



## Опыт, проблемы и перспективы развития многопрофильного амбулаторно-поликлинического учреждения в территориальной системе медицинского обеспечения в Московском регионе

ЕЛОВЕВ М.С., заслуженный врач РФ, полковник медицинской службы в отставке  
(uprav@91dctmed.ru)

КЛИПАК В.М., заслуженный врач РФ, профессор, полковник медицинской службы в отставке

Филиал № 5 3-го Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского, Москва

*Eloev M.S., Klipak V.M. — Experience, problems and prospects of development of multifield outpatient department in area system of medical supply of Moscow region. The article concerns the problems of development of ambulatory medical aid in Moscow and the regions of Moscow. The general conclusion is revealed from the broad modern experience of multi-field medical center. Moreover, the article demonstrates the performance of improvement in accordance with reorganization of public and military health service.*

*Key words: ambulatory medical aid, polyclinic, health center, reorganization.*

В последние годы развитию и модернизации здравоохранения уделяется постоянное внимание со стороны как государства, так и медицинской общественности. Приняты важные законодательные акты, выделяются значительные финансовые средства, организуются обсуждения путей повышения эффективности отрасли [1, 2, 4, 5, 12, 13, 18].

Подтверждено, что по-прежнему в целях снижения затратности здравоохранения, повышения его доступности и эффективности одним из главных приоритетов развития является совершенствование деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, дальнейшее увеличение их лечебно-диагностических и профилактических возможностей, организация дневных стационаров, внедрение стационарозамещающих технологий, совершенствование информационных систем [1, 2, 4, 12, 13, 15].

На эти вопросы обратил особое внимание прошедший в октябре 2012 г. Первый национальный съезд врачей Российской Федерации, определивший главные направления развития отечественного здравоохранения.

Национальный проект «Здоровье», предусматривающий усиление первичного, в т. ч. амбулаторно-поликлинического,

звена, — по сути дополнительное подтверждение ведущей тенденции развития здравоохранения, требующей переноса акцента в совершенствовании лечебно-профилактической помощи населению со стационарного на амбулаторно-поликлинический этап. Основопологающим организационным механизмом решения этой задачи является *организационно-правовая и финансовая самостоятельность амбулаторно-поликлинических учреждений.*

Поликлиники и стационары — это принципиально разные по задачам и технологии работы учреждения. К тому же поликлиники являются наиболее массовыми и доступными для пациентов. Именно в них начинают и заканчивают лечение около 80% всех обратившихся за медицинской помощью [1, 4, 10].

В связи с этим следует подчеркнуть, что подобное реализуемому в последние годы объединение поликлиник и стационаров уже было в истории отечественного здравоохранения. Опыт такой реорганизации известен: он справедливо и однозначно оценен как негативный, тормозящий развитие поликлиник как самых массовых лечебно-профилактических учреждений, обеспечивающих профилактическую направленность и доступность медицинской помощи.





В Федеральном законе от 21.11.2011 г. № ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь по видам делится на первичную медико-санитарную помощь, специализированную, в т. ч. высокотехнологичную, скорую, включая специализированную, и паллиативную медицинскую помощь. Кроме того, в Законе отмечено, что первичная медико-санитарная помощь может быть доврачебной, врачебной и специализированной и оказываться как в амбулаторных условиях, так и в условиях дневного стационара.

До утверждения этого Закона Правительство Российской Федерации приняло Постановление от 07.02.2011 г. № 60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации», которое определяет основные задачи и мероприятия по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи. Среди них наиболее важными являются: укрепление материально-технической базы медицинских организаций, внедрение современных информационных систем, введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием.

В ноябре 2012 г. Правительство РФ обсудило проект государственной программы развития здравоохранения на 2013–2020 гг. и одобрило модернизационный сценарий, в основе которого лежат несколько основных направлений: профилактика, повышение качества медицинской помощи, решение кадровой проблемы и повышение мотивированности медицинских работников к эффективной работе [18].

