

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

1 – 2015

В работе IX Съезда Федерации независимых профсоюзов России принял участие Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Председатель Правительства Российской Федерации Д.А. Медведев провел в Уфе совещание об антикризисных мерах в сфере здравоохранения



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION**

**НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 1, 2015**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 1, 2015

Рецензируемый научно-практический журнал

Издание входит в Перечень научных журналов, рекомендованных для публикации основных результатов диссертационных исследований на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук согласно решению Президиума Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки России от 7 декабря 2012 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Председатель редакционного совета

Н.Н. Стадченко – Председатель ФОМС, к.э.н.

Заместитель председателя редакционного совета

А.З. Фаррахов – Заместитель министра финансов Российской Федерации, к.м.н.

Н.А. Хорова – Заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

П.В. Бреев – Советник председателя ФОМС

А. Гиуффрида – Старший экономист Всемирного банка по вопросам здравоохранения, д.э.н. (США)

В.А. Зеленский – Директор Московского городского фонда ОМС, к.э.н.

С.А. Карчевская – Заместитель председателя ФОМС

М.А. Ковалевский – Профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Московского государственного медико-стоматологического университета, к.ф.-м.н.

О.А. Константинова – Заместитель директора Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Министерства здравоохранения Российской Федерации

С.Г. Кравчук – Начальник Управления организации ОМС ФОМС

Д.Ю. Кузнецов – Президент Межрегионального союза медицинских страховщиков

Д. Лангенбруннер – Ведущий экономист Всемирного банка по вопросам здравоохранения, доктор наук экономики и здравоохранения (США)

А.Л. Линденбратен – первый заместитель директора ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», д.м.н., профессор

А.В. Решетников – директор НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования, академик РАН

И.В. Соколова – Заместитель председателя ФОМС

В.И. Стародубов – директор ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, и.о. академика-секретаря отделения медицинских наук РАН, академик РАН

О.В. Царёва – Начальник Управления модернизации системы ОМС ФОМС, к.м.н.

И.М. Шейман – Профессор кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, к.э.н.

С.В. Шишкин – Научный руководитель Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, д.э.н.

В.В. Повод – Начальник Управления правовой и международной деятельности ФОМС

Главный редактор:

Е.А. Политова – Генеральный директор ООО «Издательство «Офтальмология», к.п.н.

Учредители: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Дом печати «Столичный бизнес»

Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 23.03.2015 года. Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм. Объем: 70 полос

Адрес редакции: 000 «Издательство «Офтальмология»

127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А. Тел.: (499) 488-87-03
E-mail: publish_mntk@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (для отправки статей)
Internet: www.omsjournal.ru

При перепечатке ссылка на журнал «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» обязательна

© «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации», 2015

Выходит 1 раз в два месяца с 2006 года

Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия

Регистрационный номер ПИ № ФС77-23840 от 28 марта 2006 года

Подписной индекс журнала «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» в каталоге «Газеты. Журналы» Агентства «Роспечать» – 36347

«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION»

№ 1, 2015

Peer-reviewed scientific practical journal

The edition is included in the list of scientific journals recommended for publications of basic results of researches for thesis defense to academic degrees of Candidate and Doctor of Sciences according to the decision of the Presidium of the Higher Attestation Commission of the Ministry of Education and Science of Russia dated December 7, 2012.

EDITORIAL BOARD:

Chairman of Editorial Board

N.N. Stadchenko – PhD (Economic Sc.), Chairman of the Federal compulsory health insurance fund

Deputy Chairman of Editorial Board

Ayrat Farrakhov – MD, PhD, Deputy Minister of Healthcare of Russian Federation

N.A. Khorova – Deputy Minister of Health of the Russian Federation

P.V. Breyev – Councilor of Chairman of the FCHIF

Antonio Giuffrida – PhD in Economic Sciences, Senior Health Economist with the World Bank (USA)

V.A. Zelensky – PhD in Economic Sciences, the Moscow City FCHIF

S.A. Karchevskaya – Deputy Chairman of the FCHIF

M.A. Kovalevsky – Professor of the Chair for Public Health of the Moscow State Medical Dentistry University, PhD

O.A. Konstantinova – Deputy Director of the Department for Drug Supply and Management of Medical Products Circulation of the Health Ministry of the Russian Federation

S.G. Kravchuk – Head of the Department for OMI FOMI Organization

D.Y. Kuznetsov – President MCMC

John Langenbrunner – Lead Health Economist with The World Bank, PhD in Economic Sciences and Public Health (USA)

A.L. Lindenbraten – MD, PhD, Professor – First Deputy Director of the N.A. Semashko National Research Institute of Public Health

A.V. Reshetnikov – Director of the Research Institute of Sociology in Medicine, Economics of Public Health and Medical Insurance, Academician of the Russian Academy of Sciences

I.V. Sokolova – Deputy Chairman of the FCHIF

V.I. Starodubov – Director of the Central Research Institute of Health Service Organization and Information, Acting Academician-Secretary of the Medical Sciences Section of the Russian Academy of Sciences, Academician of the Russian Academy of Sciences

O.V. Tsareva – MD, PhD, Head of the Department for Modernization of OMI System, FCHIF

I.M. Sheyman – PhD in Economic Sciences, Professor of the Chair for Public Health Management and Economics of the National Research University - The Higher School of Economics

S.V. Shishkin – Research Director of the Institute for Health Economics of the National Research University - the Higher School of Economics, PhD, Dr. Economical Sciences.

V.V. Povod – Head of the Department for Legal and International FOMI Activity

Editor-in-chief:

E.A. Politova, PhD (in Pedagogic Sciences) – Director General of the Publishing House "Oftalmologiya" Ltd.

Founders: Federal compulsory health insurance fund, House of Press «Metropolitan Business»

The Journal is issued by the Publishing House «Oftalmologiya» Ltd.

The issue is passed for printing 23.03.2015, Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 70 type pages

Address of Editorial Office: The Publishing House «Oftalmologiya» Ltd.

59A, Besludnikovskiy Blvd., Moscow, 127486, Russia. Tel.: +7 (499) 488-87-03

E-mail: publish_mntk@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (for articles submission)
Internet: www.omsjournal.ru

In case of reprinting reference to the Journal «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation» is obligatory.

© «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation», 2015

It is issued 1 time every second month since 2006

It is registered in the Federal Service of Supervision for Legislation Observance in Sphere of Mass Media Communications and Culture Legacy Preservation

Registration number ПИ № ФС77-23840 of March 28 2006

Subscription index of the Journal «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation» in the Catalogue «Newspapers. Journals of the Agency «Rospechat» – 36347

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

В работе IX Съезда Федерации независимых профсоюзов России принял участие Федеральный фонд обязательного медицинского страхования 4

Председатель Правительства Российской Федерации Дмитрий Медведев провел в Уфе совещание об антикризисных мерах в сфере здравоохранения 6

Воронежская область – один из флагманов российского здравоохранения 8

Председатель Федерального фонда ОМС Н.Н. Стадченко приняла участие в работе Форума медицинских работников «Медицина Поморья: опыт, достижения, перспективы» 12

Новые кадровые назначения 15

Международный семинар «Рост предприятий и конкурентоспособность в условиях кризиса» 18

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

Т.В. Самарина, О.Н. Гребенькова
Практика применения регрессных исков в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области

T.V. Samarina, O.N. Grebenkova
Practical experience of recourse application in the obligatory medical insurance of the Volgograd region. 24

С.Б. Бондарев, В.Д. Катальников, А.В. Решетников
Бюджет ТФОМС: история и современность (к 15-летию принятия первого областного закона о бюджете ТФОМС Ростовской области)

S.B. Bondarev, V.D. Katalnikov, A.V. Reshetnikov
Budget of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance: Past and Present (to the 15-th anniversary of the first Regional TFOMI Budget Law adoption in the Rostov Region) 32

МЕТОДОЛОГИЯ ТАРИФОВ

И.В. Пачгин, Н.А. Матвеева
Практика применения способов оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на основе клинко-статистических групп

I.V. Pachigin, N.A. Matveyeva
Application practice of payment methods for medical aid in the system of obligatory medical insurance based on clinical statistical groups 38

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА

И.И. Успенский
Использование результатов научного исследования в системе обязательного медицинского страхования

I.I. Uspensky
Application of research results in the obligatory medical insurance system 42

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ 48

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ 65

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 27 января 2015 г. № 14 «О комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования для рассмотрения вопросов предоставления работникам единовременной субсидии на приобретение жилого помещения на 2015 год». 66



В работе IX Съезда Федерации независимых профсоюзов России принял участие Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

7-9 февраля 2015 г., Сочи



В работе съезда принял участие Президент Российской Федерации В.В. Путин

С 7 по 9 февраля 2015 года в г. Сочи в Олимпийском парке проходил IX Съезд Федерации независимых профсоюзов России, на который прибыли 700 делегатов, представляющих более чем 21 миллион членов профсоюзов.

Встречи проходили в Главном медиацентре. Участие в работе съезда приняли: Президент Российской Федерации В.В. Путин, руководители других ветвей государственной власти, депутаты Госдумы, представители объединений работодателей, политических партий, религиозных конфессий, научной и творческой общественности, зарубежных профцентров, международных организаций.

На проводимых совещаниях были представлены, обсуждены и приняты резолюции, темы которых сформулированы делегатами как вызовы времени, стоящие перед профсоюзами. Это – «Достойная заработная плата – основа благосостояния России!», «Эффективное социальное партнерство – ключ к социальной справедливости», «Создание достойных рабочих мест – основное условие устойчивого экономического роста», «Гендерный фактор в политике социального государства», «Управление профессиональными рисками – основной подход к повышению безопасности труда и сохранению здоровья работников» и пр.

Открывал съезд Президент Российской Федерации

В.В. Путин. В своем выступлении он высоко оценил роль, которую играют профсоюзы в обществе.

«Государство и дальше будет поддерживать усилия профсоюзов в выполнении их главной задачи – защите социально-экономических прав граждан России», – подчеркнул В.В. Путин.

Среди приглашенных присутствовала заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.А. Карчевская.

В рамках проведения IX Съезда ФНПР была организована выставочная экспозиция, на которой проводилось консультирование делегатов по вопросам, входящим в компетенцию внебюджетных фондов: обязательного медицинского, пенсионного и социального страхования.

В консультировании делегатов и гостей съезда принимали участие представители Территориального фонда ОМС Краснодарского края во главе с директором Л.Ю. Морозовой.

На выставке делегатам и гостям съезда был представлен самый разнообразный информационный материал, связанный с обязательным медицинским страхованием. Множество буклетов, памяток, листовок, подготовленных Федеральным и территориальными фондами ОМС, страховыми медицинскими организациями были очень востребованы делегатами. Особое внимание привлекала информация о правах застрахованных в сфере ОМС, о порядке проведения диспансеризации, об оплате из средств ОМС высокотехнологичной медицинской помощи.

Кроме возможности выбрать разнообразный раздаточный материал, делегаты могли обратиться за консультацией и получить ответы на интересующие их вопросы по обязательному медицинскому страхованию. Более 600 экземпляров информационного материала было роздано участникам съезда и было дано около 100 консультаций по таким вопросам, как выбор и прикрепление к поликлинике; о возможном вхождении в систему ОМС санаториев; как получить новый полис ОМС, о сроках действия полисов ОМС старого образца и другие.

Особую заинтересованность делегаты съезда проявляли к деятельности страховых медицинских организаций – к их функциям и задачам, эффективности работы, интересовались перспективами развития обязательного медицинского страхования, переменами в здравоохранении.

Консультанты не только отвечали на вопросы, но и разъясняли посетителям выставки важность информирования населения о правах застрахованных, о роли страховых медицинских организаций в защите прав застрахованных. В этом как раз и могут оказать содействие профсоюзные лидеры на территории своих субъектов, в том числе приглашая специалистов территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций на совещания с профсоюзным активом, размещая в печатных органах профсоюзов актуальную информацию для застрахованных. Имея богатый опыт разъяснительной работы с населением по вопросам обязательного медицинского страхования, консультанты из Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края рассказывали о проводимой работе в трудовых и ученических коллективах, в «Школах здоровья» при медицинских организациях, в выездных консультативных пунктах, организуемых в рамках проведения профилактических мероприятий Министерства здравоохранения Краснодарского края - «День здоровья», «Кардиодесант».

К экспозиции проявили немалый интерес делегаты из



Делегаты съезда в зале заседания

г. Севастополя и Республики Крым. Многие вопросы по ОМС для населения этих субъектов пока еще новы, и они с благодарностью принимали предлагаемую печатную продукцию, с интересом воспринимали информацию на задаваемые вопросы.

К консультантам обращались и делегаты, хорошо знакомые с системой, принимающие активное участие в развитии и совершенствовании обязательного медицинского страхования в субъектах. Они являются членами правления территориальных фондов ОМС, комиссий по разработке территориальной программы ОМС в регионах. У выставочной экспозиции Федерального фонда ОМС у них была возможность напрямую пообщаться с коллегами из других регионов, обменяться мнениями.

Некоторые участники съезда – жители Краснодарского края – имели возможность проверить на официальном сайте Территориального фонда ОМС Краснодарского края в режиме текущего времени свою принадлежность к страховой медицинской организации, а также действительность полисов ОМС.

Слова благодарности консультанты получили от представителей профсоюзных организаций за предоставленную возможность передать в свои регионы подборки разнообразного информационного материала.

Несомненно, участие Федерального фонда ОМС в данном мероприятии всероссийского масштаба – это еще один из способов доведения до граждан России основных принципов обязательного медицинского страхования, сведений о деятельности СМО, обязанности и их ответственности в части защиты прав застрахованных лиц.



Заместитель председателя Федерального фонда ОМС С.А. Карчевская и директор Территориального фонда ОМС Краснодарского края Л.Ю. Морозова отвечают на вопросы делегатов съезда

Председатель Правительства Российской Федерации Дмитрий Медведев провел в Уфе совещание об антикризисных мерах в сфере здравоохранения

3 февраля 2015 г., Уфа



Выступление Председателя Правительства Российской Федерации Д.А. Медведева на совещании об антикризисных мерах в сфере здравоохранения

Председатель Правительства Российской Федерации Дмитрий Медведев провел в Уфе совещание о первоочередных антикризисных мерах в сфере здравоохранения. В нем приняли участие заместитель председателя Правительства Российской Федерации Ольга Голодец, полномочный представитель Президента Российской Федерации в Приволжском федеральном округе Михаил Бабич, первый заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Игорь Каграманян, представители федеральных органов исполнительной власти, главы регионов и другие.

Правительством принят План первоочередных мероприятий по обеспечению устойчивого развития экономики и социальной стабильности в 2015 году, где часть мер касается здравоохранения. На совещании непосредственно были обсуждены антикризисные меры в данной сфере, вопросы стабилизации ситуации в отдельных ее направлениях.

В своем выступлении Дмитрий Медведев отметил, что на сегодняшний день приоритетной задачей является обеспечение при любых условиях объемов гарантиро-

ванной государственной медицинской помощи, чтобы нынешние экономические трудности не сказались на её качестве и доступности для людей.

«Одна из ключевых задач касается стабилизации на рынке лекарств. Принципиально важно предотвратить дефицит лекарств и, естественно, бороться с необоснованным ростом цен на лекарства, особенно в так называемом регулируемом сегменте. Очень важно увеличить на рынке и долю качественной отечественной продукции. Людям, как известно, с определенными заболеваниями или лицам пожилого возраста приходится практически постоянно принимать препараты, и от их наличия в аптечной сети, в больницах, естественно, зависит жизнь человека. К сожалению, в настоящий момент мы сталкиваемся с повышением стоимости лекарств. Отчасти это, конечно, связано с колебаниями валютного курса, отчасти – просто со спекуляцией. Поэтому в любом случае контроль за этой сферой должен быть максимально тщательным. У нас производятся эффективные препараты, есть современные технологии, для применения которых также необходимы лекарства, есть расходные материалы. Мы, естественно, будем делать ставку на

отечественных производителей, но это не означает, что мы откажемся от лекарств, которые не имеют аналогов в России, которые не производятся у нас. Я думаю, здесь не должно быть недопонимания, это абсолютно очевидно», - заявил Дмитрий Медведев.

Ещё одной мерой антикризисного плана Правительство считает создание правовых оснований для введения

старым ценам. Закупки проходят централизованно, через соответствующее подразделение Минздрава республики. Это дало 10 процентов экономии. Об этом на совещании сообщил Глава Башкортостана Рустэм Хамитов. Он предложил срочно упрощать процедуры закупки дорожающих лекарственных средств в рамках федерального закона о контрактной системе.



В зале заседания совещания

государственного регулирования цен на медицинские изделия, которые имплантируются в организм человека. Речь идёт о наиболее востребованных изделиях, таких как стенты, эндопротезы, которые применяются при операциях на сердце и суставах. Эти вопросы отрегулированы в распоряжении Правительства от 29 декабря 2014 года.

Минздравом России подготовлен пакет антикризисных мер, которые позволят удержать систему здравоохранения стабильной, в том числе в лекарственной сфере. По словам Игоря Каграманяна, в текущем году актуализирован перечень ЖНВЛП, и в него дополнительно включено 50 новых наименований. Это перечень лекарственных препаратов, гарантированных государством населению, на которые государство фиксирует и регулирует цены.

Специалистами министерства проведена оценка дополнительной потребности расходов федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ с учётом инфляционных рисков и падения курса рубля.

В Республике Башкортостан для федеральных и региональных льготников закупка лекарств на первое полугодие проведена ещё в прошлом году, фактически по

Помимо этого, Рустэм Хамитов поделился положительным опытом развития в республике государственно-частного партнерства (ПЭТ-центр, госпиталь «Мать и дитя») и предложил наращивать данное направление в решении вопроса о строительстве объектов здравоохранения.

На совещании также была рассмотрена ситуация в других конкретных регионах страны.

- Прошу руководителей субъектов Российской Федерации лично заниматься этими вопросами, периодически рассматривать их на антикризисных региональных комиссиях. Ну а Министерство здравоохранения, Росздравнадзор, Федеральная служба по тарифам должны плотно взаимодействовать с регионами, - сказал в завершение своего выступления Дмитрий Медведев.

Воронежская область – один из флагманов российского здравоохранения

20 января 2015 г., Воронеж



Участники совещания в зале заседаний

Губернатор Воронежской области Алексей Гордеев и прибывшие в регион с рабочей поездкой заместитель председателя Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации Галина Карелова, министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова и председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко

встретились с медицинским активом региона, посетили Областной клинический консультативно-диагностический центр, а также ознакомились с работой областного Центра реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями «Парус надежды», в котором провели совещание по вопросу организации помощи детям, страдающим расстройством аутистического спектра.

Главный врач консультативно-диагностического центра Елена Образцова рассказала о профилактической акции для населения «Зимний день здоровья», которая проводится в рамках областного межведомственного проекта «Живи долго!». Подобные акции стали уже традиционными, пользуются большим интересом у населения и являются новой формой профилактической работы. Гости посмотрели, как проводятся просветительские и профилактические мероприятия, консультации с ведущими специалистами, как выявляются факторы риска и проявляются ранние признаки заболеваний. У 25% посетителей удастся выявить признаки отклонений в состоянии здоровья и направить всех нуждающихся на дальнейшее углубленное обследование. В ходе посещения диагностического центра Алексей Гордеев подробно рассказал Веронике Скворцовой об областном межведомственном проекте «Живи долго!», который реализуется во всех муниципальных районах области и на территории города Воронежа с апреля 2014 года. Цель проекта - снижение смертности жителей региона и повышение продолжительности жизни путем реализации комплексных мер за счет стимулирования ранней обращаемости за медицинской помощью, формирования здорового образа жизни и ответственного отношения граждан к своему здоровью.

Следующим пунктом в программе поездки стал областной Центр реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями «Парус надежды».

Алексей Гордеев, Вероника Скворцова, Галина Карелова и Наталья Стадченко познакомились с работой отделений спортивной, медицинской реабилитации, коррекции двигательных нарушений, коррекции умственных, психических и речевых нарушений, а также специального бассейна. Директор Центра реабилитации Ирина Петрова проинформировала гостей о том, что в 2013-2014 годах центр обслужил более 9000 пациентов, эффективность реабилитации составила 86%. Реабилитационный комплекс также в полной мере может использоваться для организации занятий на открытом воздухе адаптивной физической культурой с детьми с физическими и ментальными отклонениями. Ведется коррекционная работа в сенсорном саду, основное назначение которого - дать ребенку возможность испытать спектр природных ощущений, которые в городских условиях не доступны человеку.

В реабилитационном Центре «Парус надежды» состоялось совещание с участием руководителей профильных структурных подразделений правительства Воронежской области. Выступая на совещании, Алексей



Участники совещания в АУЗ ВО «Воронежский областной клинический консультативно-диагностический центр»

Гордеев отметил, что в Центре «Парус надежды» реализуются уникальные методики реабилитации детей с аутизмом, что дает ребятам возможность продолжить обучение в образовательных учреждениях специализированного и общего профиля.

- Мы к этому объекту относимся с душой. Понимаем, что это не просто Центр реабилитации, а возможность дать в определенном смысле надежду приобрести навыки, получить помощь государства и участие в адаптации детей с ограниченными возможностями и вообще поднять дух и настроение родителей, чтобы они чувствовали, что мы разделяем возникшие у них трудности, - сказал губернатор.

Также на совещании в Центре речь шла о реализации пилотного проекта по оказанию комплексной помощи детям с расстройством аутистического спектра в медицинских организациях Воронежской области и о реа-



Центр реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями «Парус надежды» (игровая комната и бассейн)

лизации в Воронежской области программы «Аутизм. Маршруты помощи».

В здании правительства Воронежской области Вероника Скворцова, Галина Карелова, Наталья Стадченко и Алексей Гордеев встретились с медицинским активом региона.

Открывая мероприятие, губернатор напомнил, что в последние два года в Воронежской области активно внедряется трехуровневая модель оказания медицинской помощи населению.

- На региональном уровне мы эту модель полностью воспринимаем, понимаем. И остается только сделать так, чтобы она, накладываясь где-то на стереотипы, которые имеются в профессиональном сообществе, где-то на старую материально-техническую базу, как можно быстрее вошла в жизнь и подняла качество медицинского обслуживания, - отметил Алексей Гордеев.

В свою очередь министр здравоохранения Российской Федерации отметила, что Воронежская область – один из флагманов российского здравоохранения.

- Все основные идеологические тенденции, которые мы сейчас стараемся выстраивать по всей стране в большей степени реализованы в нескольких регионах, в том числе в Воронежской области. И демографическая ситуация изменяется к лучшему. Особенно нас радуют показатели уменьшенной младенческой смертности. У вас очень низкая, к нашему общему счастью, материнская смертность. Существенно улучшаются показатели заболеваемости и смертности при основных группах заболеваний, в том числе инфекционной и неинфекционной природы, - сказала Вероника Скворцова.

По словам министра, в регионе также низкий показатель по заболеваемости туберкулезом.

- В целом те демографические векторы, которые область смогла выстроить к увеличению рождаемости, к снижению смертности – это движение в правильном направлении. И мы видим, что скорость этих положительных изменений прибавляется, - подчеркнула Вероника Скворцова.

Вероника Скворцова отметила эффективную организацию работы в Воронежском областном клиническом консультативно-диагностическом центре, в частности, систему, при которой врачи, работающие в районах области, могут дистанционно связываться со специалистами центра: «В Воронежской области создается система здравоохранения, взаимосвязанная, взаимоувязанная, направленная на то, чтобы каждый гражданин, проживающий в любой точке Воронежской области – будь то столица Воронеж или периферическая сель-

ская местность, маленькие населенные пункты – имели равный доступ ко всем необходимым видам медицинской помощи: от профилактики, диспансеризации, необходимых диагностических скринингов до высокотехнологичной медицинской помощи».

Председатель Федерального фонда ОМС Н.Н. Стадченко отметила, что в 2015 году заканчивается формирование системы обязательного медицинского страхования с точки зрения финансового исполнения, когда все виды медицинской помощи, включая скорую и высокотехнологичную медицинскую помощь, вошли в ОМС: «2015 – ключевой год, мы фактически переходим на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения».

Руководитель департамента здравоохранения области Владимир Ведринцев выступил с докладом об организации работы здравоохранения региона в условиях

трехуровневой системы. В 2014 году в области построено современных 32 ФАПа, три амбулатории. В этом году возведут еще 25 ФАПов и 9 амбулаторий.

Затем министр здравоохранения, губернатор Воронежской области и заместитель председателя Совета Федерации встретились с журналистами.

Отвечая на вопросы, Вероника Скворцова отметила, что 2015 год в России объявлен годом борьбы с главной причиной смертности в стране – сердечно-сосудистыми заболеваниями. Она напомнила, что буквально 10 лет назад в стране смертность от сосудистых патологий превышала 1200 случаев на 100 тысяч населения. По результатам 2014 года смертность от подобных заболеваний снизилась в два раза. Тем не менее работы предстоит еще немало.

Галина Карелова особо отметила работу воронежских сердечно-сосудистого и кардиологического центров.

Журналисты поинтересовались у губернатора, сможет ли регион финансово обеспечить как минимум уже достигнутый уровень в Воронежской области в сложившейся сложной экономической обстановке.

- Мы видим, что сегодня можем обеспечивать устойчивую работу на ближайшие 4-5 месяцев, но при этом у

нас есть понимание, как в этих сложных экономических условиях и условиях удорожания тех или иных препаратов и оборудования, а оно поступает и из западных стран, тем не менее найти резервы и оптимизировать те непроизводственные расходы, сосредоточив финансирование на главном и полностью обеспечить потребность и удовлетворенность пациентов. Поэтому мы здесь себя достаточно уверенно чувствуем, понимаем и масштаб проблемы, понимаем, как это все сделать по времени, - сказал Алексей Гордеев.

Губернатор подчеркнул, что областные власти работают в координации с Министерством здравоохранения Российской Федерации.

- В отношении бюджета функционирования и поддержки системы здравоохранения - он у нас растет. Это такая осязаемая часть в целом, как бюджета Российской Федерации, так и регионального бюджета. Достаточно сказать, что у нас сумма финансирования составляет 27 миллиардов рублей в год. Это те деньги, которыми надо эффективно научиться управлять. Так что мы все сделаем, чтобы и качество медицинских услуг, и удовлетворенность населения, и доступность были у нас главными критериями оценки даже в этих непростых условиях, - подчеркнул глава региона.

Председатель Федерального фонда ОМС Н.Н. Стадченко приняла участие в работе Форума медицинских работников «Медицина Поморья: опыт, достижения, перспективы»

12-13 марта 2015 г., Архангельск



Мероприятие началось с совместного заседания экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике с представителями органов исполнительной власти Архангельской области и Северного государственного медицинского университета.

Для участия в совещании в Архангельск прибыли председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко и председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике Валерий Рязанский. В заседании также приняли участие представители органов исполнительной власти, СГМУ,

страховых организаций, медицинской общественности и другие.

Участников и гостей форума приветствовал губернатор Архангельской области Игорь Орлов. Глава региона отметил: «Сегодня одним из самых успешных проектов, реализованных совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, является «Земский доктор». Благодаря этой программе, в Архангельской области за три года для работы на селе привлечено 129 врачей. Этот проект будет продолжен, более того, область берёт на себя обязательства по реализации аналогичной программы – «Земский фельдшер»».

Дистанционные технологии — на первый план

Основной темой на заседании экспертного совета стало развитие дистанционных (телемедицинских) технологий в условиях арктических и приарктических территорий. Как отметил Валерий Рязанский, телемедицина сегодня — прогрессивное и востребованное решение задачи по повышению качества и доступности медицинской помощи для населения.

— В наш век дистанционные технологии вышли на первый план, телемедицина становится средством знаний, сотрудничества, обмена опытом, развития общества.

Но главное, конечно, это обеспечение права граждан на медицинское обслуживание, независимо от места жительства, — подчеркнул представитель Совета Федерации.

