

# Состояние лабораторной службы Московской области к предстоящей модернизации в здравоохранении



Шатохина Светлана  
Николаевна

МОНИКИ им. М.Ф.  
Владимирского,  
Москва

# **МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Целью модернизации здравоохранения является  
повышение доступности и качества медицинской  
помощи для всего населения Российской  
Федерации.**

**Министерством здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации разработана примерная программа  
модернизации здравоохранения субъекта Российской  
Федерации на 2011 - 2012 годы, основной целью которой  
является улучшение качества и обеспечение доступности  
медицинской помощи населению субъекта Российской  
Федерации.**

## Реализация программ модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации по 3-м основным направлениям:

- укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;
- внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;
- внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.



Утверждена  
постановлением Правительства  
Московской области  
от 19.04.2011 № 352/15

**Долгосрочная целевая программа Московской области  
«Модернизация здравоохранения Московской области  
на 2011 -2013 годы»**

В Московской области функционируют 464 государственных и муниципальных учреждения здравоохранения, в том числе 2 научно-исследовательских клинических института, 190 больничных учреждений, 138 амбулаторно-поликлинических учреждений, 66 диспансеров, 25 станций скорой медицинской помощи, 7 станций переливания крови, а также другие медицинские службы. Количество лабораторий в ЛПУ МО составляет 394.

Для оказания стационарной медицинской помощи в Московской области развернуто 50 495 коек, плановая мощность амбулаторно-поликлинических учреждений составляет порядка 160 тысяч посещений в смену.

# Распределение существующих государственных бюджетных учреждений по типам учреждений

## Бюджетные

## учреждения

- Станции переливания крови
- Туберкулезные больницы
- Туберкулезные диспансеры
- Туберкулезные санатории
- Онкологические диспансеры
- Детские санатории
- Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями
- Бюро судебно-медицинской экспертизы
- Госпиталь для ветеранов войн
- Территориальный центр медицины катастроф
- Детская ортопедо - хирургическая больница
- Психоневрологическая больница для детей с поражением ЦНС с нарушением психики
- Научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского
- Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии
- Медицинские колледжи
- Консультативно- диагностический центр для детей

# Распределение существующих государственных бюджетных учреждений по типам учреждений

## Казенные учреждения

- Медицинский центр «Резерв»
- Дома ребенка
- Психиатрические больницы
- Психоневрологические диспансеры

# Распределение существующих государственных бюджетных учреждений по типам учреждений

## Автономные

### учреждения

- Кожно-венерологические диспансеры
- Наркологические диспансеры
- Дом сестринского ухода
- Перинатальный центр
- Стоматологическая поликлиника
- Консультативно-аналитический центр в сфере медицинской и фармацевтической деятельности
- Консультативный центр восстановительной медицины и реабилитации



# Структура лабораторной службы Московской Области

Организационно-методический, диагностический центр  
лабораторной службы М.О.

(лаборатории МОНИКИ, Главный лаборант М.О., руководители лабораторий, ответственные за научно-организационную работу в области, кураторы районов)



Лабораторно-диагностические Центры по 12 округам М.О.  
(зав. лаб. – районный специалист – куратор МОНИКИ)



Ведущие крупные лаборатории районов области  
(Зав. лаб. - район. специалист – куратор МОНИКИ)



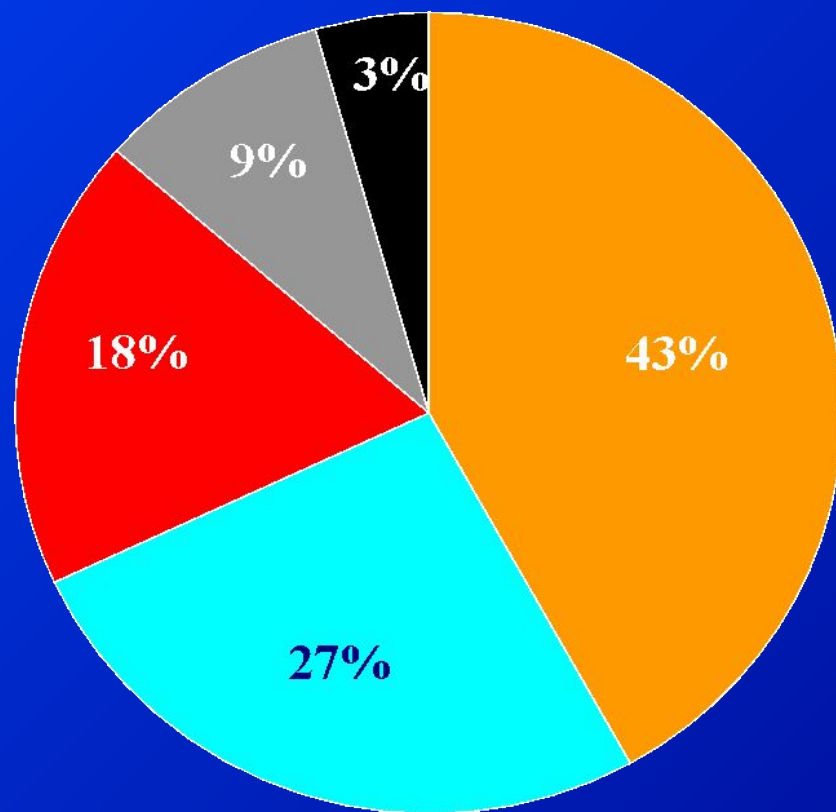
Лаборатории разной мощности ЛПУ города и села

