянию, отвечающему современным требованиям.

Минздрав РФ и Национальная медпалата подписали соглашение о совместных направлениях работы

Президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль отметил, что «заключение соглашения - это первый шаг для определения роли и механизмов влияния медицинского сообщества на политику и главные проблемы развития здравоохранения.

Целью соглашения является развитие механизмов управления отраслью и совершенствование организации оказания медицинской помощи за счет механизмов государственно-общественного партнёрства – саморегулирования медицинской деятельности.

Президент Национальной медицинской палаты Российской Федерации Леонид Рошаль отметил, что «заключение соглашения – это первый шаг для определения роли и механизмов влияния медицинского сообщества на политику и главные проблемы развития здравоохранения.

Без закрепления такого права мнение врачей не будет иметь существенного веса для властных структур».

Главным направлением сотрудничества между федеральным Министерством здравоохранения и Национальной медицинской палатой станет решение острых вопросов развития отрасли.

Среди них – повышение квалификации медицинской помощи и развитие системы непрерывного медицинского образования медицинских работников. Особенно остро проблема доступа к качественным ресурсам и возможностям профессионального развития ощущается для медицинских работников в регионах, в частности, в отдалённых сельских районах.

В рамках совместной работы Национальная медицинская плата планирует также активизировать решение вопросов защиты профессиональной ответственности медицинских работников.

Соглашение определяет начало работы по разработке нормативных правовых актов по вопросам развития независимой медицинской экспертизы качества медицинской помощи.Также в рамках сотрудничества НМП планирует принять участие в разработке клинических рекомендаций и стандартов по вопросам оказания медицинской помощи.

По словам Рошаля, важным направлением станет решение приоритетных вопросов повышения благополучия медицинских работников – принятие решений по материальному стимулированию и социальным гарантиям.

Для решения этих задач планируется работа по совершенствованию законодательной базы, создание совместных координационных органов. Также Палата будет рекомендовать специалистов в профильные комиссии, возглавляемыми внештатными специалистами Минздрава.

Напомним, что уже сейчас представители НМП входят в состав Совета по этике и Совета по развитию непрерывного медицинского образования при Министерстве здравоохранения РФ.

В настоящее время Национальная медицинская палата объединяет более 80 профессиональных и территориальных организаций медицинских работников.

Это самая крупная после Профсоюзов медицинская общественная организация.

Новый принцип государственных гарантий

Министерство здравоохранения России опубликовало разъяснения по Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и плановый период 2014 - 2015 годов. Предлагаем вниманию читателей «Вестника» ответы Минздрава на наиболее волнующие граждан вопросы.

Норматив объема медицинской помощи в стационарных условиях, установленный Программой государственных гарантий на 2013 год (2,558 койко-дня на одного жителя, по ОМС - 1,74 койко-дня на одного застрахованного), сокращен по сравнению с 2012 годом (2,78 койко-дня на одного жителя, по ОМС - 1,894 койко-дня на одного застрахованного). Не приведет ли это к необходимости сокращения в регионах коек и врачей?

С учетом того, что фактическое число койко-дней в круглосуточных стационарах в 2011 году (2,658) ниже установленного норматива (2,78), а также ежегодной тенденции к снижению фактически выполненных койко-дней норматив на 2013 год установлен 2,635 койко-дня с учетом паллиативной медицинской помощи, что соответствует фактическому значению 2011 года и наблюдаемым тенденциям.

Сокращение объема стационарной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации можно осуществлять за счет более эффективного использования коечного фонда (перепрофилизации и реструктуризации коечного фонда), сокращения средней длительности пребывания больного на койке в соответствии со стандартами медицинской помощи и увеличения оборота койки, а не за счет необоснованного сокращения коек.

Наряду с перепрофилизацией и реструктуризацией коечного фонда должны активнее развиваться стационарозамещающие технологии. **В Программе государственных гарантий на 2013 год предусмотрено значительное увеличение объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, с 0,59 пациенто-дня на одного жителя в 2012 году до 0,63 пациенто-дня на одного жителя в 2013 году, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, с 0,49 пациенто-дня на одно застрахованное лицо в 2012 году до 0,59 пациенто-дня на одно застрахованное лицо в 2013 году.**

С учетом внедрения с 2013 года порядков оказания медицинской помощи изменение норматива койко-дней не повлечет за собой изменения численности врачей.

В Программе государственных гарантий на 2013 год установлены новые единицы планирования объема амбулаторной медицинской помощи: посещение с профилактической целью, посещение по неотложной медицинской помощи и обращение по поводу заболевания. Не спровоцирует ли это сокращение объема амбулаторной медицинской помощи?

