



+ В центре внимания +

Минздрав РФ утвердил новый порядок контроля в сфере ОМС

Текст: Дина Кравченко

Контроль деятельности страховых компаний и медицинских организаций является важнейшей задачей в сфере обязательного медицинского страхования, выполнение которой напрямую связано с соблюдением прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи и целевым расходованием средств ОМС.

Согласно изменениям, внесенным в декабре 2020 года в Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», полномочия по утверждению порядка осуществления территориальными фондами ОМС контроля деятельности страховых медицинских организаций и медицинских организаций были переданы от Федерального ФОМС Министерству здравоохранения РФ.

Новый порядок, утвержденный Приказом Минздрава № 255н от 26.03.2021, расширил полномочия ТФОМС в отношении проведения контрольных мероприятий.

Проверке подлежат основные вопросы деятельности страховых компаний и медицинских организаций. Для страховой

компании это осуществление деятельности в сфере ОМС, проведение контроля сроков, объемов и качества медпомощи, защита прав застрахованных, рассмотрение их жалоб, а также их информационное сопровождение.

В медицинской организации ТФОМС проверяет обоснованность получения клиникой средств ОМС, их использование в соответствии с территориальной программой ОМС по видам медпомощи и структуре тарифа, наличие и достоверность данных персонифицированного учета сведений о медпомощи, оказанной застрахованным лицам.

Если ранее проверки проводились только по месту нахождения страховой компании и медицинской организации, то теперь они могут быть еще и документальными (камеральными), то есть проводиться заочно на основе представленных по запросу ТФОМС документов, и контрольными — в целях изучения результатов по устранению нарушений и недостатков, выявленных ранее в ходе комплексной или тематической проверки.

Кроме того, в обновленном документе уточняется, что проверки могут быть комплексными, тематическими и контрольными, плановыми или внеплановыми, а также проведенными выборочным либо сплошным способом.



ТФОМС будет проверять страховые компании и медицинские организации по новым правилам: приказ Минздрава № 255н от 26 марта 2021 года



ТФОМС осуществляет контроль деятельности страховых медицинских организаций путем проведения проверок с целью:

Проверки могут быть:



Выездными проводятся по месту нахождения страховой медицинской организации



Документарными (камеральными) проводятся без выезда, на основе представленных по запросам ТФОМС документов



Комплексными проводятся с целью проверки комплекса вопросов за период



Тематическими проводятся с целью рассмотрения отдельных вопросов



Контрольными контроль исправления нарушений, выявленных в ходе комплексной или тематической проверки



выявления нарушений норм законодательства в сфере ОМС



выявления фактов нецелевого использования средств ОМС



Плановыми проводятся в соответствии с планом, утверждаемым на год



Внеплановыми проводятся по обращениям надзорных органов, граждан, в связи с прекращением лицензии и т.д.



Сплошным способом контроль в отношении всех финансовых, бухгалтерских, отчетных документов по вопросу



Выборочным способом контроль в отношении части финансовых, бухгалтерских, отчетных документов по вопросу

Документ вступил в силу
02.05.2021

Изменения в порядке осуществления контроля деятельности страховых компаний и медицинских организаций направлено в первую очередь на повышение эффективности расходования средств ОМС, которые составляют по-

рядка 70% в структуре финансирования системы здравоохранения. Только в Челябинской области в 2021 году ТФОМС Челябинской области направит на оплату медицинской помощи свыше 52 млрд рублей.

В 2020 году ТФОМС Челябинской области направил на оплату медицинской помощи более 52 млрд рублей

Текст: Дина Кравченко

На очередном заседании регионального Законодательного Собрания директор ТФОМС Челябинской области Агата Ткачева отчиталась об исполнении бюджета фонда за 2020 год.