Актуальность и своевременность развития телемедицинских технологий отметила и председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко: «У нас особенная страна, с большими пространствами и различной географией. И Архангельская область — один из крупнейших по своей протяженности субъект. При этом большинство населенных пунктов здесь — сельские. Поэтому актуальны вопросы приближенности и доступности медицинской помощи. Одно из решений этих проблем — телемедицина».

Телемедицина: доступность и качество

О состоянии и перспективах телемедицины, которая появилась в нашем регионе еще в 1990-е годы, рассказала министр здравоохранения Архангельской области Лариса Меньшикова.

— На сегодняшний день в Поморье работает 24 телемедицинских студии, 20 из них находятся на базе центральных районных и городских больниц, в том числе в пяти врачебных амбулаториях. Консультативно-диагностический отдел телемедицины есть на базе Областной больницы и Детской клиники имени Выжлецова. В учреждении налажена связь с 17 федеральными клиниками, дети могут получить консультацию в течение суток, — сообщила Лариса Меньшикова.

Глава Минздрава Архангельской области отметила, что в целом особенности Архангельской области свидетельствуют о том, что она может быть моделью для развития телемедицины. Для этого у региона есть все факторы

— и большая протяженность территории, и низкая плотность населения, и разветвленная сеть ФАПов.

На заседании экспертного совета также рассматривались вопросы законодательного обеспечения в области телемедицины, развития дистанционных образовательных технологий, применения телемедицинских возможностей в работе межрайонного центра и другие. По результатам совещания участники приняли ряд решений, связанных с продолжением развития телемедицинских услуг в сфере здравоохранения.

Новая скорая помощь

В рамках форума председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко, председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике Валерий Рязанский, представители областных органов власти, медицинской общественности и инвесторы проекта «Новая скорая помощь» обсудили его реализацию в Архангельской области.

Встреча прошла на базе Архангельской станции скорой медицинской помощи.

Напомним, проект автономной некоммерческой организации (АНО) «Новая скорая и неотложная помощь» реализуется в областном центре с января 2014 года. За счёт средств инвестора Архангельская станция скорой медицинской помощи обновила автопарк, при этом непрофильные функции по содержанию автотранспорта переданы на аутсорсинг. Как рассказала главный врач «скорой» Валентина Низовцева, если бы не этот проект, учреждению было бы крайне сложно за счёт бюджетных средств обновить автопарк, 65% которого к концу 2013 года морально и материально устарел.

— Передача транспортных услуг скорой помощи на аутсорсинг — это взвешенное решение, мы оценивали все





Первая ГКБ им. Е.Е. Волосевич

преимущества и риски, - сказала Валентина Низовцева. – Спустя год можно говорить о том, что проект оказался успешным. Мы получили ряд преимуществ: обновили автопарк, ликвидировали непрофильные направления деятельности, оптимизировали расходы. Экономия бюджета от перехода на аутсорсинг составила около 40 миллионов рублей.

Главврач подчеркнула, что практически все водители перешли на работу в «Новую скорую», с полным сохранением социального пакета и заработной платы.

По словам министра здравоохранения Архангельской области Ларисы Меньшиковой, сегодня государственно-частное партнёрство – одно из приоритетных направлений работы. Для государства система здравоохранения остаётся достаточно финансовоёмкой, нужны новые современные подходы в привлечении инвесторов к решению государственных задач.

— Пример аутсорсинга транспортных услуг скорой помощи показал, что такое партнёрство может успешно реализовываться в нашем регионе. За год работы не произошло ни одной внештатной ситуации, все автомобили всегда выходили на линию в срок, в исправном состоянии, – отметила Лариса Меньшикова.

Министр подчеркнула, что при переходе на аутсорсинг во главу угла ставилась не экономия бюджетных средств, а интересы пациента: «Для людей важно, чтобы «скорая» приехала быстрее, автомобиль был тёплый, комфортный, оснащённый современной аппаратурой. Мы этого достигли. Радует и реакция жителей: страхи прошли, потому что помощь оказывается своев-

ременно и по-прежнему бесплатно».

Лариса Меньшикова также сообщила, что в этом году планируется реализовать «Новую скорую помощь» в Северодвинске и Новодвинске.

Председатель ФОМС Наталья Стадченко отметила результативность подобных проектов, при этом призвала к ответственному подходу при их реализации: «Мы должны постоянно взвешивать все гарантии и риски, ведь речь идёт о жизни и здоровье человека. Жизнь многогранна, всё меняется, поэтому в соглашении между инвестором и администрацией субъекта нужно прописывать все обязательные страховки, чтобы наши жители, наши пациенты ни при каких условиях не пострадали».

Новые кадровые назначения

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым



Старцева Наталья Александровна, 1975 г.р., утверждена в должности директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым на основании Указа Главы Республики Крым от 09.02.2015 г. № 38-У.

Старцева Н.А. в 1998 г. окончила Российский государственный гуманитарный университет по специальности «Организация и технология защиты информации», квалификация «Менеджер».

В 2001 г. окончила Государственный университет – «Высшая школа экономики» по специальности «Финансы и кредит», квалификация «Экономист».

В 2013 г. окончила ФГБОУ ВПО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации» по специальности «Государственное и муниципальное управление», квалификация «Менеджер».

1992-1995 гг. – бухгалтер-расчетчик, главный бухгалтер ТОО «Фирма «Эковент Лтд»;

1996-2006 гг. – бухгалтер, главный бухгалтер, финансовый консультант «Смит Клайн Бичем (экспорт) Лтд»;

2006-2012 гг. – финансовый директор, генеральный директор ООО «Архимед»;

2012-2014 гг. – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области.

С 15.04.2014 г. по 11.06.2014 г. – заместитель начальника Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

С 16.06.2014 г. по 09.02.2015 г. – и.о. директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым.



Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым приглашает на работу специалистов по следующим направлениям:

- ◆ Начальник отдела бухгалтерского учета и отчетности - главный бухгалтер.
- ◆ Заместитель начальника отдела медико-экспертной работы.
- ◆ Начальник отдела защиты прав застрахованных лиц.
- ◆ Заместитель начальника отдела защиты прав застрахованных лиц.
- ◆ Специалисты-программисты в отдел информационных технологий.

Адрес эл. почты для направления резюме: tfoms_rk@mail.ru

Контактный телефон работника кадровой службы: +79789079858.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области



Ясько Наталья Николаевна, 1973 г.р., назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области на основании Распоряжения правительства Архангельской области от 08.11.2014 г. № 393-рп.

Ясько Н.Н. в 1997 г. окончила Архангельский государственный медицинский институт по специальности «Педиатрия», квалификация «Врач-педиатр». В 2003 г. окончила Архангельский государственный технический университет по специальности «Юриспруденция», квалификация «Юрист».

С 1998 по 2001 гг. – врач-педиатр, участковый врач-педиатр детской поликлиники МУ Городская больница № 4. С 2002 по 2003 гг. – врач-статистик, ГУЗ «Архангельская областная клиническая больница». С 2003 по 2012 гг. – специалист-юрисконсульт 2 категории, ведущий специалист-юрисконсульт, главный специалист-юрисконсульт, главный специалист-эксперт, начальник нормативно-правового отдела, начальник отдела правового и кадрового обеспечения, начальник правового управления-начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области. С 2012 по 2014 гг. – начальник отдела обязательного медицинского страхования и стандартизации медицинской помощи Управления модернизации и стратегического развития Министерства здравоохранения Архангельской области.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Брянской области



Митина Ольга Геннадьевна, 1961 г.р., назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области на основании Распоряжения губернатора Брянской области от 25.12.2014 г. № 1607-рг.

Митина О.Г. в 2006 г. окончила ГОУ ВПО «Орловская региональная академия государственной службы» по специальности «Менеджер».

С 1978 г. начала свою деятельность на заводе мебельных деталей секретарем-машинисткой.

С 1980 по 1991 гг. работала освобожденным комсомольским работником и прошла трудовой путь от статистика до заведующей сектором учета Бежицкого РК ВЛКСМ г. Брянска.

С 1991 по 1994 гг. – коммерческий директор МП «Тайзам», ведущий специалист Бежицкого совета народных депутатов г. Брянска.

С 1994 по 2000 гг. – работа в первой частной медицинской страховой компании ООО «Стим и К» главным бухгалтером (компания занималась обязательным медицинским страхованием Брянской области).

С 2000 по 2001 гг. – ООО «Медицина и техника», главный бухгалтер.

С 2001 по 2014 гг. – работала директором филиала «Брянск-РОСНО», с 2011 г. в связи с поглощением ОАО РОСНО СК АЛЬЯНС, директором филиала «Альянс-Брянск».

С 2010 г. по внешнему совместительству – директор Брянского филиала СК РОСНО-МС.

Митина О.Г. с 2006 г. является членом правления Брянской торгово-промышленной палаты, членом бюро Брянского регионального движения «Женщины России».

Награждена медалью «65 лет освобождения Брянской области».

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новгородской области



Екимова Ирина Олеговна, 1965 г.р., назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новгородской области на основании Распоряжения правительства Новгородской области от 20.11.2014 г. № 529-рл.

Екимова И.О. в 1984 г. окончила Калининградский политехнический техникум по специальности «Бухгалтерский учет», квалификация «Бухгалтер». В 2003 г. окончила Северо-Западную академию государственной гражданской службы по специальности «Финансы и кредит», квалификация «Экономист».

В 1984 г. бухгалтер, Московский завод «Компрессор».

С 1984 по 2009 гг. – специалист 1 категории, ведущий специалист, главный специалист, заместитель начальника отдела целевого планирования и финансирования Комитета по охране здоровья населения Новгородской области. С 2009 по 2013 гг. – заместитель председателя Комитета по охране здоровья населения Новгородской области. С 2013 по 2014 гг. – заместитель руководителя Департамента здравоохранения Новгородской области.

Екимова И.О. награждена Почетной грамотой Комитета по охране здоровья населения Новгородской области, Почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Почетной грамотой Администрации Новгородской области. Имеет Благодарность Министерства здравоохранения Российской Федерации и нагрудный знак «Отличник здравоохранения».

Имеет классный чин: действительный государственный советник Новгородской области 3 класса.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Оренбургской области



Ермакова Жанна Анатольевна, 1967 г.р., назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Оренбургской области на основании Постановления правительства Оренбургской области от 01.12.2014 г. № 916-п.

Ермакова Ж.А. в 1988 г. окончила Свердловский институт народного хозяйства по специальности «Планирование промышленности», квалификация «Экономист». В 1992 г. окончила аспирантуру института экономики Уральского отделения РАН, кандидат экономических наук.

В 2007 г. окончила институт экономики Уральского отделения РАН, доктор экономических наук.

С 1988 по 1989 гг. – экономист Института экономики Уральского отделения АН СССР.

С 1989 по 1992 гг. – аспирант очной формы обучения института экономики УрО АН СССР.

С 1992 по 1993 гг. – начальник бюро заводского планирования планово-экономического отдела №4, ОАО «Орский механический завод». С 1993 по 1997 гг. – исполняющий обязанности начальника, начальник планово-экономического отдела ОАО «Орский механический завод». С 1996 по 2009 гг. – старший преподаватель кафедры менеджмента, заведующий кафедрой экономики и управления производством, доцент, профессор Орского гуманитарно-технологического института филиала Оренбургского государственного университета. С 2000 по 2014 гг. – декан экономического факультета ФГБОУ ВПО «Орский гуманитарно-технологический институт», филиала Оренбургского государственного университета. С 2009 по 2014 гг. – заведующий кафедрой управления персоналом, сервиса и туризма, директор научно-исследовательского института региональной экономики ФГБОУ ВПО «Орский гуманитарно-технологический институт», филиала Оренбургского государственного университета.

Награждена Почетной грамотой Министерства образования и науки Российской Федерации.



Международный семинар «Рост предприятий и конкурентоспособность в условиях кризиса»

4-5 декабря 2014 г. Папский Урбанианский университет (Италия, Рим)



На фото слева направо: И.Г. Барановский, руководитель Департамента страхования и профессиональных рисков Фонда социального страхования Российской Федерации; Н.Н. Стадченко, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования; Фабрицио Бенедетти, технический консультант по профессиональным рискам, INAIL, Италия

В декабре 2014 года делегация Федерального фонда обязательного медицинского страхования приняла участие в организованном Международной ассоциацией социального обеспечения (МАСО) техническом семинаре, посвященном вопросам продвижения здоровья и безопасности на производстве работающего населения.

На мероприятии обсуждались национальные и европейские стратегии по укреплению здоровья работающего населения, охране труда и безопасности на производстве.

В рамках сессии были представлены презентации от ведущих руководителей из Польши, Германии, Финляндии, Швейцарии и Италии.

Большое внимание привлек доклад председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко на тему: «Профилактика: задачи, пути решения, результаты». Актуальность темы обусловлена тем, что одним из приоритетных направлений государственной политики в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации является сохранение и укрепление здоровья населения на основе развития профилактических направлений, формирования здорового образа жизни.

В соответствии с законодательством об охране здоровья граждан в Российской Федерации реализация приоритета профилактики обеспечивается путем разработки и внедрения федеральными органами государственной власти и органами государственной и муниципальной власти субъектов Российской Федерации программ формирования здорового образа жизни, осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий; осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению факторов риска неинфекционных заболеваний, их коррек-

ции, а также своевременного выявления неинфекционных заболеваний, в том числе посредством проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения.

В Российской Федерации профилактическими мероприятиями охвачено все население, которые включают в себя:

- диспансеризации и профилактические медицинские осмотры, проводимые в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов;
- предварительные медицинские осмотры, проводимые при поступлении на работу или учебу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, соответствия учащегося требованиям к обучению;
- периодические медицинские осмотры, углубленные медицинские осмотры, проводимые в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, учащихся, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового, учебного процесса на состояние здоровья работников, учащихся, в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний;
- диспансерное наблюдение (динамическое наблюдение), за состоянием здоровья лиц, страдающих хронически-

ми заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации;

- предсменные, предрейсовые медицинские осмотры, проводимые перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов;
- послесменные, послерейсовые медицинские осмотры, проводимые по окончании рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работников, острого профессионального заболевания или отравления.

Основными задачами профилактики являются формирование здорового образа жизни населения посредством информирования о факторах риска неинфекционных заболеваний, мотивирования к ведению здорового образа жизни, обеспечения для этого условий, а также оказание качественной медицинской помощи.

Наиболее эффективными механизмами реализации поставленных задач являются диспансеризация, медицинские осмотры детского и взрослого населения, направленные на раннюю диагностику заболеваний и сохранение трудового потенциала страны.

В Российской Федерации проводится работа по созданию системы профилактики неинфекционных заболеваний на основе межведомственного подхода с участием всех за-



Рис. 1. Основные пять элементов формирования здорового образа жизни и профилактики неинфекционных заболеваний

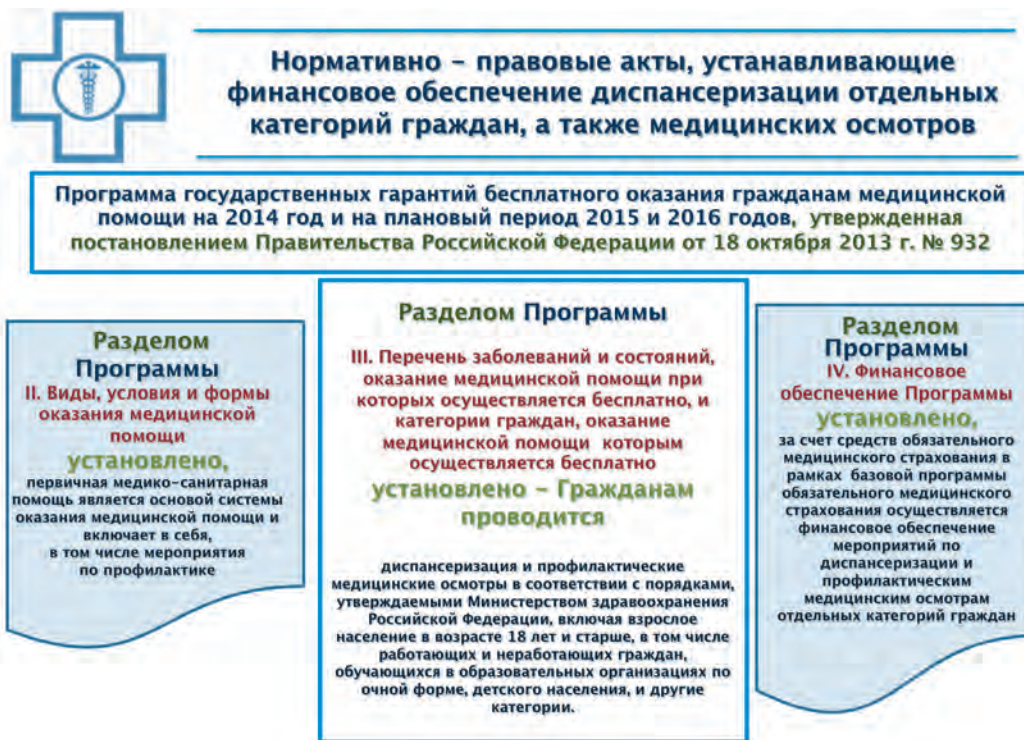


Рис. 2. Нормативно – правовые акты, устанавливающие финансовое обеспечение диспансеризации отдельных категорий граждан, а также медицинских осмотров

интересованных сторон – это и государство, и работодатели, общественность, и само население. Разработан механизм формирования единой профилактической среды, который включает обеспечение условий для ведения здорового образа жизни, диспансеризацию и профилактические осмотры взрослого и детского населения, диспансерное наблюдение, организацию профилактики неинфекционных заболеваний на базе стационаров и санаториев, информирование и мотивирование населения на ведение здорового образа жизни (рис. 1).

Законодательством установлено ежегодное принятие Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Это те гарантии оказания медицинской помощи, по которым государство берет на себя обязательства по организации и финансовому обеспечению. И элементами Программы являются диспансеризация и профилактические осмотры взрослого и детского населения, которые входят в понятие страховой случай по обязательному медицинскому страхованию.

В рамках государственных гарантий для того, чтобы средства государства не размывались по иным направлениям, выведены и промаркированы объемы медицинской помощи с профилактической целью на одно застрахованное лицо.

С 2013 года за счет средств обязательного медицинского страхования в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в рамках реализации базовой программы обязательного

медицинского страхования, включено финансовое обеспечение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров (рис. 2).

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи установлены значения нормативов объема профилактических мероприятий и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактической целью на одного застрахованного, включая посещения в связи с диспансеризацией определенных групп населения, профилактическим осмотром, которые имеют тенденцию ежегодного увеличения, и к 2016 году увеличение норматива объема медицинской помощи по сравнению с 2013 годом составит 15,2%, финансовые средства увеличатся на 33,5%.

Объемы и порядки проведения диспансеризации, медицинских осмотров установлены приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации. Указанные порядки единые на всей территории Российской Федерации и обязательны для исполнения всеми медицинскими организациями, участвующими в реализации профилактических мероприятий.

В соответствии с порядками, утвержденными Минздравом России, все население, начиная с возраста от 0 месяцев до 99 лет, охвачено профилактическими мероприятиями.

Объем инструментальных и клинических исследований разный по полу и возрасту.

Например, детям в возрасте 1 года проводятся исследования крови, мочи, уровня глюкозы в крови, электрокар-



Рис. 3. Нормативно - правовые акты, устанавливающие порядки проведения диспансеризации и медицинских осмотров отдельных категорий граждан

диография, а детям в возрасте 14 лет добавляются ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы и органов репродуктивной сферы, а также исследование уровня гормонов в крови.

Также в 14 лет девочки проходят осмотр акушера-гинеколога, мальчики – осмотр детского уролога-андролога.

Населению в 21 год независимо от пола проводятся исследования крови, мочи, флюорография легких; а женщинам также проводится взятие мазка с шейки матки на цитологическое исследование.

Взрослому населению 45 лет добавляются анализ крови биохимический, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, электрокардиография. А женщинам также проводится маммография.

Профилактические мероприятия проводятся медицинскими организациями (иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность) независимо от организационно-правовой формы, участвующими в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (рис. 3).

За 7 лет, в период с 2006 по 2012 годы, финансирование профилактических мероприятий осуществлялось за счет средств, предусмотренных в виде межбюджетных трансфертов из федерального бюджета, охват составил 28,8 млн человек. В этот период проводилась диспансеризация только работающих граждан.

С 2013 года изменены подходы к проведению профилактических мероприятий и источник финансирования. В настоящее время данные мероприятия финансируются из средств обязательного медицинского страхования, которые предоставляются во все субъекты Российской Федерации, для обеспечения равной доступности населения вне зависимости от региона проживания.

Также с 2013 года расширился список профилактических направлений, и увеличилось количество и охват застрахованных граждан, подлежащих профилактическим мероприятиям и составил около 32 млн человек, что на 12% больше чем за семилетний предшествующий период (рис. 4).

В настоящее время диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры прошли: взрослое население в возрасте от 18 до 99 лет – 18 млн человек, что составляет почти 70% от общего количества, прошедших профилактические мероприятия; детское население охвачено профилактическими мероприятиями в количестве 8,6 млн человек, или 32% от общего числа.

Прохождение профилактических мероприятий населением построено таким образом: раз в три года застрахованные граждане начиная с 18 и до 99 лет проходят диспансеризацию и один раз в два года имеют возможность пройти профилактический осмотр. А детское население проходит диспансеризацию и профилактические осмотры с нуля месяцев и до года ежемесячно и начиная с одного года и до 17 лет (включительно) – ежегодно. Одним из важных направлений в развитии профилактики в стране является концен-



Рис. 4. Проведение профилактических мероприятий в 2006–2014 годах



Рис. 5. Мобильные медицинские комплексы в рамках проведения профилактических мероприятий



Рис. 6. Частота выявления патологии на 1000 человек по диспансеризации взрослого населения

трация усилий общества на раннем выявлении заболеваний у детей и сохранения здоровья у населения к трудоспособному возрасту.

Развитие системы раннего выявления у детей заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития является одной из важнейших и наименее затратных технологий, имеющих большое влияние на здоровье будущих поколений.

Формирование правильного отношения к здоровью и здоровому образу жизни оптимально начинать с детского возраста, так как взрослого человека очень трудно, а часто и невозможно переучить.

В настоящее время к проведению диспансеризации населения активно привлекаются мобильные медицинские бригады.

Мобильные медицинские комплексы предназначены для оказания выездной лечебно-диагностической помощи детскому и взрослому населению, в том числе для проведения мероприятий по диспансеризации, медицинским осмотрам, оснащены современными системами жизнеобеспечения и соответствующим медицинским оборудованием и обеспечивают возможность качественного проведения в полном объеме в соответствии с утвержденным порядком без отрыва от производства.

Подобные мобильные медицинские комплексы активно выезжают на осмотры работников предприятий, а также используются для проведения профилактических мероприятий населению, проживающему в труднодоступных местах (Рис. 5).

За 2013 год профилактические мероприятия прошли 32,2 млн человек, из них 22,1 млн взрослых и 10,1 млн детей. По результатам диспансеризаций и медицинских осмотров было выявлено, что почти 44% взрослого населения имеют уже сформированные хронические неинфекционные заболевания.

В результате проведения профилактических мероприятий впервые были диагностированы:

- сердечно-сосудистые заболевания (более 1,8 млн случаев);
- хронические заболевания органов дыхания (около 190 тысяч случаев);
- онкологические заболевания (более 27 тыс. случаев).

Наиболее часто выявлялись потенциально излечиваемые онкологические заболевания:

- рак молочной железы (13,3 тыс. случаев);
- рак предстательной железы. (7,7 тыс. случаев).

По итогам диспансеризации назначено лечение 21% обследованных, а это более 5 млн человек, около 70% из которых были граждане трудоспособного возраста (в возрасте до 60 лет), в том числе 28,7 тыс. человек были госпитализированы для получения медицинской помощи (рис. 6).

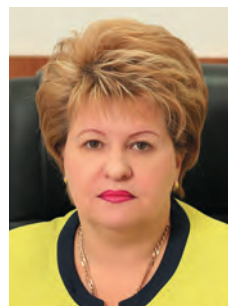
Таким образом, мы видим достижение результата основной задачи профилактики – ранней диагностики и лечения заболеваний на уровне амбулаторно - поликлинической помощи, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни и сохранение трудового потенциала страны.

УДК 614.2

Практика применения регрессных исков в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области

Т.В. Самарина, О.Н. Гребенькова

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Волгоградской области



Т.В. Самарина



О.Н. Гребенькова

Резюме

Предъявление исков к юридическим или физическим лицам, ответственным за причинение вреда здоровью застрахованного лица, в целях возмещения расходов за оказанную медицинскую помощь является важнейшим инструментом защиты прав застрахованных и оптимизации финансовой обеспеченности территориальных программ обязательного медицинского страхования. В статье представлен опыт практической работы по применению регрессных исков в сфере обязательного медицинского страхования Волгоград-

ской области и анализ деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования Волгоградской области по данному направлению за период 2010 – 2014 годы.

Ключевые слова: регрессный иск, ущерб, возмещение расходов на оплату медицинской помощи, ответственность за причинение вреда здоровью застрахованного лица, взаимодействие.

Abstract

Practical experience of recourse application in the obligatory medical insurance of the Volgograd region

T.V. Samarina, O.N. Grebenkova

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Volgograd Region

Institution of legal actions against juridical or natural persons responsible for the damage to an insured person's health in order to recompense expenses for provided medical care is the essential instrument of protection of the insured and optimization of financial security for the territorial programs of the obligatory medical insurance. The article presents experience in action of recourse practice in the obligatory medical insurance of the

Volgograd region and analysis in this regard of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Volgograd region activity within the period 2010 till 2014.

Key words: action of recourse, damage, recompense expenses for medical care, responsibility for the damage to an insured person's health, cooperations.

Увеличение продолжительности жизни людей, рост качества жизни, улучшение их здоровья являются одним из ключевых приоритетов социальной политики государства. Пациент, его право на охрану здоровья, право на получение доступной и качественной медицинской помощи являются центральным звеном всей системы обязательного медицинского страхования, а обеспечение прав граждан – главной задачей деятельности территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Реализацией конституционно закрепленного права на медицинскую помощь является гарантия ее получения застрахованными лицами при наступлении страхового случая за счет средств обязательного медицинского страхования [3].

Применение регрессных исков о возмещении расходов за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам вследствие противоправных действий третьих лиц является важнейшим инструментом защиты прав застрахованных и оптимизации финансовой обеспеченности территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Полномочия территориальных фондов обязательного медицинского страхования на предъявление исков к юридическим или физическим лицам, ответственным за причинение вреда здоровью застрахованного лица, в целях возмещения расходов в пределах суммы, затраченной на оказание медицинской помощи застрахованному лицу, получили законодательное закрепление в статье 34 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [4].

ЦЕЛЬ

Обобщение опыта по применению регрессных исков в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области на основе анализа правоприменительной практики для его использования в деятельности участниками обязательного медицинского страхования.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проведено по материалам судебной практики по искам о взыскании в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования Волгоградской области расходов за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, пострадавшим от противоправных действий юридических и физических лиц, за период 2010 – 2014 годы.

На территории Волгоградской области Государственным учреждением «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» (ТФОМС ВО) во взаимодействии с правоо-

ранительными органами региона ведется активная работа по предъявлению регрессных исков. Районными и городскими прокуратурами Волгоградской области в интересах государства в лице ТФОМС ВО предъявляются иски к лицам, ответственным за причинение вреда здоровью застрахованного лица, в целях возмещения расходов бюджета ТФОМС ВО в пределах суммы, затраченной на оказание медицинской помощи застрахованному лицу.

Предъявление регрессных исков прокурорами основывается на положениях статьи 45 Гражданского процессуального кодекса РФ и статьи 44 Уголовно-процессуального кодекса РФ, предусматривающих право на обращение прокурора в суд в интересах государства.