Государственная программа Москвы на среднесрочный период (2012–2016 гг.) «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» предусматривает оптимизацию многоуровневой системы оказания медицинской помощи и поэтапную реструктуризацию медицинских учреждений, трехуровневую модель развития амбулаторно-поликли-

нической помощи. Предусматривается создание крупных окружных консультативно-диагностических центров первого уровня, межтерриториальных поликлиник второго уровня и городских поликлиник третьего уровня, где первичная доврачебная и врачебная медико-санитарная помощь будет оказываться в поликлиниках, специализированная — в межтерриториальных поликлиниках и консультативно-диагностических центрах.

Военная медицина, как часть государственной системы здравоохранения, проходит период глубокого реформирования с созданием крупных многопрофильных лечебно-профилактических объединений.

В условиях реформирования военной медицины проведены мероприятия по формированию трехуровневой системы оказания медицинской помощи, где первый уровень — медицинская помощь силами медицинской службы войскового звена, второй — квалифицированная и специализированная медицинская помощь в окружных госпиталях, третий — специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь в главном и центральных военных клинических госпиталях [7, 17]. Система оказания амбулаторно-поликлинической помощи сложилась ныне следующим образом: доврачебная, врачебная помощь, квалифицированная медицинская помощь оказывается в поликлиниках, которые входят организационно в филиалы центральных госпиталей (лечебно-диагностические центры, консультативно-диагностические центры), квалифицированная и специализированная амбулаторно-поликлиническая — в самих лечебно-консультативно-диагностических центрах [1, 8, 17].

В то же время организация амбулаторно-поликлинической помощи и пути ее совершенствования в Московском регионе, как в одном из уникальных и сложнейших для создания эффективной территориальной системы медицинского обеспечения, в доступных нам источниках рассмотрены, на наш взгляд, недостаточно полно. А на этой территории имеют законодательное право на получение медицинской помощи в военно-медицинских учрежде-





ниях около 600 тыс. человек. Среди них – десятки тысяч участников войн и вооруженных конфликтов. Многочисленны контингенты прикрепленных на медицинское обеспечение военнослужащих и членов их семей.

В связи с этим представляется целесообразным осветить многолетний опыт организации современной амбулаторно-поликлинической помощи в 9-м Лечебно-диагностическом центре МО РФ (далее – ЛДЦ), ставшим с апреля 2011 г. филиалом № 5 3-го Центрального военного клинического госпиталя имени А.А.Вишневского.

В настоящее время ЛДЦ представляет собой многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи военнослужащим, офицерам запаса и в отставке и членам их семей в Московском регионе.

В состав ЛДЦ организационно входят территориально удаленные амбулаторно-поликлинические учреждения:

- основной лечебно-диагностический корпус (Комсомольский проспект, д. 13а);

- поликлиника (ул. Большая Пироговская, д. 15/18, стр. 1);

- поликлиника (Комсомольский проспект, д. 22);

- стоматологическая поликлиника (ул. Большая Пироговская, д. 15, стр. 3) с подразделением на ул. Садово-Кудринской (бывшая 14-я Центральная стоматологическая поликлиника МО РФ);

- хирургический стационар краткосрочного пребывания (ул. Большая Пироговская, д. 15/18, стр. 1);

- детская поликлиника (Комсомольский проспект, д. 22/2);

- консультативно-диагностическая поликлиника – КДП (ул. Большая Филёвская, д. 28, корп. 1, д. 30);

- поликлиника (проспект Вернадского, д. 100).

На медицинское обеспечение прикреплено более 130 тыс. пациентов, из них около 5 тыс. инвалидов и участников Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.

Всего по штату в ЛДЦ около 2000 сотрудников, из них более 500 врачей

различных специальностей и свыше 800 – среднего медицинского персонала. Квалификационная характеристика врачебного состава приведена в табл. 1. Имеется достаточно высокий процент профессионально подготовленных специалистов, что позволяет оказывать медицинскую помощь на высоком уровне.