Как отметила директор фонда, доходная часть бюджета составила 52,5 млрд рублей, что почти на 9% больше по сравнению с 2019 годом. Более 90% в бюджете занимает субвенция Федерального фонда ОМС в размере 49,8 млрд рублей. Доля средств областного бюджета в сравнении с 2019 годом увеличилась на 44% и составила 1,2 млрд рублей.

Кроме того, 643 млн рублей поступило в бюджет фонда за оказание медицинской помощи в лечебных учреждениях Челябинской области гражданам, застрахованным в других субъектах РФ.

Расходы сложились в размере 52,4 млрд рублей, что на 10% выше уровня 2019 года. Более 95% в структуре расходов, или 50 млрд рублей, составило финансовое обеспечение ОМС за счет субвенции ФОМС, 906 млн рублей — за счет средств областного бюджета и 87,7 — за счет прочих поступлений.

В 2020 году в связи с распространением новой коронавирусной инфекции Челябинской области были выделены дополнитель-

но 503,8 млн рублей, которые направлены на оплату специализированной медицинской помощи при заболеваниях и состояниях, связанных с COVID-19.

На ликвидацию кадрового дефицита в медицинских организациях за счет средств нормированного страхового запаса фонда было направлено 22,4 млн рублей, расходы на лечение граждан других субъектов РФ составили 641 млн рублей, что ниже 2019 года на 4,3%.

Подушевой норматив финансирования составил 14,5 тысячи рублей в расчете на каждого жителя Челябинской области, застрахованного в системе ОМС. Это выше аналогичного показателя 2019 года на 9,8%.

Фактическая оплата медицинской помощи в 2020 году составила 50,8 млрд рублей, из них финансирование круглосуточного стационара — 26,4 млрд рублей, амбулаторно-поликлинической помощи — 15,7 млрд рублей, дневных стационаров — 6 млрд рублей, скорой медицинской помощи — 2,7 млрд рублей.

ТФОМС Челябинской области продолжает реализацию мероприятий по укреплению материально-технической базы медицинских организаций и обучению медицинских работников за счет средств нормированного страхового запаса фонда. В 2020 году медицинским организациям Челябинской области на эти цели было выделено 101,8 млн руб. В результате по программам высшего профессионального образования прошли обучение 2 202 медицинских работника, приобретена 21 и отремонтировано 56 единиц медицинского оборудования.

В заключение Агата Ткачева подчеркнула, что в системе обязательного медицинского страхования финансирование медицинских организаций осуществляется стабильно, деятельность фонда направлена на обеспечение финансовой устойчивости территориальной программы ОМС, повышение доступности и качества оказываемой гражданам медицинской помощи.

+ Нацпроект «Здравоохранение» +

Евгений Ванин: специалисты

Текст: Ольга Титова

Заместитель министра здравоохранения Челябинской области рассказал об основных задачах и механизмах реализации кадровой политики в медицине региона.



— Евгений Юрьевич, вопрос обеспеченности специалистами имеет ключевое значение в здравоохранении. По данным областного Минздрава за 2020 год, укомплектованность врачами в целом по региону составляет 34%, средним медперсоналом — 80,5%, и практически такие же показатели по итогам 2019 и 2018 годов. Получается, позитивных тенденций пока нет?

— В настоящее время государственная система здравоохранения, являясь важнейшей отраслью жизнедеятельности общества, в целом нуждается в пополнении кадрами. Вспоминая 90-е — начало 2000-х, мы можем констатировать тот факт, что профессия медицинского работника не была престижной, высокооплачиваемой, социально защищенной, и это не способствовало притоку специалистов в медицину, а зачастую и провоцировало их уход в другие отрасли экономики.

Проблему нехватки медицинских кадров обострила пандемия. В период стремительного распространения COVID-19, когда все силы и средства системы были брошены на борьбу с новой инфекцией, мы, к сожалению, теряли и медработников. Помимо тех, чья жизнь унесла болезнь, многие ушли из профессии в связи с достижением пенсионного возраста или по собственному желанию, не найдя в себе силы противостоять опасности.