Анализ выполнения объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках территориальных программ государственных гарантий в 2011 году показывает исполнение показателя на уровне 9,46 посещения на одного жителя при установленном нормативе 9,7 посещения, в разрезе субъектов Российской Федерации минимальный показатель - 6,1, а максимальный - 14,1 посещения на одного жителя. В 60 субъектах Российской Федерации установленный на 2011 год норматив не выполнен и в среднем составлял 8,6 посещения на одного жителя.

Утверждение норматива посещений, превышающего возможности медицинских организаций, мотивирует установление неверных ориентиров для врачей, что приводит к завышению показателей и недостоверной отчетности.

В Программе государственных гарантий на 2013 год установлены средние значения норматива объема амбулаторной медицинской помощи, с учетом кратности посещений в одном обращении в связи с заболеванием (от 2,6 до 3,2) объем амбулаторной медицинской помощи на одного человека на 2013 год составит от 8,35 до 9,61 посещения, что позволит субъектам Российской Федерации учитывать особенности своих регионов и не снижать доступность амбулаторной медицинской помощи.

Таким образом, для большинства субъектов Российской Федерации установленный норматив означает увеличение количества посещений.

Количество посещений не является критерием определения качества оказываемой медицинской помощи и не обуславливает другие показатели качества.

Программой установлены эффективные способы оплаты медицинской помощи на прикрепленное население с учетом оценки достигнутых показателей, характеризующих качество предоставления медицинской помощи и мотивирующих медицинский персонал повышать уровень качества медицинской помощи.

С 2013 года скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь включена в базовую программу обязательного медицинского страхования. Как изменились норматив объема скорой медицинской помощи и норматив финансовых затрат на один вызов скорой медицинской помощи в 2013 году?

Программой государственных гарантий на 2013 год установлен средний норматив объема скорой медицинской помощи, который позволит субъектам Российской Федерации установить территориальный норматив с учетом особенностей каждого региона.

Фактическая стоимость одного вызова скорой медицинской помощи в 2011 году составляла 991,9 рубля. Норматив, установленный Программой государственных гарантий на 2013 год, увеличен на 443,7 рубля и составляет 1435,6 рубля на один вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Кроме того, на 38,9% увеличен норматив расхода на оказание медицинской помощи, оказываемой в иных условиях, включающий расходы на санитарную авиацию.

Включается ли объем медицинской помощи, оказываемой по профилю «медицинская реабилитация», в общий норматив стационарной помощи по территориальной программе государственных гарантий?

Федерального закона №323-ФЗ с 2013 года медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

Медицинская реабилитация больных с заболеваниями системы кровообращения, нервной системы и другими заболеваниями осуществляется как этап в общем процессе лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи.

С учетом изложенного объем медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» включается в объем стационарной помощи по соответствующему профилю медицинской помощи и в общий норматив стационарной помощи по территориальной программе государственных гарантий.

Они были первыми...

1946-1948 годы для Калининградского здравоохранения были знаменательны тем, что в области, буквально взрывоподобно, возникло большое количество лечебных и профилактических учреждений, появились медицинские кадры. Это был самый настоящий прорыв.

Первым главным врачом в образованном в 1946 году кожно-венерологическом диспансере был Василий Решетов, заведующим стационаром - Василий Березовский (он проработал здесь многие годы). Больше четверти века этим лечебным учреждением руководила Нинель Шмеркович.

В ноябре 1946 года был открыт областной противотуберкулезный диспансер на 75 коек, первым главным врачом которого назначили Германа Гуревича. Параллельно были организованы диспансеры в Советске и Черняховске. К 1950 году уже существовала широкая сеть противотуберкулезных учреждений, в том числе 3 диспансера, 11 кабинетов, детский противотуберкулезный санаторий, функционировали 259 коек для лечения больных туберкулезом в инфекционных больницах городов и районов области.

Приходилось практически заново создавать и структуру медицинской сети, руководство уделяло этому практически все свое внимание. Первоочередным был и кадровый вопрос.

На ноябрь 1946 года в крае было 48 врачей, а в конце года на территории Калининградской области работало уже 8 городских больниц со стационарами на 2 600 коек и 21 сельская - на 1 100 коек, 28 амбулаторий и поликлиник, 3 родильных дома на 150 коек.