**Основными задачами ЛДЦ являются:**

- оказание специализированной медицинской помощи офицерам кадра (запаса, в отставке) и членам их семей, гражданскому персоналу МО;

- обеспечение доступности и высокого качества медицинской помощи прикрепленным контингентам;

- освоение и внедрение в практику лечебно-диагностической работы современных и прогрессивных медицинских технологий диагностики и лечения больных на поликлиническом этапе;

- внедрение стационарозамещающих технологий и оптимизация взаимодействия (интеграция) с военно-лечебными учреждениями;

- проведение диспансеризации прикрепленных к ЛДЦ генералов и офицеров кадра (запаса и в отставке) на основе новых методологических подходов к ее организации;

- оказание круглосуточной неотложной медицинской помощи генералам и офицерам, прикрепленным к ЛДЦ, и членам их семей;

- организация и проведение специальной подготовки личного состава, мероприятий по повышению его квалификации;

Таблица 1

**Квалификационная характеристика  
врачебного состава**

Квалификационная характеристика	Всего врачей, n=562
Имеют квалификационную категорию:	
высшую	339
первую	68
вторую	45
Имеют ученую степень:	
доктора медицинских наук	15
кандидата медицинских наук	55



– оказание медицинской помощи по программам обязательного и добровольного медицинского страхования в соответствии с имеющейся лицензией и отдельных видов платных медицинских услуг;

– отбор, подготовка и направление в госпитали больных, нуждающихся в стационарном обследовании и лечении;

– проведение восстановительного лечения больным после перенесенных острых заболеваний, оперативных вмешательств и травм;

– проведение военно-врачебной экспертизы военнослужащим и членам их семей;

– оказание консультативно-диагностической помощи военно-поликлиническим учреждениям в соответствии с территориальной системой медицинского обеспечения войск Московского региона.

Выполняется значительный объем диагностической и лечебно-профилактической

помощи. Так, ежегодно в среднем количество посещений составляет более 1,3 млн, проводится более 2,4 млн диагностических исследований, отпускается более 700 тыс. различных процедур (табл. 2).

Снижение показателей в 2012 г. связано с переводом учреждения из бюджетного в казенное, лишением возможности использовать денежные средства от приносящей доход деятельности, в т. ч. и на материальное стимулирование персонала, увольнением из-за этого врачей и медицинских сестер, сокращением возможностей лечебно-диагностических отделений.

Из перспективных задач диагностической службы необходимо выделить освоение и внедрение новых, инновационных методов диагностики и лечения, программное обеспечение диагностических служб, расширение объемов оказания медицинской помощи с высоким качеством исследований.

*Таблица 2*

**Основные показатели лечебно-диагностической работы по годам, абс. число**

Показатель	2010	2011	2012
Прикреплено для оказания медицинской помощи	139 047	153 508	130 670
Прикреплено для оказания консультативной помощи	120 246	110 250	52 250
Общее количество посещений	1 538 907	1 618 581	1 007 008
Количество посещений в смену	2970	3116	2736
Средняя нагрузка на врача в час	3,1	3,1	2,7
Отпущено процедур	911 669	927 168	522 965
Пролечено больных	161 166	183 317	132 395
Выполнено диагностических исследований	2 614 082	2 983 955	1 948 694
в том числе:			
функциональных	130 596	145 323	99 043
ультразвуковых	138 885	142 709	83 699
рентгеновских	148 510	151 137	97 433
лабораторных	2 181 772	2 256 945	1 657 522
в том числе:			
биохимических	711 668	705 764	543 143
клинических	1 114 598	1 093 363	863 149
бактериологических	100 260	102 008	65 134
иммунологических	245 246	254 679	139 559





В хирургической работе отмечается выполнение значительного количества оперативных вмешательств (более 10 тыс. ежегодно) и манипуляций. Распределение операций и манипуляций представлены в табл. 3. Из них около 20% составляют хирургические, 63,7% гинекологические. Есть резервы повышения оперативной активности в урологическом и ЛОР-отделениях.

Главными направлениями развития хирургической помощи в ЛДЦ являются расширение объема и перечня хирургических вмешательств с применением методов эндовидеохирургии, дальнейшее совершенствование работы хирургического стационара краткосрочного пребывания, углубление интеграционных связей с диагностическими отделениями и профильными отделениями госпиталей.

Наш опыт показал, что в ЛДЦ успешно решались задачи по медицинскому обеспечению прикрепленных контингентов даже в сложных экономических условиях. Так, удалось не только оказывать установленные объемы медицинской помощи, но и активно осваивать новые методы диагностики и лечения, стационарозамещающие формы, развивать материальную базу, решать задачи строительства и капитального ремонта, привлекая для этого средства, получаемые от предоставления платных медицинских услуг.