Тем не менее категорично утверждать, что в кадровом вопросе мы наблюдаем только негативную динамику, неправильно. В абсолютных цифрах на 1 января 2021 года численность врачей в медицинских организациях области составила 10 768 человек. И это на 75 человек выше показателя 2019 года. Даже такой маленький прирост в условиях пандемии — весомый повод для гордости. При этом у нас довольно неплохая обеспеченность средним персоналом: 25 512 человек, или более 80%. Почти треть пришедших в 2020 году в государственную систему здравоохранения работников среднего звена составили выпускники медицинских образовательных организаций.

В перспективе ситуация должна измениться. Мы обязаны не только воспитать молодое поколение, но и вернуть тех, кто ушел: такая возможность закреплена законодательно и позволяет специалистам, оставившим про-

фессиональную деятельность более 5 лет назад, вернуться в профессию после необходимого обучения. Многие вернулись, что также подтверждается цифрами: при уволившихся 1 384 врачах в 2020 году трудоустроились 1 550.

— Какие направления сегодня определяют формирование кадровой политики в областном здравоохранении?

— Основы кадровой политики устанавливаются государственными целями и задачами, обозначенными федеральным проектом «Обеспечение системы здравоохранения квалифицированными кадрами» (это одно из приоритетных направлений нацпроекта «Здравоохранение»), а также региональной программой «Развитие здравоохранения Челябинской области». Специалисты — наш важнейший ресурс, и сегодня все силы направлены на решение законодательных, финансовых, социальных задач по развитию кадрового потенциала. Прежде всего, это обеспечение достойного уровня заработной платы и уровня жизни медработников, гарантии непрерывного профессионального образования, планирование трудоустройства молодых специалистов. Безусловно, кадровая политика требует постоянной, четкой системной работы, межведомственного взаимодействия, очень взвешенных комплексных решений с учетом потребностей областного здравоохранения.

Главной особенностью кадровой политики в здравоохранении Челябинской области можно назвать углубленную социальную направленность заявленных в ней мер.

Так, один из основных механизмов — это повышение профессионального уровня специалистов, основанное на дальнейшем развитии системы непрерывного медицинского образования, которая включает обучение в вузе, последипломное обучение, переподготовку и повышение квалификации, в том числе за счет средств нормированного страхового запаса средств ОМС.

Далее, предусмотрены меры социальной поддержки, которые уже реализуются: предоставление медицинским работникам служебного жилья (в 2020 году для этих целей приобретено 100 квартир), компенсация коммунальных расходов, единовременные выплаты за счет федеральных и областных средств по программам «Земский доктор» и «Земский фельдшер» специалистам, приехавшим на работу в сельскую местность и малые города.

Значимым механизмом является улучшение условий труда в медицинских организациях. К примеру, в рамках программы модернизации первичного звена проводятся ремонты, переоснащение медицинских организаций современным оборудованием, запланированы строительство и ремонты фельдшерско-акушерских пунктов. В этой связи не менее важны и мероприятия по охране труда, причем речь здесь идет не только о специальной оценке условий, а о непосредственном и постоянном контроле обеспеченности и использования медицинскими работниками средств индивидуальной защиты.

Еще один серьезный аспект — правовая и социальная защита медицинских



работников. В настоящее время мы нередко наблюдаем негативное или потребительское отношение со стороны населения к медицинскому работнику и его труду. Медицина не может быть сферой сервиса, при этом ролью пациента становится не потребление услуги, а выстраивание партнерского взаимодействия с врачом с целью сохранения здоровья, профилактики и лечения заболеваний.

— Одним из самых эффективных механизмов в решении кадрового вопроса заявлено целевое обучение в медуниверситете, что фактически предполагает возвращение к государственному распределению. Можно ли уже сделать предварительные прогнозы?