Согласно статье 13 Федерального закона от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» средства обязательного медицинского страхования, являющегося одним из видов обязательного социального страхования, за счет которых финансируется медицинская помощь, оказанная пострадавшим гражданам, являются федеральной государственной собственностью [5]. Таким образом, взыскание с виновных лиц средств, затраченных на лечение потерпевших, в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования представляет собой несомненный государственный интерес.

Безусловными плюсами такого взаимодействия являются наличие у правоохранительных органов необходимой информации о фактах причинения вреда здоровью граждан, о лице, виновном в причинении вреда здоровью граждан, а также отсутствие необходимости уплаты государственной пошлины в случае обращения органов прокуратуры в интересах ТФОМС ВО в суд.

Принятая схема взаимодействия ТФОМС ВО и прокуратуры заключается в следующем:

- на основании имеющейся информации о фактах причинения вреда здоровью граждан органы прокуратуры направляют запросы в филиалы ТФОМС ВО о получении медицинской помощи этими гражданами и суммах средств, затраченных на оплату случаев их лечения;
- сотрудники филиалов ТФОМС ВО осуществляют поиск таких случаев в информационной системе персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи, оформляют выписки из реестров счетов с указанием стоимости лечения, запрашивают необходимую информацию в страховых медицинских организациях (результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, копии документов об оплате случаев), формируют пакет документов и направляют его в прокуратуру;
- на основании полученных документов о расходах прокуратура предъявляет в интересах ТФОМС ВО регрессный иск (рис. 1).

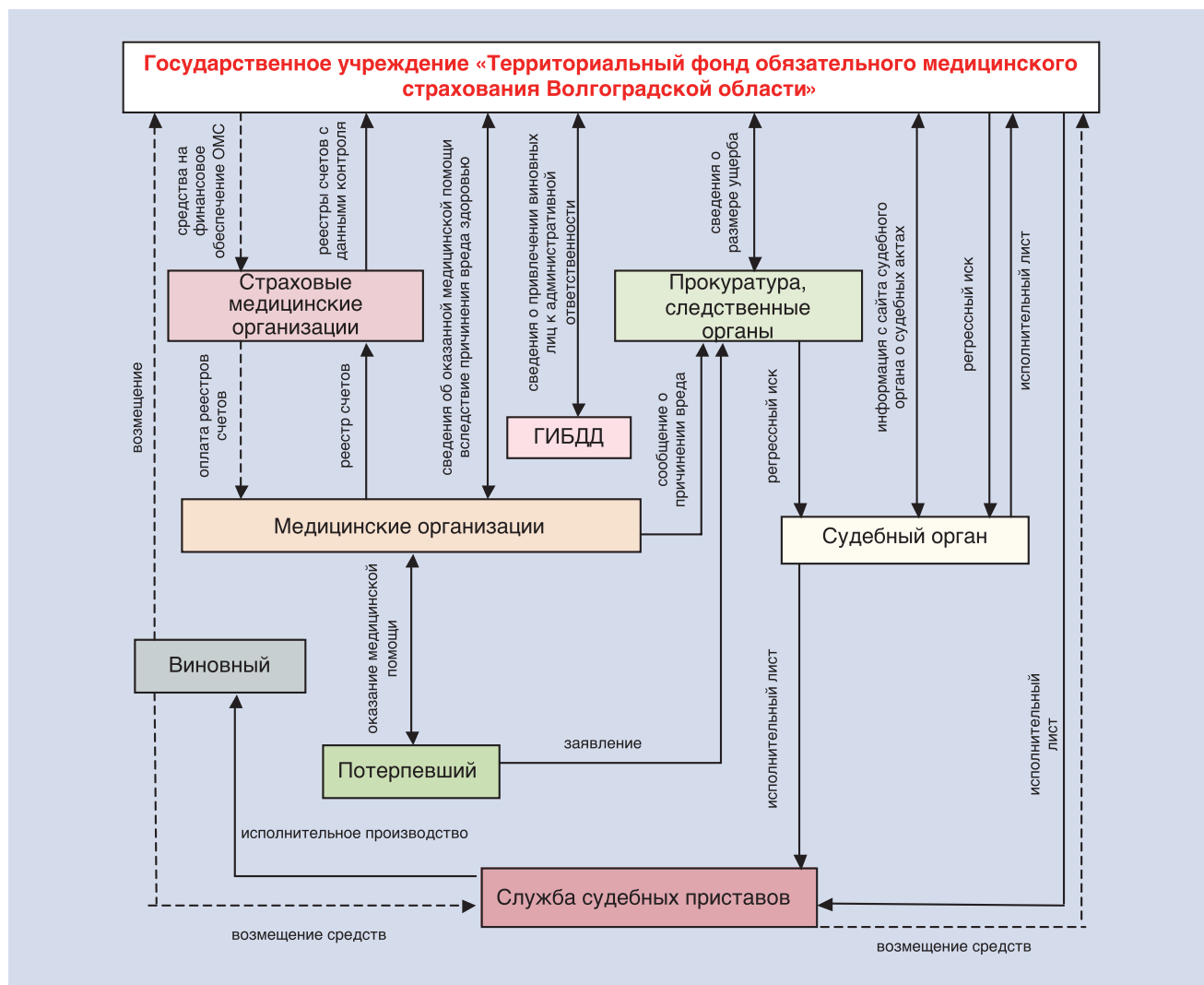


Рис. 1. Схема организации работы ТФОМС ВО по возмещению расходов, затраченных на оказание медицинской помощи застрахованным лицам, пострадавшим в результате противоправных действий

Аналогичным образом складывается схема взаимодействия с органами внутренних дел и следственными органами: полученные от ТФОМС ВО документы о расходах приобщаются к материалам уголовного дела и направляются следователем (дознавателем) в органы прокуратуры для предъявления прокурором гражданского иска в суд в интересах ТФОМС ВО.

Для удобства и оперативности во взаимоотношениях с правоохранительными органами разработаны образцы документов для формирования требований о возмещении расходов к виновному лицу.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ результатов применения регрессных исков на территории Волгоградской области при взаимодей-

ствии с органами прокуратуры в динамике свидетельствует об эффективности такой работы.

Общее количество предъявленных исков по возмещению затрат в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области за период с 2010 по 2014 годы возросло в три раза. Увеличилась и сумма фактически поступивших в бюджет ТФОМС ВО средств: с 1,3 млн руб. в 2010 году до 7,8 млн руб. в 2014 году. В целом за последние 5 лет она возросла в шесть раз и составила около 19 млн руб. Динамика количества предъявленных исков и взысканных денежных средств по результатам поведенной регрессной работы представлена на рис. 2 и 3.

Данные показатели являются в сравнении с общероссийскими достаточно высокими. Результаты регрессной работы, проводимой на территории Волгоградской

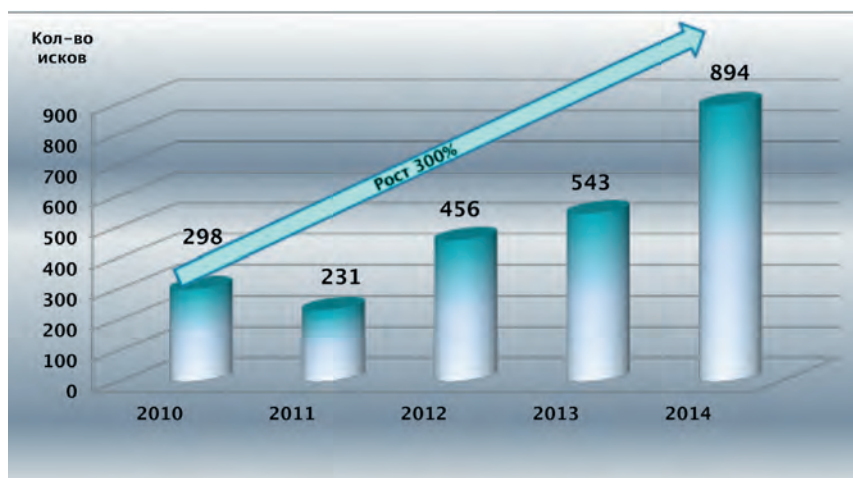


Рис. 2. Количество предъявленных исков ТФОМС ВО за 2010-2014 гг.

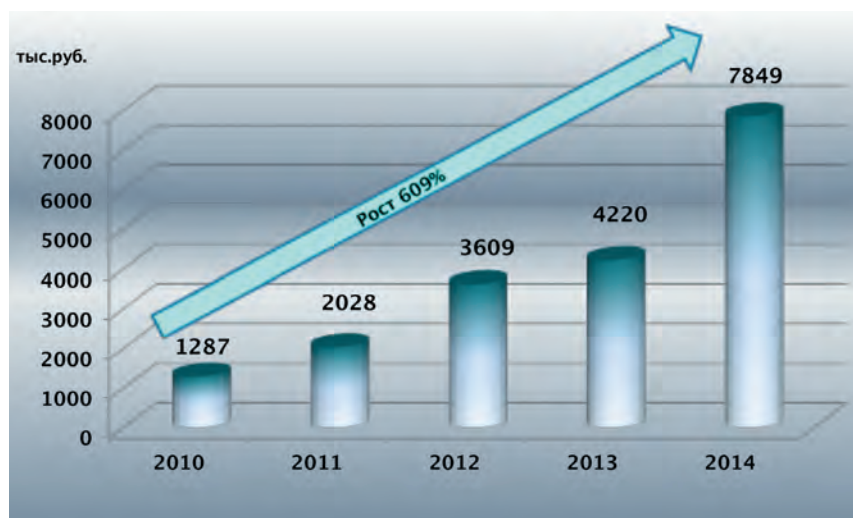


Рис. 3. Финансовые средства, поступившие в бюджет ТФОМС ВО в 2010-2014 гг., по предъявленным регрессным искам

области, неоднократно отмечены в информационно-аналитических справках Федерального фонда обязательного медицинского страхования о деятельности по защите прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

В большинстве случаев регрессные иски на территории Волгоградской области заявляются прокурорами в связи с привлечением к уголовной ответственности лиц, виновных в причинении вреда здоровью застрахованного (ст. 111, 112, 115 УК РФ – причинение тяжкого, среднего и легкого вреда здоровью, 264 УК РФ – нарушение правил дорожного движения, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть людей). В целях более полного охвата случаев

возмещения расходов на лечение лиц, пострадавших в результате противоправных действий, ТФОМС ВО совместно с органами прокуратуры проработано отдельное направление регрессной работы – возмещение средств обязательного медицинского страхования лицами, привлеченными к административной ответственности по статье 12.24 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях за нарушение Правил дорожного движения или правил эксплуатации транспортного средства, повлекшее причинение легкого или средней тяжести вреда здоровью потерпевшего [1].

Во многом увеличение количества исков и взыскиваемых сумм было достигнуто за счет данного направления. Правоприменительная практика ТФОМС ВО по



Рис. 4. Сведения о количестве предъявленных исков и взысканных средств за оказанную медицинскую помощь пострадавшим в ДТП в 2014 году

взысканию израсходованных средств обязательного медицинского страхования на лечение пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) застрахованных лиц начата в 2011 году, и с каждым годом количество таких исков увеличивается.

Представляется, что данное направление в регрессной работе актуально и требует дальнейшего развития по следующим причинам. В результате предпринимаемых государством мер в сфере обеспечения безопасности дорожного движения показатели аварийности на дорогах страны снижаются, но по-прежнему количе-

ство случаев травматизма при ДТП остается на достаточно высоком уровне. Так, за 2014 год в целом в Российской Федерации от ДТП получили ранения 251 799 человек, в Волгоградской области – 3 303 человека (по данным официального сайта Госавтоинспекции МВД России www.gibdd.ru). В этой связи затраты из средств обязательного медицинского страхования на оказание медицинской помощи пострадавшим в ДТП застрахованным лицам очень значительны. В целях возмещения данных затрат ТФОМС ВО осуществляет взаимодействие с органами прокуратуры Волгоградской области и Гос-

автоинспекции по предъявлению исков к виновным лицам на основании постановлений о привлечении к административной ответственности. Взаимодействие осуществляется посредством ежегодной переписки, личных встреч с сотрудниками районных и городских прокуратур, направлением запросов о предоставлении сведений в органы Госавтоинспекции. В данном случае наряду с возмещением денежных средств в бюджет ТФОМС ВО, регрессное взыскание средств является действенной профилактической мерой воздействия на виновников ДТП, пренебрегающих соблюдением Правил дорожного движения. Сведения о результатах работы по предъявлению исков к лицам, привлеченным к административной ответственности по статье 12.24 КоАП РФ, о возмещении расходов за оказанную медицинскую помощь застрахованным, пострадавшим в ДТП, за 2014 год представлены на *рис. 4*.

ТФОМС ВО ежегодно осуществляет анализ сведений по предъявлению регрессных исков и представляет их в областную прокуратуру, на основании которых областная прокуратура дает необходимые указания городским и районным прокуратурам, в том числе и по активизации работы по этому направлению деятельности.

При проведении регрессной работы большое внимание уделяется этапу исполнения решений судов. Отделом правового и кадрового обеспечения ТФОМС ВО отслеживается исполнение каждого судебного решения по регрессному иску, и в случае необходимости через филиалы ТФОМС ВО направляются запросы в суды и отделы службы судебных приставов о принимаемых мерах по исполнению решений судов.

В целях максимального контроля исполнения судебных постановлений в ТФОМС ВО ведется автоматизированная обработка всех поступающих сведений о рассмотренных регрессных исках. Автоматизированный учет позволяет отслеживать все стадии судебного разбирательства и исполнение судебных решений.

Ежегодный прирост количества рассматриваемых регрессных исков требует увеличения трудозатрат. В связи с общей положительной динамикой в регрессной работе руководством ТФОМС ВО в 2011 году принято решение о привлечении работников филиалов ТФОМС ВО в районах Волгоградской области к проведению регрессной работы на местах. Для этого в ТФОМС ВО были разработаны и утверждены Методические указания по организации работы, связанной с возмещением расходов по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц. В структуру ТФОМС ВО входят шесть межрайонных филиалов, сотрудники которых осуществляют не только подготовку документов о произведенных расходах по оплате медицинской помощи для представления органам прокуратуры, но и участвуют на основании доверенностей в судебных разбирательствах, контролируют передачу исполнительных листов в службы судебных приставов и

их исполнение, ведут учет исков и отчетность о регрессной работе. Отдел правового и кадрового обеспечения ТФОМС ВО осуществляет организационно-методическое сопровождение, координацию и анализ деятельности по данному направлению.

Привлечение работников филиалов позволило расширить направления регрессной работы, использовать иные источники информации о фактах совершенных противоправных действий, повлекших причинение вреда застрахованным лицам, например, поиск судебных актов на официальных сайтах судов, получение информации о причинении вреда здоровью застрахованным лицам противоправными действиями третьих лиц непосредственно от медицинских организаций [5]. В последнее время ТФОМС ВО применяет и практику самостоятельного предъявления регрессных исков.

ВЫВОДЫ

Важность проводимой регрессной работы ТФОМС ВО заключается в том, что финансовые средства, поступающие в качестве возмещения затрат на оказание медицинской помощи гражданам, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц, пополняют доходную часть бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования Волгоградской области. Взысканные средства в последующем направляются на финансирование оказанной медицинской помощи медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Волгоградской области.

Таким образом, проведение регрессной работы является резервом оптимизации финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования Волгоградской области. Представляется, что главной задачей ТФОМС ВО в развитии данного направления деятельности является совершенствование информационного взаимодействия участников регрессной работы, позволяющее выявлять все случаи причинения вреда здоровью застрахованным гражданам вследствие противоправных действий и бездействий юридических и физических лиц с целью последующего максимального возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи.

При этом совершенствование процедуры предъявления регрессных исков на уровне Волгоградской области в целом перспективно только при совместном сотрудничестве всех участников сферы обязательного медицинского страхования и правоохранительных органов. Практика предъявления регрессных исков ТФОМС ВО будет продолжена в дальнейшем в тесном взаимодействии с органами прокуратуры, следственными органами, Госавтоинспекцией, страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

Литература

1. Кодекс Российской Федерации «Об административных правонарушениях» от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ.
2. Письмо Федерального фонда ОМС от 5 мая 2012 г. № 3220/30-3/и «О возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью».
3. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
5. Федеральный закон от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования».

Для корреспонденции:

Самарина Татьяна Васильевна – директор Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»

E-mail: tsamarina@volgatfoms.ru, тел. (8442) 53-27-27

Гребенькова Оксана Николаевна – начальник отдела правового и кадрового обеспечения Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»

E-mail: ogrebenkova@volgatfoms.ru, тел. (8442) 53-27-50

Адрес: 400005, Волгоградская область, Волгоград, проспект им. В.И. Ленина, 56а

For correspondence:

Tatyana V. Samarina – Director of the State Institution “Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Volgograd Region”

E-mail: tsamarina@volgatfoms.ru, Tel. (8442) 53-27-27

Oxana N. Grebenkova – Head of the Legal and Staffing Department of the State Institution “Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Volgograd Region”

E-mail: ogrebenkova@volgatfoms.ru, Tel. (8442) 53-27-50

Address: V.I. Leninsky Prospekt 56a, Volgograd, 400005, Volgograd Region, Russia

Поздравляем с юбилеем представителя ФОМС в Южном и Крымском федеральных округах, директора Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» Самарину Татьяну Васильевну!



Существует стереотип, что быть женщиной-руководителем непросто, но это суждение в корне неверно. Для грамотного управления большой организацией требуется интеллект, профессиональный и жизненный опыт, интуиция, логика, мотивация к успеху, и все эти качества в полной мере присущи Татьяне Васильевне Самариной, директору Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»!

Закончив в 1982 году стоматологический факультет Волгоградского государственного медицинского института, проработав пять лет в районной больнице и в комитете здравоохранения г. Волгограда, Татьяна Васильевна в 1997 году приняла важное для себя решение освоить новую сферу деятельности – обязательное медицинское страхование. С присущим ей оптимизмом она взялась за работу, поскольку ей как заместителю директора по организации ОМС многое предстояло начать с нуля – первый конкурс среди страховых медицинских организаций, разработка правил обязательного медицинского страхования Волгоградской области, внедрение системы контроля качества медицинской помощи, систематизация данных о

застрахованных гражданах. В 2000-х годах выполнение национальных проектов и федеральных программ требовало быстрого принятия управленческих решений, тесного взаимодействия с руководителями областного здравоохранения, медицинскими организациями и СМО.

Постановлением Главы Администрации Волгоградской области от 14 июля 2010 г. Т.В. Самарина была назначена на должность исполнительного директора «ТФОМС Волгоградской области». И это назначение совпало с началом полномасштабной работы по реализации Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Сегодня можно точно сказать, что организаторские и аналитические способности, умение отстаивать свою позицию и предвидеть конечные результаты позволили Татьяне Васильевне вывести обязательное медицинское страхование Волгоградской области на достойный уровень.

Благодаря таким качествам руководителя, как грамотное управление коллективом, внимательное, корректное отношение к сотрудникам, необходимая поддержка словом и делом, умение ценить ответственность и порядочность, в «ТФОМС Волгоградской области» сложился коллектив единомышленников и профессионалов, в то же время требовательность и принципиальность директора – неотъемлемая часть рабочего процесса в организации.

В апреле 2013 года приказом Федерального фонда ОМС Т.В. Самарина была назначена представителем ФОМС в Южном федеральном округе, с декабря 2014 года также курирует работу территориальных фондов Крымского федерального округа. В настоящее время восемь территориальных фондов ЮФО осуществляют тесное взаимодействие. Проведение совместных совещаний в виде выездных советов директоров, видеоконференций дает возможность развивать партнерские отношения, напрямую обсуждать насущные, актуальные проблемы сферы ОМС, делиться опытом, анализировать и использовать в работе достижения.

Профессионализм, инициативность, активная жизненная позиция Т.В. Самариной по праву отмечены Почетными грамотами Волгоградской области, памятным знаком «20 лет обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации», ей присвоено почетное звание «Отличник здравоохранения». Татьяна Васильевна пользуется заслуженным уважением и авторитетом среди представителей исполнительной и законодательной ветвей власти, руководителей системы регионального здравоохранения, медицинской общественности, специалистов медицинского страхования.

Татьяна Васильевна является приверженцем здорового образа жизни – еженедельно русская баня, плавание в холодной Волге. Любит выращивать садовые цветы. Много внимания уделяет маленькому внуку.

УДК 614.2

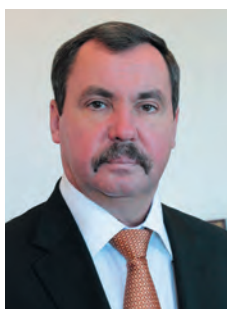
Бюджет ТФОМС: история и современность (к 15-летию принятия первого областного закона о бюджете ТФОМС Ростовской области)

С.Б. Бондарев¹, В.Д. Кательников^{1,2}, А.В. Решетников³

¹Правительство Ростовской области;

²Комитет Законодательного Собрания Ростовской области по социальной политике, труду, здравоохранению и межпарламентскому сотрудничеству;

³Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ростовской области



С.Б. Бондарев



В.Д. Кательников



А.В. Решетников

Резюме

Бюджет ТФОМС – основной документ, определяющий финансирование любой региональной системы ОМС. В статье показана роль бюджета ТФОМС Ростовской области в становлении и развитии системы ОМС на Дону. Использование ретроспективного анализа, экскурс в историю позволяет лучше понять совре-

менные проблемы формирования и исполнения бюджета ТФОМС.

Ключевые слова: бюджет ТФОМС, финансовая устойчивость системы ОМС, этапы становления и развития системы ОМС в Ростовской области.

Abstract

Budget of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance: Past and Present (to the 15-th anniversary of the first Regional TFOMI Budget Law adoption in the Rostov Region)

S.B. Bondarev¹, V.D. Katalnikov^{1,2}, A.V. Reshetnikov³

¹The Government of the Rostov region; ²The Committee of the Legislative Assembly of the Rostov Region on Social Policy, Labor, Health and Inter-parliamentary Cooperation; ³The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Rostov Region

The TFOMI Budget is the basic document that defines the funding of any regional OMI system. The article describes a role of the TFOMI budget of the Rostov Region in the implementation and development of the OMI system on the Don region. The use of a retrospective analysis of the history allows to understand better

current problems of the TFOMI budget formation and its execution.

Key words: the TFOMI budget, financial stability of OMI system, stages of development and implementation of OMI system in the Rostov region.

Развернувшийся на Дону с августа по декабрь 2014 года бюджетный процесс предусматривал разработку и принятие финансовых планов на предстоящее трехлетие не только на региональном и муниципальном уровнях, но и в такой организации, как Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее - фонд). Причем для фонда принятие собственного бюджета на 2015-2017 гг. являлось в определенной степени «рубежным»: в пятнадцатый раз этот бюджет был разработан и внесен на рассмотрение Законодательного собрания Ростовской области в форме областного закона.

Общеизвестно, с какими сложностями проходит бюджетный процесс. В пояснительной записке к федеральному закону о федеральном бюджете на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг. прямо сказано о рисках, связанных с «возможным усугублением геополитической напряженности, инфляцией, ценами на нефть, колебанием валютных курсов».

Безусловно, все это в той или иной мере отразилось и на разработке бюджетов всех уровней, которые в условиях неясных «прогнозных горизонтов» формировались либо с дефицитом, либо с установками на последующую их корректировку.

Вместе с тем следует отметить, что в складывающейся сегодня ситуации можно найти некие аналоги или параллели в прошлом. В этом аспекте представляет несомненный интерес экскурс в более чем 20-летнюю историю формирования и принятия бюджета фонда.

Образованный в июле 1993 г. по решению малого совета Областного совета народных депутатов - (предтечи сегодняшнего Законодательного собрания Ростовской области), фонд в непростых условиях 90-х гг. положил начало созданию на Дону системы обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), что обеспечило приток дополнительных финансовых ресурсов для поддержания здравоохранения, способствовало внедрению в него рыночных механизмов, открыло новые возможности защиты прав пациентов.

Становление и развитие ОМС в течение 20 лет проходило путем поэтапного решения приоритетных проблем, что придавало этому процессу необходимые целенаправленность и динамизм. Неизменными оставались основные задачи фонда, определенные в его Положении: реализация государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования граждан, обеспечение финансовой устойчивости медицинских и страховых медицинских организаций (далее - МО и СМО), работающих в системе ОМС.

Можно условно выделить 3 этапа в решении этих основных задач, и, соответственно, их финансового обеспечения через бюджет фонда.

Первый этап - становление системы - хронологически стартовал со второй половины 1993 г. и завершился с началом нового 21 века. На этом этапе в системе ОМС, как в зеркале, отражались те пореформенные процессы, которые происходили в стране и в Ростовской области.

С одной стороны - это период ощутимых достижений: именно на этом этапе сформировались все основные элементы системы ОМС в Ростовской области, разработана её первичная нормативно-правовая база. В систему ОМС включены практически все ведущие МО области и образовавшиеся к тому времени СМО. Велись продуктивные поиски оптимальных механизмов финансирования донского здравоохранения. Формирование доходов и расходов бюджета фонда на этом этапе происходило по следующей схеме: непосредственно на сам фонд возлагалась задача сбора страховых взносов на ОМС работающего населения от всех работодателей в размере 3,4% от фонда оплаты труда, еще 0,2% автоматически «отсекались» для перечисления в Федеральный фонд ОМС (далее - ФОМС). За неработающее население страховые платежи поступали из муниципальных бюджетов. Финансирование МО областного подчинения обеспечивалось за счет средств областного бюджета и предусматривалось в бюджете фонда отдельной строкой.

У этой схемы, как показало время, были и свои преимущества, и свои недостатки. Безусловно, она была предельно проста и предоставляла большую самостоятельность фонду.

С другой стороны, становление ОМС в Ростовской области на первом ее этапе серьезно дестабилизировалось экономическими и социальными проблемами, присущими тому времени. Это был период пресловутого «кризиса неплатежей», выстраивания всевозможных взаимозачетных схем, неполного и неритмичного поступления в фонд страховых средств из муниципальных бюджетов и от работодателей. Все это обуславливало финансовую неустойчивость системы ОМС, что проявлялось в невыполнении запланированных доходов и расходов бюджета фонда, а следовательно, в нарушении его финансовых обязательств перед МО и СМО. До конца 90-х гг. отмечался высокий уровень задолженности по финансированию оплаты труда медицинских работников, имели место серьезные перебои в обеспечении медицинских организаций медикаментами, продуктами питания, мягким инвентарем. Так, например, в 1995 г. в бюджет фонда поступило страховых взносов от работодателей на сумму 203,5 млн руб., или 84,5% от причитающегося. Поступление платежей на ОМС неработающих граждан, которые составляли более 60% в структуре населения области, были и того меньше - 168 млн руб. В связи с тем, что муниципалитеты не выполнили свои обязательства по их перечислению, на конец года образовалась задолженность по данным платежам, размеры которых утверждались в местных бюджетах, на общую сумму 36 млн руб. При этом в ряде территорий принимались заниженные размеры данных платежей, не обеспечивающих финансового покрытия Территориальной программы ОМС на местах. Отчасти это было обусловлено пробелами в правовом регулировании межбюджетных отношений фонда и муниципалитетов, в том числе недостаточным правовым статусом документов, утверждавших бюджет фонда в форме обычных решений Законодательного собрания области.

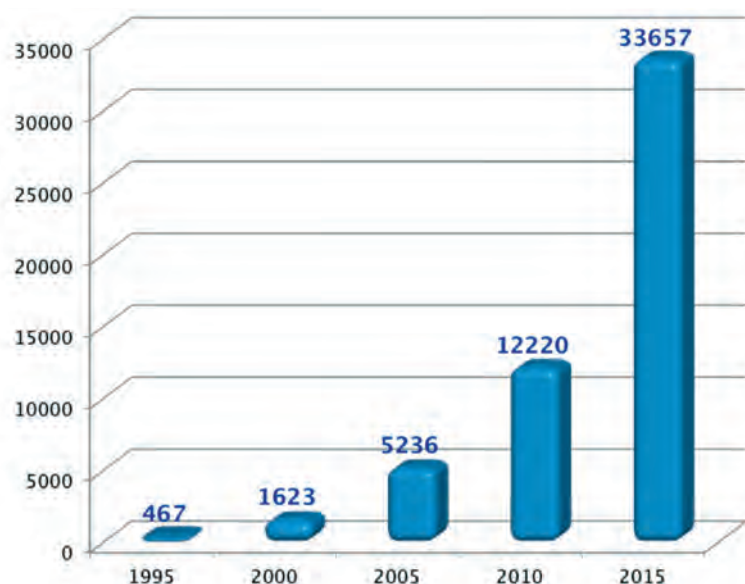


Рис. 1. Стоимость Территориальной программы ОМС в 1995 – 2014 гг. (млн руб.)

Оплата медицинских услуг осуществлялась в пределах средств, собираемых филиалами фонда на соответствующей территории по двум вариантам: через страховые медицинские организации или напрямую через филиалы фонда.

В целом в 1995 г. на финансирование Территориальной программы ОМС было направлено 467 млн руб., или 105,5 руб. на 1 жителя области. Задолженность по расчетам с МО за 1995 г. составила 66 млн руб., в том числе долги по зарплате медицинским работникам – 23,8 млн руб. (Рис.1)

В связи с тем, что доходная часть бюджета не покрывала расходов МО, Законодательным собранием области в тот период было принято решение о финансировании в первую очередь так называемых социально-защищенных статей – заработной платы с начислениями, медикаментов и питания. Хозяйственные расходы финансировались по остаточному принципу, в результате чего в МО неуклонно возрастала кредиторская задолженность.

Похожая ситуация отмечалась и в последующие три года. Так, исполнение доходной части бюджета фонда в 1996 г. составило 76,5% от назначенного, с задолженностью муниципалитетов по страховым взносам на сумму 122 млн руб., в 1997 г. доходы были исполнены на 89%, а долги из местных бюджетов перед фондом составили почти 131 млн руб. А 1998 г. в связи с августовским дефолтом стал наиболее тяжелым и для фонда, и для всего здравоохранения области. План по доходам бюджета был выполнен всего на 71,7%, удельный вес взаимозачетов в общих доходах составил 38%, а задолженность местных администраций по страховым платежам выросла до 197 млн руб. В свою очередь, это сказалось на расходных обязательствах Фонда перед МО, которые недополучили более 149 млн руб. При этом в 44 муниципалитетах области отмечалась задол-

женность по зарплате медицинским работникам на общую сумму 52,4 млн руб.

Но уже в 1999 г. был зафиксирован рост бюджета фонда в 1,4 раза, главным образом за счет перевыполнения задания по сбору страховых взносов на работающих граждан. Это позволило погасить задолженность по зарплате и стабилизировать финансовую ситуацию в системе ОМС.

Однако по-прежнему не удавалось добиться должного взаимодействия с отдельными муниципалитетами по вопросу утверждения в местных бюджетах финансово достаточных размеров страховых взносов на ОМС неработающего населения. Вместо доведенных на места контрольных цифр в размере 600 млн руб., в местных бюджетах было утверждено платежей всего на 508,4 млн руб., из которых поступило в бюджет фонда 423 млн руб., или 70,5% от планового задания.

Ретроспективный взгляд в 90-е гг. убеждает, что выживание донского здравоохранения в то драматическое время стало возможным именно благодаря системе ОМС, способствовавшей введению второго страхового канала финансирования, который по своему значению и удельному весу не уступал, а порой даже превосходил размеры финансовых потоков, поступавших в МО области из бюджетов разного уровня. Так, например, в том же 1998 г. доля средств ОМС в структуре финансирования донского здравоохранения составила 64%, тогда как в предыдущие 1996-1997 гг. не превышала 53%, а в последующий период 55-58%.

Эта стабилизирующая роль ОМС позволила уже к началу «нулевых» годов преодолеть последствия дефолта в здравоохранении области и перейти ко второму этапу развития системы ОМС, длившемуся до 2010-2011 гг., для которого характерно постепенное достижение ее финансовой устойчивости.

На этот процесс оказала влияние, прежде всего, поступательная динамика социально-экономического развития Ростовской области, способствовавшая росту страховых поступлений в бюджет фонда. Важно и то, что на этом втором этапе был создан нормально работающий механизм финансирования системы ОМС, обеспечивающий ее финансовую устойчивость. Речь идет о постоянно совершенствующейся законодательной базе, определяющей четкие «правила игры» при взаимодействии всех участников системы, когда каждый рубль из средств ОМС должен расходоваться в рамках строго очерченного правового поля.

В это правовое поле были включены юридические нормы, существенно изменившие порядок формирования, принятия и исполнения бюджета фонда, который с 2000 г. стал утверждаться в форме областного закона. При этом законодательно устанавливались размеры страховых взносов на ОМС неработающего населения, сначала в разрезе муниципалитетов, а затем после перехода обязанности страхования этой категории граждан от муниципалитетов к областной администрации - в областном бюджете.

Изменился порядок аккумуляции в бюджете страховых взносов на ОМС работающих граждан, которые с 2001 г. были включены в единый социальный налог, с передачей функции их сбора налоговым органам.

Важные изменения произошли и в порядке расходования средств бюджета. С 2000 г. в практику вошло подписание ежегодных соглашений о тарифах на медицинскую помощь в системе ОМС между Администрацией области и областными ассоциациями медиков и медицинских страховщиков. Территориальная программа ОМС стала финансироваться по подушевым нормативам, а СМО - по дифференцированным половозрастным подушевым нормативам. С 2002 г. из структуры тарифа на медицинские услуги в системе ОМС было выведено и передано соответствующим бюджетам финансирование накладных расходов областных и муниципальных МО (Рис. 2).

Все это позволило значительно повысить собираемость страховых средств и эффективность их расходования. Начиная с 2001 г., стала проявляться тенденция к выполнению плановых заданий бюджета фонда по всем источникам доходов, включая страховые взносы на ОМС неработающего населения. Подушевой норматив финансирования Территориальной программы ОМС с 2001 по 2010 гг. вырос почти в 8 раз – с 409,5 руб. до 3227 руб.

Вместе с тем усложнился процесс формирования и исполнения бюджета фонда, в котором теперь аккумулировались многочисленные финансовые потоки из разных источников. Помимо социального налога, в доходы бюджета фонда направлялись и другие налоговые и неналоговые поступления (например, 7 налогов, включая налог на совокупный доход, несколько видов единого налога с разными сроками поступлений). С 2001 по 2006 гг. в бюджет поступали также средства от проводимой реструктуризации задолженности муниципалитетов по страховым взносам на ОМС неработающего населения (Рис. 3).

Получает распространение практика финансирования через бюджет фонда ряда федеральных и областных программ и проектов. Так, в 2005 – 2007 гг. за счет средств ОМС осуществлялось финансовое обеспечение Программы дополнительного лекарственного обеспечения граждан, на выполнение которой было выделено более 4 млрд руб. А с 2006 г. в бюджет фонда стали включаться средства, направляемые на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье». За

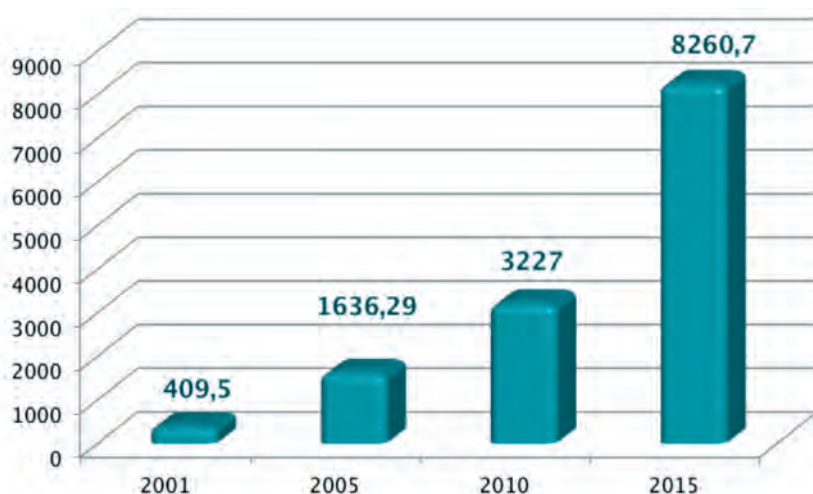


Рис. 2. Подушевой норматив финансирования Территориальной программы ОМС с 2001 по 2015 гг.

шесть лет на эти цели было выделено около 4 млрд рублей.

В целом с 2001 по 2010 гг. отмечается поступательный рост доходов и расходов бюджета фонда, который не прекращался даже в «кризисный период» II половины 2008 – I половины 2009 гг. Так, в 2009 г. фонд был вынужден 4 раза корректировать свой бюджет. Но если в феврале и июне было произведено секвестирование доходов и расходов бюджета, то в IV квартале бюджет корректировался уже в сторону увеличения его показателей. И в целом подушевой норматив на финансирование Территориальной программы ОМС увеличился по сравнению с 2008 г. на 5%, а по сравнению с 2007 г. – на 37,6%.

В конце «нулевых» годов, по мере обретения системой ОМС все большей финансовой устойчивости, стали



Рис. 3. Структура доходной части бюджета в 2004 г.



Рис. 4. Централизованная модель финансирования региональных систем ОМС

вызреть предпосылки для перехода к третьему этапу ее развития, начало которому положило принятие нового Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», вступившего в действие с 1 января 2011 г. Его принятие сопровождалось существенными изменениями в действующем законодательстве по вопросам сбора страховых взносов на ОМС. Так, в 2010–2011 гг. администрирование этой функции было передано Пенсионному фонду России с увеличением ставки тарифа по взносам на ОМС работающего населения до 5,1% от фонда оплаты труда, а в 2012 г. были законодательно установлены размеры страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Совершенствовалась и областная нормативно-правовая база, регулирующая вопросы бюджетных правоотношений. Принятый еще в 2007 г. областной закон от 20.07.2007 № 743-ЗС «О бюджетном процессе в Ростовской области» устанавливал четкую взаимосвязь между областным бюджетом и бюджетом фонда, предусматривая одновременное внесение в донской парламент законопроектов данных бюджетов на очередной финансовый год и на плановый период, а также об их исполнении (глава 4. ст. 9-12). В дальнейшем в областной закон 743-ЗС вносились многочисленные поправки, в том числе требование о составлении проекта бюджета фонда сроком на три года.

Данные изменения органично вписались в социально-экономическую ситуацию на Дону, где в последние годы позитивная динамика развития экономики сочетается с постоянным вниманием губернатора области Василия Юрьевича Голубева к вопросам здравоохранения.

Всё это позволило начать в 2011 г. проведение беспрецедентной по своим масштабам Региональной программы модернизации здравоохранения с возложением ее финансового обеспечения на бюджет фонда, через который за

два года на реализацию мероприятий программы в здравоохранение области было направлено около 13 млрд руб. Столь значительные инвестиции способствовали укреплению материально-технической базы донского здравоохранения, внедрению в МО стандартов медицинской помощи, что позволило повысить ее качество и эффективность и нашло свое отражение в позитивной динамике основных медико-демографических показателей.

В соответствии с новым законом начала выстраиваться единая административно-управленческая вертикаль ФОМС-ТФОМС, обеспечивающая выравнивание финансовых и организационных возможностей всех субъектов Российской Федерации для обеспечения одинаковых условий ОМС граждан и оказания им медицинской помощи.

Вводится новая модель финансового обеспечения системы ОМС, предусматривающая централизованную аккумуляцию всех средств ОМС на работающее и неработающее население регионов в ФОМС, с последующим выделением субвенций для ТФОМС (Рис. 4).

Эта модель успешно реализуется в 2013–2014 гг., когда в фонд на финансирование Территориальной программы ОМС начинают поступать из ФОМС средства в полном объеме, включая и ту их часть, которая в предыдущие два года направлялась на финансовое обеспечение Программы модернизации здравоохранения. Так, в 2014 г. объем средств выделенных на финансирование Территориальной программы ОМС вырос по сравнению с 2012 г. в 2 раза с 15758 млн рублей до 31852 млн рублей.

Это позволило обеспечить перевод донского здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование, при котором все расходы медицинских организаций, кроме капитального ремонта и приобретения дорогостоящего оборудования, финансируются за счет средств ОМС (как уже указывалось, ранее через бюджет ТФОМС осуществлялось финансовое обеспечение только пяти базовых статей расходов: зарплата с начислениями, медикаменты, питание и мягкий инвентарь). Кроме того, расширяется число участников системы ОМС. В нее включается служба скорой медицинской помощи и ФАПы, а также все более возрастающее число медицинских организаций, прежде всего, частной формы собственности. Эти изменения предопределили новую методологию формирования бюджета фонда. Основным источником его доходов стали субвенции ФОМС, а основным направлением расходов – финансирование Территориальной программы ОМС, хотя в формировании доходов бюджета фонда еще продолжают участвовать межбюджетные трансферты из областного бюджета, выделяемые на финансирование скорой медицинской помощи.

Эта тенденция нашла продолжение в 2014 г. В бюджет фонда включается финансирование отдельных видов высокотехнологичной медицинской помощи. Направления его расходов коррелируются с запланированными показателями «дорожной карты» развития здравоохранения области. Особое внимание уделяется финансовому обеспечению Указа Президента РФ от 7.05.2012 № 597 «О поэтапном повышении зарплаты медицинским работникам и другим приоритетам».

Удельный вес средств ОМС в общем объеме финансирования донского здравоохранения превышает 80%. И это подтверждает правоту и жизнеспособность логики развития системы ОМС как страховой модели финансирования здравоохранения. Эта модель, как показывает история бюджета фонда, достаточно гибко проявляет себя в разных социально-экономических условиях, в том числе «кризисного характера», позволяя с конца 90-х гг., обеспечивать финансовую устойчивость МО, работающих в системе ОМС.

В этом отношении показателен и утвержденный Областным законом от 25.12.2014 г. № 287-ЗС бюджет ТФОМС Ростовской области на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг. В данном законе фонда предусматривается дальнейший сбалансированный рост доходов и расходов бюджета, которые должны составить в 2015 г. – 33657 млн руб. а в 2017 г. приблизиться к отметке 40 млрд рублей.

Бюджет рассчитан исходя из рекомендованных ФОМС показателей подушевого норматива финансирования Территориальной программы ОМС на 2015 г. – 8260,7 руб., а в 2017 г. уже – 9741,2 руб.

По новой методике бюджет фонда формируется только на основе субвенции из ФОМС, уже без привлечения средств из областного бюджета. В целом доходы и расходы бюджета на 2015 г. превысят аналогичные показатели 2014 г. на 5,7%, при этом запланирован опережающий темп финанси-

рования Территориальной программы ОМС, стоимость которой вырастет в сопоставимых характеристиках на 7,8%. Рост доходов и расходов бюджета фонда обусловлен, прежде всего, увеличением отчислений в ФОМС из областного бюджета страховых взносов на ОМС неработающего населения, общий размер которых в 2015 г. вырастет по сравнению с 2014 г. на 24%, с 12948 млн руб. до 16038 млн руб.

В целом в 2015 г. МО и СМО получают средств ОМС на 1,8 млрд руб. больше, чем в текущем году. При этом в систему ОМС будет включено 11 новых МО, увеличатся объемы предоставляемой за счет средств ОМС высокотехнологичной медицинской помощи (с 710 до 1100 млн руб.).

Конечно, перед фондом стоит непростой вопрос: будет ли достаточно запланированных в его бюджете средств для стабильного финансирования системы ОМС? Поэтому для обеспечения финансовой устойчивости в бюджете фонда формируется нормированный страховой запас, в размере 2200 млн руб. на каждый год из предстоящего трехлетия. В его составе предусмотрены средства на стимулирующие выплаты за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи для медорганизаций и страховщиков.

Другим фактором обеспечения финансовой стабильности должна стать целенаправленная работа всех участников системы ОМС по рациональному использованию средств ОМС, запланированных в бюджете фонда. Этот финансовый документ отражает динамику развития ОМС в Ростовской области в непростых условиях предстоящего трехлетия. Для него характерны новые задачи, новые объемы финансирования и четкие правила взаимодействия всех участников системы ОМС, что предполагает более высокий уровень работы коллектива фонда, всех МО и СМО, и более высокий уровень ответственности за её результаты.

Для корреспонденции:

Бондарев Сергей Борисович – заместитель губернатора Ростовской области;

Катальников Владимир Дмитриевич – председатель комитета Законодательного Собрания Ростовской области по социальной политике, труду, здравоохранению и межпарламентскому сотрудничеству
Адрес: 344050, Ростов-на-Дону, ул. Социалистическая, 112. Тел. (863) 240-82-16; 240-14-47.

Решетников Алексей Валентинович – директор Территориального фонда ОМС Ростовской области
Адрес: 344000, Ростов-на-Дону, ул. Варфоломеева, 261/81. Тел. (863) 234-90-22.

For correspondence:

Sergey B. Bondarev – Deputy Governor of the Rostov region;

Vladimir D. Katalnikov – Chairman of the Committee of the Legislative Assembly of the Rostov Region on Social Policy, Labor, Health and Inter-parliamentary Cooperation
Address: Ul. Sotsialisticheskaya 112, Rostov-on Don, 344050, Russia. Tel.: (863) 240-82-16; 240-14-47.

Alexey V. Reshetnikov, Academician of the Russian Academy of Sciences, PhD, Professor – Director of the Research Institute of Medicine Sociology, Health Economy and Medical Insurance, Director of the Territorial OMI Foundation of the Rostov region
Address: Ul Varfolomeyeva 261/81, Rostov-on Don, 344000, Russia. Tel.: (863) 234-90-22.

УДК 614.2

Практика применения способов оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на основе клинико-статистических групп

И.В. Пачгин, Н.А. Матвеева

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области

И.В. Пачгин



Н.А. Матвеева

Резюме

Одной из особенностей современного этапа ОМС является переход всех субъектов РФ на единые способы оплаты медицинской помощи, в том числе на оплату стационарной помощи по клинико-статистическим группам. В статье изложен региональный опыт начального этапа перехода на оплату стационарной

помощи по клинико-статистическим группам в соответствии с действующими нормативными документами.

Ключевые слова: клинико-статистические группы (КСГ), оплата стационарной помощи.

Abstract

Application practice of payment methods for medical aid in the system of obligatory medical insurance based on clinical statistical groups

I.V. Pachigin, N.A. Matveyeva

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Kemerovo region

One of the features of current stage of obligatory medical insurance (OMI) is a transition for all subjects of the Russian Federation to unified methods of payment for medical aid, including the payment for the hospital care according to clinical statistical groups. The article describes a regional experience in the initial

stage of the transition to the payment of hospital care in clinical statistical groups in accordance with the valid regulations.

Key words: clinical statistical groups (CSG), payment of hospital care.

Оплата стационарной помощи по клинко-статистическим группам (КСГ) в Кемеровской области осуществляется с 1 января 2013 года. Нормативной основой для изменения способа оплаты медицинской помощи стали Рекомендации для органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, медицинских организаций, страховых медицинских организаций «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп болезней (КСГ)», разработанные рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Рекомендации).

Год перехода на КСГ совпал с годом перехода здравоохранения страны на преимущественно одноканальное финансирование за счет средств ОМС. Также с 1 января 2013 года завершилась реализация 3-й задачи Программы модернизации «Внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами» и приоритетного национального проекта «Здоровье». Все эти расходы стали финансироваться системой ОМС. В соответствии с Территориальной программой ОМС Кемеровской области прирост финансирования стационарной помощи составил 47%, с 8 032,2 млн рублей в 2012 году до 11 859,4 млн рублей в 2013 году. Большая часть увеличения была предназначена для финансирования расходов по содержанию медицинских организаций и роста заработной платы медицинского персонала. Так как удельные расходы на содержание медицинских организаций, финансируемые в предыдущие годы за счет собственника, отличаются неравномерностью, то системе ОМС с 2013 года вновь надо было приступить и к созданию справедливых тарифов и к повышению эффективности использования средств, выделяемых на коммунальные услуги и содержание имущества. Таким образом, при росте общей суммы финансирования одновременно необходимо было решить задачу справедливого распределения дополнительных расходов, впервые передаваемых в систему ОМС. Рост финансирования дал больше возможностей при рас-

пределении финансов, но, с другой стороны, потребовал дополнительного анализа рисков предстоящих изменений. Так как планировалось существенное изменение финансовых потоков в здравоохранение, потребовалась оценка возникающих несоответствий, уже не связанных непосредственно с системой КСГ, и разработка дополнительных мер по их компенсации.

Подготовительная работа к переходу на КСГ была начата Фондом с 1 мая 2012 года: при учете случаев оказания стационарной медицинской помощи стали учитываться оперативные вмешательства в соответствии с утвержденной Номенклатурой работ и услуг в здравоохранении, так как наличие и вид операции является одним из основных классификационных принципов в группировке КСГ. Данная информация не использовалась в 2012 году при оплате медицинской помощи, соответственно, достоверность и полнота предоставляемых медицинскими учреждениями данных не оценивалась. На основании данных, переданных в мае-октябре, были определены средние по медицинским организациям коэффициенты затратоемкости. Эта информация была доведена до сведения медицинских организаций и стимулировала работу по улучшению заполнению полей реестра, содержащих информацию о выполненных операционных вмешательствах. В рамках подготовки к изменению способа оплаты предстоящие изменения обсуждались на 2 областных семинарах с участием руководителей медицинских организаций и экономических служб. Результаты предварительных расчетов обсуждались с руководителями Департамента охраны здоровья населения Администрации Кемеровской области (далее – ДОЗН).

Стоимость одного пролеченного случая в стационаре ($СС_{сл}$) по системе клинко-статистических групп определяется по следующей формуле:

$$СС_{сл} = БС * ПК_{сл}, \text{ где}$$

БС – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;

$ПК_{сл}$ – поправочный коэффициент оплаты для данного случая.

Таблица 1

Наименование уровня	Требования к МО	Количество МО	Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи
Уровень 3	Оказание преимущественно специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи	19	1,416
Уровень 2А	Оказание преимущественно специализированной медицинской помощи медицинскими организациями, имеющими межмуниципальные отделения и центры	40	1,047
Уровень 2Б	Оказание преимущественно первичной специализированной медицинской помощи	31	0,9

Поправочный коэффициент оплаты для конкретного случая рассчитывается с учетом установленных коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$PK_{сл} = K_{усмо} * K_{зкзг} * K_{укзг} * K_o, \text{ где}$$

$K_{усмо}$ – коэффициент уровня стационара, в котором был пролечен пациент (используется в расчетах, в случае если для данной медицинской организации определен указанный коэффициент);

$K_{зкзг}$ – коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный пролеченный случай;

$K_{укзг}$ – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный пролеченный случай (используется в расчетах, в случае если для данной КСГ определен указанный коэффициент);

K_o – коэффициент особого случая, используется в расчетах, если данной категории пролеченных установлен указанный коэффициент.

Расчет базовой ставки и коэффициентов, влияющих на оплату, является фундаментом всей системы оплаты стационарной помощи.

Внедрение КСГ потребовало определения для оплаты коэффициентов уровня оказания медицинской помощи, при этом произошло изменение подходов к распределению медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи. До 2013 года при оплате учитывалось 5 категорий медицинских организаций. В целях формализации формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи приказом ДОЗН медицинские организации были распределены на 3 группы (табл.1).

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи на 2013 год были рассчитаны на основании фактических доходов по ОМС медицинских организаций за 2012 год, включенных в данный уровень.

Следующим этапом стало подробное планирование медицинской помощи. Традиционно в области используется следующий алгоритм планирования: объемы помощи, утвержденные ТПОМС, определяются как предельные и распределяются между муниципальными образованиями с учетом фактически сложившихся потоков больных. На уровне муниципальных образований выделенные объемы распределяются между медицинскими организациями с участием управлений здравоохранения, представителей филиала ТФОМС, представителей страховых медицинских организаций.

Практика ежегодного планирования заданий для каждой медицинской организации с учетом видов помощи, этапности ее оказания и потоков больных существует в Кемеровской области более 10 лет. Специалистами фонда создано специальное программное обеспечение «Формирование заданий медицинских организаций по оказанию помощи», позволяющее осуществлять планирование в режиме удаленного доступа с разных рабочих мест. Все медицинские организации, управления здра-

воохранения обеспечены удаленными рабочими местами. Объемы стационарной помощи в разрезе КСГ были спланированы медицинскими организациями с использованием программного обеспечения. Для обеспечения достоверности планирования медицинским организациям была предоставлена информация по базе случаев за 2012 год, сгруппированная по группам КСГ. Возможность предварительного самостоятельного планирования позволяет медицинским организациям разобраться в особенностях оплаты и дополнительно проработать планируемые показатели с руководителями отделений. В целях оптимизации лечебной работы и финансовых параметров задания возможен расчет различных вариантов.

Объемы стационарной помощи Территориальной программой государственных гарантий на 2013 год были утверждены в койко-днях, что потребовало утверждения нормативов средней длительности лечения по КСГ для планирования объемов медицинской помощи и в пролеченных, и в койко-днях. Нормативы средней длительности лечения по КСГ были утверждены решением комиссии по разработке ТПОМС, исходя из сложившихся средних значений. В практической деятельности нормативные средние длительности лечения являются инструментом повышения эффективности и задают ориентиры по использованию коечного фонда. В то же время медицинские организации, имеющие существенные отклонения в длительности лечения против сложившихся по области, имеют возможность установить индивидуальные длительности, учитывающие специфику лечебной работы. Нормативная средняя длительность лечения используется для планирования объемов медицинских услуг, расчета планового баланса использования коечного фонда, числа пролеченных больных, но не применяется для определения срока пребывания конкретного больного при оказании стационарной медицинской помощи.

На основании запланированных объемов медицинской помощи был выполнен расчет базовой ставки финансирования стационарной помощи. Она оставила 16 000 рублей. При расчете базовой ставки дополнительно было учтено формирование резерва в размере 10% от планируемой стоимости медицинской помощи. Резерв был определен для каждой медицинской организации в целях компенсации ошибок первого планирования и обеспечения возможности дополнительной оплаты при изменении структуры пролеченных больных и сокращения длительности госпитализации. При установлении коэффициентов затроемкости за основу были взяты значения, установленные Рекомендациями. Именно такую позицию обозначили при обсуждении ведущие медицинские учреждения – участники рабочей группы комиссии по разработке ТПОМС. Установленные коэффициенты учитывают сложность, затроемкость больных и позволяют уйти от уравнилельной оплаты по среднепрофильному тарифу. При обсуждении параметров системы оплаты ведущими специалистами ДОЗН по травматологии и хирургии были сделаны предложения

по введению понижающих коэффициентов управляющего воздействия для операций 1-2 уровня затрат, в целях переноса данной работы на амбулаторный этап. В то же время, для ряда операций 4 уровня были введены повышающие коэффициенты. Органами управления здравоохранения были внесены предложения по сохранению уровня финансирования заболеваний, ранее финансируемых в рамках программы модернизации по федеральным стандартам, и для этих групп были введены повышающие коэффициенты управляющего воздействия. Третьей причиной введения коэффициентов управляющего воздействия стало снижение доходов родильных домов и инфекционных больниц. Данные медицинские организации практически не имеют возможности изменить структуру пролеченных и имеют ярко выраженный сезонный характер.

Так как рекомендованная классификация не выделяла при оплате детей, комиссией по разработке ТПОМС было принято решение выделить как особые случаи госпитализации детей до 4 лет. Исходя из уровня предыдущих затрат детских медицинских учреждений был установлен коэффициент 1,1.

Выполненные расчеты позволили сформировать финансовые планы для всех медицинских организаций, при этом планируемые доходы 30 медицинских организаций оказались ниже расходов (включая расходы на текущее содержание, модернизацию) предыдущего периода. Такая ситуация формируется, как правило, при высоком уровне финансирования в предыдущем году в силу разных причин: неравномерное распределение средств программы модернизации, применение индивидуальных тарифов, финансирование части персонала медицинских

организаций за счет средств муниципальных бюджетов, наличие излишних площадей и зданий. Данная неравномерность не могла быть скомпенсирована в рамках одного года, так как требует административных решений, в том числе связанных с реорганизацией организаций, передачей излишних площадей на баланс других организаций. Комиссией по разработке ТПОМС по каждой медицинской организации были проанализированы причины и определен порядок частичной компенсации данных расходов. Предполагалось, что данная ситуация сохранится на протяжении 3 лет, и в течение этого периода уровень компенсации неэффективных расходов будет планомерно снижаться. По итогам планирования на 2014 год число таких медицинских организаций сократилось до 5.

Результатом планирования стало формирование зданий медицинских организаций в разрезе КСГ для всех 90 стационаров области в пределах объемов стационарной помощи, утвержденных Территориальной программой ОМС на 2013 год. Планирование для каждой медицинской организации в разрезе КСГ позволило выполнить достоверные расчеты базовой ставки и распределить планируемую сумму на оплату стационарной помощи между медицинскими организациями с учетом характера и особенностей лечебной работы. При существенных изменениях доходов медицинских организаций по сравнению с предыдущим годом были предложены дополнительные механизмы компенсации затрат. В течение года осуществлялся постоянный мониторинг ситуации по оплате медицинской помощи, проблемы и предложения медицинских организаций обсуждались на рабочей группе комиссии по разработке ТПОМС.

Для корреспонденции:

Пачгин Игорь Вадимович – директор ТФОМС Кемеровской области;

Матвеева Наталья Алексеевна – заместитель директора по экономическим вопросам ТФОМС Кемеровской области

Адрес: 650000, Кемерово, ул. Красноармейская, 136.

Тел.: 8 (3842) 58-17-06.

E-mail: inf@kemoms.ru

For correspondence:

Igor V. Pachgin – Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Kemerovo region;

Natalia A. Matveyeva – Deputy Director for Economic Matters of the Kemerovo region

Address: Ul. Krasnoarmeyskaya 136, Kemerovo 650000, Russia.

Tel.: +7 (3842) 58-17-06.

E-mail: inf@kemoms.ru

УДК 614.2

Использование результатов научного исследования в системе обязательного медицинского страхования

И.И. Успенский

НУЗ «Отделенческая больница на станции

Рыбное ОАО «Российские железные дороги», Рязанская область



И.И. Успенский

Резюме

Обеспечение прав граждан на получение качественной медицинской помощи актуализирует необходимость совершенствования системы ОМС с использованием результатов современных научных исследований. Научное обоснование выбора методики грыжесечения с методикой расчета дефицита артериального кровотока используется в медицинской практике и при

проведении экспертизы качества хирургической помощи в системе ОМС.

Ключевые слова: система обязательного медицинского страхования, специализированная хирургическая помощь, дефицит артериального кровотока, экспертиза качества медицинской помощи.

Abstract

Application of research results in the obligatory medical insurance system

I.I. Uspensky

The Departmental Hospital at the Rybnoye station of the Russian Railway JS Company, the Ryazan region

The article describes the measures to provide the rights of citizens to receive quality health care and actualizes the need to improve the OMI system using results of contemporary researches. There are presented research rationales for a selection of hernia section technique as well as a method of calculation for arterial blood flow

deficit used in the medical practice and during medical expert examination for quality of surgical aid in the OMI system.

Key words: obligatory medical insurance system, specialized surgical aid, arterial blood flow deficit, medical expert examination for quality of medical care.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Свободно адаптирующаяся в условиях модернизации здравоохранения к новым стратегическим задачам и социальным приоритетам, «гибкая» и «прозрачная» в финансовых потоках система обязательного медицинского страхования (ОМС) постоянно стремится к совершенствованию, готова к внедрению новаций, активному применению на практике современных организационных технологий и внедрению результатов научных исследований в практическое здравоохранение, при условии, что последние способствуют эффективному ресурсопотреблению, совершенствованию экспертной работы страховых медицинских организаций (СМО) и территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС), обеспечивают на практике реализацию прав граждан на сохранение здоровья и получение качественной медицинской помощи [6].

Известно, что система ОМС – это государственная система социальной защиты интересов граждан Российской Федерации в сфере охраны здоровья, независимо от их пола, возраста, социального статуса и места проживания. Система ОМС выполняет важную миссию обеспечения прав застрахованного населения на получение равнодоступной по объему и качеству медицинской помощи, в т.ч. специализированной хирургической помощи в стационарных условиях [9].

Проведение исследования особенно актуально в условиях реализации «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», важными задачами которой является улучшение здоровья населения и повышение рождаемости в стране [1]. Тем более, что мужской фактор занимает около 40,0% причин бесплодного брака [2, 3].

В России, по данным статистики, ежегодно производится около 200 тыс. оперативных вмешательств по поводу паховых грыж, более 90,0% из которых выполняются у мужчин, с частотой рецидивов до 8,0-10,0%, что требует повторного оперативного лечения почти у 20 тысяч человек. При этом рецидив можно оценить, в т.ч. как показатель некачественного оказания специализированной медицинской помощи.

Известно, что в научной литературе описано множество методик хирургического лечения паховых грыж с использованием в качестве критериев оценки эффективности лечения: инвазивности методики, особенностей течения послеоперационного периода, количества рецидивов и проч., в то время как влияние грыжесечения на кровоток в семенном канатике не учитывалось, хотя известно, что основной причиной нарушения функции яичка является, прежде всего, расстройство его кровообращения. Поэтому в нашей работе одним из критериев объективной оценки традиционно применяемых в хирургической практике методов грыжесечения, в т.ч. являлись показатели изменения кровотока в семенном канатике [7].

При проведении нами контент-анализа отечественной и зарубежной литературы мы убедились, что недостаточно освещен вопрос о влиянии грыжесечения на состояние кровотока в семенном канатике, при снижении, т.е. дефиците, которого и возникают проблемы с репродуктивным здоровьем мужчин, что особенно актуально для лиц молодого возраста. В то же время наружные грыжи живота являются наиболее распространенной хирургической патологией, в первую очередь, у мужчин, встречаются у 7,0% населения и составляют около 12,0% объемов специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях общехирургических стационаров. Так, среди грыж передней брюшной стенки, паховые грыжи выявляются у 80,0% больных [4, 5].

Важно, на наш взгляд, использовать результаты научных исследований как в медицинской практике, так и в системе ОМС при проведении экспертизы качества медицинской помощи и защите интересов застрахованных граждан. Обеспечение эффективности и повышения качества оказания пациентам специализированной хирургической медицинской помощи при лечении больных паховыми грыжами явилось целью нашей научной работы, выполненной на тему: «Хирургическая тактика лечения больных с паховыми грыжами с учетом кровотока в семенном канатике» на кафедре общей хирургии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России (научный руководитель – д.м.н., профессор А.В. Федосеев) [8].

ЦЕЛЬ

Научное обоснование выбора методики грыжесечения, с учетом максимального сохранения кровотока в семенном канатике, для повышения не только качества хирургического лечения данной категории больных, но и снижения уровня послеоперационных осложнений и, соответственно, сохранения соматического и репродуктивного здоровья мужского населения [5].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Социально-гигиенические (контент-анализ, анализ медицинской документации), экспертная оценка, математико-статистические методы, цветовое дуплексное сканирование артерий и вен семенного канатика. Дуплексное сканирование сосудов семенного канатика производилось в режимах цветного доплеровского картирования и энергетического доплера справа и слева в месте их прохождения сквозь паупартову связку. Для оценки острой боли до оперативного лечения и в раннем послеоперационном периоде использовалась цифровая рейтинговая шкала боли (рис. 1, 2). В отдаленные сроки после операции среди пациентов проведен опрос с включением вопросов, касающихся возможных болевых и других неприятных ощущений в области послеоперационного рубца.

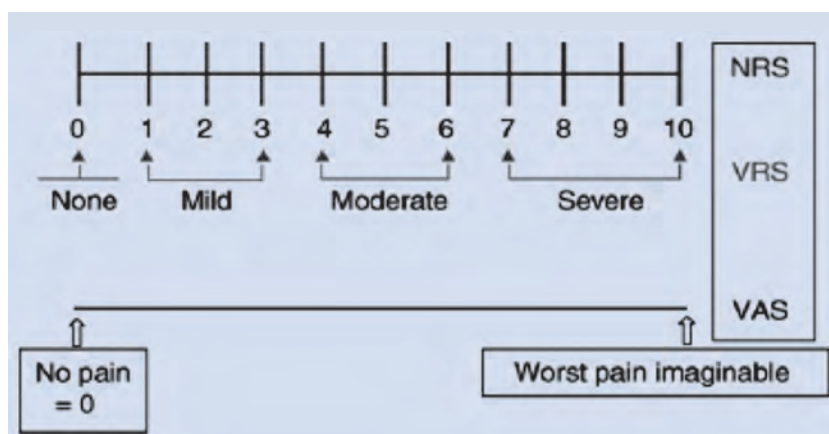


Рис. 1. Цифровая рейтинговая шкала боли (Numerical Rating Scale, NRS)

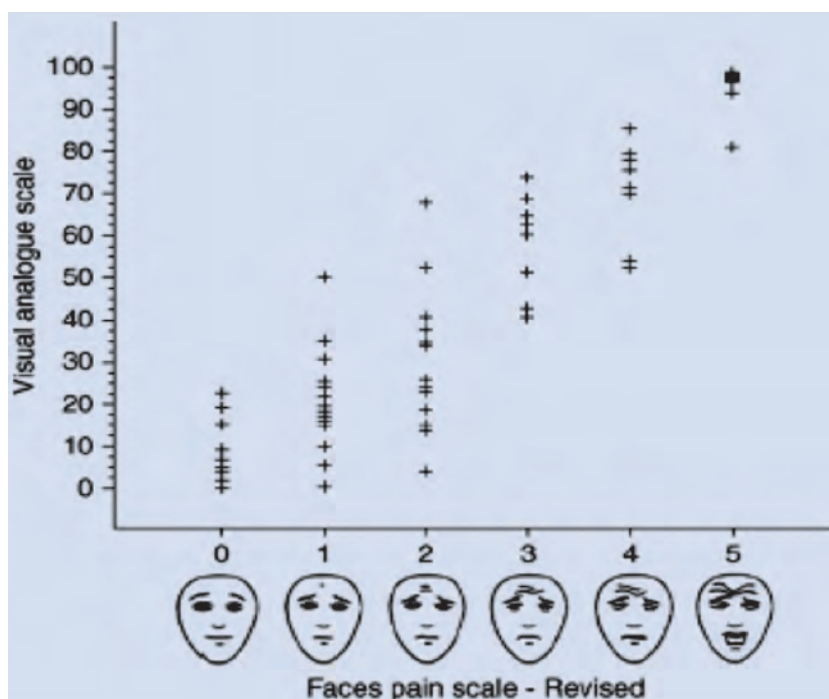


Рис. 2. Соотношение между показателями визуальной аналоговой шкалы и шкалы лиц

Таблица

Изменения показателей кровотока в семенном канатике у групп больных по сравнению с контрольной группой и исходным фоном

Показатель	Контроль	До операции (на пораженной стороне)	I группа (преперитонеальная герниопластика)	II группа (по Лихтенштейну)	III группа (ТАРП)
Mean, см/с	14,17 (100%)	11,28 (79%)	12,76 (90%)	11,64 (82%)	12,48 (88%)
Ri	0,82 (100%)	0,92 (121%)	0,83 (101%)	0,85 (104%)	0,83 (101%)
Δ , %	0	19,77	8,06 (-11,71)	15,40 (-4,37)	9,69 (-10,08)

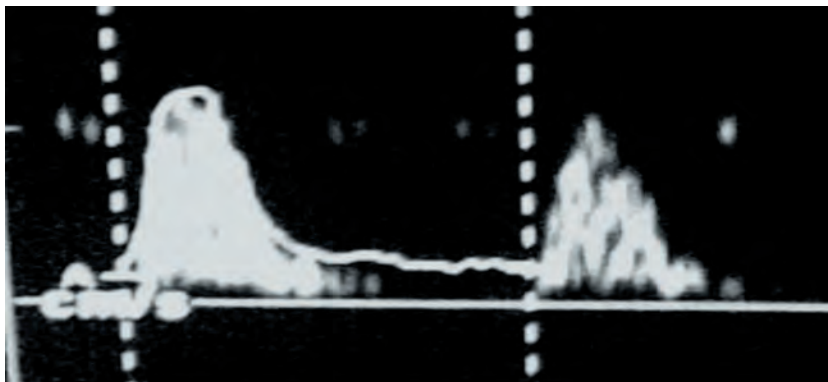


Рис. 3. Допплерограмма стеноза артерии семенного канатика.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По данным нашего исследования установлено, что размер грыжи напрямую влияет на кровоток в семенном канатике: большие косые паховые грыжи и рецидивные грыжи большого размера в большей мере снижают среднюю скорость артериального кровотока, тем самым повышая дефицит артериального кровотока до 25,0%. Установлена взаимосвязь показателей канатикового кровотока со стажем грыженосительства.

При доплерографии участка артерии со стенозом зарегистрировано увеличение линейных скоростей кровотока и, соответственно, увеличение систоло-диастолического отношения – ускорение кровотока в месте стеноза, расширение систолического пика, или «разломачивание» вершины, которая остается относительно острой. При этом стенозы менее 50,0% просвета не вызывают ощутимых изменений доплерограммы (рис. 3).

В целях выбора оптимального способа грыжесечения нами выполнялась преперитонеальная герниопластика, герниопластика по Лихтенштейну и лапароскопическая герниопластика TAPP. Полученные в ходе исследования результаты позволили: научно обосновать преимущества метода преперитонеальной пластики при паховых грыжах, максимально сохранить кровоток в семенном канатике и снизить уровень осложнений при паховом грыжесечении, разработать и внедрить методику расчета дефицита артериального кровотока по семенному канатику и др. [5, 10].

Как наиболее характеризующие состояние кровотока, нами были выделены показатели: средняя скорость артериального кровотока, индекс резистентности и дефицит артериального кровотока. Пиковая скорость кровотока не учитывалась ввиду сильной вариабельности показателя даже в однородных группах; скорость венозного кровотока менялась статистически незначимо, в связи с чем не была включена в итоговую таблицу. Данные об изменении описанных выше параметров представлены в таблице.

Таким образом, у больных, перенесших преперитонеальную герниопластику, зафиксирован лучший кровоток в семенном канатике и, как следствие, меньший остаточ-

ный дефицит кровотока – 8,06%. Чуть больший дефицит, 9,69%, после оперативного лечения зафиксирован у больных III группы, перенесших операцию TAPP. После оперативного лечения у больных I и II групп индекс резистентности уменьшился до уровня контрольной группы. Больные II группы, перенесшие операцию Лихтенштейна, имели после оперативного лечения наибольший остаточный дефицит кровотока – 15,40%, больший среди всех трех групп и индекс резистентности – 0,85.

По результатам исследования нами был научно обоснован выбор методики преперитонеального протезирования как способа грыжесечения, максимально улучшающего кровоток в семенном канатике и, соответственно, способствующего повышению уровня соматического и репродуктивного здоровья населения, экономии государственных средств (сокращение длительности госпитализации и др.) и средств пациентов (сокращение длительности периода нетрудоспособности).

В то же время преперитонеальное протезирование показано, прежде всего, пациентам репродуктивного возраста с диагнозом паховая грыжа в целях сохранения функции оплодотворения, тем более, что данная методика может использоваться как в условиях круглосуточного стационара, так и в амбулаторных условиях и в условиях дневных стационаров, что, с экономической точки зрения, повышает эффективность использования стационарозамещающих мощностей и ресурсов здравоохранения в целом.

Представленная методика более доступна для использования, чем, например, прогрессивный метод – трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (TAPP), которая в определенных условиях может быть альтернативой выбранной нами методике преперитонеального протезирования [10, 11]. Однако TAPP, помимо необходимости специального обучения бригады врачей-хирургов, требует дорогостоящего оборудования, которое малодоступно для участковых, районных, а иногда и для центральных районных больниц. Помимо этого, у метода TAPP имеются серьезные интраоперационные осложнения: ранение органов брюшной полости и семенного канатика, кровотечение из нижних эпигастральных

сосудов и др., что увеличивает длительность лечения и соответственно, снижает показатели работы койки.

Автором предложена уникальная методика определения дефицита артериального кровотока, основанная на определении средней линейной скорости артериального кровотока (ϑ_1 и ϑ_2 , соответственно), дефицита артериального кровотока, как отношения модуля разности скорости артериального кровотока на здоровой и пораженной сторонах к значению (Δi), что представлено в виде уникальной формулы расчета дефицита артериального кровотока на пораженной стороне у (i -го) больного:

$$\Delta i = \frac{|\vartheta_1 - \vartheta_2|}{\vartheta_1} \cdot 100,0 \%, \quad (1)$$

где: ϑ_1 – средняя скорость артериального кровотока на здоровой стороне;

ϑ_2 – средняя скорость артериального кровотока на пораженной стороне;

Δi – дефицит артериального кровотока у (i -го) больного.

Путем суммирования показателей по всем обследованным больным, с последующим усреднением, было получено среднее значение дефицита артериального кровотока (Δ) для группы больных (Σ_i^n).

$$\Delta = \frac{\sum_{i=1}^n \frac{|\vartheta_{1i} - \vartheta_{2i}|}{\vartheta_{1i}}}{n} \cdot 100,0 \%, \quad (2)$$

где: Δ – дефицит артериального кровотока на пораженной стороне относительно здоровой в %;

ϑ_{1i} – средняя скорость артериального кровотока на здоровой стороне i -го больного;

ϑ_{2i} – средняя скорость артериального кровотока на пораженной стороне i -го больного;

n – кол-во обследованных.

Методика может использоваться для определения дефицита кровотока в многочисленных группах любых категорий пациентов, в отличие от традиционных способов определения дефицита кровотока, которые имеют существенный недостаток: скоростные показатели кровотока в семенном канатике на пораженной стороне сравниваются со средними значениями этих показателей у здоровых лиц контрольной группы, при этом разница в скорости кровотока пораженной и здоровой сторон как каждого конкретного больного, так и группы больных не учитывается.

Использование предлагаемой методики диагностики дефицита артериального кровотока по семенному канатику при паховой грыже обеспечивает раннее выявление снижения кровоснабжения яичка и, как следствие, свое-

временное оперативное лечение. Техническая простота и доступность метода позволяют использовать его в хирургии, при оказании медицинской помощи как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Внедрены в территориальную систему здравоохранения и в систему обязательного медицинского страхования рекомендации для использования в хирургических круглосуточных стационарах, финансируемых в системе ОМС, с применением способа оплаты «за случай госпитализации», т.е. за случай оказания специализированной медицинской помощи, применение которых способствовало:

- сокращению издержек за счет предотвращения послеоперационных осложнений, возникающих при использовании более травматичных методик грыжесечения; требующих длительного, дорогостоящего лечения; снижающих эффективность использования коечного фонда, т.к. снижается оборот койки при увеличении длительности госпитализации больного;
- повышению качества хирургической помощи и уровня удовлетворенности пациентов ее оказанием;
- сохранению репродуктивного здоровья мужчин и качества их жизни.

Рекомендовано мужчинам, у которых диагностирована паховая грыжа, с целью минимизации ее влияния на кровоток в семенном канатике и, как следствие, на морфофункциональное состояние семенника, показано срочное оперативное лечение. Используя предложенную нами методику определения дефицита кровотока, предлагается наглядно демонстрировать больному степень влияния паховой грыжи на кровоток в семенном канатике с разъяснениями о негативном влиянии этого явления на репродуктивную функцию. Несложный наглядный расчет облегчает восприятие больным информации и позволяет сократить сроки ожидания обращения пациента за хирургической помощью и, соответственно, уменьшить продолжительность негативного влияния грыжи на организм.

Кроме того, предложено включить цветное дуплексное сканирование артерий и вен семенного канатика в обязательный объем обследования мужчин с паховыми грыжами с целью оценки состояния кровотока и в комплекс обследований в рамках диспансеризации отдельных групп взрослого населения. Преимущества выбранной методики в ее неинвазивности, оперативном предоставлении функциональной информации, возможности многократного применения практически во всех случаях: покое, после физической нагрузки, до и после операции и др. Следует отметить, что дуплексное сканирование успешно и результативно было применено нами в ходе научного исследования [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуально, что результаты научного обоснования предпочтительного выбора метода грыжесечения с ме-

тодикой расчета дефицита артериального кровотока, использованы в медицинской практике, а также при проведении экспертизы качества хирургической помощи в системе ОМС [8].

Литература:

1. Жиборов Б.Н., Кириллов Ю.Б. Паховая грыжа и нарушение репродуктивной функции у мужчин в аспекте современных представлений клинической андрологии // Вопросы клинической урологии: Под ред. Б.Н. Жиборева. – Рязань: Изд-во Ряз. обл. тип., 2007. – С. 192–194.
2. Милуков В.Е., Кисленко А.М. О влиянии паховой грыжи и ее оперативного лечения традиционными способами на репродуктивную функцию мужчин // Анналы хирургии. – 2009. – № 3. – С. 13–17.
3. Указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».
4. Успенский И.В., Манухина Е.В. Научно-организационные аспекты совершенствования специализированной медицинской помощи в условиях модернизации регионального здравоохранения // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2014. – № 4. – С. 95–97.
5. Успенский И.И. Хирургическая тактика лечения больных с паховыми грыжами с учетом кровотока в семенном канатике: Автореферат дис... канд. мед. наук. – Рязань, 2012. – 24 с.
6. Успенский И.И. Хирургическая тактика лечения больных с паховыми грыжами с учетом кровотока в семенном канатике: Дис... канд. мед. наук, Рязань, 2012. – 129 с.
7. Успенский И.И., Зацаринный В.В., Муравьев С.Ю. Влияние паховых грыж на кровоток в семенном канатике // Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины: Сб. тез. науч.-практ. конф. молодых ученых. – СПб., 2011. – С. 188–190.
8. Успенский И.И., Зацаринный В.В., Муравьев С.Ю. и др. Изменение кровотока по сосудам семенного канатика при паховой грыже // В поисках оптимальных решений: Новые идеи в хирургии и травматологии: Сб. науч. тр. – Рязань, 2011. – С. 69–71.
9. Федосеев А.В., Муравьев С.Ю., Успенский И.И. Состояние кровотока в семенном канатике у пациентов с паховыми грыжами до и после грыжесечения // Актуальные вопросы герниологии: Материалы конф. – М., 2011. – С. 209–211.
10. Федосеев А.В., Муравьев С.Ю., Успенский И.И., Фалеев В.В. Состояние кровотока семенного канатика и соединительной ткани у грыженосителей, как факторы, определяющие хирургическую тактику лечения // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2012. – № 4. – С. 142–145.
11. Федосеев А.В., Успенский И.И., Зацаринный В.В., Муравьев С.Ю. Влияние паховых грыж на кровоток в семенном канатике // Врач-аспирант. – 2011. – № 3.1 (46). – С. 146–154.
12. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Для корреспонденции:

Успенский Иван Иванович – к.м.н., заведующий хирургическим отделением НУЗ «Отделенческой больницы на станции Рыбное ОАО «Российские железные дороги»
Тел. 8-920-631-49-90. E-mail: i.i.uspenskiy@gmail.com
Адрес: 391111, Рязанская область, Рыбное, ул. Комсомольская, 14.

For correspondence:

Ivan I. Uspensky, MD, PhD – Head of the Surgical Department of the Departmental Hospital at the Rybnoye station of the Russian Railway JS Company, the Ryazan region
Tel.: 8-920-631-49-90. E-mail: i.i.uspenskiy@gmail.com
Address: Ul. Komsomolskaya 14, Rybnoye city, 391111, the Ryazan region.

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Ученые обнаружили новую антибактериальную молекулу

Международной группе ученых удалось с помощью инновационного метода культивирования бактерий получить новую антибактериальную молекулу тейксобактин (*teixobactin*), механизм действия которой на бактериальную стенку не предполагает развития лекарственной устойчивости. Результаты их работы опубликованы в журнале *Nature*.

В окружающей среде обитает множество микроорганизмов, которые могли бы послужить источником новых препаратов. Их изучение и использование ограничено тем, что значительная их часть не культивируется в среде. Например, только 1% из бактерий, обитающих в почве, будет расти в чашках Петри. Новое устройство, называемое *iChip*, сортирует микроорганизмы из образца по специальным камерам. После сортировки прибор закапывает в почву. Молекулы, поддерживающие жизнедеятельность бактерий, проникают из окружающей среды в камеры и обеспечивают для микроорганизмов условия, близкие к естественным. Применение *iChip* позволяет увеличить долю бактерий из почвы, растущих искусственно до 50%.

Авторы использовали устройство для получения примерно 10000 бактериальных колоний и проверили все из них в отношении их действия на золотистый стафилококк. Было обнаружено 25 возможных новых молекул для создания антибактериальных препаратов, но наиболее перспективные результаты показал тейксобактин.

Исследователи ожидают, что бактериям будет затруднительно эволюционировать, чтобы выработать устойчивость к этой новой молекуле. Механизм действия тейксобактина связан с реакцией с жирными кислотами, составляющими бактериальную стенку. В отличие от традиционных средств, действующих на белки микроорганизмов, которые легко изменяются в результате мутаций, состав жирных кислот и их форма постоянны.

В настоящее время разработка новой молекулы находится на стадии доклинических исследований.

*Российская фармацевтика,
(13.01.2015)*

Петербургский врач рассказал, как человеку с кардиостимулятором пройти мимо металлодетектора

Меры безопасности, всякий раз усиливающиеся после очередного теракта, с одной стороны, обнадежива-

ют, с другой, заставляют беспокоиться людей с кардиостимуляторами: как попасть в аэропорт, на вокзал или в спорткомплекс, минуя рамки металлодетектора? На этот вопрос «Доктору Питеру» отвечает Сергей Юзвинкевич, кардиохирург Городской больницы № 26.

Напомним, вопрос о возможности «обхода» металлодетекторов в пунктах контроля год назад в Общественной палате РФ поднимали пациенты и говорили о необходимости введения в стране удостоверения владельца электрокардиостимулятора единого образца. Вопрос, похоже, остался без ответа. Читательница «Доктора Питера» пишет: «Уже год прошел со дня опубликования статьи, но так ничего и не упростили для людей с ЭКС. А недавно в Бурятии в аэропорту женщина умерла после прохождения рамок».

В условиях всеобщей настороженности по поводу экстремизма и терроризма, людям, живущим с кардиостимулятором, приходится все чаще убеждать представителей правоохранительных структур в том, что не могут пройти через рамки металлодетектора. В связи с этим они хотят иметь документ единого образца, который освободит их от унижительных объяснений при входе в концертные и спортивные залы, в магазины, на вокзалы, в аэропортах.

Кардиостимулятор — искусственный водитель сердечного ритма — способен на многие годы продлить человеку жизнь. Однако последнее время периодически появляются сообщения о гибели пациентов, которым имплантировано это устройство. Сначала в Башкирии во время проведения процедуры МРТ умер мужчина, осенью в Бурятии погибла молодая женщина, пройдя через рамки детектора в аэропорту. По каким причинам эти люди не сообщили об имплантированном кардиостимуляторе, неясно. Они должны были знать, что в жизни у них есть определенные ограничения: после установки кардиостимулятора каждому пациенту выдается памятка, в которой указано, от каких приборов следует держаться подальше. Там же сказано: «Не рекомендуется проходить через устройства предполетного контроля в аэропортах. В случае необходимости, замените эту процедуру личным досмотром». Как поясняет Сергей Юзвинкевич, заведующий Центром хирургического лечения аритмий и электрокардиостимуляции Городской больницы № 26, сегодня документом, подтверждающим право на освобождение человека от прохода через металлодетекторы, правоохранительные органы принимают обычный выписной эпикриз пациента на русском языке. Предъявить эту справку необходимо охранникам, которые должны по необходимости выполнить ручной досмотр. Используемые сегодня кардиостимуляторы в основном импортного производства, и за рубежом наши пациенты предъявляют запол-

ненный по форме бланк (карту) пациента с имплантированным электрокардиостимулятором, который прилагает фирма - производитель устройства на английском языке (заполняется лечащим врачом). После ее предъявления проблем с объяснениями, почему человек не может пройти через металлодетектор, не возникает.

То есть, по мнению Сергея Юзвинкевича, нет настоятельной необходимости в удостоверении владельца электрокардиостимулятора единого образца:

- За рубежом такие удостоверения, действительно, есть. Но они равнозначны тем справкам, что предъявляют наши соотечественники. И я ни разу не слышал о том, чтобы предъявившего этот документ заставили пройти через рамки. Главное — иметь эту справку с собой и предъявлять там, где установлены детекторы с «замкнутыми» рамками (в спорткомплексах, музеях, концертных залах, государственных учреждениях, а также в аэропортах и на вокзалах). Правоохранительные службы не могут поверить на слово человеку с кардиостимулятором и определить его наличие они тоже не могут. Магнитное поле, которое излучают эти устройства, не могут сломать кардиостимулятор, но они способны его «разрегулировать», что чревато серьезными проблемами для наших пациентов. А те детекторы, что установлены в магазинах, для человека с кардиостимулятором не опасны, это электронные антикражные системы, реагирующие только на закодированные магнитные метки магазина.

*Доктор Путер,
(21.01.2015)*

«Росплазма» жаждет крови

Госкомпания судится с германским подрядчиком недостроенного предприятия в Кирове

ФГБУ «Российский медицинский научно-производственный центр „Росплазма“» пытается в кировском арбитраже разрешить конфликт с германской Glatt Ingenieurtechnik GmbH. По госконтракту стоимостью 7 млрд руб. эта компания должна была построить в Кирове завод по производству препаратов крови, но так и не завершила проект. Первая судебная инстанция вернула иск, так как ответчик находится в Германии, ФГБУ подало апелляционную жалобу.

В Кирове развивается конфликт между «Росплазмой» и германской Glatt Ingenieurtechnik GmbH. Эта инженеринговая компания в 2005 году стала победителем конкурса на строительство в Кирове современного производства препаратов крови для «Росплазмы», который должен был перерабатывать до 600 т донорской плазмы в год и покрыть потребность России в препаратах крови. Стоимость контракта составляла 7 млрд руб. Строительство завода началось в 2006 году, но несколько лет спустя было заморожено на этапе отделки фасадов. К тому моменту федеральный бюджет вложил в проект более 190 млн евро.

В декабре прошлого года «Росплазма» направила в арбитражный суд Кировской области иск о расторжении госконтракта с немецким подрядчиком и взыскании его стоимости. Как поясняла летом прошлого года во время визита в Киров министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, новый тендер требуется, чтобы завод все-таки был достроен: «Много времени прошло с тех пор, когда этот объект проектировался, поэтому все те технологии, которые были положены в основу еще в 2005 году, требуют пересмотра и обновления».

Кировский арбитраж сначала приостановил производство, потребовав у истца обосновать предъявление иска в суд Кировской области. Как выяснилось, госконтракт предусматривал рассмотрение возможных споров в Международном коммерческом арбитражном суде при ТПП РФ. Юристы «Росплазмы» настаивали, что рассмотрение дела третейским судом невозможно, но арбитраж все равно вернул госкомпании иск, посчитав, что та ничем не обосновала подсудность спора. «Так как ответчик является иностранной организацией, находящейся в Германии, и не имеет в Кировской области ни имущества, ни филиала, ни представительства, исковое заявление неподсудно арбитражному суду Кировской области», — говорится в определении суда от 19 декабря.

Вчера стало известно, что «Росплазма» обжаловала его во Втором арбитражном апелляционном суде. Заседание по делу назначено на 4 февраля. Комментировать разбирательство в ФГБУ вчера отказались, а в московском представительстве Glatt Ingenieurtechnik GmbH направили в головную компанию в Германии, где на запрос „Ъ“ оперативно ответить не смогли.

Юристы говорят, что если в договоре «Росплазмы» с генподрядчиком арбитражная или третейская оговорка была прописана в соответствии с законодательством и стороны ее не оспаривали, то подсудность спора будет определяться именно исходя из этой оговорки, то есть в пользу суда ТПП. «Дело может рассматриваться на месте расположения российского филиала компании или представительства ее в России, но только если этот филиал или представительство зарегистрированы в соответствии с законодательством РФ и если „Росплазме“ удастся доказать, что спор вытекает из деятельности именно российского филиала германской фирмы», — говорит руководитель судебного отдела компании Sameta Николай Строев. В противном случае ФГБУ придется обращаться в суд Германии, по месту нахождения ответчика, в чем Glatt может быть заинтересована. «Ответчику в текущей ситуации выгоднее судиться в Германии или Международном коммерческом арбитражном суде при ТПП РФ, так как немецкий суд будет исходить из бизнес-практик и экономических реалий Германии, а суд при ТПП также более бизнес-ориентирован и принимает во внимание в том числе экономическую целесообразность», — поясняет господин Строев, отмечая, что иностранные компании предпочитают не судиться в России в силу особенностей российского судебного законода-

тельства. Соответственно у госкомпании больше шансов на выигрыш в российском суде, полагает юрист. Кроме того, процессуальные расходы в Германии значительно выше, чем в России, и даже в случае решения в пользу «Росплазмы» госкомпании придется подтверждать это решение в российском суде, что также не всегда удастся, добавляет юрист.

Что касается самого проекта, то он в любом случае будет реализован, так как имеет для государства статус стратегического в плане обеспечения социальной безопасности, говорит партнер консалтинговой компании PharmCIS, директор Центра социальной экономики Давид Мелик-Гусейнов. «Сейчас вопросы развития здравоохранения вынесены на обсуждения Совета безопасности РФ, в него вошла министр здравоохранения России Вероника Скворцова. А этот проект — единственный в своем роде, других таких в России нет, это социальная безопасность страны с точки зрения обеспечения препаратами крови. Деньги найдутся, если суды по возврату средств затянутся», — уверен эксперт. Кроме того, средства на достройку центра плазмы могут быть изысканы в программе «Фарма-2020», которая проходит по линии Минпрома РФ. По мнению эксперта, реализация проекта будет завершена в рамках государственно-частного партнерства, хотя инвестором, скорее всего, выступит государственная финансовая структура типа ВЭБа или иная заинтересованная госкорпорация. «Сейчас не время для таких инвестиций со стороны частного бизнеса, да и в России сейчас нет крупных частных компаний, которые могли бы изыскать эти средства в этом и следующем году. А так как это объект государственной безопасности, то, скорее всего, государство больше не доверит его иностранным компаниям», — полагает господин Мелик-Гусейнов. Сроки достройки объекта будут зависеть от уровня его готовности на данный момент и скорости в поисках нового вендора, добавляет эксперт.

*Коммерсант, Нижний Новгород,
(21.01.2015)*

Новая система упростит идентификацию злокачественной ткани во время операции

Чтобы облегчить хирургам поиск злокачественной ткани в ходе операции и в надежде сократить вероятность рецидива рака, ученые изобрели новую систему визуализации, которая подсвечивает опухоли с помощью переносного лазера.

«Цель хирурга во время операции — удаление опухоли и окружающей ткани так, чтобы по возможности исключить вероятность того, что какие-то раковые клетки были упущены из вида», — сказал доцент регенеративной медицины доктор Арон Мос из баптистского медицинского центра университета Уэйк Форест. «Как хирург определяет, что удалил достаточно ткани? Пока только

визуально и интуитивно. Наша задача сделать так, чтобы прямо во время операции хирург получал достоверную информацию о раковых клетках».

Результаты опубликованы в издании IEEE Transactions on Biomedical Engineering.

Мос с соавторами сообщили о прототипе новой системы, суть работы которой в следующем: в опухоль вводится флуоресцентная краска, которую хирург видит с помощью системы визуализации в реальном времени, что позволяет ему точно отделять здоровую ткань от злокачественной, просто глядя на монитор.

На мышах и собаках ученые обнаружили, что флуоресцентная краска накапливается в опухоли в большем объеме, чем в окружающей ткани, и система способна установить четкую границу между нормальной и раковой тканью. Как известно, у собак развиваются те же типы опухолей, что и у людей, подобные, в том числе, по своему строению.

Ученые работают над дальнейшим развитием системы, чтобы испытать ее на людях.

*РИА АМИ,
(29.01.2015)*

Москва создаст медицинский кластер международного стандарта

В Москве будет создан международный медицинский кластер, который поднимет уровень медицинского обслуживания на качественно новый уровень. Об этом рассказал министр Правительства Москвы, руководитель Департамента городского имущества Владимир Ефимов в рамках совещания «Инновационная политика России и Развитие регионов», прошедшего сегодня в Сколково.

В городе ведется масштабная работа по развитию и совершенствованию сферы здравоохранения. По словам мэра Москвы Сергея Собянина медицина подверглась существенным изменениям: в больницы и поликлиники было закуплено новое оборудование, медицинские учреждения перешли на новую двухуровневую систему амбулаторной помощи, специалисты отрасли на постоянной основе проходят курсы повышения квалификации.

Однако реформы данной отрасли должны проводиться не только путем изменения внутренней структуры. Важное значение имеет интеграция опыта и знаний международного сообщества в работу российской медицины.

В этой связи в Москве планируется создание Международного медицинского кластера, который обеспечит благоприятные условия для обмена опытом и выстраиванием более совершенной системы здравоохранения России.

«Город сможет по упрощенной системе привлекать к работе в сфере здравоохранения иностранные медицинские компании, — пояснил В. Ефимов. — В рамках работы с

коллегами мы сможем проводить обучение и стажировку отечественных специалистов, использовать и внедрять в работу лучшие мировые технологии и методики».

Предполагается, что международные специалисты смогут включиться в работу быстро, не утруждая себя сбором документов для прохождения дополнительных сертификаций или же подтверждения образования, полученного не в Российской Федерации.

По словам главы Департамента, конечная цель проекта сводится к тому, чтобы обеспечить граждан современным технологичным центром, где можно получить профессиональную диагностику и медицинскую помощь на территории нашей страны.

«К сожалению, в настоящее время у граждан сформирован стереотип о том, что лечение лучше проходить за границей, ввиду отсутствия в России, и возможно в Москве, необходимой технической базы. Создание Медицинского кластера позволит ситуацию развернуть и предоставить российскому обществу качественные услуги в пределах РФ», - отметил Владимир Ефимов.

На сегодняшний день принято решение о размещении кластера на территории Сколково, общая площадь около 58,5 га. Планируется организация четырех ключевых направлений:

- клиническо-диагностическое;
- реабилитационное;
- научное;
- учебное.

*Департамент городского имущества, Москва,
(28.01.2015)*

Астана стала одним из центров медицинского туризма в Центральной Азии - Минздрав

Пациенты из более чем 30 стран получили лечение в клиниках Астаны, сообщает пресс-служба Министерства здравоохранения и социальной защиты Казахстана.

«С 2011 по 2014 годы в клиниках Национального медицинского холдинга и Национальном научном медицинском центре медпомощь получили 4799 человек из более чем 30 стран. В частности, в дочерние организации Нацмедхолдинга за высокоспециализированными медицинскими услугами обращаются граждане России, США, Японии, Италии, Великобритании, Турции, Болгарии, Шри-Ланки, Филиппин, Кыргызстана и других стран», - говорится в сообщении.

Среди иностранных граждан наиболее востребованы такие услуги, как: микрохирургическое удаление грыжи диска позвоночника, экстракорпоральное оплодотворение, кардиохирургические операции на клапанах сердца, эмболизация маточных артерий.

«Стоимость операций в Казахстане значительно ниже, чем за рубежом. Например, трансплантация костного мозга в РК - 51 тысяч у.е., в России - 90 тысяч у.е.;

трансплантация печени в РК - 20 тысяч у.е., в Турции - 108 000 у.е.; трансплантация почки в РК - 16 тысяч у.е., в России - 40 тысяч у.е.», - говорится в сообщении

Кроме того, медицинский туризм активно развивается и в стенах Национального научного медицинского центра. Здесь лечатся пациенты из таких стран, как США, Китай, Кувейт, ОАЭ, Индия, Россия.

Пациенты из-за рубежа приезжают с целью коррекции морфо-функциональной недостаточности внутренних органов с использованием клеточных технологий. Наиболее часто встречаемая патология среди иностранных пациентов: метаболический синдром и диабет 2-го типа.

*Новости Казахстан, Астана,
(28.01.2015)*

Миллиард на роботах: как японец разбогател на медицинских киборгах

Японский профессор Йосиюки Санкай, основавший компанию Cyberdyne, недавно попал в список Forbes благодаря созданному им роботу, помогающему людям с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Не исключено, что первый миллиардер от робототехники когда-нибудь поможет реализовать мечту японского премьера – Олимпийские игры для роботов.

«То, что идет изнутри меня»

Новоиспеченный миллиардер Йосиюки Санкай увлекался роботами с детства. В девять лет он прочитал сборник рассказов Айзека Азимова «Я, робот», и с тех пор робототехника стала его страстью. Кроме того, как пишет The Japan Times, Санкай еще в самом раннем детстве очень интересовался, каким образом люди могут двигать конечностями так, как им хочется. Он поступил на специальность «искусственные органы человека» в Университет Цукубы, где в 1987 году получил докторскую степень, а затем стал там профессором. Но только роль ученого и преподавателя его не устраивала. Санкай хотел создать робота, который мог бы использоваться в области медицины. «С детства я думал о том, как можно применить технологии, чтобы помочь людям и всему обществу», - цитирует его The Japan Times. «Физические функции человека ослабевают из-за возраста, болезней или травм. Как поддержать ослабевших или парализованных людей или улучшить их возможности – это серьезный вопрос», - рассказал Санкай. Еще с 1991 года японский преподаватель обдумывал идею создания робота, который помогал бы людям с нарушениями опорно-двигательного аппарата перемещаться. И в 1997 году ему удалось реализовать свою мечту: он создал первый прототип робота Robot Suit HAL. Cyberdyne в цифрах \$17,7 тыс. в год стоит аренда Robot Suit HAL, \$98 – стоимость часовой процедуры с использованием экзоскелета \$150 тыс. стоит один Robot Suit HAL \$2,63 млрд

составляет рыночная капитализация Cyberdyne \$6,4 млн компания планирует получить от продаж в 2014 финансовом году (закончится 31 марта) \$4,9 млн чистого убытка Cyberdyne ожидает по итогам 2014 финансового года На 40% в год будет расти рынок «носимых девайсов» в течение следующих шести лет; \$20 млрд составит выручка рынка в 2015 году, согласно прогнозу SNS Research Источники: отчетность компании, Forbes, Bloomberg

Своя дорога в бизнес

Сперва Санкай решил предложить свое изобретение крупным японским корпорациям. Но хотя «большим боссам» и понравилось его детище, производить его они не захотели. «Конечно, я посетил большие компании. Я думаю, что поговорил с почти половиной японских фирм топ-20. Президенты и менеджмент на самом деле похвалили мое творение», – вспоминает Санкай. Но, по его словам, робот заинтересовал их больше с точки зрения исследовательских перспектив, нежели с точки зрения возможностей для бизнеса. «Не было ничего: ни рынка, ни пользователей, ни профессионалов, ни промышленности, ни международных правил, – инновационные технологии часто сталкиваются с такой ситуацией», – подчеркнул изобретатель. И тогда ему пришлось идти собственным путем и создать свою компанию. Его фирма, основанная в 2004 году, получила название Cyberdyne, которое, впрочем, не имеет никакого отношения к вымышленной компании с таким же названием, упоминавшейся в фильмах про Терминатора. Как пояснил сам глава компании, он просто соединил два слова: «кибер» и «дина» [единица измерения силы, использовавшаяся в системе СГС, которую сейчас сменила СИ – в ней сила измеряется в ньютонах]. По данным Forbes, к середине 2006 года Санкай привлек около \$17 млн инвестиций от японских и американских компаний, названия которых он не раскрывает. Эти средства позволили ему построить исследовательский и производственный центр в Токио и начать процесс сертификации продукции в Европе. С тех пор интерес к его компании постоянно растет. В марте прошлого года Cyberdyne вышла на японский фондовый рынок в Токио и собрала около \$76 млн, причем за первый день стоимость акций выросла вдвое.

«Олимпийские игры» для роботов

Япония – страна, в которой средняя продолжительность жизни превышает 83 года. При этом возрастная структура японского общества неуклонно меняется, доля пожилых людей растет. Неудивительно, что власти стареющей нации стремятся поддерживать здоровье пожилых людей, стимулируя развитие новейших технологий в сфере медицины, в частности робототехнику. Опора роста В июле прошлого года японский премьер-министр Синдзо Абэ заявил о желании провести в 2020 году одновременно с летними Олимпийскими играми в Токио олимпиаду для роботов, чтобы продемонстрировать миру новейшие технологии робототехники – области, в которой Япония уже давно занимает лидирующую позицию. «В 2020 году

я хотел бы собрать всех роботов в мире и устроить «олимпийские игры», где они бы соревновались в технических навыках... Мы хотим, чтобы роботы стали важной опорой нашей экономической стратегии роста», – цитировала его британская Telegraph. Кибатлон Пока что мечта Абэ выглядит скорее как сценарий фантастического фильма. Впрочем, вероятность ее воплощения весьма значительна. Швейцария намерена в 2016 году провести первые международные спортивные соревнования для спортсменов с роботизированными протезами, изготовленными по самым современным технологиям. В отличие от Паралимпийских игр, где спортсмены, использующие протезы, вправе лишь приблизить свои возможности к возможностям здоровых людей, на швейцарском Кибатлоне никаких ограничений не будет. По замыслу организатора – Национального центра исследований робототехники – соревнования должны способствовать развитию роботизированных технологий. Награды в шести дисциплинах будут присуждаться не только спортсменам, но и компаниям, предоставившим устройства или программное обеспечение.

Международная экспансия

Согласно информации на сайте Cyberdyne, компания в 2013 году сертифицировала своего чудо-робота в Европе. По данным Bloomberg, аренда Robot Suit HAL сейчас стоит для госпиталей и других лечебных учреждений недорого – около \$17,7 тыс. в год. Тем не менее свыше 150 больниц в Японии уже арендовали эти девайсы. Индивидуальные тренировки обходятся пациентам дешевле \$100 в час. С середины прошлого года роботы HAL арендуют специализированный центр в Бохуме, а также больницы в Берлине и Франкфурте. Представительства компании есть в Норвегии, Швеции, Нидерландах. В конце прошлого года Cyberdyne заключила соглашение о сотрудничестве с Omron. Один из мировых лидеров в сфере автоматизации будет производить для роботов HAL специальные сенсоры, которые позволят устройствам осуществлять больше функций. Как сообщила газета The Asahi Shimbun, ожидается, что обновленные роботы с сенсорами Omron появятся в течение пяти лет. Пока что компания является убыточной. За 2013 финансовый год, закончившийся 31 марта 2014 года, продажи составили около \$3,9 млн (456 млн иен), а по итогам этого года (закончится 31 марта) вырастут до \$6,3 млн, согласно прогнозу компании. Убытки в нынешнем году должны уменьшиться с \$5,8 млн до \$4,9 млн. При этом инвесторы оценивают Cyberdyne очень высоко: рыночная капитализация, по данным Bloomberg, превышает \$2,6 млрд. Активы Йосиюки Санкай Forbes оценивает в \$1 млрд. Несмотря на пока небольшое количество клиентов за пределами Японии, глава компании готов сотрудничать далеко не со всеми желающими арендовать его изобретения. Как сообщает Forbes, после трагедии 11 сентября к Санкай обращались власти США, но он отказался сотрудничать с военными. Он согласен с по-прежнему любимым им Азимовым: роботы должны не приносить вред, а помогать людям. Роботы от Азимова Айзек Азимов (1920–1992)

– один из самых известных авторов научной фантастики, писавших про роботов. Биохимик, профессор Бостонского университета, он написал с 1939 года около 500 книг. Всемирную известность ему принес сборник рассказов «Я, робот» (экранизирован в 2004 году, фильм был номинирован на «Оскар»). В отличие от многих других писателей-фантастов Азимов в своих произведениях показывал, что роботы – не бездушные машины, а почти живые существа, наделенные множеством способностей, – помощники человека, способные нянчить детей, создавать произведения искусства и многое другое. За свое творчество Азимов был неоднократно награжден престижной премией Хьюго в области научной фантастики. По данным Оксфордского словаря, слово robotics (робототехника) впервые появилось в рассказе Азимова «Лжец», опубликованном в 1941 году.

Робототехника на службе у медицины На мускульных импульсах

Аппарат крепится к телу пациента и приводится в действие электрическими импульсами, вырабатываемыми мускулами и улавливаемыми прикрепленными к коже электродами. Питается экзоскелет от батареи напряжением в 100 В, прикрепленной к талии.

Реабилитация мозга

Мозг и мышцы человека обмениваются сигналами через сеть нейронов. При некоторых заболеваниях и травмах эти сети повреждены, из-за чего передача сигналов затрудняется, и двигательная активность ухудшается, вплоть до паралича. HAL воспринимает даже самые слабые сигналы, а также, по словам его изобретателя, способствует регенерации сетей между мозгом и конечностями. Экзоскелет не просто передает сигналы мышцам о том, что их владелец хочет пойти, но и наоборот, после движения сообщает мозгу о том, что человек в состоянии идти. Таким образом, мозг заново учится подавать необходимые сигналы для ходьбы. По сути, это первая ступень, для того чтобы пациент в дальнейшем мог перемещаться уже без робота, самостоятельно. Не только лечит HAL можно применять не только в медицинских целях, но и в качестве вспомогательного инструмента для людей, чья работа связана с тяжелыми физическими нагрузками, например в ходе ликвидации последствий стихийных бедствий либо строительных работ: при помощи HAL 5 человек может поднимать и переносить предметы, в пять раз превышающие по массе максимальную нагрузку при обычных условиях.

Изделия на заказ

По состоянию на март 2014 года в Японии HAL использовали в 170 медицинских и немедицинских учреждениях. В августе 2013 года аппарат прошел сертификацию TÜV Rheinland Group, что позволяет применять его в Евросоюзе. Производство не поставлено на поток, устройства изготавливаются на заказ и сдаются в аренду.

РБК, (30.01.2015)

В Томске создадут первый в России центр обучения медиков для работы в условиях Арктики

Актуальность создания такого центра назрела в связи с тем, что крупнейшие российские компании выходят на разработку шельфа.

Сибирский государственный медицинский университет (СибГМУ) совместно с томским Центром корпоративной медицины создадут первый в России центр подготовки медиков и парамедиков для работы в условиях Арктики и шельфовых месторождений. Об этом сообщили в пресс-службе вуза.

«Арктическая медицина активно развивается во всем мире, и мы намерены готовить как российских, так и зарубежных специалистов. Уже сегодня есть несколько крупных заказчиков из Сингапура и Вьетнама, которые хотят обучать сотрудников у нас», – сказала и.о. ректора Ольга Кобякова.

Центр будет создан на базе уже имеющегося в СибГМУ обучающего симуляционного центра. В 2014 году он вошел в перечень центров Европейского общества симуляции в медицине (из РФ в эту ассоциацию входят лишь два центра – СибГМУ и Первого московского медицинского университета им. Сеченова). В пресс-службе вуза ТАСС пояснили, что медиков и парамедиков будут обучать оказанию доврачебной, первой медицинской помощи в суровых условиях Арктики. Уже разработаны соответствующие программы.

По словам главы Центра корпоративной медицины Сергея Антипова, актуальность создания такого центра назрела в связи с тем, что крупнейшие российские компании выходят на разработку шельфа, а медиков-специалистов для работы в этих условиях очень мало. «Совместно с СибГМУ мы рассчитываем создать инновационный образовательный центр, который закроет эту потребность», – сказал он.

В настоящий момент идет процесс создания малого инновационного предприятия, которое будет готовить медиков, после чего начнется обучение будущих тренеров – сотрудников вуза – на сертифицированных курсах в Европе. Курсы оплачивает Центр корпоративной медицины. Первый выпуск медиков и парамедиков – около 15 человек – планируется уже в первой половине 2015 года.

*ТАСС, Москва,
(06.02.2015)*

Создано первое российское лекарство от рака с метастазами

Первый отечественный аналог препарата для лечения метастатических раковых опухолей будет запущен в продажу уже в текущем году. Сообщается, что данный медикамент обладает способностью сдерживать заболевание, продлевая жизнь пациентам от нескольких месяцев до нескольких лет.

Лекарство, о котором идет речь, представляет собой аналог применяемого сейчас в России швейцарского средства от метастатического рака. Этот импортный препарат является одним из самых дорогостоящих среди всех лекарств, которые приобретаются государством в рамках программы «Обеспечение необходимыми лекарственными средствами». Отечественное лекарство, как пояснили его производители, будет более дешевым.

«Стоимость российского аналога будет минимум на 30-40 процентов ниже, чем импортного, курс лечения которым обходится приблизительно в 2 млн рублей», — сообщил руководитель компании — разработчика Роман Иванов.

По словам Иванова, лекарство от рака, созданное российскими фармакологами, уже прошло испытания и передано в Минздрав на регистрацию. Ожидается, что на рынке оно появится во второй половине 2015 года. Данный препарат предназначен для лечения рака кишечника, легкого, яичников, почки и молочной железы.

Новое лекарство будет выпускаться в виде инъекций. Его использование позволит пресекать рост раковой опухоли, хотя полностью уничтожить ее с помощью этого медикамента, к сожалению, нельзя. Применяемое одновременно с химиотерапией, новое средство поможет сдерживать развитие заболевания — на несколько месяцев или лет. Как пояснил Роман Иванов, эффект будет зависеть от конкретной ситуации.

Также ожидается, что запуск в производство отечественного средства создаст необходимое в этом направлении поле конкуренции, в связи с чем понизятся в цене лекарства западных фирм. По имеющимся расчетам, стоимость импортных медикаментов может снизиться в три-четыре раза.

Для справки

Разработчиком биоаналога противоракового препарата стала российская фармкомпания БИОКАД. Испытания нового лекарства проводились в Российском онкологическом научном центре им. Н. Н. Блохина, НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова, Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. И. П. Павлова. Они показали полное соответствие аналога оригиналу по ключевым показателям эффективности и безопасности.

(АМИ - Российское агентство медико-социальной информации, Москва, 06.02.2015)

Главный онколог РФ: в борьбе с раком мы можем обойтись и без помощи Запада

Международный противораковый союз заявил, что с 2030 г. рак не убьет ни одного человека моложе 80 лет.

Пока же заболеваемость в России ниже, чем на Западе, а смертность — выше. Россиян лечат неправильно? «Нет, часто поздно ставят диагноз», — объясняет **Михаил**

Давыдов, главный онколог Минздрава России, директор Российского онкологического научного центра им. Блохина.

Это Сталинград

Юлия Борта, «АиФ»: *В Америке от рака молочной железы выздоравливают почти 95% женщин, в России — 60%. И то я думаю, что мы лукавим, и реальные цифры ещё ниже. Почему?*

— На Западе налажена быстрая и точная диагностика на самых ранних стадиях заболевания. Это прицельный поиск у здорового населения в определённых возрастных группах той или иной патологии. Например, на раки молочной железы исследуются женщины от 45 до 65 лет. На раки лёгкого — мужчины 45-65 лет, выкуривающие ежедневно в течение 20 лет пачку сигарет. Но выявление ранних форм болезни — ещё не значит выздоровление. За 3 месяца ранняя форма рака уже может перейти в следующую. Реализовывать программы диагностики и приступать к лечению нужно быстро. В России пока с этим проблема.

— Почему? Вроде бы регионы завалили дорожной техникой.

— Если вы в каждой деревне поставите маммограф, вы не найдёте сантиметровой рак молочной железы. Опытнейшие люди должны быть! Мало увидеть, нужно доказать, что это рак. Попасть в опухоль иголкой и провести исследование материала в лаборатории, чтобы определить тактику лечения. Это непросто. Не все регионы готовы к такой работе. В Татарстане мы провели успешную программу по выявлению ранних раков молочной железы. А вот в Якутии онкологическая служба на уровне 50-х годов. Это Сталинградская битва!

Крепкие орешки

— Поэтому все пытаются попасть в Москву?

— Наша задача — приблизить регионы по качеству медпомощи к крупным федеральным центрам. Но сегодня наш опыт и наработки — не указ для регионов. Надо заново выстраивать вертикаль власти. Развивать головные центры, отвечающие за профиль патологии (президент подписал такой указ), которые готовят кадры для региона, отслеживают ситуацию на местах и несут за всё это ответственность.

— В чём мы сможем обойтись без помощи Запада?

— По большому счёту во всём. А в том, что делается руками, в хирургии, мы дадим фору любой стране мира. Но если бы онкологию можно было вылечить только хирургией! В отношении лекарств проблема есть. Да, сейчас с опозданием, но появляются отечественные препараты. С радиологическим оборудованием сложнее. Производство в РФ не налажено. Отечественное не идёт ни в какое сравнение с импортным. Так что будем долго ещё пользоваться парком того оборудования, которое успели закупить. Но ситуация не критическая. Мы крепкие орешки.

— Когда будет мечта человечества победить рак?

- Полная победа над раком будет возможна, когда мы научимся делать препараты, которые метят опухоль и делают её чужой для иммунной системы. У одной нашей пациентки в пересаженной ещё в детстве донорской почке развилась опухоль, давшая метастазы. Почку удалили и перестали давать подавляющую иммунитет терапию, которую она принимала годами (чтобы почка не отторгалась). И вдруг за месяц все метастазы рассосались - их «съела» иммунная система, поняв, что они чужие. Девушке пересадили другую почку, и она жива до сих пор.

*Аргументы и Факты, Москва,
(16.02.2015)*

Россия призвала ученых со всего мира на борьбу с раком

Россия выводит исследования и обучение специалистов по борьбе с онкологическими заболеваниями на новый уровень. В результате выиграют все.

Проблемой рака в России всерьез озаботились еще в 2005 году, когда под личным контролем президента России Владимира Путина был заложен Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Д. Рогачева (ФНКЦ). «Рогачевка», как прозвали его в народе, открылась в 2011 году и стала местом, где не только лечат болезни, но также изучают их причины, ищут новые способы борьбы с ними и готовят новых специалистов.

Сейчас здесь проводят около 300 трансплантаций костного мозга в год, ФНКЦ управляет сетью из 64 региональных центров, профессионалы высочайшего класса здесь имеют возможность работать на самом передовом оборудовании. Налажено сотрудничество с большим количеством исследовательских центров в Германии, США, Китае, Бразилии, Канаде, Швейцарии, Израиле, Испании, Италии и многих других странах.

Обучение лучших из лучших студентов ведется в тесной связке с Московским физико-техническим институтом (МФТИ). На базе Физтеха был создан Центр живых систем, куда вошли российские и иностранные компании.

Нам удалось осуществить взаимодействие бизнеса и науки, создать систему, в которой фармацевтические и биотехнологические компании поддерживают наших студентов и аспирантов, дают возможность создавать собственные стартапы, попробовать себя в деле. Не всегда проекты оказываются успешны, но в значительной степени. Должен признать: наши студенты предлагают иногда совершенно уникальные подходы, которые нам не всегда приходят в голову, **говорит декан факультета биологической и медицинской физики МФТИ Александр Мелерзанов.**

Сотрудники «Рогачевки» и Физтеха, как и большинство серьезных ученых и фармацевтических компаний, считают, что старение лежит в основе большого количе-

ства заболеваний, в том числе и рака. Понимание взаимосвязи старения и онкологии поможет найти пути их предотвращения.

Ни один рак не является идентичным другому. Сейчас лечение рака - это рулетка. Она работает таким образом, что чаще назначаются препараты, которые не работают и даже вредят пациентам, чем наоборот. Мы пытаемся эту ситуацию изменить, **говорит адъюнкт-профессор, сотрудник ФНКЦ и МФТИ Александр Жаворонков.**

По его словам, диета, спорт и прочий здоровый образ жизни не гарантируют долголетия. Официальная долгожительница-рекордсменка француженка Жанна Кальман курила до 117 лет и прекратила это дело только, потеряв зрение, чтобы постоянно не просить кого-то о помощи. Выпить она была тоже не промах и в итоге встретила смерть в возрасте 122 лет.

Мы хотим, чтобы люди жили дольше и продуктивнее. Мы считаем, что это источник экономического роста. Поэтому нужно применять все технологии, чтобы отдалить старость и заболевания, **говорит Александр Жаворонков.**

Его коллега, доктор медицинских наук, профессор Сергей Румянцев подчеркивает, что науку двигают молодые. В этом направлении сейчас происходит большой шаг вперед. Физтех и «Рогачевка» расширяют международное сотрудничество, отправляя наших студентов в лучшие зарубежные научно-исследовательские центры и принимая у себя иностранных студентов. Например, студентка из Бразилии Фабиан Польшман де Атайде нашла в Москве то, чего ей не удалось сделать в Нью-Йорке.

Благодаря сотрудничеству наших стран в рамках БРИКС и программе ФНКЦ и МФТИ, я получила возможность изучать рак в связке с процессами старения, заниматься наукой на совершенно ином уровне, **говорит Фабиан.**

Бразилия, кстати, сегодня вкладывает очень серьезные средства в науку, образование и развитие студенческих программ. А ФНКЦ одна из лучших площадок, где студенты могут не только заниматься теорией, но и действительно увидеть практические воплощения своих идей. Российские же молодые ученые получают возможность поучиться у лучших зарубежных специалистов и в дальнейшем передать опыт своим коллегам. Таким образом, не только российская, но и мировая наука оказываются в выигрыше.

Гринин Алексей

Недавно британский парламент разрешил ЭКО от трех родителей. Ему понадобилось полтора года, чтобы принять революционное решение, возлагающее огромную ответственность на врачей. А тогда, в июле 2013, прения по законопроекту только начинались. И не было понятно, какую их двух существующих технологий замены митохондриальной ДНК в конце концов можно будет применить...

Про детей от трех родителей сегодня не судачит только ленивый — с тех пор как британские законодатели заявили, что приступают к рассмотрению законопроекта, позволяющего использовать при зачатии в пробирке генетический материал от трех человек. Строго говоря, этот третий — совсем не родитель. Точнее, не родительница, потому что это будет женщина, пожертвовавшая будущему ребенку цитоплазму своей яйцеклетки. От нее малышу достанется всего 37 генов — меньше, чем 0,2 процента всей его ДНК. Эта женщина даже не будет обладать правами донора яйцеклетки. Ее имя ребенок не узнает никогда. Однако, если все получится, ему не раз захочется ее поблагодарить. Ведь этот посторонний, по сути, человек спасет его от тяжелой болезни, а может, и от преждевременной смерти...

Окно в будущее

Весь фокус в замене бракованных генов, которые могут достаться ребенку от матери. Не весь наш геном прячется в клеточном ядре. В окружающей его цитоплазме живут митохондрии. Когда-то они были бактериями, но после вошли в состав клетки. Постепенно почти все гены перекочевали из них в клеточное ядро. Те 37, что остались, передаются по материнской линии практически без изменений. Не то что гены ядра, которые природа при размножении тасует как карты, перемешивая хромосомы отца и матери. А если гены в митохондриях оказались не в порядке? Неужели наследственное заболевание будет без конца передаваться от матери к дочке и внучке? Специалисты давно думали о возможности заменить испорченные гены здоровыми. И нашли способ разом избавиться от всех 37 «старых» митохондриальных генов, заменив цитоплазму донорской. Получив здоровые гены митохондрий, такая семья сможет избавиться от семейного рока и начать жизнь с чистого листа.

Сейчас существуют две технологии замены митохондриальной ДНК. Одну несколько лет назад разработал в США наш соотечественник, руководитель Центра стволовых клеток и геной терапии Орегонского университета науки и здравоохранения Шухрат Миталипов. Ядро материнской яйцеклетки в этом случае помещают в цитоплазму донорской яйцеклетки, из которой предварительно удалили ядро. Получается «комбинированная» яйцеклетка — в ядре у нее хромосомный набор матери, а в цитоплазме — донорская митохондриальная ДНК.

После этого ее оплодотворяют с помощью стандартной процедуры ЭКО.

Вторая технология появилась гораздо раньше. Сейчас ее развивает в Британии профессор неврологии Дуг Тернбулл, который руководит Митохондриальной исследовательской группой в Университете Ньюкасла. В этом случае сначала с помощью ЭКО оплодотворяют две яйцеклетки — родительскую и донорскую. Когда обе находятся на стадии зиготы — диплоидной клетки, содержащей двойной набор хромосом от отца и матери, — клеточное ядро из родительского диплоида переносят в цитоплазму донорского. В результате эмбрион должен получить донорскую митохондриальную ДНК.

Разработчики закона заявляют, что собираются решить оба подхода. Но в результате может оказаться, что применять на практике будут технологию из США. «Просто мы дальше продвинулись: испытали наш метод и на мышах, и на обезьянах, и даже на человеческих яйцеклетках, — рассказывает Шухрат Миталипов. — Конечно, нельзя было вырастить из «комбинированных» оплодотворенных человеческих яйцеклеток полноценные эмбрионы: у нас нет разрешения Food and Drug Administration (FDA) проводить клинические испытания на людях. Но нам удалось дорастить полученные эмбрионы до стадии недельного развития и получить линии стволовых клеток. Мы провели на них множество тестов и подтвердили, что они не имеют каких-либо отклонений. Группа из Ньюкасла испытывала свою технологию в основном на мышах, и есть сомнения в том, что метод вообще будет работать на человеческих яйцеклетках». Выяснилось, например, что британский способ не слишком надежен: когда ядро диплоида вынимают из цитоплазмы, митохондрии «залипают» на нем — таковы свойства зиготы. Поэтому в комбинированной клетке может остаться до 30 процентов «старой» митохондриальной ДНК. Значит, возможность унаследовать болезнь полностью не уничтожена. Метод, разработанный в Орегоне, эффективнее. Если ядро яйцеклетки переносят в донорскую клетку до оплодотворения, в цитоплазме остается менее одного процента «старой» ДНК. Важен и этический момент. По технологии, разрабатываемой в Ньюкасле, трансплантируя хромосомы в цитоплазму, каждый раз приходится уничтожать донорский эмбрион. Если же, как в США, использовать цитоплазму неоплодотворенной яйцеклетки, этой жертвы можно избежать.

Впрочем, британцы скоро освоят премудрости американского подхода. Многие британские клиники, занимающиеся ЭКО, готовы взяться за дело. В желающих пройти лечение, похоже, не будет недостатка. Но лицензию первым получит тот, кто докажет, что в совершенстве владеет технологией. Пока здесь впереди американские ученые. Поэтому еще три года назад, когда в Великобритании только забрезжила вероятность разработки закона о трансплантации цитоплазмы, местные специалисты стали торить дорожку в США. «Многие ведущие британские клиники хотели бы получить лицензию и

предлагают нам сотрудничество, — рассказывает Шухрат Миталипов. — Мы также заинтересованы в этом — хотим получить лицензию в Великобритании и провести там клинические испытания. В Великобритании сложилась удачная ситуация: с одной стороны, здесь есть хорошие лаборатории ЭКО, с другой — специальные центры, которые диагностируют и лечат пациентов с митохондриальными мутациями. Такое сочетание очень важно. Чтобы трансплантация митохондриальной ДНК была успешной, нужно тщательно отобрать кандидатов на лечение. Желающих много, но надо выделить тех, для кого замена митохондрий будет действительно эффективной».

Выбрать пациентов сложнее, чем кажется. Например, есть наследственные заболевания, которые могут быть вызваны разными мутациями — или в генах митохондрий, или в генах клеточного ядра, а то и в тех и в других. Клинические симптомы во всех случаях одинаковые. Однако пересадка митохондриальной ДНК может оказаться бесполезной. Значит, сначала надо тщательно проверить, какие мутации вызвали болезнь. Но даже если ее источник нашли в митохондриях, она поначалу может не попасть в «шорт-лист» показаний для трансплантации цитоплазмы. «Например, есть наследственная болезнь, вызывающая слепоту. Пока неизвестно почему, но она поражает только мальчиков после 15 лет, — рассказывает Шухрат Миталипов. — Конечно, на стадии клинических испытаний никто не будет ждать 15 лет, чтобы подтвердить, что технология работает. Поэтому для первых ЭКО от трех родителей, вероятнее всего, выберут семьи с наследственными болезнями, которые проявляются быстро. В любом случае это будут семьи, в которых уже родился ребенок с наследственным недугом». Сейчас ученые знают о митохондриальных болезнях меньше, чем хотелось бы. Считается, что из семи тысяч заболеваний, передающихся по наследству, с мутациями митохондриальной ДНК связаны 200—300. Но каких! Часто их воздействие на организм трудно предсказать, но они способны вызывать слепоту и глухоту, ранние инсульты, эпилепсию, проблемы с почками, мышечную слабость, поражения нервной системы и раннюю смерть. Впрочем, вскоре список может пополниться. «До недавнего времени этим болезням уделяли не так уж много внимания, — говорит Миталипов. — Ведь лечения от них не существовало. Теперь мы впервые получаем такую возможность. Но будем лечить не человека, а клетку, которая станет эмбрионом. И таким образом создадим прецедент».

Дверь в неведомое

Уникальная методика лечения уже вызвала в британском обществе ожесточенные споры. Оппоненты считают, что, разрешая ее применение, законодатели ступают на скользкую дорожку. Несогласные упрекают ученых в том, что те решили заняться евгеникой — селекцией человеческой породы, практиковавшейся в гитлеровском рейхе. Впрочем, похоже, противники нового лечения не нашли поддержки. В 2012 году в его пользу высказался

известный Нуффилдский совет по биоэтике, который часто привлекают в подобных случаях в качестве третьего судьи. «Две новые технологии представляют этически приемлемую возможность лечения для семей с митохондриальными заболеваниями», — заявил директор Нуффилдского совета Хью Уитталл, представляя специальный доклад, где тщательнейшим образом были рассмотрены вопросы, связанные с трансплантацией митохондрий. В 2013 году британская Администрация по фертилизации и эмбриологии человека HFEA (Human Fertilisation and Embriology Authority) провела публичные консультации по этому вопросу. Выяснилось, что население Великобритании в целом поддерживает идею ЭКО от трех родителей. Ведь метод поможет справиться с наследственными болезнями, которые раньше были неизлечимы. И это, конечно, весомый аргумент. Можно долго спорить о том, насколько этично вмешательство генетиков в человеческую природу, но лучше вспомнить, какие советы гинекологи сейчас дают женщинам, в семье которых есть наследственные заболевания. «Дородовая диагностика существовала и раньше, — говорит президент Российского общества акушеров-гинекологов академик РАМН Владимир Серов. — Но было только два надежных способа предотвратить недуг у ребенка: не беременеть вовсе или, если анализы клеток из амниотической жидкости подтвердили мутацию, делать аборт».

Конечно, эксперты по биоэтике настаивают на множестве ограничений — они рекомендуют проводить новое лечение строго по показаниям и под неусыпным контролем. Специалисты должны будут очень тщательно подойти к отбору доноров — ими смогут стать только молодые женщины, поскольку митохондриальная ДНК больше всего подвержена возрастным мутациям. «Возможно, нам даже придется типировать митохондриальную ДНК для трансплантации, чтобы избежать осложнений, — рассказывает Шухрат Миталипов. — Нужно будет тщательно наблюдать за развитием эмбриона, брать для анализа клетки плода из амниотической жидкости и многое другое». Однако выводы членов Нуффилдского совета все равно наверняка войдут в анналы: «Предложенное лечение представляет собой форму терапии линии половых клеток, поскольку изменения, появившиеся в результате замены митохондриальной ДНК, будут передаваться потомкам всех девочек, рожденных с помощью этой технологии». Такого действительно не было никогда.

Теперь понимаешь, почему так тщательно нужно продумать все нюансы нового закона. Открытую дверь в неведомое уже вряд ли можно будет захлопнуть. Никто не сомневается: если британские законодатели примут закон о трансплантации митохондриальной ДНК, за Великобританией быстро подтянутся другие страны. «Американская FDA еще не разрешила нам проводить клинические испытания, — говорит Шухрат Миталипов. — Однако пример Великобритании наверняка заставит их действовать быстрее: обидно терять область медицины, в которой у тебя есть приоритет».

Неожиданным игроком на этом поле может стать и Россия. «Сейчас мы начали сотрудничать с Научным центром акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова, — рассказывает Миталипов. — И ведем работу с Медико-генетическим научным центром РАМН. Здесь существуют регистры больных с наследственными заболеваниями, ведется генетическое консультирование. Поверьте: такое есть не во всех странах. Если в России примут соответствующий закон, здесь можно будет быстро внедрить нашу технологию».

Так что через несколько лет мы наверняка увидим детей, рожденных от трех родителей. И, может, со временем мы начнем относиться к трансплантации цитоплазмы как к обычному донорству. Носит же кто-то в своем теле не свою почку. Так почему не подарить чужому ребенку чуточку своих генов. На здоровье...

*Опубликовано в журнале «Итоги»
15.07.13*

ИТ в здравоохранении: от первых идей к современному состоянию

Уважаемые читатели!

Данная статья публикуется в рамках юбилейного проекта «PC Week/RE — 20 лет инноваций!». Нашему изданию в 2015-м исполняется 20 лет, и мы решили отметить юбилей серией интересных материалов (обзоров, экспертных статей, интервью), в которых представим различные направления ИТ-отрасли и ИТ-рынка через призму их исторического развития, особенно в плане прохождения ими кризисных периодов, с акцентом на анализе их нынешнего состояния и перспектив дальнейшего развития.

Предлагаемая вашему вниманию экспертная статья известного специалиста-практика Игоря Шустермана позволит вам получить глубокое представление об историческом пути и перспективах информатизации здравоохранения в нашей стране.

Редакция

Тысячелетиями основная сложность в лечении людей была обусловлена недостаточным объемом фактической информации о функционировании организма. Сейчас же массивы разнообразных медицинских данных растут с огромной скоростью, и сложностью становится уже не получение их, а правильная обработка. Но качество информации, а именно, её полнота, достоверность и оперативность, зачастую остается невысоким, и, по-видимому, так будет продолжаться еще долгое время.

От истоков и далее

Во второй половине двадцатого века начались попытки решения этой проблемы с помощью информационно-компьютерных технологий. В 60-е годы В. М. Глушков и

А. И. Китов предложили идею создания общегосударственной автоматизированной системы учёта и обработки информации. Затем в 70-х годах А. И. Китов начал специализироваться уже на медицинских автоматизированных системах управления и стал главным конструктором АСУ «Здравоохранение», а в 1976-м выпустил пионерскую монографию «Автоматизация обработки информации и управления в здравоохранении», которая стала первым изданием в стране, посвященным медицинской информатике. Коллектив под его руководством разработал информационную модель системы здравоохранения СССР, а также создал самые разнообразные программные модули для решения практических задач советской медицины. Именно тогда были заложены идеи построения единого комплексного решения, единой сети передачи данных, единых информационно-технологических стандартов, т. е. многого того, что осталось нереализованным даже на сегодняшний день, спустя почти 60 лет. Предложенная тогда концепция информатизации очень напоминает современные GRID-системы. Работы продолжались и в 80-е годы, но до практической реализации им дойти не удалось, и официально проект был закрыт в начале 90-х годов, после распада СССР.

В Российской Федерации с 1992 г. продолжилась разработка и реализация программ информатизации здравоохранения. Группа авторов под руководством С.А. Гаспаряна разработала сначала программу информатизации здравоохранения России на 1993–1995 годы (приказ Минздрава РФ от 30.12.93 № 308), а затем целевую программу информатизации здравоохранения России на 1996–1998 годы (приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 23.04.96 № 158). В 1999-м был подписан приказ Минздрава РФ «Основные направления развития информатизации охраны здоровья населения России на 1999–2002 годы», а в 2002-м — приказ «О создании единой системы информатизации в здравоохранении» и многие другие документы.

Однако в ситуации ограниченного финансирования значимых результатов достичь не удалось, и все 80-е, 90-е и «нулевые» годы отрасль информатизации здравоохранения развивалась стихийно. Очень долго отсутствовала единая концепция, и лечебные учреждения занимались информатизацией самостоятельно — настолько, насколько им хватало сил и фантазии.

Информатизация «снизу»

В начале 80-х годов в соответствии с рекомендациями Совета Министров СССР в больницах начали создавать отделы автоматизированных систем управления. Был подписан приказ Минздрава СССР от 30.07.87 № 920 «Об утверждении Положения об отделе автоматизированных систем управления (вычислительном центре) учреждения здравоохранения», и это фактически единственный документ почти за 30 лет, который определял создание ИТ-служб в медицинских организациях. В нём говорится: «Организационная структура и штаты отдела АСУ утверж-

даются руководителем учреждения. Перечень должностей отдела АСУ устанавливается в соответствии с рекомендациями Минздрава СССР». Однако за все прошедшие годы этих «рекомендаций» так и не появилось, и по сей день главным врачам медицинских учреждений приходится решать вопрос кадрового обеспечения ИТ-службы исходя из собственных представлений о значимости информационных технологий для медицины. На практике это почти всегда приводило к недостаточному фонду заработной платы ИТ-службы, к очень высокой текучке ИТ-кадров, и сам статус ИТ-службы обычно был совсем незначительным.

Тем не менее отделы АСУ в лечебных учреждениях создавать начали, и именно на их базе совершались первые практические эксперименты по информатизации здравоохранения. Слово «эксперименты» самое подходящее для описания тех работ в области информатизации. В качестве примера такого «эксперимента» можно вспомнить разработку единой информационной системы в НЦССХ им А. Н. Бакулева, которая началась еще в конце 70-х годов и продолжалась около двух десятилетий с привлечением самых лучших специалистов отрасли, настоящих «звезд» медицины и сферы ИТ, ныне всемирно известных авторитетов. Программное обеспечение было основано на серьезном математическом аппарате с планированием работы медицинского учреждения на основе линейного программирования, а подобными функциональными возможностями большинство современных информационных систем здравоохранения не обладают даже на сегодняшний день. Тем не менее по завершении работ приказ о запуске системы в эксплуатацию подписан не был из-за проблем с обеспечением защиты конфиденциальной информации.

Созданные отделы АСУ еще долгое время работали в отсутствие каких-либо стандартов отрасли, финансирование осуществлялось хаотично, при этом еще не существовало коммерческих ИТ-разработок, и единственной возможностью для автоматизации лечебного учреждения являлась собственная разработка алгоритмов. Несмотря на эти сложности в то время впервые в медицинских организациях начали решать задачи статистического учета и расчета заработной платы — настолько, насколько это было возможно на базе машин типа ЕС-1040, которые для этих целей, как правило, брали в аренду, а работали на них с помощью удаленных терминалов. При этом из-за отсутствия ИТ-бюджетов в лечебных учреждениях возможность использовать машины часто предоставлялось больницам в обмен на медицинское обслуживание сотрудников организации — владельца техники. Использование средств автоматизации было в то время прерогативой крупных лечебных учреждений, большинство же продолжало получать отчетные данные, собирать статистические карты пациентов и пересчитывать их вручную.

Как уже отмечалось, в 90-е и даже в «нулевые» годы информатизацией здравоохранения занимались стихийно. Задача обычно появлялась по инициативе «продви-

нутого» врача или заведующего отделением, которым надоедало вручную вести статистический учет выполненной работы. Разрабатываемые системы были довольно простыми, и создавали их настоящие ИТ-энтузиасты, часто непрофессионалы, иногда сами врачи или их друзья. Знаю примеры, когда пациенты-программисты, находящиеся на госпитализации в больнице, в качестве благодарности за проведенное лечение разрабатывали для отделения информационную систему для статистического учета выполняемой в отделении работы, и врачи с радостью потом пользовались такой программой долгие годы. В ту пору основной сложностью программирования была ограниченность ресурсов компьютера, и необходимо было постоянно задумываться над оптимизацией кода для повышения быстродействия систем, над сокращением объемов хранимой информации. Эти информационные системы разрабатывались под конкретных пользователей, с учетом всех их пожеланий; они решали внутренние задачи службы, и пользователям было хорошо понятно, для чего они вводят информацию в систему и как система позволяет им облегчить рутинную работу. Тогда еще для запуска систем в эксплуатацию не требовались административное давление и ведомственные приказы. Всех опьянила простота разработки информационных систем в здравоохранении, стали появляться сотни программ, но из-за непрофессионального подхода к разработке, отсутствия стандартов и недостаточного финансирования качество их зачастую было невысокое, и программы, как правило, были любительскими, не обеспечивающими комплексного решения задачи информатизации даже на уровне одного учреждения, не говоря уже о всей отрасли здравоохранения.

ОМС как точка невозврата

Развитие информационных технологий в здравоохранении напрямую и неразрывно связано с созданием в России в 1993 г. системы обязательного медицинского страхования. Именно в это время наступила эпоха повсеместного использования персональных компьютеров, произошел переход от применения больших централизованных вычислительных машин к обработке информации на рабочих местах пользователей. Как раз данная технологическая революция позволила обеспечить реализацию персонифицированного учета оказанной медицинской помощи и перейти от «бюджетного» финансирования к оплате по так называемым медико-экономическим стандартам. Благодаря этому переходу, полностью обусловленному имеющимися на тот момент техническими средствами, появилась возможность существенно увеличить эффективность расходования финансовых средств в системе здравоохранения за счет повышения точности, «адресности» направления денег в медучреждения за оказанные услуги, за конкретных прошедших лечение пациентов.

При этом появление и развитие страховой медицины в России в свою очередь оказало огромное влияние на

развитие информационных технологий в системе здравоохранения. Первая вычислительная техника и программное обеспечение, появившиеся в лечебных учреждениях страны, было призвано решать именно задачи организации учета пациентов с целью формирования реестров по прошедшим лечению пациентам для получения финансирования от фонда ОМС. Кроме того, и первые поставки персональных компьютеров в медицинские организации России во многих случаях осуществлял фонд ОМС. Программное обеспечение, разработанное специалистами территориальных фондов ОМС, использовалось большинством лечебных учреждений и для ведения реестров пациентов, и для формирования внутрибольничных статистических форм. Введение в стране страховой медицины стало для процесса информатизации лечебных учреждений так называемой «точкой невозврата» — когда работать исключительно с бумажными документами было уже просто невозможно и потребовалось вводить в работу компьютерные технологии. Компьютеризация стала очень важным вопросом для всех главных врачей отечественных медицинских организаций, без его решения невозможно было обеспечить элементарное финансирование, а, значит, и просто функционирование учреждений здравоохранения. И зачастую вплоть до настоящего времени в большинстве лечебных учреждений в области информатизации основной и ключевой задачей остается обеспечение взаимодействия с Фондом ОМС, а в последние годы еще и со страховыми медицинскими организациями.

На проектный уровень

Первые большие коммерческие проекты в информатизации здравоохранения стали появляться во второй половине 90-х годов. Тогда же начались и практические попытки создания региональных информационных систем, интеграции программ с медицинским оборудованием (насколько это можно было реализовать при технических возможностях того времени, при недоступности Интернета и отсутствии цифрового диагностического оборудования). Кризис 1998 г. внес коррективы в эти планы, и новые большие проекты были отложены на пару лет. Поскольку не было централизованного финансирования, все проекты могли стартовать только при поддержке министров здравоохранения регионов или главных врачей. Поэтому регионы и больницы очень сильно различались по уровню информатизации — когда одни уже готовились к переходу на электронную медицинскую карту, другие только пытались заменить печатные машинки на компьютеры. В 2014-м, когда Крым стал частью Российской Федерации и мы поехали туда для оказания методической помощи, нам довелось увидеть медицинские учреждения, в которых вообще не было ни одного компьютера. Там заработную плату рассчитывали буквально на калькуляторах и счетах, а бухгалтерские книги вели рукописные. Те этапы, которые давно, еще в начале 90-х, были пройдены у нас, совершенно не затронули

регион, расположенный практически в центре Европы: 25 лет полного отсутствия развития, и при этом не было даже каких-либо перспективных планов в этом направлении. В то время, когда мы рассуждаем, какие лучше использовать метрики управленческого учёта или какие задачи передать на аутсорсинг и как точнее прописать соглашение о качестве обслуживания, здесь в качестве средства автоматизации продолжают использовать пишущие машинки.

Региональный уровень

В начале 2000-х годов в России стали создавать сеть медицинских информационно-аналитических центров (МИАЦ). Они, как правило, преобразовывались из бюро медицинской статистики (БМС), но при этом принципиально изменялась их ключевая функция. Если задачей БМС являлся сбор статистической информации в регионе, его обработка и передача на следующий уровень, то задачей МИАЦ становился процесс информатизации здравоохранения региона, и именно сеть МИАЦ реализовывала территориальные программы информатизации здравоохранения. Они разрабатывали или закупали программное обеспечение, проводили обучение пользователей, внедряли информационные системы. В дальнейшем сеть МИАЦ стала базой для реализации программы модернизации здравоохранения России по разделу информатизации.

В 2001 г. была создана некоммерческая организация «Ассоциация развития медицинских информационных технологий» (АРМИТ), которую возглавил М. М. Эльянов. АРМИТ проводит огромную работу: регулярно организует выставки, конференции, симпозиумы, издает каталог «Медицинские информационные технологии», здесь создали систему добровольной сертификации программ, выпускают аналитические материалы и готовят предложения для Минздрава. Этими вопросами АРМИТ начал заниматься тогда, когда министерство еще не обращало внимания на сферу информатизации, и после начала больших федеральных проектов постоянно выступает с острыми критическими замечаниями в его адрес. При этом в правление АРМИТ входят самые уважаемые члены медицинского ИТ-сообщества, и они регулярно выпускают чрезвычайно интересные документы с предложениями по информатизации здравоохранения.

О необходимости стандартов

Отсутствие стандартов в медицинской информатике — основная проблема отрасли девяностых и нулевых годов; на это постоянно жаловались ИТ-специалисты медицинских учреждений и компаний — разработчиков ПО. Не имея стандартов, сложно обеспечить интеграцию медицинских информационных систем, да и вообще сообществу крайне сложно вести диалог в отсутствие единой «терминосистемы». В 2004 г. были утверждены первые стандарты «Информационные системы в здравоохранении. Общие требования» и «Информационные

системы в здравоохранении. Общие требования к форматам обмена данными», которые не удалось принять в качестве отраслевых, а только в качестве так называемых «стандартов организации». В дальнейшем для регулирования отношений между участниками разработки и эксплуатации медицинских информационных систем на базе ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» был создан национальный технический комитет по стандартизации № 468 «Информатизация здоровья» с функцией постоянно действующего национального рабочего органа ТК 215 ИСО. И вот в 2006-м Б. В. Зингерман и Н. Е. Шкловский разработали первый национальный стандарт «Электронная история болезни. Общие положения», который был утвержден приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии РФ и с 1 января 2008 г. введен в действие в стране. Стандарт решал очень важную задачу — определял, каким образом электронные медицинские записи могут иметь юридическую значимость. В последующем огромная работа по стандартизации была проведена именно этим техническим комитетом под руководством Г.С. Лебедева, на данный момент здесь разработано, утверждено и опубликовано 45 национальных стандартов, и эта работа активно продолжается. Стандарты очень важны для всей отрасли, потому что позволяют существенно повысить эффективность разработки и эксплуатации медицинских информационных технологий.

С 2004 г. в России начал издаваться журнал «Врач и информационные технологии». В нём публикуются очень интересные теоретические и практические материалы по медицинским информационным технологиям. Об уровне публикаций говорит то, что журнал включен в перечень ВАК ведущих рецензируемых журналов.

Во всех программах информатизации здравоохранения ответственность за их выполнение была размазана по множеству учреждений отрасли, и только в 2008 г. приказом Минздрава был наконец создан департамент информатизации в министерстве. Перед данным департаментом была поставлена задача координировать деятельность министерства по вопросам создания, внедрения, развития и обеспечения функционирования информационных систем и баз данных. Все эти годы деятельность департамента постоянно подвергается критике со стороны ИТ-сообщества, за шесть лет сменилось четыре его директора, однако нельзя не признать, что огромный шаг вперед последних лет в ИТ здравоохранения РФ обеспечен именно его работой.

К единой государственной информационной системе «Новейшая история» информатизации медицины началась в 2008 г., когда появилось поручение Президента РФ о создании и развитии государственной информационной системы персонифицированного учета оказания медицинской помощи гражданам России, а Министерство здравоохранения и социального развития РФ выпустило приказ «Об утверждении концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения». Впервые в работу была запущена

программа информатизации здравоохранения с очень большим, около 30 млрд. руб., финансовым обеспечением. Были поставлены амбициозные задачи, связанные с поставками техники и ПО, с созданием компьютерных сетей, интеграцией с медицинским оборудованием, архивами медицинских снимков, обучением медперсонала и пр. Была создана федеральная электронная медицинская библиотека, в которой на сегодняшний день размещено более 20 тыс. документов.

Сроки были очень сжатые, всего на проект выделено два года, и на рынке было очень мало компаний, которые имели ресурсы для выполнения таких крупных инновационных проектов, немногие из них были готовы взяться за реализацию больших территориальных проектов. А те, кто решили участвовать, зачастую не могли обеспечить необходимое качество выполняемых работ одновременно в нескольких регионах России. Было очень много сложностей при запуске систем, немало конфликтных ситуаций между заказчиками и поставщиками. В 2014 г. завершилось федеральное финансирование информатизации здравоохранения, и теперь поддержка и развитие систем выполняется за счет бюджетов лечебных учреждений. Платежи составляют довольно существенную сумму, около миллиона рублей в год для крупной многопрофильной больницы только за медицинскую информационную систему, без учета затрат на аппаратное обеспечение — компьютеры, сети, принтеры. Это очень значительные расходы для лечебных учреждений, особенно учитывая непростую финансовую ситуацию, в которой оказалась система здравоохранения в 2014–2015 гг.

Ближайшие задачи

В России не осталось ни одного медицинского учреждения, не затронутого проектом информатизации, но сохраняется довольно много проблем, которые необходимо будет решать в ближайшие годы.

1. По-прежнему, как и 20 лет назад, основная задача, поставленная перед разработчиками, — это обеспечение информационного взаимодействия со страховыми медицинскими организациями и формирование статистических отчетов. Работы по интеграции с медицинским оборудованием ведутся, но они далеки от завершения. Как и раньше, многие отчеты формируются в полуручном режиме, распечатываются, подписываются и сдаются в МИАЦ или Минздрав, там они вручную собираются в сводный. И это при наличии централизованной базы данных по медицинской помощи в регионе.

2. Как и 30 лет назад, работа врача с информационной системой является дополнением к его работе с бумажной историей болезни. Отсутствуют электронные подписи, и медицинская информация в базах данных не имеет документального характера. Работа с такой системой воспринимается врачом просто как дополнительная нагрузка, целью которой является формирование статистических отчетов для анализа его деятельности и счетов

на оплату для страховых медицинских организаций. Со всем недавно, 29 декабря 2014 г., Правительство РФ выпустило распоряжение № 2769-р, в котором говорится:

«Министерству здравоохранения Российской Федерации целесообразно обеспечивать утверждение форматов предоставления медицинских сведений и документов в электронной форме, порядок обмена такими сведениями, а также корректировку положений правовых актов в целях обеспечения ведения медицинской документации, учета медицинской информации и формирования отчетных форм в электронной форме, а также исключения дублирующего представления указанных сведений на бумажном носителе».

3. Остаются нерешенными вопросы защиты информации о состоянии здоровья. С одной стороны, её необходимо закрывать от просмотра, с другой — основной задачей ИС в медицине является оперативный доступ пользователей к данным. В лечебном учреждении фактически любой врач в любой момент времени может оказаться «дежурным» врачом, может замещать своего коллегу, может потребоваться его консультация в сложном случае. То есть в любой момент времени любому врачу может потребоваться любая информация по любому пациенту клиники. Администратору безопасности перенастраивать права доступа с такой оперативностью не удастся. И однажды, не предоставив доступ врачу к необходимой информации из-за ограничения прав, можно нанести ущерб здоровью пациента и подорвать доверие врача к ИС. Как разрешить такой парадокс? Сейчас при создании региональной системы каждый врач может получить полный доступ к медицинской информации любого жителя региона, а этот подход вряд ли можно признать правильным.

4. Медицинские информационные системы пока еще мало помогают врачу в его работе, не обеспечивают поддержку принятия решений. Хотя они должны не только поддерживать бизнес-процессы учреждения и отрасли, но и улучшать качество лечения пациентов.

В распоряжении Правительства РФ № 2769-р есть такие слова:

«...рекомендуется создание и развитие на региональном уровне информационных систем поддержки принятия врачебных решений и контроля за исполнением стандартов медицинской помощи...»

5. Медицинские организации взаимодействуют с десятками учреждений — Пенсионным фондом, Налоговой службой, Минфином, Министерством земельных и имущественных отношений, Федеральным казначейством, МИАЦ, Федеральной службой государственной статистики, страховыми медицинскими организациями, Фондом социального страхования и многими другими. Со всеми есть так называемое «электронное взаимодействие», но в реальности это означает, что у каждого ведомства существует программа, а иногда и несколько, с бесконечным повторением одних и тех же данных, и в эти программы нужно к определенному сроку вносить необходимую

информацию. В результате требуется огромный штат сотрудников, задачей которых является «набивание» данных по требованиям разных ведомств. И объемы таких запросов растут с каждым годом.

6. Задача комплексной информатизации здравоохранения, процесс перехода от задач информатизации лечебных учреждений к задачам управления здравоохранением региона и страны на основе первичной информации об оказанной медицинской помощи пока решается недостаточно эффективно.

Новые возможности — новые перспективы

Несмотря на все имеющиеся проблемы и острую критику, звучащую в адрес информационных систем в здравоохранении, на сегодняшний день достигнуты очень большие результаты, о которых двадцать лет назад невозможно было и мечтать. Думаю, что в первую очередь успех обусловлен новыми техническими возможностями, появившимися за это время. Представьте, что мы на сегодняшний день обладали бы компьютерными технологиями начала 90-х годов. Никакое денежное вливание и политическая воля не смогли бы помочь нам достичь сегодняшних результатов. Каналы связи, производительность технических систем, облачные и мобильные технологии, системы управления базами данных, языки программирования, в конце концов, просто пользователи из числа медперсонала теперь гораздо лучше подготовлены к информатизации. Для повышения качества информации в медицине необходимо повысить ее оперативность, достоверность и полноту. Новая технологическая революция, которая совершается сейчас на наших глазах, должна помочь решить данную задачу. Наступает так называемая «посткомпьютерная» эра, когда обработка информации в значительной мере начинает осуществляться не на стационарных компьютерах, а с мобильных рабочих мест — планшетов, смартфонов и прочего. Микрокомпьютеры встраиваются во все большее число предметов обихода — очки, авторучки и т. п. Все это обеспечит медицинский персонал технологией, позволяющей вводить и обрабатывать необходимую информацию в любом месте — в процедурном кабинете, в палате, в смотровой. Каждый раз качественный скачок в развитии информатизации здравоохранения был обусловлен появлением новых технологических возможностей.

Надеемся, что продолжающийся прогресс технологий поможет нам в ближайшее время разрешить имеющиеся проблемы и достичь новых результатов.

*Игорь Шустерман, PC Week, Москва,
(25.02.2015)*

Иван Дедов: «В поисках лечения эндокринных заболеваний необходимо межотраслевое общение»

Реформы здравоохранения и поручения президента России Владимира Путина подразумевают создание национальных центров, которые взяли бы на себя ответственность за развитие фундаментальных и прикладных работ в области медицины. Работа центров сможет повлиять на ключевые демографические показатели: рождаемость, продолжительность жизни, смертность от неинфекционных заболеваний — новоборозований, сердечно-сосудистых болезней, нейродегенеративных патологий и сахарного диабета. Инструментами решения таких фундаментальных проблем становятся геномные, постгеномные и клеточные технологии.

Кроме того, в настоящий момент начинается активное развитие медицины в рамках программы материнства, детства, регенеративной медицины, которая включает в себя трансплантацию и клеточную технологию. Однако основу будет составлять превентивная медицина, то есть поиск генетических предикторов предсказаний рисков как социальных значимых, так и орфанных заболеваний. Это поиск маркеров, на основании которых будет проводиться ранняя диагностика, затем мониторинг заболеваний позволит наиболее эффективно использовать превентивные технологии, которые должны положительно сказаться на продолжительности жизни граждан России.

Об этом говорил президент Российского эндокринологического общества, руководитель Национального центра эндокринологии, академик РАН Иван Дедов на конференции, посвященной 90-летию общественной организации «Российская ассоциация эндокринологов», которая прошла в Москве в Российской академии наук в рамках VII Всероссийского диабетологического конгресса. В настоящее время, как сказал академик, в Министерстве здравоохранения проходит обсуждение структуры Национального эндокринологического центра, куда войдут Институт диабета, Институт клинической эндокринологии, Институт детской эндокринологии и другие отделения. К сожалению, добавил он, обсуждение натывается на сложность доказательной базы эффективности проводимых исследований, так как клиническая медицина не подлежит формализации. «Нашу работу невозможно оценить индексом Хирша или публикационной активностью, — сказал Иван Дедов. — Тем не менее мы находим компромиссы, которые позволят создавать кластеры, с приглашением специалистов для решения конкретных проблем». В регионах будут созданы 7 филиалов центра. Города, в которых они появятся, уже определены, однако строительство центров находится в компетенции Минздрава России и местных муниципалитетов. Одной из новых структур, не существовавших ранее в рамках центров, станет отделение персонифицированной медицины. В подразделении будут работать сотрудники отделов геномных технологий и клинических фармаколо-

гий. Здесь же расположится лаборатория нейроиммунной эндокринологии, лаборатория цитогенетики, отдел клеточных технологий, лаборатория трансляционной медицины. В принципе, пояснил Дедов, эта новая структура представляет собой отдельный институт. База для его развития уже готова, и на этот отдел возлагаются большие надежды, так как персонифицированная медицина — это единственно по-настоящему перспективный вектор здравоохранения.

Сам центр будет работать в нескольких фундаментальных направлениях, прежде всего, в направлении изучения связи между физиологией эндокринной, нервной и иммунной систем. Еще одно важное направление — прогнозирование рисков развития заболеваний с формированием паспорта рисков на разных уровнях: индивидуальном, семейном и этническом. В рамках программы импортозамещения эндокринология оказалась в очень сложной ситуации. На фоне сокращения импортных препаратов отечественные бизнесмены обещают заменить лекарства российскими аналогами, однако сделать такую замену быстро и качественно невозможно. Тем не менее на фоне ограничений поставок зарубежных лекарств необходимо срочно создавать рабочие группы, которые будут конкретно направлены на разработку аналогов импортных препаратов с полным циклом производства в нашей стране.

Среди фундаментальных направлений в эндокринологии развитие получают такие, как эпигенетика, хронобиология и хрономедицина. В рамках этих дисциплин будут изучаться влияние социальных и климатических факторов на организм человека, его способность к адаптации в экстремальных ситуациях и в условиях изменения внешней среды. Это очень актуальное направление, пояснил академик Дедов, так как увеличение количества заболеваний сердечно-сосудистой и эндокринной систем напрямую связано с ростом общей тревожности населения, вызванной негативными социальными процессами. Среди клинических направлений глава центра отметил разработку и внедрение приоритетных отечественных и зарубежных технологий в области фундаментальной и клинической эндокринологии, создание систем мониторинга здоровья человека и персонифицированной системы профилактики болезней, усовершенствование технологии предимплантационной генетической диагностики. Одна из приоритетных задач — лечение орфанных заболеваний, предсказание рисков и нивелирование наследственных аномалий путем поиска биомаркеров для лекарственных препаратов.

В рамках организационно-методической деятельности будут созданы регистры болезней, которые позволят планировать лечебные и профилактические мероприятия. Кроме того, будут разработаны и актуализированы стандарты, протоколы и порядки лечения эндокринных заболеваний. Центр займется и педагогической деятельностью, добавил Дедов. В частности, в учреждении будет организована последипломная подготовка и перепод-

готовка специалистов эндокринологического профиля и смежных дисциплин со всех регионов России. С 2016 года Ассоциация эндокринологов совместно с образовательными институтами будет проводить аккредитацию специалистов, что вызывает необходимость создать систему тестирования, проверяющую не только количество знаний, но и практические навыки.

Как пояснил Иван Дедов корреспонденту РИА АМИ, из-за того что лечение сложных форм заболеваний вызывает необходимость коммуникации между специалистами, в перспективе будут создаваться отделения биоинформации. В идеале это должен быть самостоятельный центр информационных технологий. «Даже если врач совершенно уверен в диагнозе, он должен проводить дополнительные консультации, — сказал Иван Иванович. — Даже сейчас, обладая хорошим диагностическим потенциалом, мы пропускаем примерно 15% больных латентной формой диабета 2-го типа, а ведь 15% от 3 миллионов — это огромная цифра». Кроме того, добавил Дедов, в настоящее время необходима организация качественного лечения в регионах, причем формирование медицинского обслуживания должно проходить не по отделениям, а по творческим группам, нацеленным на специализацию по определенным заболеваниям. В качестве примера таких объединений он привел организацию более 40 кабинетов «диабетической стопы», созданных в рамках федеральной целевой программы борьбы с сахарным диабетом и имеющих базовое оснащение и соответствующий штат специалистов.

Финансовые средства, в том числе и тарифы ОМС и высокотехнологической помощи, необходимо определять всем эндокринологическим сообществом. К сожалению, заметил Иван Дедов, эндокринология не является направлением, гарантирующим быструю финансовую отдачу. Экспериментальной медицины в эндокринологии нет, а фундаментальная наука практически не востребована. При этом в Академии наук находится более 7 институтов генетики. Единственным способом сохранить активную деятельность, как отметил Дедов, является кооперация, в рамках которой проходит реформа науки. «В настоящее время академические и отраслевые барьеры практически отсутствуют, — сказал академик, — так что мы имеем право создавать творческие коллективы и предлагать собственные научные программы, которые смогут получить соответствующее обеспечение. В этом ключе необходимо межотраслевое общение по организации работы, которая сможет использовать финансовые средства, предлагающиеся государством, и гранты, которые предлагают фонды и неправительственные организации. Подготовка к получению грантов — сложная и долгая работа, и мы уже сейчас должны активно в нее включаться, чтобы иметь возможность поиска новых методов лечения эндокринных заболеваний».

*Ярослав Агафонников,
АМИ - Российское агентство медико-социальной
информации, Москва,
(26.02.2015)*



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

П Р И К А З

от 27 января 2015 г. № 14

МОСКВА

О КОМИССИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ВОПРОСОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РАБОТНИКАМ ЕДИНОВРЕМЕННОЙ СУБСИДИИ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ НА 2015 ГОД

В целях обеспечения социальной защиты и предоставления работникам Федерального фонда обязательного медицинского страхования единовременной субсидии на приобретение жилого помещения **п р и к а з ы в а ю:**

Утвердить Положение о Комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования для рассмотрения вопросов предоставления работникам единовременной субсидии на приобретение жилого помещения на 2015 год (Приложение).

Председатель

Н.Н. Стадченко

ПОЛОЖЕНИЕ
О КОМИССИИ
ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ВОПРОСОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РАБОТНИКАМ
ЕДИНОВРЕМЕННОЙ СУБСИДИИ
НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ
НА 2015 ГОД

1. Комиссия для рассмотрения вопросов предоставления работникам единовременной субсидии (далее - Комиссия) на приобретение жилого помещения является постоянно действующим коллегиальным органом.

2. В своей деятельности Комиссия руководствуется федеральными законами, указами Президента Российской Федерации, постановлениями Правительства Российской Федерации, в частности, Уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденном постановлением Правительства Российской Федерации 29 июля 1998 года № 857 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 32, ст. 3902; 2004, № 51, ст. 5206; 2007, № 1, ст. 309; 2008, № 44, ст. 5087; 2009, № 26, ст. 3185; 2012, № 34, ст. 4749; 2013, № 6, ст. 559; 2014, № 40, ст. 5435), приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

3. Число членов Комиссии, включая председателя, заместителя (заместителей) председателя, секретаря и заместителя секретаря должно быть нечетным.

4. Председателем Комиссии является председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

5. Состав Комиссии формируется таким образом, чтобы была исключена возможность возникновения конфликтов интересов, которые могли бы повлиять на принимаемые Комиссией решения.

6. Комиссия осуществляет следующие функции:

а) проверяет сведения, содержащиеся в документах, представленных работником;
б) обеспечивает учет и снятие с учета работников для получения единовременной субсидии;
в) ведет книгу учета работников для получения единовременной субсидии;
г) на основании представления непосредственного руководителя работника вносит председателю Комиссии предложение об увеличении размера единовременной субсидии работнику (персонально) за безупречную и эффективную работу;

д) представляет председателю Комиссии проект приказа о постановке на учет и снятия с учета работника.

7. Председатель Комиссии:

а) осуществляет общее руководство Комиссией;
б) определяет дату и время проведения заседания Комиссии;
в) дает поручения членам Комиссии, связанные с ее деятельностью;
г) председательствует на заседаниях Комиссии, а в случае отсутствия возлагает свои функции на заместителя председателя в установленном порядке;
д) подписывает протокол заседания Комиссии.

8. Секретарь Комиссии:

а) осуществляет прием заявлений работников и прилагаемых к нему документов;
б) ведет журнал регистрации заявлений работников и прилагаемых к нему документов с указанием времени и даты их приема;

в) обеспечивает участие членов Комиссии в заседании;

г) ведет и подписывает протокол заседания Комиссии;

д) готовит проекты решений и оформляет протоколы заседаний Комиссии;

е) доводит принятые Комиссией решения до сведения работников;

ж) ведет делопроизводство Комиссии;

з) заносит сведения о работнике, состоящем на учете для получения единовременной субсидии в книгу учета работников Федерального фонда обязательного медицинского страхования, для получения единовременной субсидии.

дии (Приложение к Положению) в порядке очередности подачи заявлений.

9. Заседание Комиссии считается правомочным, если в нем принимает участие не менее двух третей ее членов.

10. Решение Комиссии принимается открытым голосованием простым большинством голосов и оформляется протоколом Комиссии за подписью председателя Комиссии и секретаря Комиссии. Мнение председателя Комиссии при равенстве голосов членов Комиссии является решающим.

11. Итоги заседания Комиссии оформляется протоколом.

Приложение
к Положению о Комиссии Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования для рассмотрения
вопросов предоставления работникам
единовременной субсидии на
приобретение жилого помещения на 2015 год

КНИГА УЧЕТА

Начата _____ 20__ г.

Окончена _____ 20__ г.

Ф.И.О работника	Члены семьи, проживающие совместно с работником (Ф.И.О., степень родства)	Стаж работы в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования	Год, месяц, число постановки на учет (номер, дата документа)	Жилищные условия			Решение о предоставлении единовременной субсидии (номер, дата документа)	Размер единовременной субсидии (тыс. рублей)	Отметка о перечислении единовременной субсидии	Дата снятия с учета (номер и дата документа)
				Обеспеченность общей площадью по месту регистрации (всего)	На одного члена семьи	Наличие в собственности других жилых помещений, кроме тех, где зарегистрирован				

I. Рукопись

Статья должна сопровождаться письмом с подписью руководителя и печатью организации с указанием названия работы, организации и фамилиями всех авторов. Статья должна быть подписана всеми авторами. На отдельном листе указать сведения о каждом авторе на русском и английском языках (фамилия, имя, отчество полностью; место работы; должность и звание; полный почтовый и служебный адрес, e-mail; служебный тел./факс).

На отдельном листе (на русском и английском языках) представляется реферат (краткое содержание статьи), а также ключевые слова (5-6 слов), способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Максимальный объем рукописи, включая таблицы, не более 7 машинописных страниц, размер шрифта 14, через 1,5 интервала с полями 2,5 см. Все страницы должны быть пронумерованы.

Статья должна быть предоставлена в двух печатных и одном электронном экземплярах.

В работе необходимо указать:

- название статьи (емкое и лаконичное), соответствующее цели работы;

- инициалы и фамилии авторов;
- название организации, где выполнена работа; город.

Математические формулы должны быть написаны четко черными чернилами и иметь соответствующие пояснения.

Таблицы, рисунки, графики, схемы, диаграммы должны быть представлены с подрисовочными подписями на отдельных листах в конце текста. Фотографии с соответствующими подписями должны прилагаться отдельно.

В тексте (в круглых скобках, в конце предложения) должны быть ссылки на используемый иллюстративный материал.

II. Содержание

Статья должна содержать оригинальный материал, прежде нигде не опубликованный полностью или частично.

Рукопись должна отвечать следующим критериям: научная новизна, практическая значимость, профильность, оригинальность содержания.

Текст статьи должен отвечать следующим разделам: введение, включая цель исследования, материал и методы, результаты и обсуждение, заключение или выводы.

III. Ссылки

Пристатейный библиографический список должен быть выстроен по алфавиту фамилий авторов с инициалами, соблюдая хронологию вначале отечественных, затем иностранных – в соответствии с правилами библиографического описания.

Номера цитат и ссылок в тексте статьи должны быть указаны в квадратных скобках и соответствовать номерам в пристатейном списке литературы.

Сокращения названий иностранных журналов должны соответствовать сокращениям, принятым в Index Medicus.

Если у статьи до 4-х авторов, то они указываются все. Если авторов более четырех, то указывают первых трех, а далее следует «и др.».

При указании нескольких статей одного автора их необходимо выстраивать в алфавитном порядке соавторов или названий.

При составлении списка литературы нужно учитывать, что в нем не могут быть упомянуты устные сообщения, неопубликованные материалы, ссылки на Internet-сайты.

Примеры библиографических описаний:

Книга

Серёгина И.Ф., Стародубов В.И. Становление и развитие механизмов саморегулирования в здравоохранении Российской Федерации. – М.: Менеджер здравоохранения, 2010. – 131 с.

Автореферат диссертации

Михайлова И.Ю. Оценка состояния ортодонтической помощи, оказываемой по программе обязательного медицинского страхования: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 25 с.

Статья из сборника

Организация защиты прав застрахованных граждан и контроля качества медицинской помощи в системе ОМС Санкт-Петербурга в 2007 г.: Сборник информационно-аналитических материалов/ Под ред. В.Ф. Чавпецова, Е.В. Атоян. – СПб., 2008. – 220 с.

Статья из журнала

Колабутин В.М., Атоян Е.В., Карачевцева М.А. Взаимодействие территориальных фондов ОМС Северо-Западного федерального округа при создании систем управления качеством медицинской помощи // Заместитель главного врача. – 2009. – № 7. – С. 38-42.

Статья из зарубежного журнала

Walkinshaw E. Medical waste – management practices vary across Canada // CMAJ. – 2011. – Vol. 21. – № 3. – P. 138-141.

Сборник тезисов докладов международных конференций

Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie: Abstractband. – Magdeburg, 2010. – 164 s.

IV. Иллюстрации

К тексту могут прилагаться черно-белые или цветные фотографии, слайды в одном экземпляре. Фотографии должны быть подписаны на обороте с указанием верха иллюстрации.

Диаграммы, графики, схемы должны быть сделаны в программах векторной графики (Illustrator) и сохранены в формате *.eps. Файлы с диаграммами, графиками, схемами и штриховыми рисунками, сделанные в программах WORD и EXEL, должны быть представлены в формате PDF. Отсканированные слайды и фотографии должны быть в формате *.jpg, *.eps, *.tif с разрешением 300 dpi при 100%-ных размерах.

V. Авторские правки

Авторские правки не могут быть внесены в сверстанный макет издания. Редакция оставляет за собой право вносить правки в статью и с согласия авторов публиковать ее как краткое сообщение. Рукописи, не принятые к публикации, авторам не возвращаются.

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:

Россия, 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, 59а,
000 «Издательство «Офтальмология».
Тел.: +7 (499) 488-87-03
E-mail: journal-oms@yandex.ru