# Перечень округов Московской области

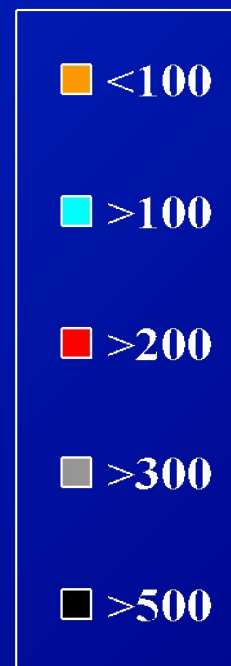


1. Коломна (ЦРБ)
2. Подольск (ЦРБ)
3. Мытищи (ЦРБ)
4. Электросталь (ЦГБ)
5. Сергиев Посад (ЦРБ)
6. Ступино (ЦГБ)
7. Орехово-Зуево (ЦГБ)
8. Раменское (ЦРБ)
9. Нарофоминск (ЦРБ)
10. Клин (ЦРБ)
11. Волоколамск (ЦРБ)
12. Дубна (ЦГБ).

# Распределение лабораторий по мощности стационаров ЛПУ МО



Мощность стационара



# *1. Укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения МО*

Оборудование КДЛ по национальному проекту  
«Здоровье»

<b>Регио н</b>	<b>Лот № 1</b>	<b>Ло т № 2</b>	<b>Ло т № 3</b>	<b>Ло т № 4</b>
<b>Моско вская област ь</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>88</b>	<b>46</b>

*2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде*

В период с 2006 по 2008 годы был создан базовый сегмент региональной телемедицинской сети Московской области, включающий 29 телемедицинских центров и кабинетов, развернутых на базе медицинских учреждений Московской области.

Внедрено дистанционное телеинфокоммуникационное обучение с центром в МОНКИ на базе 12 медицинских округов с использованием телемедицинских кабинетов. Проводятся телеконсультации, видеосовещания.

В 98% лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Московской области (в 327 из 334 ЛПУ, участвующих в выполнении Московской областной программы ОМС внедрена в промышленную эксплуатацию типовая автоматизированная система управления обязательным медицинским страхованием в лечебно-профилактических учреждениях Московской области (далее - ТАСУ ОМС ЛПУ). Средствами ТАСУ ОМС ЛПУ создан первичный слой единого информационного пространства. ТАСУ ОМС ЛПУ разработана на основе архитектурных решений нового поколения, использующих единые стандарты, обеспечивающие безопасность персональных данных, надежное хранение и обработку информации, высокую эффективность доступа к данным, а также имеющие возможность развития.



3) внедрение стандартов  
медицинской помощи,  
повышение доступности  
амбулаторной медицинской  
помощи, в том числе  
предоставляемой врачами-  
специалистами

Повсеместное внедрение в промышленную эксплуатацию ТАСУ ОМС ЛПУ позволило области перейти на медико-экономические стандарты (далее - МЭС).

Лабораторная служба МО при выполнении МЭС выступает в качестве исполнителя.

В рамках Московской областной программы ОМС медико-экономические стандарты используются для оплаты медицинской помощи, оказываемой пациентам по конкретным группам диагнозов.

Начиная с 2005 года, с использованием 33-х МЭС в 4-х ЛПУ оплачивается специализированная помощь детям по отдельным состояниям в перинатальном периоде.