— В 2020 году на бюджетное обучение в Южно-Уральский медицинский университет по целевым квотам зачислено 75% студентов, что позволяет с долей определенного оптимизма говорить о неплохих показателях обеспеченности медицинскими кадрами к 2026 году. Договор о целевом обучении обязывает выпускника по окончании вуза отработать по распределению не менее трех лет в медицинской организации, подведомственной региональному Минздраву. При этом на федеральном уровне имеется возможность при необходимости увеличивать объем целевого приема до 100%.

Тем не менее любые прогнозы нужно делать очень аккуратно. Не будем забывать, что прогнозные показатели приводятся с учетом планируемого выпуска. Вместе с тем у нас более четверти медработников достигли пенсионного возраста, около 12% — предпенсионного. В общей сложности треть коллектива любой медицинской организации может уйти на заслуженный отдых одномоментно. А есть коллективы, где доля работников, достигших пенсионного возраста, составляет более половины. И этот аспект также не-

обходимо принимать во внимание при прогнозировании результатов.

Помимо этого, по истечении установленных договором трех лет есть риск, что специалист найдет другое место работы или вовсе уйдет из профессии. Поэтому уже при организации целевого приема важно понимать, насколько человек профориентирован, готов выдержать очень сложное обучение, работать в системе здравоохранения, обладает ли он такими качествами, как умение соперничать, сострадать, помогать людям. А после выпуска мы должны всеми силами сохранить специалистов на рабочих местах, что во многом зависит от руководства, коллектива медицинской организации, института наставничества, заботы, которой будут окружены молодые специалисты, и, конечно, адекватных мер социальной поддержки.

— В первичном звене, сельских территориях и малых городах дефицит специалистов наиболее ошутим: обеспеченность врачами около 19%, средним персоналом — примерно 40%. Врачебные должности замещают фельдшеры, врачи-специалисты вынуждены совмещать функционал по нескольким профилям. Каковы на сегодняшний день пути преодоления кадрового дисбаланса?

— На ситуацию в первичном звене можно посмотреть с разных сторон. Во-первых, нужно избавиться от стереотипа, что участковая служба должна непременно состоять только из врачей. Сегодня врачи имеют неплохие возможности для трудоустройства, в том числе, в частной системе здравоохранения, поэтому еще долго ждать момента, когда врачи с большим желанием пойдут в амбулаторно-поликлиническое звено. Важно регулировать вопрос таким образом, чтобы участковая служба не была оголена, и работа опытных, грамотных фельдшеров на врачебных должностях — вполне адекватный для этого механизм. Безусловно, на постоянной основе необ-

— наш важнейший ресурс

ходимому соответствующее обучение фельдшерского состава, эти задачи решаются на уровне профессионального сообщества и руководства медицинских организаций. Что касается совмещения врачом функций двух и более узких специалистов, с учетом распределения нагрузки это тоже вполне действенный способ увеличения доступности медицинской помощи для пациента.

Во-вторых, нужно обязательно повышать престиж первичного звена — не только с помощью зарплаты, но и путем формирования у молодежи понимания ценности этой работы. Большинство обучающихся в медицинских вузах видят себя кардиохирургами, нейрохирургами, пластическими хирургами и так далее. На самом деле их требуется не так много. И напротив, сеть первичной медико-санитарной помощи достаточно разветвленная и емкая для того, чтобы принять большое количество специалистов. В любом случае будет соблюдаться баланс между уровнями медицинской помощи, и, наполняя первичное звено, мы ни в коем случае не оголим другие направления.

Для привлечения медработников в сельские населенные пункты и малые города достойно работают программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер». За все время их существования принято 867 медицинских работников:

727 врачей и 140 фельдшеров. В 2020 году в муниципальные образования пришли работать 113 специалистов (61 врач и 52 фельдшера).

Отмечу, в 2021 году условия участия в программах изменились, что позволяет нам привлекать медицинских сестер и акушеров. Также федеральным Минздравом предоставляется возможность выделения дополнительных средств, если будет досрочно исчерпан определенный нам лимит финансирования.