Большое количество научных публикаций, положений и нормативных актов посвящено развитию стационарозамещающих технологий [3, 4–6, 8, 10, 11, 14]. Для расширения возможностей учреждений, в первую очередь многопрофильных, обладающих значительной лечебно-диагностической базой, для лечения хирургической патологии созданы хирургические дневные стационары, центры амбулаторной хирургии, хирургические стационары с кратковременным пребыванием больного и др. Впервые в медицинской службе Вооруженных сил РФ в центре создан хирургический стационар краткосрочного пребывания больного. Его строительство, оснащение современной аппаратурой и инженерной инфраструктурой на мировом уровне выполнено за счет внебюджетных средств. Опыт работы хирургических стационаров был обобщен в предыдущих публикациях и свидетельствует об эффективности и высоком потенциале этой стационарозамещающей формы лечения больных [1, 5, 8, 9, 14, 17].

Оперативные вмешательства в хирургическом стационаре краткосрочного пребывания выполнялись с применением эндовидеохирургической аппаратуры (60,4% от их общего количества). В структуре выполненных оперативных вмешательств преобладали гистероскопии с *раздельным диагностическим*

Таблица 3

**Распределение оперативных вмешательств и манипуляций по отделениям хирургического профиля центра, абс. число**

Отделение	Количество операций по годам			Количество манипуляций по годам		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Хирургическое	2097	2113	2108	19 362	19 876	18 021
Урологическое	120	99	106	34 172	33 672	33 956
Оториноларингологическое	266	271	238	93 692	106 990	103 221
Офтальмологическое	260	219	404	77 222	78 623	80 415
Гинекологическое	7559	7518	6791	328 835	255 783	95 265
Стационар	498	925	1018	–	–	–
Всего...	10 800	11 145	10 665	553 283	494 944	330 878



выскабливанием (РДВ), артроскопические операции на коленном суставе, герниопластика с применением полипропиленовых (сетчатых) трансплантатов (табл. 4). Для проведения оперативных вмешательств в основном применялась внутривенная и комбинированная анестезия с искусственной вентиляцией легких (65,3%). Должная квалификация персонала, использование передовых технологий, тщательный отбор больных на оперативные вмешательства позволили достигнуть достаточно высоких показателей работы стационара. Так, средний койко-день составил 1,9 сут, в послеоперационный период были единичные осложнения, не повлиявшие на благоприятный исход оперативных вмешательств.

Наряду с этим в ЛДЦ получили развитие специализированные отделения по приоритетным направлениям оказания медицинской помощи.

Так, для оказания специализированной медицинской помощи больным с заболеваниями молочной железы создано и успешно функционирует отделение патологии молочной железы. В задачи отделения входит проведение

углубленного медицинского обследования женщин-военнослужащих в целях раннего выявления рака молочной железы, хирургическое лечение доброкачественных образований молочной железы, оказание консультативной помощи больным из других лечебных учреждений. В результате комплексного обследования ежегодно выявляется 40–45 случаев рака молочной железы, в большинстве своем на ранних стадиях, выполняется 300–400 секторальных резекций.

Для оказания специализированной офтальмологической помощи на базе офтальмологического отделения создан операционный блок с дневным стационаром, где выполняются факоемульсификация при катаракте, другие оперативные вмешательства расширенного объема.

Важной формой стационарозамещающих технологий является развитие дневных стационаров, коечный фонд которых представлен в табл. 5.

Ежегодно в дневном стационаре проходит лечение от 4 до 5 тыс. больных, что значительно повышает эффективность амбулаторного лечения и разгружает стационары госпиталей. Через отделения в день только на основной базе

Таблица 4

**Структура хирургических операций в хирургическом стационаре краткосрочного пребывания, абс. число**

Наименование хирургических операций	Количество операций по годам		
	2009	2010	2011
Лапароскопическая холецистэктомия	36	55	53
Артроскопические операции	36	52	57
Лапароскопическая цистэктомия	18	66	70
Гистероскопия + РДВ	147	312	336
Грыжепластика	42	34	66
Удаление доброкачественных опухолей	96	208	206
Риносептопластика	30	65	38
Флебэктомия	14	26	32
Блефаропластика	6	12	13
Прочие	49	95	114
Всего...	474	925	985





проходит лечение от 100 до 130 пациентов, средний койко-день составляет 9,1 (табл. 6).