Начиная с 2008 года, по МЭС оплачивается медицинская помощь по лечению катаракты операционным методом в условиях стационара в 36-и ЛПУ Московской области.

Начиная с 2009 года, с использованием 180-и МЭС оплачивается специализированная помощь по восстановительному лечению в областном клиническом центре восстановительного лечения и реабилитации.

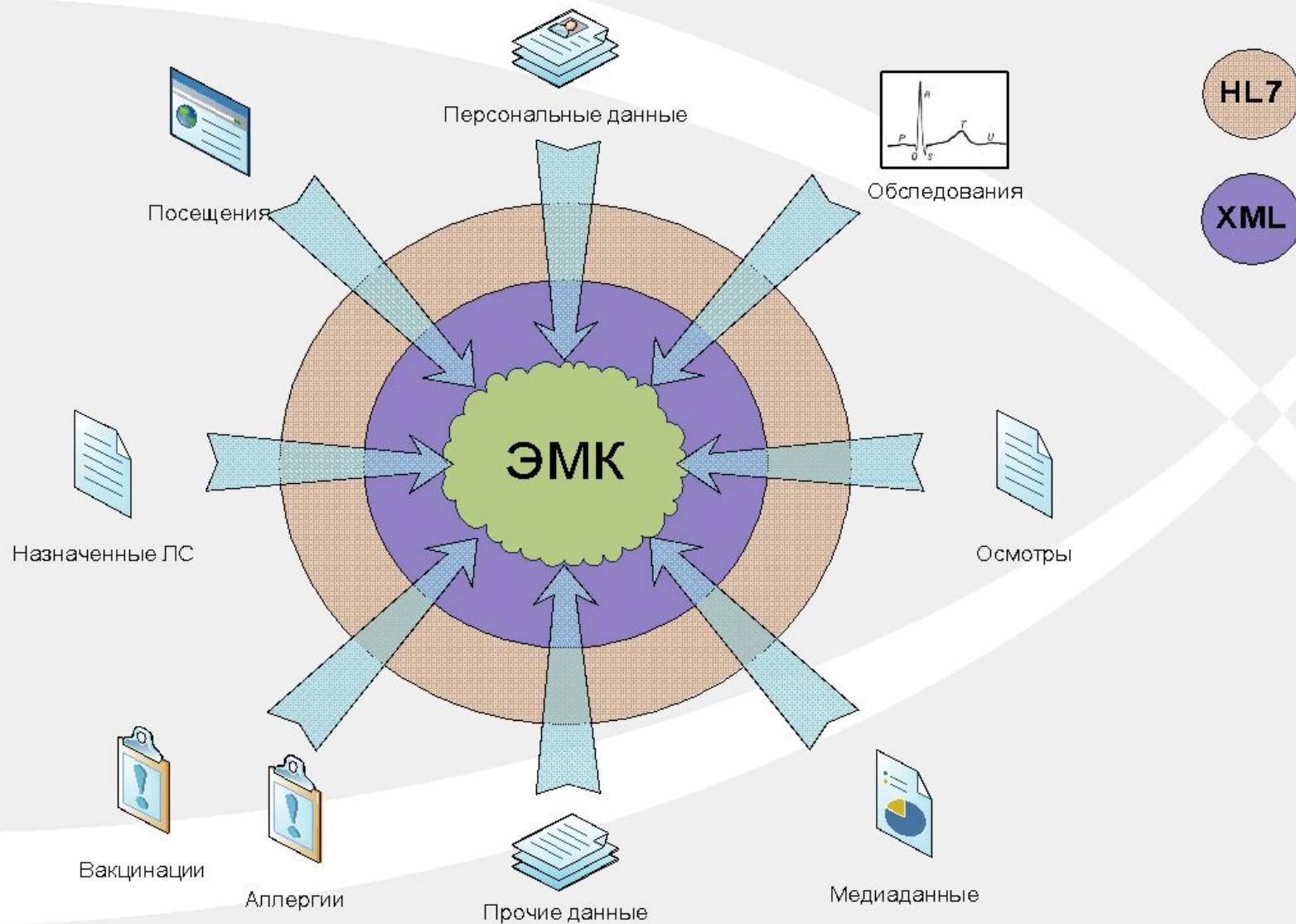


Начиная с 2010 года, с использованием 860-и МЭС оплачивается специализированная и первичная мед. помощь в условиях стационара в 57-и ЛПУ Московской области. Эти ЛПУ оказывают медицинскую помощь по 22 профилям, в том числе по онкологии, офтальмологии, дерматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Разработанные МЭС обеспечивают охват всех случаев лечения в стационарах муниципального уровня на 90% и в стационарах областного уровня на 12%. Объем оказываемой помощи составляет 42% всей стационарной помощи.