Важно, что в последние годы в сельских территориях не закрыт ни один фельдшерско-акушерский пункт, напротив, строятся новые, сохраняются действующие ФАПы даже в малочисленных населенных пунктах при условии, что там есть специалист. В поселках, где нет стационарных ФАПов и штатных сотрудников, организована выездная форма работы.

— **Еще один интересный вопрос — эффективность менеджеров здравоохранения. На ваш взгляд, в Челябинской области много главных врачей, которые умеют грамотно выстраивать работу медицинской организации? Каковы критерии для назначения руководителей и современные подходы к управлению?**

— Безусловно, на эффективность руководителей нужно обращать особое

внимание. Правильный подбор главного врача на 90% определяет успешность медицинской организации. Важно отметить, что Минздрав Челябинской области на постоянной основе формирует резерв управленческих кадров для государственных медицинских организаций, что позволяет нам с учетом определенных требований выбирать претендентов на руководящие должности.

Прежде всего, для руководителя обязательно соответствие квалификационным критериям: высшее медицинское образование, послевузовское профессиональное образование, сертификат специалиста по организации здравоохранения, а также стаж работы на руководящих должностях не менее 5 лет.

Современный главный врач должен уметь разрабатывать стратегию развития медицинской организации, грамотно подходить к вопросам управления финансами и кадрами, владеть методами проектного менеджмента и маркетинга в системе здравоохранения, мотивации персонала. Задача руководителя — не просто обеспечение текущей работы и выполнение указаний сверху, но постоянное движение вперед. В условиях рынка медицинскую помощь можно считать неким продуктом, который необходимо сделать лучшим, обеспечить высокий спрос: обязательное медицинское страхование предоставля-

ет пациенту право выбора медицинской организации, соответственно, за этим пациентом пойдет и финансирование. От главного врача зависит и атмосфера в коллективе, условия труда, соблюдение прав работников. Кроме того, важно выстраивать взаимодействие с населением, общественностью, СМИ, создавать и поддерживать позитивный имидж. Все вместе это складывается в эффективное управление медицинской организацией и ее успешную работу.

Для грамотного управленца непростые ситуации, как, например, пандемия COVID-19, становятся широким полем деятельности. В нештатных обстоятельствах показать и доказать свою эффективность способен не каждый, но такие руководители у нас есть. И их должно становиться больше. В системе управления кадрами поддержание высокого профессионального уровня организаторов здравоохранения является особенно важным направлением. При их подготовке и повышении квалификации основными задачами образовательных программ института дополнительного профессионального образования ЮУГМУ под руководством Марины Геннадьевны Москвичевой определены именно формирование и совершенствование навыков эффективного управления медицинской организацией.

+ Есть такая профессия +

Дань памяти погибшим коллегам: на территории ГКБ № 8 г. Челябинска высадили кедры

Текст: Ольга Титова

В рамках проекта «Зеленый марафон» сотрудники городской клинической больницы № 8 высадили 20 кедров, в акции приняли участие все отделения ГКБ № 8, за которыми в дальнейшем и будут закреплены деревья для полноценного ухода.

Подрастающие кедры станут символом памяти о медицинских работниках, отдавших свои жизни профессии во время пандемии COVID-19.

— Прошедший 2020 год стал для всех нас настоящим испытанием, когда все силы были брошены на борьбу с новой коронавирусной инфекцией, на плечи медработников легла огромная нагрузка, — говорит главный врач городской клинической больницы № 8 Наталья Реминец. — Пусть эти кедры, высаженные в рамках экологической акции, будут данью памяти нашим коллегам, которые погибли, выполняя медицинский долг, пожертвовали собой ради спасения пациентов. Несмотря ни на что, мы выдержали, выстояли, не теряя веры в лучшее. Такие жесты доброй воли, как «Зеленый марафон», объединяют нас, укрепляют командный дух в стремлении к здоровому будущему.