Расширение оказания медицинской помощи требовало организации службы крови, поэтому в 1946 году при областной больнице было открыто отделение переливания крови. В 1948-м оно было реорганизовано в областную станцию. Одновременно с этим при городских и районных больницах образовано 23 кабинета переливания крови.

В бывшей Восточной Пруссии не было детских амбулаторных учреждений. Вопросы оказания медицинской помощи детям, как советским, так и немецким, в 1945-1946 годах были первостепенными и требовали неотложного решения. Был составлен план развития сети детских и родовспомогательных учреждений на 1946 год. **Медицинскую помощь детям в это время оказывали в уцелевших немецких больницах, медики тоже были в основном немцами.** Амбулаторного приема детей до сентября 1946 года практически не было.

1 сентября 1946 года в Калининграде открыли первую женско-детскую консульта-цию, а в октябре - ноябре заработали еще четыре. Потом такие консультации стали открываться по всей территории области (всего их было 18 - на 25 врачебных должностей). Кроме того, были организованы приемы детей при медсанчастях ЦБЗ №№ 1 и 2, завода № 820.

Прием детей вели врачи общего профиля и акушеры. В этот же период было развернуто 11 детских яслей на 290 мест, в том числе и на селе. При медсанчасти ЦБЗ в ноябре 1946 года открыли первую молочную кухню на 400 порций в день. В декабре в Калининграде появилась первая детская больница на 100 коек, еще 100 детских коек развернули в областной больнице. Здесь лечились ребятишки с различной патологией, в том числе туберкулезом, врожденной слабостью, желтухой, энтероколитом, дистрофией, сироты и больные матери. 88% из них были немцами (а в инфекционной больнице - больше 96%).

Госпитализация проходила стихийно, уровень смертности на дому был высокий, дети умирали даже от дифтерии. В период хозяйственного становления все внимание органов здравоохранения было направлено на развертывание медицинской сети, ее оснащение, ремонт и приспособление уцелевших помещений. Активная профилактика, выявление больных детей оставались за кадром, патронажная работа не проводилась, хотя инфекции, в том числе желудочно-кишечные, а также туберкулез, сыпной и брюшной тифы были широко распространены.

Несмотря на сложности, повсеместно налаживался учет прибывающих детей, на 1 января 1947 года их численность составила 11 189 человек

Несмотря на сложности, повсеместно налаживался учет прибывающих детей, на 1 января 1947 года их численность составила 11 189 человек (в том числе первого года жизни - 6 962). Статистика заболеваемости велась только по основным видам болезней. Детская смертность составляла 43 на 1 000 детей первого года жизни.

В 1945-1946 годах 25% госпитализированных были ребятишки с дистрофией. В структуре больничной летальности отмечена высокая доля умерших от «врожденной слабости» и туберкулеза. Смертность от других инфекционных заболеваний составляла 13%.

С октября 1946 года в область начали приезжать советские врачи-педиатры. Среди них были Александра Козлова, Лидия Юрьевская, Нина Назарова, Мария Климова. Планировали открыть два дома ребенка на 150 мест - в Советске и Калининграде, но из-за отсутствия помещений в 1946-м открылся только один, в Калининграде, на 10 мест. Затем появились еще 18 детских домов, где содержались в основном немцы.

Вопросами родовспоможения и детства в маломощном облздравотделе занималась Нина Назарова, которая одновременно была государственным санитарным инспектором. **Переселенцы, прибывавшие в область, и оставшиеся здесь военные в основном были молодыми людьми. Это диктовало необходимость быстрейшего развития акушерско-гинекологической (и прежде всего - стационарной) помощи.** На базе одной из первых терапевтических больниц Калининграда в 1946 году развернули первое акушерско-гинекологическое отделение на 100 коек, где были приняты первые роды.

Первым врачом-педиатром здесь была Лидия Юрьевская. Возглавлял больницу подполковник медицинской службы Виктор Лапидус, который позже создал на этой базе родильный дом на 250 коек с гинекологическим отделением и женской консультацией. В этом же году были открыты родильные дома в Советске (на 80 коек; первый главный врач Лидия Пархимович) и в Черняховске (на 80 коек; первый главный врач Роза Коган). Их вклад в организацию областного здравоохранения бесценен.

В 1947-1949 годах в области открывались детские и женские консультации, ясли, дома ребенка, общие и специальные больницы. Уже к концу 1948-го в городах было 3 848 больничных коек, в селах - 355, функционировали 24 постоянных яслей на 715 мест, 2 дома ребенка на 150 мест, 134 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пункта. В этих учреждениях медицинская помощь оказывалась и детям. В городах на базе больниц развертывались акушерские стационары.

Начали работать родильные дома и отделения в городских и сельских больницах, в том числе в Калининграде, Гусеве, Зеленоградске, Краснознаменске. Было открыто гинекологическое отделение в областной больнице.

Одновременно с сетью медицинских учреждений создавалась аптечная сеть области. Областное аптекоуправление было организовано в июне 1946 года, первым управляющим стал Михаил Логинов. Были открыты 24 аптеки, аптечный склад, контрольно-аналитическая лаборатория. Чтобы обеспечить лекарствами село, при фельдшерско-акушерских пунктах и участковых больницах были организованы 56 аптечных пунктов.

С 3 июля 1946 года городское управление по гражданским делам было упразднено и образован исполнительный комитет Калининградского городского Совета депутатов трудящихся (калининградский горисполком). С этого момента горздравотдел стал подчиняться горисполкому и отделу здравоохранения облисполкома. В декабре 1947 года в его штат входили завотделом, старший и лечебный инспекторы, старший бухгалтер, секретарь-машинистка, курьер-уборщица и медстатистик.

Чем больше появлялось в области лечебно-профилактических учреждений, тем острее ощущался недостаток в средних медицинских работниках. Поэтому уже в 1947 году в Калининграде была открыта первая фельдшерско-акушерская школа. Ее директором стал Иван Кузьменко. Первый выпуск (70 человек) состоялся в 1950 году. Молодых специалистов направили на фельдшерско-акушерские пункты. Впоследствии школа была преобразована в медицинское училище, на ее базе готовились специалисты различного профиля - вплоть до зубных техников, зубных врачей, фельдшеров-лаборантов, санитарных фельдшеров.

Большую роль в пропаганде среди населения санитарно-гигиенических знаний должен был сыграть организованный в 1948 году областной дом санитарного просвещения. Его первым главным врачом была Галина Бехтерева. На ее долю выпали сложные задачи: подобрать кадры, установить деловые контакты с организациями и учреждениями, занимающимися санитарным просвещением… Практическая работа центра началась только в 50-х годах.

1948-й стал годом рождения самостоятельной судебно-медицинской службы области. В январе было организовано областное бюро судебно-медицинской экспертизы, которое возглавил Марк Вальшонок, чуть позже появились межрайонные отделения судебно-медицинской экспертизы в Советске и Черняховске. В этом же году начала работать психиатрическая больница.

1946-1948 годы для Калининградского здравоохранения были знаменательны тем, что в области, буквально взрывоподобно, возникло большое количество лечебных и профилактических учреждений, появились медицинские кадры. Это был самый настоящий прорыв. В апреле 1948 года прошел первый съезд врачей. В его задачи входили подведение итогов работы по организации здравоохранения в Калининградской области за вторую половину 1946-го и 1947 год и выработка дальнейших планов.

С докладом выступил Николай Сушкевич (в 1947-1949 годах он был вторым после Ф.К. Панафидина заведующим областным отделом здравоохранения). Ему предстояло продолжать работу в тяжелейших условиях разрухи и отсутствия медицинских кадров.

Вот некоторые выдержки из его выступления. «На 1 января 1948 года по области имелось 35 общих и специальных больниц в го-родах и городских поселениях с 3 848 развернутыми койками, 10 сельских больниц с 355 койками, 28 амбулаторий, 6 поликлиник, 22 женско-детских консультации, 24 постоянных яслей с общим количеством мест 715, 2 дома ребенка с общим количеством мест 150. Организовано 13 врачебных здравпунктов и 18 фельдшерских и сестринских на предприятиях, 134 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов на селе….

К концу января 1947 года, вследствие значительного поступления в область русских медицинских кадров, число немецких врачей в наших учреждениях было сведено до единиц. К моменту настоящего съезда мы полностью освободились от немецких специалистов.

В нашей области работают 376 врачей и 897 человек среднего медперсонала, Укомплектованность врачебными кадрами составляла на 1.01.48 88%, по городам - 91%, по районам - 75%…

Газета «Вестник врачебной палаты». № 3 (04), март 2013 г. Учредитель: КРОО «Врачебная палата Калининградской области». Адрес редакции: 236040, г. Калининград, ул. Летняя, д 3, тел. 64-79-61. Отпечатано в типографии «Страж Балтики», г. Калининград. Тираж - 999 экз. Подписано в печать 27.03.2013 г. Распространяется бесплатно. Главный редактор: Николай Иванаев.