# Электронная медицинская карта (ЭМК)

## Состав электронной медицинской карты



Платные исследования проводятся примерно в 1/3 КДЛ ЛПУ МО на основании лицензии на проведение платных услуг и разрешения администрации города (района).

Перечень платных услуг для амбулаторных пациентов, проводимых в КДЛ, утверждается администрацией города (района).



Оплата производится в кассах коммерческого отдела крупных больниц и поликлиник, а в малых по объему ЛПУ – через сбербанк.

## Основные трудности лабораторной службы МО

В настоящее время в КДЛ ЛПУ МО прослеживаются три противоречивых тенденции: первая - увеличение объема лабораторных исследований в клинико-диагностических лабораториях;

вторая – недостаточное выделение средств на оплату участия лабораторий в ФСВОК, расходных материалов, техническое обслуживание (главные врачи ЛПУ ссылаются на недостаток финансовых средств);

третья – постепенное снижение заработной платы врачам и среднему медицинскому звену КДЛ ЛПУ МО, связанное с дефицитом бюджета МО.

Кадровый состав в КДЛ  
ЛПУ МО укомплектован  
врачами клинической  
лабораторной диагностики  
на 35-65%, средним звеном -  
на 40-60%.



Основная причина дефицита кадров связана с оттоком специалистов в Москву, где заработная плата значительно выше по сравнению с МО. Другая причина заключается в том, что только наличие вакансий дает возможность врачам и средним лаборантам совместительство с целью увеличения заработной платы.

## **Стимулирующие выплаты в рамках реализации подпрограммы «Модернизация здравоохранения Московской области на 2011-2012 гг.»**

6.4. Выплаты стимулирующего характера осуществляются из расчета 6500 руб. в месяц – врачам специалистам, 3500 руб. в месяц – специалистам со средним мед. образованием, участвующим в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи;

6.5. Медицинским работникам клинико-диагностической лаборатории Клинико-диагностического центра Учреждения выплаты стимулирующего характера в рамках Подпрограммы производятся в размере 45% от установленной суммы в соответствии с долей услуг, оказываемых для амбулаторно-поликлинических подразделений, в общем объеме оказываемых услуг.

По данным Минздравсоцразвития РФ, дефицит врачей в России составляет около 30%. Этот дефицит по ряду врачебных специальностей в 2 раза превышает расчетный норматив. Среди этих врачебных специальностей – врачи клинической лабораторной диагностики; врачи-патологоанатомы, врачи-рентгенологи и др.

Дефицит обусловлен низкой заработной платой медицинских работников: она на 22% ниже, чем в среднем в экономике. Более того, из-за демографического провала и из-за высокой доли врачей предпенсионного и пенсионного возраста (около 50%) сохранение низкой оплаты труда в отрасли приведет к существенной нехватке врачей и среднего мед. персонала в самое ближайшее время.

*Как отвечает законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» на вызовы системе здравоохранения Аналитическая справка М., 2011*

Если сравнить уровень оплаты труда врача в РФ с аналогичным уровнем оплаты труда врача в «новых» странах ЕС (Чехия, Словакия), имеющих аналогичный с РФ ВВП на душу населения (около 19 тыс. \$ппс в год), то в этих странах врач получает в 1,5-2,5 раза больше по сравнению со средней оплатой труда в этих странах.

Следует также обратить внимание на низкий уровень оплаты труда профессорско-преподавательского состава вузов (в среднем он не превышает 15-20 тыс. руб. в месяц) что, естественно не стимулирует повышение уровня обучения студентов и последипломного образования врачей.



Для повышения мотивации медицинских кадров необходимо повысить оплату труда медицинских работников минимум в 1,5 раза, тогда она будет на 15% выше, чем в среднем в экономике. Эта мера должна сопровождаться внедрением дифференцированных подходов к оплате труда по единым критериям в зависимости от его качества и интенсивности. Оплата труда профессорско-преподавательского состава должна быть повышена в 2 раза. Зарплата профессора медицинского вуза должна соответствовать оплате труда главного врача крупной клиники федерального или регионального уровня.