Озеленение продолжится в сентябре, когда планируется второй этап высадки кедров, кроме того, на территории больницы установят экологически безопасные

скамейки из переработанного пластика. Облагороженное пространство для прогулок и отдыха будет радовать сотрудников больницы, пациентов, посетителей.



Наталья Реминец,
главный врач
городской клинической больницы № 8



+ Уроки здоровья +

Давление вверх? Как правильно бороться с артериальной гипертонией

Текст: Дина Кравченко

Артериальная гипертония – одно из самых распространенных и коварных заболеваний системы кровообращения, часто приводящее к сосудистым катастрофам – инсультам и инфарктам. О том, какие органы убивает гипертония, чем женщины и мужчины-гипертоники отличаются друг от друга и при чем здесь соль, в интервью газете «Про-ФОМС» рассказал профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Южно-Уральского государственного медицинского университета, член правления Российского кардиологического общества, почетный кардиолог России Игорь Шапошник.



+ Чем опасна гипертония?

Артериальная гипертония является одним из самых распространенных состояний. По данным российских исследований, она имеется у 44% граждан трудоспособного возраста от 18 до 65 лет: у 49% мужчин и 42% женщин.

Почему сегодня этому состоянию уделяется так много внимания? С одной стороны, артериальная гипертония лежит в основе всех последующих сердечно-сосудистых осложнений. Это и инфаркт миокарда, инсульт, сахарный диабет, поражение нижних конечностей (атеросклероз), внезапная смерть и т. д. А с другой – на поражает многие органы, которые мы называем мишенями: сердце, которое вынуждено работать с большой нагрузкой, преодолевая давление, почки, которые подвергаются нефросклерозу, сосуды, разрушающиеся под действием высокого давления, и, наконец, головной мозг.

Наибольший удар гипертония наносит по сосудам. При повышенном давлении сосуды, словно трубы под напором, повреждаются. Целостность эндотелия – внутреннего гладкого слоя сосудов – нарушается, появляются трещины, происходит отложение холестерина, формирование бляшек, которые имеют способность разрываться. К месту разрыва устремляются тромбоциты, которые не только устраняют разрыв, но и дают начало росту тромбов, в результате чего сосуд закупоривается. При таких условиях и происходят сосудистые катастрофы – инсульты и инфаркты.

+ Как правильно измерять давление?

Измерять артериальное давление лучше автоматическими тонометрами, в которых используется манжетка, накладываемая на плечо. Напульсники в этом плане менее точны. Давление измеряют сидя, в спокойном состоянии,

рука должна находиться на столе на уровне сердца, манжетка наложена на плечо не сильно туго, чтобы пропускала один палец, и на два поперечных пальца выше локтевого сгиба. Не стоит измерять давление сразу после курения, волнения или физической нагрузки.

После первого измерения необходимо подождать 1-2 минуты и измерить повторно. Если по верхнему давлению разница не больше 10 мм, то берется среднее значение между этими измерениями. Если разница больше, то необходимо провести измерение третий раз, и тогда результатом будет среднее значение между вторым и третьим измерениями. Многие ученые считают, что результаты первого измерения не должны учитываться, так как они являются реакцией организма на давление манжетки.

Давление рекомендуется измерять в любое время суток, но наиболее значимы результаты измерения утром натощак. Вообще, как ни странно, самое высокое давление у человека отмечается за час до пробуждения. Такую закономерность специалистам удалось установить после массового внедрения суточного (холтеровского) мониторирования. В это время выбрасывается большое количество гормонов, ферментов, повышается давление, так как организм готовится к новому дню. После завтрака давление, как правило, снижается и даже у больных гипертонией может составлять нормальные значения. К вечеру наблюдается второе повышение, хотя оно и менее выражено, чем утром. А вот ночью давление должно снизиться на 15-20% по сравнению с вечерним показателем. Такая вариативность связана с циркадными ритмами всех живых организмов. Поэтому давление в течение суток крайне неустойчивое, и это нормально.