Кроме того, за год в среднем выполняют более 8000 процедур внутрисосудистого лазерного облучения крови, более 500 процедур ультрафиолетового

облучения крови, около 200 процедур лечебного плазмафереза.

В табл. 7 представлены показатели амбулаторного лечения наиболее распространенных заболеваний. Показано, что большая часть больных начинает и заканчивает лечение в центре. Так, более

Таблица 5

**Распределение коек дневных стационаров по подразделениям центра**

Подразделение	По штату коек	Развернуто коек
Госпитальное отделение (основной корпус)	10	13
Госпитальное отделение поликлиники (ул. Большая Пироговская, д. 15/18, стр. 1)	10	11
Госпитальное отделение КДП (ул. Большая Филёвская, д. 28)	10	10
Всего ...	30	34

Таблица 6

**Показатели работы дневных стационаров по годам, абс. число**

Показатель	2010	2011	2012
Пролечено больных	4955	4819	3692
Отпущено процедур	108 316	112 211	91 508
Средний койко-день	9,1	9,2	9,1

Таблица 7

**Показатели амбулаторного лечения наиболее распространенных заболеваний в 2011 г., %**

Заболевания органов и систем	Излечено амбулаторно, %
Язвенная болезнь 12-перстной кишки	93,0
Гипертоническая болезнь	92,5
Ишемическая болезнь сердца	88,2
Хронические обструктивные заболевания легких	91,7
Болезни эндокринной системы	96,5
Болезни системы крови	89,3
Аллергические заболевания	89,3
Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей	81,3
Болезни ЛОР-органов	90,6
Болезни органов зрения	83,7
Болезни женских половых органов	81,5



90% пациентов с гипертонической болезнью, болезнями эндокринной системы, заболеваниями легких лечатся амбулаторно и только менее 10% из них направляются в стационары, в основном с тяжелым течением заболевания.

Важнейшей составляющей в структуре оказания медицинской помощи прикрепленному контингенту является стоматологическая помощь на современном уровне. В ЛДЦ силами стоматологической поликлиники, ведущего специализированного учреждения в Московском регионе, создана система оказания стоматологической помощи. Поликлиника располагает современной материально-технической базой и оснащена новейшей медицинской аппаратурой и оборудованием, укомплектована высококвалифицированными медицинскими кадрами, что позволяет проводить обследование и оказывать специализированную стоматологическую помощь на уровне современных достижений медицины. Ежегодно поликлинику посещает в среднем 100 тыс. человек, за 2012 г. проведено более 900 оперативных вмешательств, из них 112 операций по дентальной имплантации, установлено 227 имплантатов.

Перспективы развития стоматологической помощи связаны с внедрением новых технологий в диагностику и лечение (безметалловая керамика, керамические виниры, съемные протезы с фиксацией на телескопических коронках и балочной конструкции с опорой на имплантаты), автоматизации лечебно-диагностического процесса и оптимизации работы структурных подразделений.

Учитывая территориальную разобщенность подразделений ЛДЦ, особое значение для организации медицинской помощи имеет создание и внедрение современной, доступной для использования медперсоналом компьютерной информационной системы. Важность и значение информатизации лечебных учреждений освещены во многих публикациях и выступлениях [1, 3, 10, 12, 13, 15, 16, 18].

Работы по информатизации ведутся с 2009 г. за счет внебюджетных средств. Внедряемая система уникальна по сво-

им функциональным возможностям, гибкости настроек и масштабу, позволяет охватить все стороны деятельности медицинского учреждения и по своему классу не имеет аналогов в военно-медицинских учреждениях. Создана единая база прикрепленных контингентов, автоматизирована работа всех регистратур ЛДЦ, включая установку терминалов для самозаписи пациентов, реализована интернет-регистратура. Автоматизирована деятельность лечебно-диагностических подразделений, медицинского снабжения, аптеки, диагностических служб. Созданы автоматизированные рабочие места врачей, ведущих амбулаторный прием с получением в электронном виде данных лабораторных и диагностических исследований. По согласованию с Центральной военно-врачебной комиссией МО РФ проведена автоматизация деятельности внештатной военно-врачебной комиссии с формированием электронного документооборота с возможностью оформления свидетельства о болезни, справок ВВК, протоколов.

Практическое использование медицинской информационной системы перспективно для ее внедрения и в другие военно-медицинские учреждения.

Следует заметить, что одним из важных условий развития новых технологий является работа в системе добровольного медицинского страхования и оказание платных услуг населению. Опыт нашего учреждения показал, что в современных экономических условиях работы многопрофильного медицинского учреждения без наличия достаточных внебюджетных средств от приносящей доход деятельности развитие медицинского учреждения становится проблематичным, а по ряду направлений просто невозможным.

*Организационно-правовая и финансовая самостоятельность ЛДЦ позволили:*

– модернизировать систему управления с интеграцией поликлиник и структур госпиталя с учетом современных требований и на принципах управления качеством и менеджмента;

– значительно расширить формы внестационарных (стационарозамещающих) технологий;





– добиться высокого качества оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;

– оптимизировать и обеспечить качественную работу лечебно-диагностических отделений и кабинетов;

– расширить объем специализированной медицинской помощи в ЛДЦ;

– провести информатизацию лечебно-диагностического процесса;

– построить и ввести в работу лабораторный корпус, оснастить необходимым современным оборудованием, поднять уровень лабораторной диагностики;

– ввести в работу хирургический стационар краткосрочного пребывания с возможностью выполнения оперативных вмешательств расширенного объема, с круглосуточным наблюдением и питанием больных;

– совершенствовать работу основных диагностических подразделений центра (отделения электрофизиологических исследований сердца, ультразвуковых исследований сердечно-сосудистой системы, магнитно-резонансной томографии, эндоскопии и др.).

*Основными направлениями дальнейшего развития ЛДЦ являются:*

– совершенствование организационно-штатной структуры с учетом проводимых реформ и существующих уровней оказания медицинской помощи;

– внедрение новых форм оценки результатов деятельности подразделений для формирования в дальнейшем государственного задания учреждения в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 2.09.2010 г. № 671;

– оптимизация и развитие различных форм диспансеризации военнослужащих, офицеров запаса и в отставке, методов первичной и вторичной профилактики;

– обеспечение высокого качества и доступности оказания медицинской помощи с реализацией принципов управления и контроля;

– совершенствование лабораторной диагностики путем внедрения современных наукоемких методик и исследований;

– совершенствование работы в системе ОМС, ДМС с целью сохранения статуса ЛДЦ на рынке платных услуг;

– расширение и оптимизация стоматологической помощи прикрепленным континентам;

– продолжение работ по внедрению информационной медицинской системы с включением всех поликлиник и структурных подразделений с целью повышения качества и доступности оказания медицинской помощи прикрепленным континентам.

В целях дальнейшего совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи в территориальной системе медицинского обеспечения Московского региона и учитывая современные тенденции реформирования медицинской службы ВС РФ, представляется необходимым создание на базе ЛДЦ (нынешнего филиала № 5 3-го Центрального военного клинического госпиталя имени А.А.Вишневского) *самостоятельного в организационно-правовом и финансовом отношении федерального бюджетного учреждения*. Это позволит, используя опыт предшествующих лет, значительно укрепить амбулаторно-поликлиническое звено медицинской службы Московского региона, что явится практической реализацией требований как перечисленных выше документов, так и выводов ученых и практиков о путях реформирования отечественного здравоохранения и медицинской службы Вооруженных сил.

## Литература

1. Быков И.Ю. Актуальные вопросы совершенствования работы амбулаторно-поликлинических учреждений Вооруженных сил Российской Федерации // Воен.-мед. журн. – 2006. – Т. 327, № 11. – С. 4–6.

2. Голикова Т. Основные направления развития здравоохранения ориентированы на повышение качества и эффективности меди-

цинского обслуживания // Вопросы экспертизы и качества медицинского обслуживания. – 2011. – № 7. – С. 3–12.

3. Гроздова Т.Ю. О приоритетных направлениях практического внедрения региональных программ информатизации в субъекте Федерации // Главврач. – 2012. – № 3. – С. 28–32.

4. Гуляев В.А., Карташов В.Т. Стационарозамещающие технологии – основа рефор-





мирования лечебно-диагностической базы военного здравоохранения // Воен.-мед. журн. — 2001. — Т. 322, № 2. — С. 4–14.

5. Дудин М.Н. Вопросы инновационного реформирования отечественного здравоохранения: развитие общей врачебной практики в России // Главврач. — 2012. — № 11. — С. 14–17.

6. Елов М.С., Журавлёв С.В., Булатов М.Р. Опыт работы хирургического стационара краткосрочного пребывания многопрофильного амбулаторно-поликлинического учреждения // Воен.-мед. журн. — 2012. — Т. 333, № 4. — С. 18–23.

7. Калмыков А.А. Медицинское обеспечение Вооруженных сил России: итоги деятельности и основные задачи на 2012 год // Воен.-мед. журн. — 2012. — Т. 333, № 1. — С. 4–11.

8. Карташов В.Т. Методические и практические подходы к управлению качеством медицинской помощи в крупном военном поликлиническом учреждении // Воен.-мед. журн. — 2004. — Т. 325, № 4. — С. 15–23.

9. Клипак В.М., Романовский В.Г., Щкруднев Л.Д. и др. Особенности оказания медицинской помощи в условиях хирургического стационара краткосрочного пребывания // Материалы Всерос. науч.-практ. конф. «Неотложная медицинская помощь (состояние, проблемы, перспективы развития). — ФБУ «Главный военный клинический госпиталь имени Н.Н.Бурденко», 9 декабря 2011 г. — С. 46.

10. Максимов И.Б., Столяр В.П. О проблемах и перспективах совершенствования уп-

равления современными госпитальными объединениями // Воен.-мед. журн. — 2011. — Т. 332, № 10. — С. 4–8.

11. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. № Ф3-323.

12. Папырин А. Съезд надежды // Мед. газета. — 10.10.2012. — № 75.

13. Первый съезд врачей. Профессионализм, чувство ответственности и равноправие // Мед. газета. — 5.10.2012. — № 74.

14. Попов А.П., Лановенко Ю.П., Павлова И.В. Некоторые аспекты амбулаторно-поликлинической работы в современных условиях // Воен.-мед. журн. — 2011. — Т. 332, № 11. — С. 14–19.

15. Сквирская Г.П., Ильченко И.Н., Сырцова Л.Е., Абросимова Ю.Е. Структурно-организационная модель профилактической деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений и специалистов. Практические рекомендации // Главврач. Приложение к журналу. — 2012. — № 3. — С. 3–67.

16. Улумбекова Г.Э. Вызовы системы здравоохранения РФ: пути решения // Главврач. — 2012. — № 5. — С. 13–22.

17. Чиж И.М. Направления совершенствования деятельности медицинской службы Вооруженных сил // Воен.-мед. журн. — 2003. — Т. 324, № 6. — С. 4–12.

18. Щеглов К. «Планку ожиданий» обещают повысить // Мед. газета. — 23.11.2012. — № 88.

## ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

Весь личный состав, прибывший по плановой замене из Российской Федерации для прохождения службы в подразделениях *военной базы*, дислоцированной на территории *Республики Армения*, прошел вакцинацию от гриппа, ОРВИ, гепатита и других заболеваний. Все военнослужащие перед отправкой прошли флюорографию.

В целях поддержания здоровья военнослужащих в зимний период медицинской службой проводится комплекс мероприятий по профилактике сезонных заболеваний. Введен режим обсервации, подготовлены к развешиванию нештатные изоляторы, определен порядок сквозного проветривания жилых и служебных помещений. В подразделениях установлены ионизаторы для очистки воздуха.

Также в ежедневный рацион питания солдат и сержантов включены фрукты, витаминные салаты и плодово-ягодные соки.

Для недопущения переохлаждений на военных полигонах Камхуд и Алагяз созданы палаточные пункты обогрева, в которых военнослужащие находятся после каждого учебного часа занятий, а при проведении занятий ограничено время нахождения на открытом воздухе.

Несение службы в карауле осуществляется только в валенках и теплых тулупах, ватных штанах и теплых рукавицах, которыми соединение обеспечено полностью.

В соединении создан необходимый запас антибактериальных и противовирусных препаратов нового поколения. В этом году уровень простудной заболеваемости не превышает прошлогодние показатели.

**Пресс-служба Южного военного округа, 17 декабря 2012 г.**

[http://stat.function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=11534613@egNews](http://stat.function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11534613@egNews)