*Как отвечает законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» на вызовы системе здравоохранения Аналитическая справка  
М., 2011*

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ  
ВОЗМОЖНО ЛИШЬ ПРИ УСЛОВИИ  
ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
НА ОСНОВЕ ДОСТИЖЕНИЙ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ НАУКИ,  
СОЗДАНИЯ И ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ ЭФФЕКТИВНЫХ  
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И  
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В МЕДИЦИНСКУЮ ПРАКТИКУ

НЕПРЕРЫВНЫЙ ПОСТУПАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ОБНОВЛЕНИЯ  
МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И ЛЕЧЕБНЫХ СУБСТАНЦИЙ,  
ТРЕБУЕТ ФОРМИРОВАНИЯ И  
АДЕКВАТНОГО ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ  
ЦЕЛЕВЫХ НАУЧНЫХ ПРОГРАММ  
ПО ПРИОРИТЕТНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ РАЗВИТИЯ  
МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В настоящее время, внедрение любых новых методов диагностики, необходимых клиницистам, воспринимается врачами лабораторной медицины МО «в штыки». Причины - высокая загруженность, отсутствие в помещении лаборатории свободного места для размещения аппаратуры, необходимость отрыва одного из специалистов от производства в связи с обучением новой технологии, ответственности за проведение новых исследований, которые «ложатся» дополнительным грузом в потоке проводимых ежедневных лабораторных анализов, а также отсутствие каких-либо материальных стимулов, направленных на освоение новых диагностических методов и технологий.

Национальный проект «Здоровье»



Научное общество нефрологов России



# НЕФРОЛОГИЯ

## НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО



АССОЦИАЦИЯ  
МЕДИЦИНСКИХ  
ОБЩЕСТВ  
ПО КАЧЕСТВУ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»

или макроцистической  
каменности в почке и в мезен-  
гемаургии — следствие повреж-  
дений тотальной и восполняет  
идет отхождением кровянист  
«мочных помоев», чаще имеет

составляет ориентировоч-  
ных мочевыводящих путей,  
ашечно-лоханочной системы по  
локализации и расширен-  
нках;  
воты;

явлено», «внизу что-то провали-

ется учащенным мочеиспускани-  
е в толщину полового члена у  
остей уретры мелкие конкре-  
х. У мужчин, помимо дилатаци-  
им моченспускающим, орудни-  
ном перерыве струи и некогда  
приводит в асшибованно  
пузыря обнаруживаются дивер-  
зиях с императивными позыва-  
турно, чаще терминальную,  
чины сопровождается сильной  
и. При полной закупорке уре-  
а моченспускающая, требующая

ей) удаётся пропальпировать  
дела мочеоточника пальпируют  
исследования у мужчин. Пре-  
ва болезненна, положительна  
стороне поражения. Острум  
дают лёгкие защитные напря-  
живичной области, описанные  
ются при остром окклюзивном

исследования. Необходимо определить структуру камней для уточнения  
конкретной противоспазматической терапии и метафилактики, а также способа  
и выведения.

### Лабораторные исследования

Диагностика включает определение кальция, неорганического фосфора, моче-  
вой кислоты и магния в сыворотке крови и в суточной моче, а также исследование  
мочевой и аминокислот в моче.

Гиперкальциемия наблюдается нечасто даже при первичном гиперпаратирео-  
идозе, обычно её обнаруживают при заболеваниях костей и суставов, типичны  
носы, раке почек. Гиперкальциемия при тех же состояниях встречается чаще,  
но она может быть идиопатической. Гиперфосфатурия может быть выражением  
фосфатурического диатеза при первичном заболевании желудка или ЦНС. Чаще  
фосфатурия лозная, что зависит от щелочесобразующих бактерий мочи — протей.  
Гиперурикемия и гиперурикурия возникают при нарушении синтеза и экскреции  
мочевой кислоты, что отмечается при мочеисловом диатезе, подагре, почечной недо-  
статочности и некоторых других заболеваниях. Сочетание гиперурикемии и кис-  
лотической мочи вызывает образование трипель-камней.

Наиболее часто МКБ выявляется гематурией разной интенсивности, чаще  
используют микроскопический характер и обнаруживающейся при общем анализе  
мочи. В сомнительных случаях показана проба по Нечипоренко. При физической  
нагрузке микрогематурия нарастает.