+ Какие нормы?

В результате измерения давления мы получаем три значения: верхнее и нижнее давление и пульс. Верхнее давление – систолическое, показывает так называемый сердечный выброс, а нижнее давление – диастолическое, больше отражает состояние сосудов.

Установлено, что давление у людей в возрасте до 80 лет должно быть не больше 140 на 90 мм рт. ст. Для лиц старше 80 лет допускается норма 160 на 90, при условии отсутствия жалоб.

Разница между верхним и нижним давлением не должна превышать 60 мм рт. ст.

Понижение систолического давления у пожилых людей ниже 120 мм рт. ст. может быть опасным для жизни. У лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями риск возникновения повторного инфаркта увеличивается на одну треть, повторного инсульта – на четверть.

Систолическое давление повышается с возрастом, и к 90 годам у 100% людей развивается артериальная гипертония. Диастолическое давление повышается обычно до 50 лет, а потом даже несколько снижается.

Гипертоническая болезнь у мужчин и женщин развивается по-разному. Большинство

женщин в молодости являются гипотониками, а с повышением давления сталкиваются только в период беременности и наступления менопаузы, ближе к 50 годам.

У мужчин гипертония начинается очень рано. Уже с 15-летнего возраста она встречается в 2-3 раза чаще, чем у женщин, и для них характерно скрытое течение заболевания. Оно проявляется незначительным повышением давления в течение дня и повышением давления ночью, когда оно должно существенно снижаться.

В 2002 году мы проводили исследование молодых мужчин в возрасте от 18 до 30 лет. При осмотре у них было отмечено нормальное давление и отсутствовали какие-либо жалобы. В рамках эксперимента мы поставили всем участникам суточные мониторы и в результате получили 38% больных гипертонией. Каждый третий из молодых мужчин, не жалующихся на здоровье, оказался гипертоником.

+ Кофе понижает давление, а соль – повышает

Еще в 2013 году европейские эксперты доказали, что кофе и чай снижают артериальное давление. И это правда. Давление может повышаться от бессонницы и стресса даже при приеме этих напитков, но не от них самих. Кофе вообще очень полезный напиток. Он повышает тонус сосудов, помогает побороть головную боль, обладает мочегонным эффектом, что также неплохо для людей, страдающих повышением давления.

Повышенное давление, нарушение холестерина обмена и курение вносят 76% в структуру преждевременной смертности в России.

В вопросах борьбы с гипертонией очень важно ограничение употребления соли. С одной стороны, в российской кухне любовь к солению уже стала традицией. С другой стороны, у нас сформированы неправильные вкусовые пристрастия и привычки. Культура питания человека формируется еще с детства. Когда ребенок начинает есть с общего стола, зачастую ему подсаливают свежие овощи или вареные яйца, которые со временем без соли кажутся невкусными, и человек начинает любить не вкус натурального продукта, а вкус соли. К сожалению, родители не понимают, что тем самым воспитывают будущего гипертоника. Недаром известный советский и российский кардиолог, доктор медицинских наук, профессор Евгений Иванович Чазов еще в 1976 году написал в своей книге о том, что проблема сердечно-сосудистых заболеваний – это проблема не геронтологическая, а педиатрическая. Потому что все начинается с детства: формирование неправильных вкусовых привычек, низкая физическая активность, подверженность стрессам, травмирование психики.

В зависимости от употребления соли все люди условно делятся на три группы. Первые солят пищу, предварительно не пробуя ее на вкус, вторые – пробуют и в случае необходимости досаливают, и третьи – те, кто не солит еду. Риск развития гипертонии у первой группы составляет 90-95%, у второй группы – 60-70%, у

третьей – 20-30%. Отдельной проблемой является качество продуктов на прилавках супермаркетов. Сыры, колбасы, консервы, сосиски, хлеб и другие продукты сильно пересолены. Если по стандартам человеку необходимо 3-4 грамма соли в сутки, то фактически мы употребляем порядка 15-20 граммов ежедневно.

Еще одной серьезной проблемой является курение. Оно не только вредно само по себе, так как продукты горения разрушают сосуды, слизистую оболочку, оно еще и препятствует полноценному действию лекарственных средств, на 50-70% снижая их эффективность. Не зря в Англии многие частные клиники не принимают курящих людей, так как их лечение является малоперспективным.

Что касается лекарственных препаратов от гипертонии, то сегодня достаточно большой выбор: пять основных и несколько дополнительных классов лекарств. Но правильно подобрать их может только лечащий врач. Распространенной ошибкой многих гипертоников является самолечение и неправильное употребление лекарств. Многие считают, что при нормализации давления можно отменить прием препаратов, на самом деле такие действия приводят только к повышению давления.

+ Когда необходимо обратиться к врачу?

В свое время не только в России, но и в других странах превалировало мнение о том, что при нормальном самочувствии человеку нет необходимости следить за своим давлением. Якобы если человек не ощущает повышенное давление, значит, такова его норма, и не следует вмешиваться в его здоровье. Тем временем у такого скрытого гипертоника постепенно разрушаются сердце, почки, сосуды и мозг. Затем в определенный момент происходит резкий скачок, как мы говорим, переход из количества в качество, и человек становится плохо. Поэтому на сегодняшний день дебаты по вопросу необходимости измерения давления прекратились и стало ясно, что каждый уважающий себя человек должен знать свое артериальное давление и уметь правильно его измерять.

Около 50% больных гипертонией не ощущают повышенное давление.

Если у человека давление поднимается выше значений 140 на 90, то ему необходимо обязательно обратиться к врачу. Гипертонию часто называют коварным убийцей, потому что около половины больных не ощущают признаков ее проявления. А это говорит лишь о том, что давление у них повышается так давно и постепенно, что уже произошла адаптация рецепторов.

Борьба с гипертонией – это очень серьезный и ответственный совместный труд врача и пациента. Соблюдение таких простых правил, как правильное измерение давления, контроль лишнего веса, адекватные физические нагрузки, отказ от курения и исключение соли из рациона, играет важную роль в профилактике и лечении артериальной гипертонии и вносит существенный вклад в снижение смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний.

Контакт-центр в сфере ОМС: 8-800-300-1-003

Группа «ВКонтакте»: www.vk.com/foms74

№5 (107), май 2021 года
Про-ФОМС
Информационное издание
территориального фонда ОМС Челябинской области

Издание зарегистрировано в Управлении
Федеральной службы по надзору
в сфере связи, информационных
технологий и массовых коммуникаций
по Челябинской области. Свидетельство
о регистрации СМИ ПИ №ТУ74-01084 от
12 мая 2014 года.

Учредитель и издатель:
Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования Челябинской
области. 454080, г. Челябинск,
ул. Труда, 156, тел. (351) 211-38-51.
E-mail: mail@foms74.ru, www.foms74.ru
Распространяется бесплатно.

Адрес редакции:
454080, г. Челябинск, ул. Труда, 156,
тел. (351) 211-38-51. E-mail: pressa@foms74.ru
Главный редактор Д.А. Кравченко.
Дизайн и верстка:
РА PRO. г. Копейск, ул. Сутягина, 15,
тел. (35139) 77-107

Отпечатано:
Газета отпечатана ЗАО «Прайм Принт Челябинск»
с оригинал-макетов редакции. ИНН 7452043482.
г. Челябинск, ул. Линейная, 63.
Тираж: 25 000 экз. Заказ №53880.
Подписано в печать: 28.05.2021 г.
по графику 16.00, фактически 16.00
Дата выхода: 31.05.2021 г.