Протеинурия для нефропатий не характерна, обычно она незначительна и  
имеет лизный характер вследствие присутствия в моче форменных элементов крови  
и эритроцитов воспаления. Лейкоцитурия и бактериурия — признаки сопутствующе-  
го пиелонефрита, особенно при нефролитиазе одно- и двусторонний характер.  
По данным урологической клиники Московской медицинской академии, в 80%  
случаев при двустороннем пиелонефрите воспалительный процесс более выражен  
на стороне камня, а на противоположной почке, где конкременты могут отсут-  
ствовать. Бактериурия требует посева мочи с последующим бактериологическим  
исследованием для идентификации возбудителя и определения чувствительности к  
антибактериальным препаратам. Нет сомнения в том, что одностороннее обнаружение  
лейкоцитурии, особенно у женщин, ещё не свидетельствует о сопутствующем пиело-  
нефрите, а требует уточнения с помощью двух- (у мужчин трёх-) стаканной пробы.

Особое место в лабораторной диагностике занимают методы оценки кри-  
сталлизации мочи с помощью системы «Литос», предложенные в научно-  
исследовательском институте геронтологии и герiatrics. Исследования показыва-  
ют, что микроскопия кристаллизации капли мочи позволяет выделить низкую,  
среднюю и высокую степень возможного камнеобразования, а также отсутствие  
факторов камнеобразования. Это позволяет прогнозировать темпы роста име-  
ющегося конкремента и вероятность образования нового камня. Подобные дан-  
ные в сочетании с результатами исследования состава конкремента и оценкой  
его в сочетании с результатами исследования состава конкремента и оценкой

Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
ФГУ Российский геронтологический научно-клинический  
центр

**ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ  
ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПО  
МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ  
БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ  
(ЛИТОС-СИСТЕМА)**

**медицинская технология**

*Разрешена к применению  
Федеральной службой по надзору  
в сфере здравоохранения и  
социального развития РФ  
(разрешение ФС № 2009/155  
от 15 июня 2009 г.)*

**Москва – 2009**

Серия АА  0001871

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

**РАЗРЕШЕНИЕ**  
НА ПРИМЕНЕНИЕ НОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

ФС № 2009/ 155 от « 15 » июня 2009 г.

«**Диагностика различных патологических состояний  
по морфологической картине биологических  
жидкостей (Литос система) »**»

**Выдано:** ФГУ «Российский геронтологический научно-клинический центр» (129226, Москва, ул.1-ая Леонова, д.16).

**Показания к использованию медицинской технологии:**  
Диагностика патологического процесса любого генеза (воспалительный, интоксикация, ишемия, склерозирование, камнеобразование, пролиферативный, злокачественный рост и др.).  
Оценка степени нарушения иммунного статуса.  
Мониторинг больного и оценка эффективности терапии.  
Может быть использована при проведении профилактических осмотров и диспансерного наблюдения населения.

**Противопоказания к использованию медицинской технологии:**  
Противопоказаний нет.

**Возможные осложнения при использовании медицинской технологии и способы их устранения:**  
Осложнений при использовании не отмечено.

Руководитель  **Н.В.Юргель**





**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

**РЕГИСТРАЦИОННОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ**

**№ ФСР 2008/02488**

от 29 апреля 2008 года Срок действия: не ограничен.

Настоящее удостоверение выдано  
ФГУ «Российский научно-исследовательский институт геронтологии  
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,  
129226, Россия, Москва, ул. 1-ая Леонова, д.16

и подтверждает, что изделие медицинского назначения  
Комплект тест-карт и белкового реактива для диагностики различных  
патологических состояний по морфологической картине биологических  
жидкостей «Литос-система» по ТУ 9398-245-05031637-2007

производства  
ФГУ «Российский научно-исследовательский институт геронтологии  
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,  
129226, Россия, Москва, ул. 1-ая Леонова, д.16

класс потенциального риска 2а ОКП 93 9819

соответствующее комплекту регистрационной документации

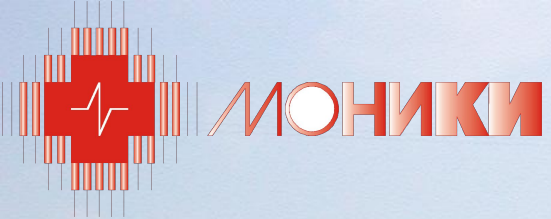
КРД № 10170 от 11.03.2098

приказом Росздравнадзора от 29 апреля 2008 года № 3195-Пр/08

разрешено к производству, продаже и применению на территории Российской  
Федерации

Руководитель Федеральной службы  
по надзору в сфере здравоохранения  
и социального развития Н.В. Юргель





БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ

