

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

2 – 2015

Федеральный закон от 20.04.2015 года № 94-ФЗ
«О внесении изменений в Федеральный закон
«О бюджете Федерального фонда обязательного
медицинского страхования на 2015 год и на плановый
период 2016 и 2017 годов»

Итоговое заседание коллегии Министерства
здравоохранения Российской Федерации



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION**

**НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 2, 2015**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 2, 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 08.05.2015 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»

№ 2, 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 08.05.2015. 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

Прямая линия с Президентом
Российской Федерации В.В. Путиным 4

Президент Российской Федерации В.В. Путин
провел рабочую встречу с министром здравоохранения
Российской Федерации В.И. Скворцовой 6

Председатель Федерального фонда обязательного
медицинского страхования Н.Н. Стадченко
приняла участие в окружном совещании
Приволжского федерального округа 8

Председатель Федерального фонда обязательного
медицинского страхования Н.Н. Стадченко
посетила с рабочим визитом Республику Крым 10

К 70-летию Победы в Великой Отечественной войне
поздравления принимали ветераны-медики 12

Новые кадровые назначения 14

БЮДЖЕТ ФОМС

И.В. Соколова

Принят Федеральный закон «О внесении изменений в
Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования на 2015 год
и на плановый период 2016 и 2017 годов». 16

Федеральный закон № 94-ФЗ от 20 апреля 2015 года
«О внесении изменений в Федеральный закон
«О бюджете Федерального фонда обязательного
медицинского страхования на 2015 год
и на плановый период 2016 и 2017 годов». 19

ИТОГОВАЯ КОЛЛЕГИЯ МИНЗДРАВА РОССИИ

Об итогах работы Министерства здравоохранения
Российской Федерации в 2014 году и задачах на 2015 год.
Доклад министра здравоохранения В.И. Скворцовой
на итоговом заседании коллегии Министерства
здравоохранения Российской Федерации
15 апреля 2015 года 22

Работникам системы обязательного медицинского
страхования вручены Почётные грамоты Министерства
здравоохранения Российской Федерации 30

НАШИ ПУБЛИКАЦИИ

Председатель Федерального фонда обязательного
медицинского страхования Н.Н. Стадченко
о доступности медицинской помощи, лекарствах и
антикризисных планах в интервью газете «Коммерсантъ» 32

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

Г.А. Антонова, И.В. Касаткина

Тематические экспертизы как инструмент
системы управления качеством медицинской помощи

G.A. Antonova, I.V. Kasatkina

Thematic expertise, as an instrument
of management system for medical care quality 38

РАЗВИТИЕ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.В. Курцев, А.М. Коробов, С.А. Хмелевской, Т.М. Швейнова

Динамика и перспективы развития сельского
здравоохранения Курской области

A.V. Kurtsev, A.M. Korobov, S.A. Khmelevskoy, T.M. Shveynova

Dynamics and prospects in development of rural health care
in the Kursk region 44

РЕВИЗИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТФОМС

И.В. Пачгин, Л.М. Холкина

Новые аспекты ревизионной деятельности
ТФОМС Кемеровской области

I.V. Pachgin, L.M. Kholkina

New aspects of audit activities of the Territorial Foundation of
Obligatory Medical Insurance of the Kemerovo Region 50

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование
и социальная политика в СМИ 54

Прямая линия с Президентом Российской Федерации В.В. Путиным

16 апреля 2015 г., Москва



В прямом эфире телеканалов «Первый», «Россия 1», «Россия 24», радиостанций «Маяк», «Вести FM» и «Радио России» вышла специальная программа «Прямая линия с Владимиром Путиным». За время телеэфира глава государства ответил на 74 вопроса. Продолжительность программы составила 3 часа 57 минут. Всего в рамках программы поступило более трёх миллионов вопросов.

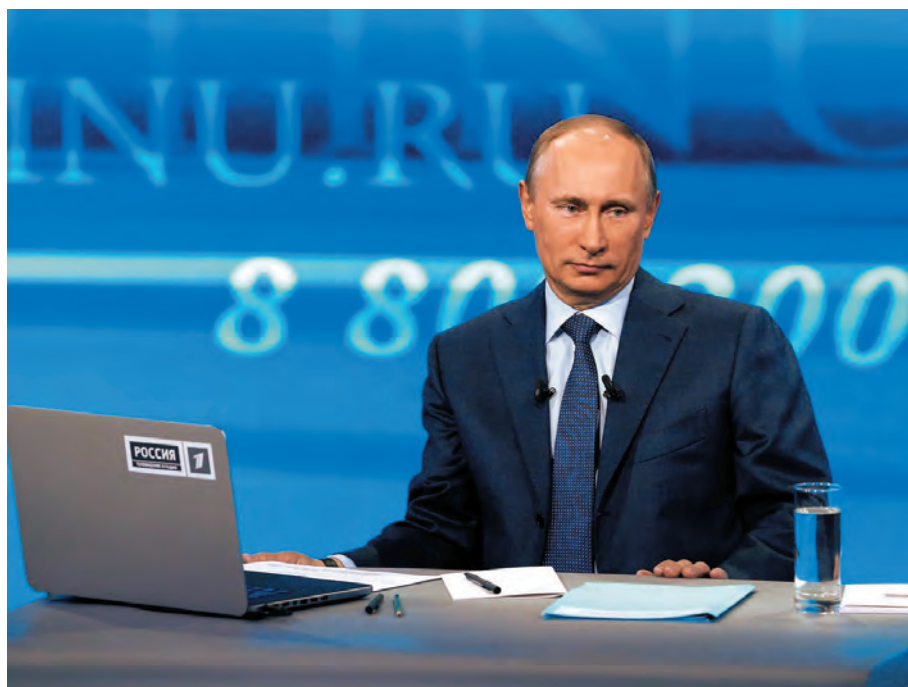
Среди тем-лидеров – это социальные вопросы, это ЖКХ. И очень много звонков было на тему здравоохранения, лекарственного обеспечения.

Отвечая на вопрос Елены из Краснодарского края, станции Воронежской (с января в аптеке не выдают лекарства для лечения ребенка лимфобластным лейкозом, ссылаясь на то, что их нет в наличии, пациент находится в федеральном списке на бесплатные лекарства, в стационаре лекарства предоставляются), Владимир Путин подчеркнул, что Правительство Российской Федерации не просто расширило список жизненно важных, необходимых лекарств до 608 наименований. Это в целом 21 ты-

сяча торговых наименований, из них 317 позиций – для льготных категорий, для инвалидов и ветеранов, вообще для льготников. «Правительство Российской Федерации выделило дополнительно на эти цели 16 миллиардов, но, по заявлению министра здравоохранения, им даже не нужно сейчас использовать эти 16 миллиардов, потому что в наличии всё есть, и всё распределено по регионам. И если это не доходит до людей, то это просто проявление практически криминального характера. Надо выяснить, где это происходит. Обязательно поручу Минздраву и соответствующим службам Минздрава этим заняться, мне нужны данные», – пояснил Президент Российской Федерации.

Жительницу Ярославля В. Путин заверил в том, что от импортных лекарств отказываться не собираются, но при этом необходимо развивать собственную фармацевтическую промышленность: «Мы должны развивать свою собственную фармацевтическую промышленность. Именно для этого несколько лет назад мы подготовили и внедряем сейчас

программу развития собственной отечественной фармакологии. Стоимость программы, могу немного ошибиться, но где-то в районе 180 миллиардов рублей. И у нас, в России, наши производители производят в значительном объёме качественные, отвечающие всем требованиям мировых стандартов лекарственные препараты».



Отвечая на вопрос Ирины Косогоровой, предпринимателя из Тюмени, о пенсионной реформе, Владимир Путин отметил рост средней продолжительности жизни в стране: «Сейчас она у нас 71,5 – включая женщин и мужчин, усреднённая. Этот рост продолжительности жизни достигается большими и лучшими темпами, чем мы даже ожидали. В том числе это связано с улучшением медицинского обслуживания, с внедрением элементов здорового образа жизни и так далее, с небольшим уменьшением пьянства, табакокурения».



Президент Российской Федерации В.В. Путин провел рабочую встречу с министром здравоохранения Российской Федерации В.И. Сковорцовой

14 апреля 2015 г., Москва

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Сковорцова информировала Президента об итогах деятельности министерства за 2014 год и текущей работе.

В. Путин: Вероника Игоревна, чем порадуете?

В. Сковорцова: Владимир Владимирович, хотела рассказать об основных результатах 2014 года, но прежде всего хотела бы отметить существенное снижение материнской, детской, младенческой смертности в нашей стране.

2014 год ознаменован тем, что мы в числе небольшого перечня стран выполнили четвертую и пятую цели развития тысячелетия Организации Объединённых Наций и снизили детскую смертность в три раза, материнскую – в четыре с половиной раза.

В. Путин: Это уже даже после перехода на международные стандарты?

В. Сковорцова: Да, и после перехода на международные стандарты мы в 2013 году снизили смертность до 8,2, в 2014 году это уже 7 с небольшим промилле и за первые два месяца текущего года – 6,3. То есть даже по сравнению с 2012 годом на 20 с лишним процентов. Фактически мы сейчас достигли нашего национального исторического минимума и по материнской, и по младенческой смертности.

Прежде всего, это связано с выстраиванием хорошо работающей трёхуровневой системы. И мы начали уже по Вашему поручению строить дополнительные перинатальные центры. В этом году мы досрочно сдадим два перинатальных центра – в Нижегородской области и в Белгородской области. Оставшиеся 30 – на будущий год.

Второе направление, о котором я хотела рассказать, – это развитие профилактического вектора развития здравоохранения. Мы здесь, как и прежде, работаем в двух основных направлениях: это массовая стратегия профилактики, направленная на формирование здорового образа жизни, скрининги здоровья и диспансеризация.

В отношении формирования здорового образа жизни у нас уже есть достаточно серьёзные положительные результаты – благодаря принятому противотабачному закону, и в 2014 году вошёл в силу второй пакет различных ограничительных мер: у нас с 2008 года на 17 процентов уменьшилось количество курильщиков.

В. Путин: На 17 процентов? Это прилично.



В. Сковорцова: Да, и параллельно у нас уменьшилось количество людей, злоупотребляющих алкогольными напитками, и количество алкоголя на душу населения снизилось практически на треть за этот же период времени.

В. Путин: А количество занимающихся спортом увеличилось?

В. Сковорцова: Да, в два с половиной раза.

Особое внимание мы уделяли развитию диспансеризации, и уже в 2014 году более 40 миллионов людей охвачено профилактическими осмотрами. Причём самое главное для нас – то, что эти профилактические осмотры становятся всё менее формальными.

Мы увеличили выявляемость онкологических заболеваний – от 50 до 70 процентов по сравнению с 2013 годом, за один год. При тех раках, которые не видны глазу, это особенно высокий результат. Желудок, кишечник, предстательная железа – до 70 процентов.

И, что самое важное, при активном выявлении у нас резко увеличилось число раннего выявления – на первой-второй стадии. В настоящее время, по результатам 2014 года, это 72 процента. Только женщин молодого возраста мы спасли за год 15 тысяч, это раки I, II степени молочной железы и репродуктивной сферы.

В этом направлении мы продолжаем работать, и 2015 год будет прежде всего посвящён коррекции факторов риска сосудистых заболеваний в рамках Национального года по борьбе с сосудистыми заболеваниями.

Третье направление, в котором имеются позитивные результаты, – это сельское здравоохранение и развитие первичной медицинской помощи. В течение многих лет

у нас сокращалось количество фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и различных сельских врачебных амбулаторий.

За один год мы построили 328 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов и практически 700 врачебных сельских амбулаторий и офисов врачей общей практики. В результате у нас по сравнению с 2011 годом более чем на три тысячи увеличилось число амбулаторных объектов на селе и параллельно с этим увеличилось число сельских больниц разного уровня развития: от участковых и районных – до межмуниципальных сельских стационарных центров. И впервые фактически у нас в 2013–2014 году количество этих учреждений превысило три тысячи.

И параллельно я хотела бы отметить, что за этот же период времени у нас увеличилась продолжительность жизни людей, проживающих в сельской местности, на полтора года и снизилась почти на три процента смертность.

В. Путин: Сейчас у нас в целом по стране продолжительность жизни – 71 год?

В. Сковороца: Продолжительность жизни 71 год. У женщин – 76,5, мы нарастили за год, но у мужчин пока не очень высокая – 65,3. Это различие в 11 лет...

В. Путин: ...даёт 71 в среднем.

В. Сковороца: Следующий важнейший результат – это резкое, на 40 процентов, увеличение объёмов высокотехнологичной медицинской помощи, которое произошло за один год, 2014-й. Произошло это благодаря принятому год назад решению по передаче 459 высокотехнологичных методов в базовую программу ОМС.

И я хочу обратить внимание, Владимир Владимирович, что 80 процентов этих объёмов выполнены уже в региональных учреждениях. Их число увеличилось с 2011 года более чем в три раза – в 3,4 раза. Общее число учреждений, которые оказывают высокотехнологическую помощь, уже сейчас 675.

В. Путин: В регионах или вообще?

В. Сковороца: Всего. В регионах 461, а было 135. Такое увеличение инфраструктуры, которая уже может оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь, позволило резко снизить сроки ожидания высокотехнологичной помощи: в 2009 году это было 93 дня и для взрослых, и для детей; в 2011 году – 41 день для взрослых и 35 дней для детей; по результатам 2014 года – 21 и 14 дней, три и две недели. В общем, очень существенное сокращение. По сути, у нас нет очереди сейчас на высокие технологии, очень быстро идёт лист ожидания.

И я хотела бы ещё обратить внимание на то, что мы радовались в прошлом году, что среди всех объёмов высоких технологий 25 процентов составили для жителей села, в этом году это 26 процентов. То есть фактически это соответствует представительству сельского населения в структуре населения.

В. Путин: Скажите, пожалуйста, после проработки в Правительстве бюджета на следующий, последующий

годы и на этот год внесли изменения – в целом как Вы оцениваете объёмы финансирования здравоохранения?

В. Сковороца: У нас в этом году финансирование увеличено более чем на 200 миллиардов рублей. В рамках базовой программы ОМС идёт увеличение подушевого финансового норматива на 18,6 процента. Поскольку мы не стали наращивать подушевой норматив для полномочий субъекта Российской Федерации, в целом подушевой норматив по программе госгарантий увеличился на 12 процентов.

Этот финансовый объём не просто достаточен для воспроизведения объёмов медицинской помощи прошлого года, но он задаёт нам определённые возможности на расширение в этом году в том случае, если мы сумеем удержать цены на лекарственные препараты и на имплантируемые медицинские изделия.

В. Путин: Правительство приняло решение увеличить объёмы финансирования по этому направлению, на лекарственные препараты. Деньги поступают?

В. Сковороца: На сегодняшний день эти деньги держатся в резерве, потому что они пока не нужны. Мы стабилизировали в настоящее время ситуацию. С начала года цены на жизненно важные лекарства в рознице увеличились на 6,6 процента, а для госпитального сегмента – на 3 процента. Причём я хотела бы обратить внимание, что основной подскок был к концу января, в феврале эта тенденция пошла на убыль, а в марте подскока уже не было, и в розницу это составило плюс один процент, госпитальный сегмент – плюс один процент. Но самое важное, что и по препаратам, которые не входят в перечень жизненно важных, пошла отрицательная тенденция, то есть в марте цены ниже, чем в феврале.

Мы стараемся поддерживать постоянный прямой контакт и с производителями, и с основными оптовиками, и с ассоциацией аптечных пунктов и аптечных организаций – и, скажем, аптечные организации приняли решение о замораживании цен.

У нас есть ресурс, и пока у нас превышения цен на жизненно важные препараты выше потолка, который устанавливается Правительством, нет. Мы вместе с Генеральной прокуратурой сейчас активно проводим выездные проверки в регионах. За март месяц мы выявили 15 нарушений законодательства, когда действительно цены подсаживают на 15–16 процентов выше потолка, установленного государством. В этом случае просто заводятся соответствующие уголовные дела.

<http://www.kremlin.ru>

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко приняла участие в окружном совещании Приволжского федерального округа

21 марта 2015 г., Пермь



Полномочный представитель Президента Российской Федерации Приволжского федерального округа Михаил Бабич, министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова и губернатор Пермского края Виктор Басаргин провели в Перми совещание по проблемным вопросам в сфере здравоохранения регионов ПФО. Его участниками стали председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко, заместитель министра промышленности и торговли РФ Сергей Цыб, врио руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Михаил Мурашко, зампреды правительства, руководители ТФОМС регионов округа.

Обсуждались вопросы государственной политики в области импортозамещения фармацевтической и медицинской промышленности, реализации территориальных программ ОМС в регионах России. В.И. Скворцова в частности отметила, что в 2015 году будет подписан ряд трехсторонних соглашений между Министерством здравоохранения РФ, Федеральным фондом ОМС и субъектами РФ о реализации территориальных программ госгарантий:

«Это нововведение позволит нам вместе проводить анализ тарифной политики в регионах, нормативов по объемам медицинской помощи, способов оплаты. Это те центральные позиции, которые определяют достаточность финансового обеспечения и целевого направления финансовых потоков на конкретные виды медпомощи в конкретных условиях».

В докладе министра здравоохранения Российской Федерации было отмечено, что 2014 год ознаменован,

прежде всего, достижением Целей развития тысячелетия ООН – сокращением материнской и детской смертности в 4,5 и 3 раза по отношению к показателю 1990 года.

«За один 2014 год уровень младенческой смертности в нашей стране был снижен практически на 10% до показателя 7,4 на 1000 родившихся живыми против 8,2 в 2013 году. Фактически эти показатели достигли своего исторического минимума. В 2015 году данная тенденция продолжается, и по последним результатам это уже показатель 6,5 на 1000 родившихся живыми», – подчеркнула министр.

Вероника Скворцова отметила, что в конце 2013 года Президентом РФ Владимиром Владимировичем Путиным было принято решение о строительстве 32 дополнительных перинатальных центров в 30 регионах страны, которые будут введены в эксплуатацию в 2016 году. Эта работа контролируется Минздравом России совместно с регионами.

«Два центра будут сданы уже в 2015 году, в том числе в Нижнем Новгороде», – сказала министр.

Затрагивая вопрос снижения смертности от основных причин среди взрослых, Вероника Скворцова подчеркнула, что к концу 2014 года по предварительным данным Россия вышла на снижение общей смертности и увеличение продолжительности жизни населения, достигнув исторического максимума: для женщин – 76,5, для мужчин – 65,3. Для наращивания темпов снижения уровня смертности было принято решение перейти к более тщательному контролю за снижением смертности. В част-



Совещание директоров территориальных фондов ОМС Приволжского федерального округа в ТФОМС Пермского края

ности, были выбраны индикаторы, которые достоверно коррелируют с показателями смертности от восьми основных заболеваний.

Затем данные индикаторы были переданы в субъекты Российской Федерации для того, чтобы можно было для каждого региона составить индивидуальную «дорожную карту» уменьшения смертности не только интегративно, но и в разрезе каждого участка первичного звена.

«Из 1800 человек на каждом участке 10 человек умирает от предотвратимых причин. Достаточно предотвратить одну смерть на каждом участке, правильно проводя скрининг здоровья и профилактические мероприятия, и это уже 30 тысяч спасенных жизней на территории нашей страны», – отметила Вероника Скворцова.

На текущий момент главные специалисты и экспертные группы для каждой из восьми основных причин смерти отработали контрольные точки, калибровка которых приведет к улучшению состояния пациентов.

«В настоящее время мы имеем разработанные планы по каждому региону», – добавила министр.

Вероника Скворцова также отметила значимость широкомасштабной диспансеризации, которая была возобновлена с 2013 года.

«В 2014 году диспансеризацию прошло более 40 млн человек. Благодаря проведенной работе существенно повысилось качество диспансеризации во всех регионах», – отметила Вероника Скворцова.

Председатель ФОМС Н.Н. Стадченко представила информацию о реализации обязательного медицинского страхования в Приволжском федеральном округе. Утвержденная стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования субъектов ПФО на 2015 год составила 261,9 млрд рублей, что выше аналогичного показателя прошлого года на 10%. Территориальные программы в целом соответствуют структуре и значению показателей Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко посетила с рабочим визитом Республику Крым

27 апреля 2015 г., Республика Крым, г. Симферополь



В рамках запланированных мероприятий председатель Федерального фонда ОМС побывала в нескольких медицинских организациях. В симферопольской поликлинике № 1 состоялась встреча с руководством и персоналом медицинской организации. Н.Н. Стадченко выслушала просьбы и пожелания пациентов, ожидавших приёма к врачам-специалистам узкого профиля. Делегация ФОМС также посетила роддом № 2, пообщалась с будущими мамами, убедившись - и питание, и медикаментозное обеспечение отвечают всем требованиям в рамках программы ОМС.

«Несмотря на то, что система ОМС только начала функционировать на полуострове, уже можно отметить положительную динамику. Медицинская помощь стала для жителей Республики бесплатной, больницы полностью обеспечены медикаментами. Врачи получают достойную зарплату. Уже есть первый полный статистический учет по всем видам помощи. Это то, чего раньше

не было в Республике Крым», - отметила председатель Федерального фонда ОМС.

К настоящему моменту медицинские организации полностью интегрированы в российское здравоохранение и оказывают медицинскую помощь в соответствии с порядками и на основе стандартов Российской Федерации.

«Все жители Крыма, вне зависимости от места проживания, могут получить как специализированную, так и высокотехнологичную медицинскую помощь в любом городе Российской Федерации. При наступлении страхового случая в любом субъекте Российской Федерации пациенту будет в полном размере оказана медицинская помощь в соответствии с его заболеванием», - отметила председатель ФОМС.

После ознакомительных визитов в медицинские организации Наталья Стадченко встретила с заместителем председателя Совета министров Республики Крым

Аллой Пашкуновой. На правительственном заседании обсуждались основные вопросы внедрения системы ОМС на полуострове и реализации территориальной программы ОМС в регионе.

В завершении своего визита Наталья Стадченко провела встречу с сотрудниками Территориального фонда обязательного медицинского страхования в Республике Крым. На совещании с коллективом обсуждались вопросы деятельности ТФОМС. Во время встречи Наталья Стадченко отметила хорошую организацию деятельности Фонда и поблагодарила коллектив за плодотворную работу.

Однако впереди у сотрудников, отметила председатель Федерального фонда ОМС, ответственный период. Именно в летний сезон полуостров посещает большое количество российских туристов. И не все, приезжая на отдых, имеют на руках полис обязательного медицинского страхования. «Конечно, люди едут не болеть на Черное море, а отдыхать, но практика показывает, что при приезде на отдых с людьми происходят разные ситуации. Если человек пришел с паспортом Российской Федерации, и у него нет на руках полиса обязательного медицинского страхования, ему не имеют право отказать в медицинской помощи. Территориальный фонд ОМС может получить номер и серию полиса гражданина из единого регистра по защищенным каналам связи в процессе оказания медицинской помощи.

За всю эту оказанную медицинскую помощь медицинские организации получат деньги плюсом из других субъектов Российской Федерации».

На сегодняшний день полисы обязательного медицинского страхования получили 91,1% жителей Республики, отметила директор Территориального фонда ОМС в Республике Крым Наталья Старцева. Обязательное медицинское страхование на территории Республики Крым осуществляют 3 страховые медицинские организации и более 90 медицинских организаций.

Застрахованные крымчане обладают всеми правами, которые определены в законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

- право на выбор страховой медицинской организации, медицинской организации и врача;
- право на получение бесплатной медицинской по-

мощи во всех регионах России;

- право на защиту прав и законных интересов на получение доступной и качественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования.

С приходом на полуостров системы ОМС у крымчан появилась возможность получать высокотехнологическую помощь. Причем сложные операции для владель-



цев полиса ОМС проводятся в лучших клиниках России бесплатно.

Выделены средства и на проведение диспансеризации, которой ранее на полуострове не было. Жители Крыма теперь имеют возможность бесплатно пройти диагностические мероприятия по раннему выявлению наиболее распространенных и опасных заболеваний, которые лидируют по количеству смертельных исходов.



К 70-летию Победы в Великой Отечественной войне поздравления принимали ветераны-медики



Сергей Нагапетьянц – ветеран Великой Отечественной и войны с милитаристской Японией. Он сумел в своей жизни состояться в двух интереснейших профессиях: летчика и врача-хирурга. Накануне 9 мая от имени председателя Федерального фонда обязательного медицин-

ского страхования Натальи Стадченко и всего трудового коллектива фонда ветерана поздравили с праздником Победы.

Сергей Акопджанович родился 14 января 1925 г. в городе Кизляр. После начала войны поступил в 21-е

Военно-авиационное училище Закавказского военного округа и уже в 1942 г., будучи еще курсантом училища, добровольцем пошел в армию. Его отправили охранять южные рубежи нашей Родины. После мая 1945 г. С.А. Нагапетьянц продолжил службу в Дальневосточном военном округе в качестве воздушного стрелка полка дальней бомбардировочной авиации. В звании старшего сержанта он участвовал в разгроме Квантунской армии в Маньчжурии.

Это были, как вспоминает Сергей Акопджанович, очень трудные дни. Каждый день его экипаж вылетал на боевые задания, несмотря на противодействие вражеских зенитчиков, оказывал вместе с товарищами огневую поддержку наступлению советских войск. Его ранили во время одной из воздушных атак на позиции неприятеля, но он все равно смог вернуться в строй и не расстаться с небом. За военные заслуги С.А. Нагапетьянца наградили орденом Отечественной войны II степени, медалями «За победу над Германией», «За победу над Японией» и другими государственными наградами.

Война для него закончилась только в октябре 1950 г. Он приедет тогда в родной край и поступит в Дагестанский медицинский институт, выбрав одну из самых мирных профессий на Земле – врача. Затем последует защита кандидатской диссертации. С тех пор более сорока лет своей жизни отдал работе в НИИ фтизиопульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. За это время выполнил сотни сложнейших операций, помогал справиться с тяжелой болезнью тысячам больных людей. Им написано 15 научных работ, посвященных лечению туберкулеза легких. Последние годы он работал в качестве врача-

консультанта в этом ведущем специализированном лечебном учреждении нашей страны. Но за две недели до праздника Победы решил уйти на заслуженный отдых. Все-таки годы берут свое, хотя на здоровье Сергей Акопджанович не любит жаловаться. Не случайно на девяностолетие родные подарили ему беговую дорожку. И теперь он дважды в день обязательно занимается на ней физкультурой. А гостей почивает натуральным соком, который прекрасно готовит его супруга из собранных на даче яблок.

Он рассказал гостям из фонда, что собирается принять участие в «Эстафете памяти» в честь ветеранов-медиков, которая в предпраздничные дни проходила в Музее истории медицины Первого МГМУ имени И.М. Сеченова. А 9 мая собирался на Красную площадь – смотреть парад и познакомиться с ветеранами. Хотя, как с грустью сетует Сергей Акопджанович, его трех боевых товарищей, которые воевали с ним в Маньчжурии, уже нет в живых. Раньше они всегда встречались в эти дни в столице.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



Лысенко Елена Васильевна, 1958 г.р., назначена на должность начальника Управления кадровой политики Федерального фонда обязательного медицинского страхования на основании Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.04.2015 г. №84-Л.

Лысенко Е.В. в 1982 г. окончила Московский ордена Ленина институт инженеров геодезии, аэрофотосъемки и картографии по специальности «Оптические приборы и спектроскопия», квалификация «Инженер оптико-механик».

В 2000 г. окончила Государственную академию профессиональной переподготовки и повышения квалификации руководящих работников и специалистов инвестиционной сферы по программе «Юриспруденция. Правоведение».

С 1982 г. по 1989 г. – инженер, младший научный сотрудник Всесоюзного научно-исследовательского института «ВНИИбиотехника».

С 1989 г. по 1993 г. – старший инженер I Московского медицинского института им. И.М. Сеченова.

С 1993 г. по настоящее время работает в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования ведущим специалистом, главным специалистом, заместителем начальника отдела, начальником отдела.

С 26.09.2007 г. – заместитель начальника Управления кадровой политики – начальник отдела по работе с персоналом.

С 25.07.2014 г. – исполняющая обязанности начальника Управления кадровой политики.

В 2012 г. Лысенко Е.В. за достигнутые трудовые успехи и многолетнюю добросовестную работу объявлена Благодарность Президента Российской Федерации.

В 2001 г. объявлена Благодарность Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В 2003 г. награждена Почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Неоднократно объявлялась Благодарность Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики



Мишкова Ирина Васильевна, 1966 г.р., назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики на основании Распоряжения Правительства Кабардино-Балкарской Республики от 05.03.2015 г. №120-рп.

Мишкова И.В. в 1987 г. окончила Кабардино-Балкарский государственный университет по специальности «Бухгалтерский учет».

С 1987 г. по 1988 г. – стажер-исследователь кафедры финансов Ленинградского финансово-экономического института.

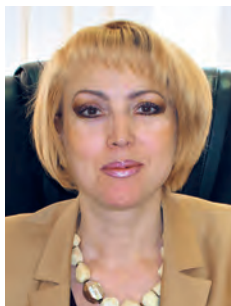
С 1988 г. по 1997 г. – экономист планово-финансового отдела Министерства народного образования КБ АССР.

С 1997 г. по 2015 г. – экономист-ведущий специалист, главный специалист, заместитель начальника отдела прогнозирования доходов и экономического анализа, начальник сводного отдела бюджетной политики Министерства финансов Кабардино-Балкарской Республики, заместитель министра финансов – руководитель департамента, и.о. министра финансов Кабардино-Балкарской Республики.

Мишкова И.В. – действительный государственный советник КБР 1 класса.

Награждена нагрудным знаком Министерства финансов Российской Федерации «Отличник финансовой работы» и Почетной грамотой Правительства КБР.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края



Агафонова Елена Геннадьевна, 1966 г.р., назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Приморского края на основании приказа Администрации Приморского края от 25.02.2015г. №31-рл.

Агафонова Е.Г. в 1988 г. окончила Дальневосточный технологический институт бытового обслуживания.

С 1988 г. по 1989 г. — младший научный сотрудник ДВТИ.

С 1989 г. по 1990 г. — ассистент кафедры НОТ.

С 1990 г. по 1991 г. — экономист Приморской краевой детской больницы.

С 1991 г. по 1993 г. — главный бухгалтер Детской больницы.

С 1997 г. по 1999 г. — экономист краевой клинической больницы.

С 1999 г. по 1999 г. — и.о. заместителя главного врача по экономике.

С 1999 по 2001 г. — ведущий специалист отдела технической поддержки Департамента здравоохранения, главный специалист отдела экономики ДВАПК.

С 2001 г. по 2011 г. — начальник отдела, заместитель председателя комитета ДВАПК.

С 2011 г. по 2012 г. — заведующий отделом по социально-экономическим вопросам Приморской краевой организации профсоюзов работников здравоохранения.

С 2012 г. по 2014 г. — заместитель руководителя по финансово-экономическим вопросам ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России.

С 2014 по 2015 г. — заместитель директора Департамента здравоохранения Приморского края.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калужской области



Тарасова Марина Викторовна, 1963 г.р., назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калужской области на основании Постановления Правительства Калужской области от 26.12.2014 г. №798.

Тарасова М.В. в 1988 г. окончила Воронежский технологический институт по специальности «Технология бродильных производств», инженер-технолог. В 2004 г. окончила ГОУ ВПО «Северо-Западная академия государственной службы» по специальности «Финансы и кредит», экономист.

В 1982 г. — головной ликеро-водочный завод Владимирского спиртообъединения: производственная практика.

В 1983 г. — Рязанское производственное объединение пиво-безалкогольной промышленности МПП РСФСР РОСПИВОПРОМ: мастер пивобезалкогольного цеха.

С 1987 г. по 1988 г. — Воронежский государственный медицинский институт им. И.Н. Бурденко: уборщица общежития № 5.

С 1989 по 1990 г. — Белгородский пивзавод: инженер-микробиолог.

С 1990 по 1992 г. — Столовая № 7 Свердловского треста общественного питания: ученица кондитера, кондитер, бригада кондитеров.

С 1992 по 1994 г. — Валуйское педагогическое училище Белгородской области: бухгалтер.

С 1994 по 2014 г. — Калужский областной фонд обязательного медицинского страхования: специалист по страхованию, ведущий специалист, специалист 1 категории, начальник отдела, заместитель исполнительного директора по экономике, заместитель директора по экономике, заместитель директора-начальник экономического управления.

Принят Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»

И.В. Соколова

Заместитель председателя

Федерального фонда обязательного медицинского страхования



И.В. Соколова

Президент Российской Федерации В.В. Путин после детального обсуждения в комитетах Государственной Думы и Федерального Собрания Российской Федерации 20 апреля 2015 года подписал Федеральный закон № 94-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

В последнее время экономика Российской Федерации переживает достаточно сложную ситуацию, зависящую

как от внешних, так и внутренних факторов, которая привела к изменению основных параметров макроэкономического прогноза на 2015 год.

Изменение основных макроэкономических показателей на 2015 год, которые влияют на формирование бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд), характеризуется следующими данными:

Показатели	2014 год	2015 год		
		Закон №387-ФЗ	Уточненная оценка	Отклонение
ВВП, млрд руб.	71 406,4	77 498,5	73 119,0	-4 379,5
Рост ВВП, %	100,6	101,2	97,0	-4,2
Инфляция (ИПЦ), % к декабрю предыдущего года	111,4	105,5	112,2	6,7
Фонд заработной платы, млрд руб.	17794,7	19022	18559	-463

Изменившиеся условия социально-экономического развития Российской Федерации привели к необходимости корректировки основных параметров бюджета Федерального фонда на 2015 год. При этом вносимые из-

менения не отразились на ухудшении выполнения задач, поставленных бюджетом Федерального фонда.

Основные характеристики бюджета Федерального фонда приведены в таблице:

млрд рублей

Показатели	2015 год		
	Закон № 387-ФЗ	Закон № 94-ФЗ	Отклонение
Доходы, всего	1 632,3	1 619,8	- 12,5
%% к ВВП	2,1	2,2	0,1
Расходы, всего	1 675,3	1 662,8	-12,5
%% к ВВП	2,2	2,3	0,1
Дефицит (-)	-43,0	-43,0	0
%% к ВВП	-0,06	-0,06	0

В связи с уменьшением в прогнозе размера фонда заработной платы в 2015 году на 463 млрд рублей сокращаются доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2015 году.

В 2015 году дефицит бюджета Федерального фонда

не изменяется, источником его финансирования являются остатки средств бюджета Федерального фонда.

Изменение доходов бюджета Федерального фонда в 2015 году характеризуется следующими данными:

млрд рублей

Показатель	2015 год		
	Закон № 387-ФЗ	Закон № 94-ФЗ	Отклонение
Доходы, всего	1 632,3	1 619,8	- 12,5
в %% к ВВП	2,1	2,2	0,1
из них:			
Страховые взносы на ОМС	1 608,5	1 584,8	-23,7
в том числе:			
работающего населения	991,1	967,4	-23,7
неработающего населения	617,3	617,3	0
Трансферты из федерального бюджета на компенсацию выпадающих доходов	23,9	23,9	0
Возврат субвенции		11,1	+11,1

Федеральный закон учитывает уменьшение размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в 2015 году на 23,7 млрд рублей в результате сокращения фонда заработной платы, против объема доходов, утвержденного Федеральным законом от 1 декабря 2014 г. № 387-ФЗ. Одновременно отражает увеличение доходов бюджета Федерального фонда за счет остатков субвенций, не использованных территориальными фондами обязательного медицинского страхования на 1 января 2015 года, на сумму 11,1 млрд

рублей и возвращенных в бюджет Федерального фонда в соответствии с частью 5 статьи 242 Бюджетного кодекса Российской Федерации. В итоге общий размер доходов бюджета Федерального фонда в 2015 году уменьшается на 12,5 млрд рублей.

Соответственно на ту же сумму сокращаются расходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2015 году. Изменение расходов бюджета Федерального фонда на 2015 год характеризуется следующими данными:

млрд рублей

Показатель	2015 год		
	Закон № 387-ФЗ	Закон № 94-ФЗ	Отклонение
Расходы, всего	1 675,3	1 662,8	-12,5
в % к ВВП	2,2	2,3	0,1
из них:			
Субвенция на выполнение территориальной программы ОМС	1 414,2	1 414,2	0
Средства, передаваемые бюджету ФСС РФ (родового сертификата)	19,0	19,0	0
Изготовление полисов ОМС	1,1	1,1	0
Нормированный страховой запас	97,1	108,2	+11,1
в том числе:			
оплата высокотехнологичной медицинской помощи	82,1	82,1	0
Единовременные компенсационные выплаты	3,2	3,2	0
Дотация на сбалансированность, передаваемая федеральному бюджету	140,0	116,4	-23,6

Как видно из представленных данных, расходы по ключевым направлениям, а именно на реализацию территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС, на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, родового сертификата и другие расходы на медицину не уменьшаются ни на рубль. Размер утвержденной субвенции на 2015 год остается в размере 1 414,2 млрд рублей с ростом по сравнению с 2014 годом на 240 млрд рублей или на 20,4%.

Кроме того, увеличен размер нормированного страхового запаса Федерального фонда на 11,1 млрд рублей за счет возврата остатков субвенций, не использованных территориальными фондами ОМС на 1 января 2015 года. Указанные средства будут в соответствии с порядком, установленным Правительством Российской Федерации,

направляться в виде иных межбюджетных трансфертов на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, и на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ ОМС в связи с ростом цен на импортные лекарственные средства и медицинские изделия.

Сокращение коснулось дотации на сбалансированность, передаваемой федеральному бюджету, на размер уменьшения страховых взносов на ОМС работающего населения, которая составит в 2015 году 116,4 млрд рублей, а также расходов на обеспечение деятельности Фонда на 74,2 млн рублей, что составляет 10% от утвержденного объема, в том числе пропускается индексация в 2015 году расходов на оплату труда работников Фонда.

Для корреспонденции:

Ирина Васильевна Соколова – заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Адрес: 127994, ГСП-4, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37
Телефон: (495) 987-03-86 доб. 1305. E-mail: isokolova@ffoms.ru

For correspondence:

Irina V. Sokolova - Deputy Chairman of the FCHIF

The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance
Address: Novoslobodskaya Ul. 37, Moscow, GSP-4, Russia, 127994
Tel.: (495) 987 03 80*1305. E-mail: isokolova@ffoms.ru



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

от 20 апреля 2015 года № 94-ФЗ

МОСКВА

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «О БЮДЖЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2015 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2016 И 2017 ГОДОВ»

*Принят Государственной Думой 10 апреля 2015 года
Одобен Советом Федерации 15 апреля 2015 года*

Статья 1

Внести в Федеральный закон от 1 декабря 2014 года N 387-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2014, N 49, ст. 6896) следующие изменения:

1) в части 1 статьи 1:

а) в пункте 1 слова «в сумме 1 632 321 880,8 тыс. рублей» заменить словами «в сумме 1 619 774 009,1 тыс. рублей»;

б) в пункте 2 слова «в сумме 1 675 334 079,0 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, передаваемые федеральному бюджету в сумме 140 000 000,0 тыс. рублей» заменить словами «в сумме 1 662 786 207,3 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, передаваемые федеральному бюджету в сумме 116 377 493,6 тыс. рублей»;

2) в пункте 1 статьи 4 слова «приложению 4» заменить словами «приложениям 4 и 4.1»;

3) часть 5 статьи 5 изложить в следующей редакции:

«5. Установить, что в 2015 году дотация на сбалансированность, передаваемая федеральному бюджету из бюджета Фонда, в соответствии с решением Фонда предоставляется в четвертом квартале текущего финансового года ежемесячно начиная с 1 октября в размере остатков средств на счете бюджета Фонда после исполнения текущих расходных обязательств Фонда, установленных частями 1 - 4 настоящей статьи и пунктом 2 части 1 статьи 6 настоящего Федерального закона, но не более годового объема бюджетных ассигнований, предусмотренных на указанные цели в приложениях 4 и 4.1 к настоящему Федеральному закону по целевой статье расходов «Дотация на сбалансированность, передаваемая федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в рамках иных мероприятий по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации» подраздела «Другие вопросы в области здравоохранения» раздела «Здравоохранение» классификации расходов бюджетов.»;

4) в статье 6:

а) часть 1 дополнить пунктами 3 и 4 следующего содержания:

«3) в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, на увеличение иных межбюджетных трансфертов, указанных в пункте 2 настоящей части, и на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования (в связи с изменением курсов валют при приобретении импортных

лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов) в сумме до 11 100 000,0 тыс. рублей;

4) на оплату расходов Фонда по изготовлению и доставке полисов обязательного медицинского страхования единого образца сверх бюджетных ассигнований, предусмотренных приложением 4 к настоящему Федеральному закону по целевой статье расходов «Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Организация обеспечения обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» подраздела «Другие вопросы в области здравоохранения» раздела «Здравоохранение» классификации расходов бюджетов, в случае недостаточности указанных бюджетных ассигнований, образовавшейся в ходе исполнения бюджета Фонда в 2015 году.»;

б) часть 3 признать утратившей силу;

5) приложение 1 после строки

«394	1 17 06030 08 0000 180	Прочие неналоговые поступления в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»
------	------------------------	---

дополнить строкой следующего содержания:

«394	1 18 08000 08 0000 180	Поступления в бюджет Фонда обязательного медицинского страхования (перечисления из бюджета Фонда обязательного медицинского страхования) по урегулированию расчетов между бюджетами бюджетной системы Российской Федерации по распределенным доходам»;
------	------------------------	--

6) дополнить приложением 4.1 следующего содержания:

«Приложение 4.1
к Федеральному закону
«О бюджете Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
на 2015 год и на плановый период
2016 и 2017 годов»

**ИЗМЕНЕНИЕ
РАСПРЕДЕЛЕНИЯ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО
ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2015 ГОД
ПО РАЗДЕЛАМ, ПОДРАЗДЕЛАМ, ЦЕЛЕВЫМ СТАТЬЯМ И ГРУППАМ ВИДОВ
РАСХОДОВ КЛАССИФИКАЦИИ РАСХОДОВ БЮДЖЕТОВ**

(тыс. рублей)

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования					-12 547 871,7
Общегосударственные вопросы	01	00			-73 114,9
Международные отношения и международное сотрудничество	01	08			+5 419,8
Реализация направления расходов в рамках подпрограммы «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	01	08	01 8 9999	200	-114,6
Реализация направления расходов в рамках подпрограммы «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Иные бюджетные ассигнования)	01	08	01 8 9999	800	+5 534,4
Другие общегосударственные вопросы	01	13			-78 534,7

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Сумма
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными (муниципальными) органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами)	01	13	01 Г 0059	100	-4 088,2
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	01	13	01 Г 0059	200	-73 358,5
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Иные бюджетные ассигнования)	01	13	01 Г 0059	800	- 1 088,0
Образование	07	00			-1 078,7
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	07	05			- 1 078,7
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений в рамках подпрограммы «Управление развитием отрасли» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Закупка товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд)	07	05	01 Г 0059	200	-1 078,7
Здравоохранение	09	00			-12 473 678,1
Другие вопросы в области здравоохранения	09	09			-12 473 678,1
Реализация направления расходов в рамках подпрограммы «Организация обеспечения обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации» государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Иные бюджетные ассигнования)	09	09	01 Д 9999	800	+11 148 828,3
Дотация на сбалансированность, передаваемая федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в рамках иных мероприятий по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации (Межбюджетные трансферты)	09	09	73 8 5400	500	-23 622 506,4».

Статья 2

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования.
2. Действие положений Федерального закона от 1 декабря 2014 года N 387-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» (в редакции настоящего Федерального закона) распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2015 года.

Президент
Российской Федерации
В. ПУТИН

Москва, Кремль
20 апреля 2015 года
N 94-ФЗ

Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2014 году и задачах на 2015 год

Доклад министра здравоохранения В.И. Скворцовой на итоговом заседании коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации 15 апреля 2015 года



Сегодня мы подводим итоги прошедшего года. 2014-й год стал еще одним шагом в направлении улучшения здоровья россиян, увеличения продолжительности их жизни, совершенствования российского здравоохранения.

Основные ориентиры, в соответствии с которыми мы двигались, были заданы указами Президента РФ В.В. Путина, а также стратегическими документами Правительства Российской Федерации.

Прошедший год стал важным для построения в России нескольких принципиальных составляющих эффективной системы здравоохранения.

Прежде всего, мы укрепили профилактическое направление российской медицины. Напомню, что два года назад была возрождена широкомасштабная программа диспансеризации, представляющая собой программу направленных диагностических скринингов, которые к текущему моменту уже прошла почти половина населения страны – более 75 млн человек.

Программа диспансеризации проводится в соответствии со специально разработанными регламентами, с учетом потребности разных возрастных групп населения. Она включает все необходимые лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов и является основой для проведения индивидуализированной профилактики заболеваний по стратегии

«высокого риска» и раннего выявления наиболее опасных заболеваний.

В 2014 году диспансеризацию прошли 40,1 млн человек, в том числе 22,4 млн взрослых и 17,7 млн детей.

По итогам диспансеризации взрослых, к 1-й группе здоровья (практически здоровых) отнесены около 33% населения, ко 2-й группе (лиц с высоким риском смерти при скрытом течении болезни) – 21%, к 3-й группе (лиц с хроническими заболеваниями) – 46%.

В ходе обследования у каждого 12-го взрослого россиянина (1,6 млн человек) выявлены сердечно-сосудистые заболевания, у каждого сотого (почти 200 тыс. человек) – хронические бронхо-легочные заболевания, у каждого двухсотого (более 100 тыс. человек) – сахарный диабет.

Значительно (на 40–69%) повысилась, по сравнению с 2013 годом, активная выявляемость онкологических заболеваний.

При этом важно отметить, что ранняя активная выявляемость (на 1–2-й стадиях рака) также значительно выросла и достигла 72% от всех случаев. Только при раках репродуктивной сферы у женщин это позволило сохранить 15 тыс. жизней.

Высокий охват диспансеризацией населения был обеспечен в том числе за счет активного использования выездных форм работы. В 2014 году в субъектах Российской Федерации

ской Федерации использовали более 2 900 передвижных медицинских комплексов – центров здоровья, врачебных амбулаторий и ФАПов, флюорографов, маммографов и лабораторий. С использованием передвижных медицинских комплексов диспансеризацию прошли более 583 тыс. человек.

В целях сохранения и укрепления здоровья граждан, формирования здорового образа жизни, раннего выявления факторов риска и их индивидуальной коррекции в 2014 году работали уже 760 центров здоровья (их число увеличилось за 2 года в 2,4 раза). В них обратились более 4,7 млн человек, что на 600 тыс. человек больше, чем в 2013 году. Все обратившиеся получили индивидуальные планы по оздоровлению и коррекции факторов риска.

Работа по формированию здорового образа жизни была продолжена и путем совершенствования нормативных правовых актов, а также реализации мер по профилактике алкоголизма и наркомании, противодействию потребления табака, популяризации культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ.

С 1 июня вступил в силу второй пакет положений по ограничению курения табака, установленных Федеральным законом № 15-ФЗ.

По данным опроса Фонда общественного мнения, проведенного в июне 2014 года, 8 из 10 россиян (в том числе, половина курильщиков и 9 из 10 бывших курильщиков) положительно оценивают принятые государством меры. И эти меры дают результат. По данным Росстата, с 2008 года число курильщиков уменьшилось на 17%.

Решительная антитабачная политика нашей страны высоко оценена международным сообществом: в октябре 2014 года в Москве состоялась Шестая сессия Конференции сторон Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака – одно из самых значительных глобальных мероприятий в сфере здравоохранения, собравшая представителей высокого уровня из более чем 170 государств. Россия была единогласно избрана председательствующей в Конвенции на очередной двухлетний срок.

Положительные изменения наблюдаются и в плане отказа от алкогольной зависимости. За период с 2008 года по 2014 год отмечено снижение более чем на 27% среднегодового потребления алкогольной продукции в пересчете на абсолютный алкоголь с 16,2 литров до 11,5 л.

За этот же период вдвое увеличилось число россиян, регулярно занимающихся спортом, которое в 2014 году превысило 29,3 млн человек.

Все профилактические мероприятия проводятся на базовом уровне здравоохранения – в первичном звене. Одной из важнейших задач, поставленных перед собой Министерством в 2014 году, стало совершенствование первичной медико-санитарной помощи и повышение ее доступности.

В 2014 году существенно укрепилась инфраструктура первичного звена здравоохранения, в том числе в сельской местности и на удаленных территориях. За год от-

крыты 171 ФАПов, 157 фельдшерских пунктов, 508 офисов врачей общей практики и 148 врачебных сельских амбулаторий.

Общее число медицинских подразделений, оказывающих первичную медицинскую помощь сельскому населению, увеличилось, по сравнению с 2011 годом, на 3270 (или 7,3%). При этом почти вдвое выросла доля врачебных подразделений – с 12,4% в 2011 году до 23,5% в 2014 году, что, безусловно, отражает повышение квалификации медицинской помощи.

Существенно окрепла и сеть сельских и поселковых больниц. По сравнению с 2011 годом, их число увеличилось более чем на треть, превысив 3 тысячи.

Это стало возможным, благодаря увеличению на 7,6 тысячи числа врачей, работающих в региональных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Только в рамках программы «Земский доктор» в 2014 году привлечено для работы в сельских населенных пунктах и рабочих поселках 3,3 тыс. молодых специалистов. В результате обеспеченность сельского населения врачами выросла на 17,5% с 2011 года.

В целом в стране за 2014 год число амбулаторно-поликлинических посещений превысило 1 млрд. При этом впервые доля посещений с профилактической целью превысила треть от общего числа посещений.

Именно первичное звено определяет уровень удовлетворенности населения отечественной медициной.

Общая картина свидетельствует о том, что уровень первичной медицинской помощи становится более профессиональным, а сама помощь – более доступной, что подтверждают и результаты опроса населения. По данным ВЦИОМ, удовлетворенность повысилась за 2014 год с 35 до 44%.

Тем не менее до настоящего времени в первичном звене у нас сохраняется много проблем – это и недостаток медицинских работников, и неэффективное распределение функциональных обязанностей врача и медицинской сестры, и другие организационные недоработки, а порой и бездушное и грубое отношение к людям.

Одной из ключевых мер по совершенствованию работы первичного звена в 2014 году явился пересмотр профессиональных ролей участкового врача и медицинской сестры, направленный на дополнительное вовлечение среднего медицинского персонала в процесс профилактического и диспансерного наблюдения за прикрепленным населением, активный патронаж, а также в проведение медицинской реабилитации и оказание паллиативной медицинской помощи.

В 10 «пилотных» регионах отработаны эффективные модели организации работы первичного звена с созданием медико-социальных патронажных групп, внедрением сестринских обходов и приемов населения с хроническими заболеваниями, что высвобождает врача для работы, требующей действительно врачебной квалификации.

В прошедшем году мы завершили фотохронометражные исследования работы врачей и медицинских сестер

первичного звена в 17 регионах страны, которые не проводились с 1981 года. В исследовании принимали участие участковые педиатры, терапевты, врачи общей практики, а также специалисты первичного звена – неврологи, оториноларингологи, офтальмологи, акушеры-гинекологи и медицинские сестры.

По результатам Министерством был полностью пересмотрен и существенно сокращен документооборот врача.

Устранение сложившихся многолетних неэффективных трудозатрат, связанных с излишним документооборотом, позволило высвободить до 25% рабочего времени врача и за счет этого увеличить нормативы времени приема пациента.

При этом следует подчеркнуть, что устанавливаемые средние нормативы на осмотр одного пациента адресованы только организаторам здравоохранения для планирования амбулаторного приема, но не должны ограничивать работу врачей. Практикующий врач должен принимать пациента столько, сколько необходимо, с учетом состояния его здоровья.

2015 год продолжает все начатые преобразования.

В наши планы включено существенное развитие диспансерного наблюдения за лицами из групп риска, повышение эффективности профилактических программ, внедрение позитивного опыта по расширению функций среднего медицинского персонала, продолжение процесса компьютеризации рабочих мест врачей.

В этом году мы впервые проведем независимый рейтинг амбулаторно-поликлинических организаций, основанный не только на показателях доступности и качества медицинской помощи, но и оценке доброжелательности и чуткости медицинских работников.

Важнейшим приоритетом деятельности российского здравоохранения остается развитие службы охраны материнства и детства.

В 2014 году в 3 раза, по сравнению с 2011 годом, был расширен бесплатный пренатальный скрининг на пороки развития плода, который охватил уже более 77% беременных женщин.

Неонатальный скрининг на 5 наследственных заболеваний был проведен более 95% новорожденных. Все выявленные 1 257 детей с врожденными наследственными заболеваниями взяты на диспансерный учет и получают необходимое лечение.

При аудиологическом скрининге были выявлены 1090 детей, требующих кохлеарной имплантации. Все они были успешно прооперированы.

Хотелось бы напомнить, что еще несколько лет назад в нашей стране проводились лишь единичные подобные операции, а сейчас мы вышли на устойчивое 3-е место в мире по числу кохлеарных имплантаций после США и Германии.

В прошедшем году Минздравом России впервые в реабилитацию пациентов после кохлеарной имплантации была включена услуга по замене речевого процессора,

закрепленная соответствующим стандартом.

Особым достижением отечественного здравоохранения явилось освоение всех самых современных методов выхаживания детей с экстремально низкой массой тела. В созданных 23 перинатальных центрах глубоко недоношенные дети не только выживают, но и получают возможность нормального развития. Инвалидность среди новорожденных не выросла.

Нам удалось решить и еще одну сложную задачу – обеспечить здоровое материнство женщинам из групп риска, в том числе живущим с ВИЧ. Сегодня в России практически полностью остановлена вертикальная передача ВИЧ: более 96% детей, матери которых инфицированы, рождаются здоровыми.

Успешно вынашивают беременность женщины, страдающие тяжелым сахарным диабетом, а также перенесшие трансплантацию органов.

Проведенная комплексная работа позволила России достичь в 2014 году 4-й и 5-й Целей развития тысячелетия ООН – снизить показатели детской и материнской смертности на 1000 родившихся живыми в 3 и 4,5 раза, соответственно по сравнению с 1990-м годом.

Смертность детей на дому за один 2014 год снизилась на 43%, а среди детей до года – на 29%.

Младенческая смертность достигла наиболее низких значений за всю историю нашей страны, составив 7,5 на 1000 родившихся живыми на конец 2014 года, а, по результатам января-февраля 2015 года, – уже 6,3, что на 23% ниже показателя 2013 года.

С прошлого года, по поручению Президента Российской Федерации, осуществляется строительство дополнительных 32 перинатальных центров в 30 субъектах Российской Федерации. Эта работа должна быть завершена в 2016 году. Но уже в текущем году, досрочно, будут открыты перинатальные центры в Нижегородской и Белгородской областях.

Выстраивание трехуровневой системы здравоохранения позволило уже сегодня не только городским, но и сельским жителям получать медицинскую помощь в специализированных межрайонных и региональных центрах.

Благодаря внедрению правильной маршрутизации скорой помощи, число больных с острой сосудистой патологией, госпитализированных в учреждения 2–3-го уровней (сосудистые отделения и центры), увеличилось только за последние два года почти в 2 раза (на 92%).

Прямым результатом этого явилось снижение смертности от болезней системы кровообращения за тот же период на 11,3%.

Важнейшим направлением нашей работы является расширение возможности получения бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи каждым гражданином страны.

Включение в 2014 году 459 методов ВМП в систему обязательного медицинского страхования обеспечило повышение доступности ВМП для всего населения стра-

ны. Число пролеченных больных за один год увеличилось на 41% – с 505,5 тыс. до 715,6 тыс. человек.

При этом почти 80% больных, получивших ВМП в рамках базовой программы ОМС, были пролечены в региональных учреждениях.

Это стало возможным, благодаря увеличению числа медицинских организаций, оказывающих бесплатно для населения высокотехнологичную помощь, – в 2,6 раза с 2011 года (с 252 до 675), в том числе в 3,4 раза – региональных (461).

Значимо сократилось среднее время ожидания ВМП: если в 2009 году оно составляло и для взрослых, и для детей 93 дня, в 2012 году – 41 и 35 дней соответственно, то в 2014 году оно составило 21 день для взрослых и 14 дней для детей.

Особо следует отметить, что расширились возможности для применения высоких хирургических технологий у людей старше трудоспособного возраста (их доля увеличилась до 49%).

Среди получивших ВМП повысилась и доля пациентов, проживающих в сельской местности, которая впервые составила 26%, т.е. вышла на уровень представленности сельских жителей в структуре населения страны.

216,4 млрд рублей, по сравнению с прошлым годом, или на 8,4%.

При этом бюджет фонда ОМС вырос на 24%, или более чем на 295 млрд рублей, превысив 55% от общего объема средств на здравоохранение.

Подушевой финансовый норматив Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в 2015 году увеличился на 12,7% до 11,6 тыс. рублей

В 2014 году мы вернулись к единой тарифной политике на территории страны. Во всех регионах начали внедряться наиболее эффективные методы оплаты медицинской помощи.

Внедрение клинко-статистических групп привело к значительному снижению межрегиональной дифференциации тарифов – с более чем 50% в 2011 году до менее 20% в 2014 году, а также к сокращению длительности пребывания пациентов в стационаре на 10% и повышению эффективности управления структурой госпитализаций.

По Поручению Президента Российской Федерации, в 2014 году был реализован пилотный проект по информированию застрахованных лиц об оказанных медицин-

Важнейшим направлением нашей работы является расширение возможности получения бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи каждым гражданином страны. Включение в 2014 году 459 методов ВМП в систему обязательного медицинского страхования обеспечило повышение доступности ВМП для всего населения страны. Число пролеченных больных за один год увеличилось на 41% – с 505,5 тыс. до 715,6 тыс. человек.

Это показывает, что впервые ВМП стала действительно равнодоступной.

В 2014 году ВМП начала оказываться и в экстренной форме. Так, проведено более 61 тыс. экстренных стентирований сосудов, что, безусловно, внесло свой вклад в снижение сосудистой смертности.

С 2015 года все виды ВМП обеспечиваются по полному тарифу за счет средств ОМС.

Для реализации указанного механизма в 2014 году разработаны 94 клинко-статистические группы для оплаты ВМП, в том числе 64 группы – для оплаты методов, не включенных в базовую программу ОМС. Определена стоимость по полному тарифу для каждой группы, что утверждено Программой Государственных гарантий на 2015–2017 годы.

По расчетам в 2015 году мы сможем как минимум сохранить объемы ВМП на достигнутом уровне. Однако это возможно при условии удержания цен на импланты, лекарственные препараты и запасные части к медицинской технике, что входит в число важнейших антикризисных мер.

Несмотря на напряженные экономические условия, расходы на здравоохранение в 2015 году увеличились на

ских услугах и их стоимости. Начавшийся в 5 регионах, за 3 месяца пилотный проект охватил 64 региона. Это позволило обеспечить пациентов объективной информацией о затратах государства за оказанную медицинскую помощь и, тем самым, повлиять на осознание личной ответственности за сохранение своего здоровья.

Пилотный проект способствовал также улучшению учетной дисциплины и качества планирования в медицинских организациях, предупреждению коррупционных проявлений и обеспечению защиты интересов пациентов.

С 1 января 2015 года информирование застрахованных лиц осуществляется уже во всех субъектах Российской Федерации.

В 2014 году внесены изменения в законодательство об охране здоровья граждан и ОМС, предусматривающие заключение трехсторонних соглашений по реализации территориальных программ государственных гарантий между Минздравом России, ФФОМС и высшими органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, что направлено на повышение ответственности всех сторон за обеспечение доступности и качества медицинской помощи населению.

Заключение трехсторонних соглашений в перспективе должно предупреждать принятие регионами заведомо дефицитных и дисбалансированных территориальных программ государственных гарантий – в нарушение утвержденного Постановлением Правительства подушевого финансового норматива и нормативов оказания медицинской помощи.

Во исполнение указов и поручений Президента и Правительства Российской Федерации, Министерством здравоохранения, совместно с субъектами Российской Федерации, разработаны и согласованы региональные «дорожные карты» развития отрасли, включающие основные показатели эффективности, учитывающие региональные особенности структуры заболеваемости и смертности, а также другие демографические, социально-экономические и климато-географические особенности.

За 2014 год существенно расширилось применение ресурсосберегающих стационар-замещающих технологий диагностики и лечения. Число мест в дневных стационарах увеличилось на 19 тыс., или 8%, а число пролеченных в них больных – на 800 тыс. (или 11,4%). Объем амбулаторной хирургии возрос за один год почти на 23%.

Важно отметить, что это не привело к снижению оперативной активности и в круглосуточных стационарах. Напротив, она увеличилась более чем на 60 тыс. человек и, как мы уже видели, в ней значительно увеличилась доля высоких технологий. Однако это было достигнуто на меньшем количестве коек при повышении эффективности их работы!

Одновременно, более чем в два разаросло число коек для оказания паллиативной медицинской помощи.

Как результат, число умерших на дому в 2014 году снизилось на 11,2%, по сравнению с 2011 годом.

Повышение эффективности работы инфраструктуры здравоохранения привело к экономии более 4 млрд рублей, которые были направлены на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и другие нужды.

Хотелось бы еще раз подчеркнуть, что сокращение коечного фонда – не самоцель.

Все структурные преобразования в здравоохранении направлены, прежде всего, на повышение доступности и качества медицинской помощи, в том числе и за счет сокращения неэффективных затрат.

Общие объемы медицинской помощи населению не сокращаются, а доля наиболее эффективных современных медицинских технологий в них значительно нарастает.

Важно, чтобы шаги по инфраструктурной оптимизации отрасли были тщательно продуманными и профессиональными, разъясненными и населению, и медицинскому сообществу.

Одним из ресурсосберегающих направлений развития отрасли является государственно-частное взаимодействие. По данным ФФОМС, к началу 2015 года количество частных организаций, работающих в системе ОМС,

увеличилось в 2,6 раза, по сравнению с 2011 годом, и достигло 1948 (23,4% от всех организаций).

Сегодня нет законодательных или нормативных ограничений для участия частных лицензированных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Это серьезная поддержка государству. Мы приветствуем развитие частных гемодиализных и ПЭТ-центров, офисов врачей общей практики, клинических подразделений, работающих по тарифам ОМС, которые стали уже не просто достаточными, но экономически привлекательными.

Важнейшее условие эффективной работы отрасли – это обеспечение квалифицированными медицинскими кадрами. По состоянию на 1 января 2015 г. в медицинских организациях субъектов Российской Федерации работало 526,4 тыс. врачей и почти 1 млн 221,7 тыс. медицинских работников со средним профессиональным образованием.

В 2014 году Минздравом разработаны базовые профессиональные стандарты по 8 основным направлениям подготовки врачей, на основе которых с 2016 года будет осуществляться поэтапный переход к принципиально новой системе допуска к медицинской деятельности – аккредитации специалистов.

Для достижения практико-ориентированности проведены корректировки более 190 типовых образовательных программ по всем медицинским дисциплинам. Разработано 94 федеральных государственных образовательных стандарта для обучения в ординатуре и основные образовательные программы для них.

В подведомственных учреждениях создано более 70 симуляционных тренинговых центров.

За год по программам повышения квалификации подготовлено около 200 тыс. врачей.

Минздравом, совместно с Советом ректоров медицинских вузов и профессиональным сообществом, начата реализация Концепции непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

В 12 регионах страны стартовал «пилотный» проект по дистанционному образованию участковых терапевтов, педиатров и врачей общей практики с использованием системы зачетных кредитов. В проекте принимают участие 16 образовательных и научных организаций Минздрава, 11 медицинских профессиональных некоммерческих организаций и более 500 медицинских специалистов.

В рамках реализации Послания Президента Российской Федерации, с 1 сентября 2015 года система непрерывного профессионального образования специалистов будет дополнена внедрением «образовательного сертификата», позволяющего каждому врачу выстраивать индивидуальную образовательную траекторию и самостоятельно определять медицинские образовательные или научные учреждения для бесплатного прохождения образовательных программ, стажировок и тренингов.

Финансирование будет осуществляться из специально сформированного в системе ОМС резерва за счет перераспределения 50% средств, полученных страховыми медицинскими организациями по результатам контрольных мероприятий.

Для унификации смыслового наполнения медицинской помощи, за 2013–2014 годы главными внештатными специалистами Минздрава, совместно с профильными медицинскими сообществами, было разработано более 1050 клинических рекомендаций (или протоколов) по основным направлениям медицины, а за 2015 год мы планируем довести их число до 1300.

Именно клинические рекомендации являются профессиональными матрицами для обновления образовательных программ и критериев аккредитации специалистов к профильной медицинской деятельности.

Благодаря широкому внедрению целевой подготовки (более 50% всех бюджетных мест) и повышения ее эффективности свыше 85%, за последние годы в отрасли начал выправляться кадровый дисбаланс. Важную роль в его устранении играет рост социального статуса и уровня материального обеспечения медицинских работников.

В целом по Российской Федерации за 2014 год среднемесячная заработная плата врачей и работников медицинских организаций, имеющих иное высшее образование, увеличилась на 9,4% и достигла 46,2 тыс. рублей (или 141,8% к средней зарплате), а среднего медицинского (фармацевтического) персонала – на 9,2% до 26,3 тыс. рублей (или 80,7% к средней зарплате). Не вызывает особых опасений задача удержать достигнутые значения и в 2015 году.

Вместе с тем проведенные Минздравом и Росздравнадзором проверки по жалобам граждан показали, что в региональных медицинских организациях заработные платы у медицинских работников со сходными уровнем квалификации, стажем и должностью существенно образом различаются. В некоторых случаях – до 9 раз. И это несмотря на высокую степень стандартизации в отрасли.

Причиной данного дисбаланса является низкая доля фиксированной части дохода (оклада) в структуре заработной платы, которая составляет от 15 до 30%, при необоснованно высокой доле стимулирующих выплат – более 50%, распределение которых часто субъективно.

На основе положительного опыта «пилотных регионов», совместно с Министерством труда и социальной защиты, представителями Федерации независимых профсоюзов и Центрального комитета профсоюза работников здравоохранения, мы разработали рекомендации субъектам Российской Федерации по внедрению новых подходов к формированию заработной платы с увеличением доли оклада до 55–60%.

В настоящее время во всех субъектах Российской Федерации проводится работа по изменению структуры заработной платы медицинских работников.

Уже сейчас можно констатировать, что межрегиональная дифференциация в уровнях средней заработной платы у врачей уменьшилась с 3,2 раза до 1,4 раза, а среднего медицинского персонала – с 2,5 раза до 1,7 раза.

Однако еще в 56 регионах доля оклада в структуре заработной платы врачей и медицинских сестер остается ниже 30%.

Необходимо со всей ответственностью подойти к решению данного вопроса.

Прошедший год был знаменателен и в части совершенствования лекарственного обеспечения населения.

Пересмотрен Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Для этого был утвержден Порядок формирования Перечня, предусматривающий прозрачную процедуру включения (или исключения) лекарственного препарата на основе оценок его эффективности, доказательности этих оценок и фармако-экономического анализа. Впервые решения принимались на заседаниях комиссии, которые, в целях открытости, транслировались в сети Интернет на официальном сайте Минздрава России.

Важно отметить, что, в соответствии с утвержденным Порядком, пересмотр Перечня теперь осуществляется на основании заявлений самих производителей, что делает всю процедуру более динамичной и отвечающей требованиям современности.

Перечень ЖНВЛП на 2015 год расширен до 608 международных непатентованных наименований, что составляет более 20 тыс. торговых наименований, цены на которые регулируются государством.

В 2014 году был принят подготовленный Министерством здравоохранения Федеральный закон № 429-ФЗ «О внесении изменений в закон «Об обращении лекарственных средств», которым предусмотрены системные изменения в части оптимизации процедуры регистрации лекарственных средств и регулирования цен на лекарственные препараты.

Вступление в силу в 2015 году этих масштабных правок создает необходимые условия для качественного лекарственного обеспечения населения страны и ускоренного введения в оборот современных лекарственных препаратов, особенно отечественного производства.

Прошедший год остро поставил еще одну проблему – проблему доступности обезболивания для тех, кто в нем нуждается. Эта проблема существовала многие годы, так как правовая база по наркотическим обезболивающим не менялась с 1998 года.

В настоящее время доступность наркотических анальгетиков для граждан существенно возросла:

- расширены до 3-месячных допустимые нормы запасов наркотических анальгетиков для аптек на селе и в труднодоступных районах;
- разрешена выписка рецептов на наркотические анальгетики единолично терапевтом без привлечения онколога;
- продлен срок действия выданного рецепта с 5 до 15 дней;

- увеличены нормы выдачи пациенту наркотических анальгетиков.

Кроме того, Министерством подготовлен проект приказа, которым предусматривается упрощенный отпуск лекарств для тех, кто получает их повторно, а также возможность получения лекарств для пациентов не только законными представителями, но и другими родственниками и социальными работниками.

Важнейшим направлением нашей совместной работы является информатизация здравоохранения.

По данным на 1 января 2015 года, в федеральном сервисе «Интегрированная электронная медицинская карта» зарегистрированы свыше 3 тыс. медицинских организаций Российской Федерации (более 30%), где фиксируются медицинские записи по 15,8 млн пациентов. Это позволяет медицинским организациям вести учет размещенных, отклоненных, отмененных и реализованных вызовов, при необходимости направлять пациентов в другую медицинскую организацию для прохождения дополнительных специализированных обследований, осуществлять прогнозирование количества посещений и выстраивать расписание врачей.

В рамках развития федеральной системы «Интегрированная электронная медицинская карта» реализованы функциональные возможности передачи и централизованной обработки результатов лабораторных и других диагностических исследований, фиксации и хранения протоколов, а также двустороннего автоматического наполнения нозологических регистров.

К федеральному сервису «Федеральная электронная регистратура» за прошедший год подключено более 2 тыс. медицинских организаций, передающих в систему расписания работы 51 тыс. врачей, ежегодно обслуживающих 31 млн заявок на прием к врачу и вызовов врача на дом.

Получила развитие и Федеральная электронная медицинская библиотека, которая была дополнена электронным каталогом «Российская медицина», включающим весь отечественный запас фонда Центральной медицинской библиотеки (более 500 тыс. библиографических записей).

Создана учебная электронная библиотека по 36 медицинским дисциплинам (более 3 тыс. цифровых полнотекстовых документов).

Совместно с Фондом социального страхования, Астраханской и Белгородской областями, Минздрав начал реализацию «пилотного» проекта по переводу в электронный вид листка нетрудоспособности.

С Москвой и Тюменской областью проработан «пилотный» проект по реализации электронных рецептов на лекарства.

В течение года, совместно с 22 регионами, осуществлялись мероприятия по оснащению станций и центров скорой медицинской помощи современными автоматизированными системами обмена информацией, обработки вызовов и управления мобильными бригадами

с использованием аппаратуры спутниковой навигации ГЛОНАСС.

В интересах организации бесперебойной, своевременной и современной медицинской помощи на дорогах России, Минздравом, Минтрансом и некоммерческим партнерством ГЛОНАСС реализовано и отработано в пилотных регионах (Костромская и Пензенская области) автоматизированное взаимодействие Системы диспетчеризации санитарного автотранспорта и Системы единого вызова 112.

Эффективное здравоохранение в современных условиях возможно только на основе инновационного развития, внедрения принципов трансляционной медицины, системы быстрее внедрения результатов научных разработок в практическое здравоохранение.

И должна отметить, что в этом направлении удалось добиться определенных результатов.

В 2014 году Министерством был разработан принятый в настоящее время Федеральный закон по организации медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации новых методов диагностики и лечения. В соответствии с ним, впервые в нашей стране внедряются принципы трансляционной медицины – «мостика» между наукой и практикой, создаются механизмы обновления клинических рекомендаций, а, следовательно, тиражирования инновационных технологий.

За год суммарный импакт-фактор научных медицинских публикаций увеличился на треть, что свидетельствует о растущей востребованности полученных результатов как внутри страны, так и за рубежом. При этом в подведомственных Минздраву учреждениях более чем вдвое увеличилось число научных сотрудников, имеющих высокий индекс Хирша (более 10).

Нельзя не отметить существенного омоложения состава научных сотрудников: доля сотрудников в возрасте до 39 лет возросла на 7%.

2015 год должен придать серьезный стимул инновационному развитию медицины. По Поручению Президента Российской Федерации, воссоздаются вертикально-интегрированные профильные медицинские системы во главе с национальными научно-практическими медицинскими центрами, предназначенными для осуществления научно-методического и экспертного руководства профильными подразделениями здравоохранения страны.

В Государственную Думу внесен долгожданный законопроект «О биомедицинских клеточных продуктах», который готовился и обсуждался 5 лет и должен обеспечить безопасное для пациентов применение новых высокоэффективных лечебных технологий.

Говоря о прошедшем 2014 году, нельзя не сказать о двух выдающихся событиях, его ознаменовавших.

В 2014 году состоялись XXII Олимпийские зимние игры и XI Паралимпийские зимние игры в Сочи.

Международный Олимпийский комитет и Параолимпийский комитет высоко оценили организацию оказания

медицинской помощи участникам и гостям зимних игр по каждому ее сегменту, особо выделив организацию оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

Созданная преемственная поэтапная система оказания медицинской помощи позволила обеспечить время доезда бригады скорой помощи в 3,5 минуты с момента ее вызова, время эвакуации пациента – 15–17 минут. Пациенты с тяжелой травмой были прооперированы с применением всех необходимых высоких технологий в течение 2,5 часов с момента травмирования.

Медицинская помощь была оказана более 12 тысячам участников и гостей Игр, в том числе 1073 спортсменам из разных стран.

Особое историческое событие – возвращение Крыма и Севастополя в состав России. Оно потребовало огромной работы по улучшению здравоохранения этих двух регионов, находящихся в очень сложном состоянии.

В течение десятилетий врачи и медсестры самоотверженно работали на оборудовании 70-х годов, а пациенты вынуждены были платить деньги за все самое необходимое.

За рекордные сроки были обеспечены основные российские гарантии по бесплатному оказанию медицинской помощи населению Крыма и Севастополя, созданы условия для запуска территориальной системы ОМС, сформировано подразделение Росздравнадзора, налажено лекарственное обеспечение населения и обеспечение медицинскими изделиями, увеличена заработная плата медицинских работников до среднероссийского уровня, начаты программы модернизации здравоохранения.

В текущем году все работы по интегрированию здравоохранения Крыма и Севастополя в российскую систему активно продолжаются.

Утверждена федеральная целевая программа «Социально-экономическое развитие Республики Крым и г. Севастополя до 2020 года», в рамках которой предусмотрено строительство ФАПов и сельских врачебных амбулаторий, а также новых высокотехнологичных клиник (с подготовкой высококвалифицированных кадров для работы в них).

В 2014 году Министерством уделялось особое внимание развитию принципов и механизмов Открытого правительства, информированию общественности о своей деятельности, развитию гражданского общества и формированию общественного контроля в сфере охраны здоровья.

Активно заработал Общественный Совет при Минздраве.

Наше взаимодействие с общественными профессиональными организациями, с организациями по защите прав пациентов и благотворительными фондами позволило не только установить обратную связь, но и обеспечить общественный мониторинг деятельности Министерства.

«Горячая линия» Министерства позволила своевременно отреагировать на сигналы, оказать медицинскую помощь или разъяснить порядок ее получения более чем 16,5 тысячам обратившихся.

Главный результат всех наших действий – это, конечно, сохранение жизней и здоровья россиян.

Несмотря на сложившиеся в 2014 году объективные сложности, проведенная всеми нами работа позволила добиться ощутимых результатов.

Ожидаемая продолжительность жизни в 2014 году выросла до 71 года, достигнув своего исторического максимума и у мужчин (65,4 года), и у женщин (76,5 года).

Благодаря увеличению рождаемости и снижению смертности у детей и лиц трудоспособного населения, страна вышла на положительный естественный прирост населения в 33,7 тыс. человек.

От лица сотрудников Министерства здравоохранения хочу поблагодарить за тесное сотрудничество и постоянную помощь в работе членов Совета Федерации, депутатов Государственной Думы, представителей Администрации Президента, Аппарата Правительства, всех министерств и ведомств, руководителей субъектов Российской Федерации, профессиональные медицинские организации и профсоюзы медицинских работников, а также все медицинское сообщество!

Нами совместно сделано немало, но предстоит сделать много больше.

Для дальнейшего улучшения здоровья россиян, наращивания темпов снижения смертности и продления человеческих жизней необходимо комплексно решать организационные, технологические, кадровые задачи.

При этом вся система должна работать для каждого человека, ставя интересы пациента превыше всего.

Хотелось бы всем нам пожелать силы духа и крепости, трудолюбия, терпения и оптимизма! Всего необходимого – для того, чтобы наша работа принесла ощутимые плоды для населения страны.

Состоялась церемония награждения лучших специалистов в области здравоохранения.

Работникам системы обязательного медицинского страхования вручены Почётные грамоты Министерства здравоохранения Российской Федерации



За организацию обязательного медицинского страхования в Республике Крым награждены Почётными грамотами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

Бушуева Светлана Юрьевна
– начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области;

Васильева Галина Евгеньевна
– начальник управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области;

Гильманова Ольга Геннадьевна
– главный специалист Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области;

Дабахьян Анна Сергеевна
– начальник управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края;

Рубан Ангелина Александровна
– главный бухгалтер Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края;

Сафронова Лариса Александровна
– начальник отдела Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области;

Сопова Маргарита Владимировна
– заместитель директора, начальник управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Липецкой области;

Старцева Наталья Александровна
– директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым.



Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова вручила Почётную грамоту Министерства здравоохранения Российской Федерации Н.А. Старцевой – директору Территориального фонда ОМС Республики Крым



За организацию обязательного медицинского страхования в городе федерального значения Севастополь награждена Почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации

Гроздова Татьяна Юрьевна
– директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Севастополя.



Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова вручила Почетную грамоту Министерства здравоохранения Российской Федерации Т.Ю. Гроздовой – директору Территориального фонда ОМС города Севастополя



За организацию обязательного медицинского страхования в Республике Крым и городе федерального значения Севастополь награждена Почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации

Шмыгленко Людмила Никитична
– начальник управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края.

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко о доступности медицинской помощи, лекарствах и антикризисных планах в интервью газете «Коммерсантъ»

15 апреля 2015 г., Москва



Наталья Николаевна, как кризис, санкции и сокращение бюджетных расходов на медицину скажутся на системе ОМС?

Поскольку у нас социально значимое направление, даже капля, которая идет на уменьшение расходов на здравоохранение, ощутима. Понятно, что наши страховые взносы начисляются на зарплату, поэтому доходы бюджета фонда в части страховых взносов на работающих сокращаются в этом году на 23,7 млрд рублей, это 1,5% расходов. Основная часть расходов бюджета фонда – это финансирование базовой программы ОМС на всей территории РФ. Те изменения, которые внесены в бюд-

жет на этот год, не затрагивают базовую программу. Расходы на нее на 2015 год не сокращены ни на один рубль и составляют 1 триллион 414 млрд руб. Под сокращение попадут трансферты федеральному бюджету из бюджета ФОМС.

Из-за падения зарплат доходы ФОМС уже будут расти не такими темпами, какими росли до кризиса. Какие у фонда в арсенале есть антикризисные меры?

В соответствии с изменениями в Бюджетный кодекс, впервые территориальные фонды в начале этого года подняли остатки – то есть вернули в Федеральный фонд

11,1 млрд руб. За счет этого мы увеличили нормированный страховой запас ФОМС, который будет направлен на смягчение ситуации в связи с ростом цен на лекарства. Это наша главная антикризисная мера.

Традиционно сложилось так, что все конкурсы на лекарственные препараты, на медицинские изделия, на всю необходимую деятельность медицинских организаций разыгрываются заранее. Субъекты разыграли конкурсы осенью 2014 года на полгода-год вперед, и препараты закуплены по курсу валют прошлого года. На сегодняшний день ситуация с лекарствами достаточно стабильная и находится под контролем. Но мы не можем однозначно сказать, что у нас все будет в порядке, что нам дополнительных денег не нужно. Это не так. Уже в четвертом квартале мы с этим столкнемся. Но у Минздрава есть дополнительно 16 млрд руб. в стабилизационном плане и у нас 11 млрд руб. Субвенция федерального фонда на реализацию базовой программы ОМС на этот год выросла на 20% по отношению к предыдущему году или на 240 млрд руб.

Каким образом вы повышаете эффективность в нынешних кризисных условиях?

Один из элементов наших антикризисных мероприятий – контроль Федерального фонда над территориальными фондами ОМС за эффективным использованием тех средств, которые идут на реализацию базовой программы ОМС. Мы с прошлого года начали детальнее смотреть за тем, какие препараты приобретает медицинская организация, находит ли закупленный препарат своего пациента или лежит на складе. Мы стали более пристально вместе с Росздравнадзором смотреть за тем, чтобы медорганизации закупали только те препараты, которые на самом деле им нужны в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и протоколами лечения.

В основном за лекарствами следите?

Мы за всем следим: и за продуктами питания, и за лекарствами.

Но основную проблемную точку видите в росте цен на лекарства?

Я бы не сказала, что это основная проблемная точка. Но порой мы видим, что при достаточности тарифа ОМС медикаментов медучреждению не хватает. Почему? Потому что средства использовались неэффективно. Это не носит массовый характер, мы увидели это в одной организации и стали обращать на это внимание. Сейчас Минздрав рекомендует всем субъектам РФ проводить объединенные конкурсные торги, потому что это тоже элемент эффективного использования ресурсов, поскольку на больших объемах дистрибьюторы и фармпроизводители дают хорошие скидки.

Но регионы говорят, что не им хватает средств, просят у вас дополнительного финансирования. Якутия запросила 5 млрд руб., Москва – более 20 млрд руб.

Финансирование регионов проходит по определенной формуле. Ежегодно принимается программа государственных гарантий, в ней прописываются объемы и стоимость медицинской помощи, и таким образом формируется подушевой норматив. Подушевой норматив базовой программы ОМС в 2014 году был 6 962 рубля, в 2015 году он составляет 8 260 руб. Федеральный фонд ОМС финансирует все субъекты РФ по подушевому нормативу, умноженному на количество застрахованных в данном субъекте и на коэффициент дифференциации, который учитывает особенности каждого субъекта нашей страны, простирающейся на десятки тысяч км. У этих двух субъектов, которые вы назвали, есть вопросы по коэффициенту дифференциации. Решение об изменении коэффициента и дополнительных средств принимает правительство.

Как проходит переход на систему ОМС в Крыму и Севастополе? Была информация об очередях в поликлиниках, о сложностях у местных жителей с получением полиса ОМС. Сколько граждан получили полисы?

Хочу в первую очередь сказать слова благодарности специалистам территориальных фондов всей Российской Федерации, которые принимали участие в становлении системы ОМС в этих двух субъектах. Была проделана колоссальная работа, наши сотрудники работали и продолжают работать там вахтовым методом.

В этих двух российских субъектах раньше финансирование осуществлялось по смете, поэтому они не представляли себе, что такое система ОМС. Мы провели там пять крупных обучающих семинаров, в каждой медицинской организации был назначен ответственный не ниже заместителя главврача, который курирует только вопросы системы ОМС.

На сегодняшний день у нас застраховано в этих двух субъектах 2,1 млн человек – это 91% всех жителей. Обязательному медстрахованию не подлежат военнослужащие, силовики, а их там большой контингент. Кроме того, у нас могут быть застрахованы только граждане РФ. Мы тесно работаем с миграционной службой, поэтому те, кто получил российский паспорт, сразу идут к нам за полисом. Сейчас очередей за получением полиса ОМС нет. Пик обращений граждан был нами зафиксирован летом 2014 года – это около 25 тыс. заявлений в день. Сейчас количество заявлений не превышает 2,5 тыс. в сутки.

Необходимо было систему обеспечить технически, потому что оплата медпомощи у нас происходит по выставленным реестрам. Поэтому в прошлом году мы закупили медорганизациям 180 компьютеров вместе с программными продуктами, которые уже передали в ле-

чебные учреждения для обеспечения их деятельности в системе ОМС.

То есть существовавшую там систему невозможно было отреформировать косметически?

Необходимо было выстраивать заново. Поскольку у них было сметное финансирование, то кроме зарплаты медучреждения ничего не получали. У них, например, не было расходов на медикаменты. Когда человек приходил на операцию, врач убористым почерком писал ему список необходимых шприцов, бинтов, лекарств и этот список отдавал родственникам. Те шли и покупали медикаменты. Только после того, как приносили все необходимое, проводили операцию. Вот таким образом оказывалась медпомощь в этих двух субъектах до того, как они вошли в состав РФ.

С 2014 года наиболее растражированные 459 метода ВМП были погружены в систему ОМС. Как следствие, увеличилась доступность этой медпомощи. Так, если в 2013 году она была оказана 505 тыс. человек, то за 2014 год было пролечено 715 тыс. человек.

А высокотехнологичную медпомощь жителям Крыма и Севастополя будут оказывать в ближайших регионах?

Высокотехнологичную медпомощь они могут получать в любой медицинской организации Российской Федерации, и скорее всего им удобнее обращаться в Краснодаре, Москве и Санкт-Петербурге.

Какой объем финансирования базовых программ в этих двух субъектах?

Свыше 19 млрд рублей. На эти два субъекта приняты отдельные программы модернизации, которые в РФ прошли в 2011–2013 годах. К 2016 году в этих субъектах модернизация будет завершена.

Уже третий год российская медицина работает по одноканальной схеме финансирования. Введение этой системы было одним из ключевых этапов реформы здравоохранения. Однако доля средств ОМС в расходах медучреждений на высокотехнологичную медпомощь (ВМП) слишком низкая. Аудиторы Счетной палаты, когда выявили подобный факт, заявили, что опасаются дальнейшего роста платных медуслуг и ограничения доступности медпомощи. Вы эти опасения разделяете?

Нет. Мы совместно с Минздравом эти опасения никоим образом не разделяем. Вхождение высокотехнологичной помощи в ОМС уже давно назрело, потому что субъекты уже этими методами обладают и могут оказывать медпомощь в региональных учреждениях, а не только в

федеральных. С 2014 года наиболее растражированные 459 метода ВМП были погружены в систему ОМС. Что такое погрузить в ОМС? Это значит оказать медпомощь в том объеме, в каком люди нуждаются. Как следствие, увеличилась доступность этой медпомощи. Так, если в 2013 году она была оказана 505 тыс. человек, то за 2014 год было пролечено 715 тыс. человек. В 2015 году высокотехнологичная медпомощь вошла в систему ОМС за исключением 1007 методов – они финансируются через систему ОМС, но вне базовой части. В прошлом году финансирование ВМП составляло 50 млрд руб, в этом году – 82,1 млрд руб. Были даны поручения Минздраву в 2017 году нарастить объем ВМП в полтора раза к уровню 2013 года. Благодаря тому, что мы перешли на одноканальное финансирование, мы идем опережающими темпами. Поэтому мы не видим рисков снижения доступности высокотехнологичной медпомощи и увеличения платности в этом направлении.

Благодаря одноканальному финансированию появилась возможность выделения средств в соответствии с тем подушевым нормативом, который утвержден в программе госгарантий всем регионам. И это большое достижение. Если в 2012 году подушевой норматив по программе госгарантий был 4,1 тыс. руб., и при этом во многих субъектах отмечался дефицит средств, в некоторых он достигал 50%, то уже в 2013 году с введением одноканального финансирования все программы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации финансировались на основе единого подушевого норматива и были бездефицитными.

Параллельно с переходом на одноканальное финансирование стояла задача внедрения эффективных методов оплаты оказанной медицинской помощи, единых для всей страны. Для стационарной помощи был выбран метод клинико-статистических групп (КСГ). Вы считаете его эффективным? Почему отказались от расчета по стандарту оказания медпомощи?

Метод клинико-статистических групп – это наиболее эффективный способ оплаты для того, чтобы сбалансировать систему и правильно довести до медорганизаций оплату за медицинские услуги. Весь цивилизованный мир уже давно перешел на оплату по клинико-статистическим группам. Поверьте мне, они умеют считать деньги и лишнее платить бы не стали. Метод клинико-статистических групп позволяет сформировать группы, куда входят законченные случаи лечения по затратам. Число клинико-статистических групп меняется – в 2014 году их

было 201, в этом году уже 258 групп. То есть этот процесс ежегодно у нас и во всем мире совершенствуется, группы разделяются, детализируются, объединяются.

Что нам показала модернизация, когда была оплата по стандартам? У нас получилось, что есть стандарты дорогие, а есть дешевые. Получился перекося в оплате медпомощи – оказались дорогие и дешевые законченные случаи. В лечебных учреждениях даже в одном и том же отделении была дифференциация зарплаты медиков в разы, что не является правильным.

Благодаря тому, что мы перешли на новый метод оплаты, произошло сокращение длительности пребывания больного на койке, как следствие, увеличение оборота коек. То есть у нас в больницу люди стали ложиться не

Речь идет об установлении программ дополнительного медицинского страхования, которые предусматривают предоставление медицинскими организациями услуг, не вошедших в базовую программу ОМС. Это могут быть например, услуги сервиса: вызов узкого специалиста на дом, консультация доктора по скайпу дистанционно, использование различных технологических гаджетов. При этом внедрение программ ОМС+ ни в коей мере не снизит доступности медицинской помощи.

Мы поддерживаем развитие дополнительного медицинского страхования и считаем его наиболее цивилизованным подходом к оказанию медицинской помощи без серых и черных схем. В пяти субъектах запущены пилотные проекты по ОМС+. В течение этого года будем

Благодаря одноканальному финансированию появилась возможность выделения средств в соответствии с тем подушевым нормативом, который утвержден в программе госгарантий всем регионам. И это большое достижение. Если в 2012 году подушевой норматив по программе госгарантий был 4,1 тыс. руб., и при этом во многих субъектах отмечался дефицит средств, в некоторых он достигал 50%, то уже в 2013 году с введением одноканального финансирования все программы обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации финансировались на основе единого подушевого норматива и были бездефицитными.

просто ради того, чтобы получать нормальное питание и уход. Если пациент поступил в медорганизацию, получил медпомощь, его выписывают и переводят на долечивание в поликлинику. И это правильный способ, потому что дорогая койка должна работать интенсивно, а амбулаторно-поликлиническое звено тоже должно работать в полном объеме и заниматься профилактикой, реабилитацией.

Сейчас поликлиники во всех регионах получают подушевое финансирование. Такой способ финансирования себе оправдывает?

Все субъекты уже давно перешли на подушевое финансирование, Москва только в этом году. Подушевое финансирование хорошо тем, что медицинские организации перестали заниматься приписками, а стали бороться за прикрепленное население. Кроме того, подушевой способ оплаты предусматривает профилактическую работу с населением, диспансеризацию и позволяет увеличить зарплату тех врачей, которые работают с большей нагрузкой и по-другому относятся к своей работе.

В стратегии развития здравоохранения до 2030 года заложена возможность внедрения системы ОМС+. Зачем российскому здравоохранению нужна эта надстройка к ОМС?

проводить мониторинг реализации и в конце года подведем итоги, рассмотрим механизмы дальнейшего развития программ дополнительного страхования.

Однако четких границ, что какая медпомощь оказывается платно, какая бесплатно, нет. Во всяком случае пациенту довольно трудно разобраться за что платить, а что он может получить бесплатно.

Это не соответствует действительности, у нас все разведено и четкие границы есть. Есть программа государственных гарантий, которая четко описывает объем необходимой медпомощи. Например, человек хочет делать КТ 5 раз в год, но если ему по жизненным показаниям, по состоянию здоровья это не нужно, тогда он исполняет свой “каприз” за свои деньги. Как только вышла стратегия 2030, начали говорить о том, что государство собирается сократить гарантии. Ничего подобного. Все гарантии государства должны и будут обеспечены бесплатно.

Рассматриваете ли вы вопрос о передаче части тарифа ОМС в систему добровольного медстрахования? Эта идея не новая, но в кризис для работодателей, покупающих страховку работникам, стала еще актуальнее.

Нет, не рассматриваем. У нас солидарная система, поэтому все должны платить страховые взносы в систему

ОМС. И эти средства солидарно должны работать на оказание медицинской помощи.

Солидарный принцип заключается в том, чтобы богатый платил за бедного. Но при отмене порога, с которого платятся взносы – 5,1% в систему ОМС – страховой платеж с большого заработка фактически идет в федеральный бюджет.

Мы сейчас вносим поправки в закон, чтобы эту дотацию в федеральный бюджет отдавать только в четвертом квартале при условии полного выполнения собственных обязательств. Так что надеемся, что эта дотация останется в бюджете ФОМС.

В конце прошлого года в послании федеральному собранию президент Владимир Путин констатировал, что страховая медицина в нашей стране так и не заработала. Он дал год на то, чтобы отладить страховые механизмы в здравоохранении. В каком направлении

Что касается усиления страховых принципов, то считаем необходимым формирование резервов финансирования предупредительных мероприятий, повышение роли и ответственности страховых компаний в системе ОМС. На страховом поле должны работать сильные страховые компании, которые могут качественно выполнять те требования, которые им определены законодательством.

будет развиваться страховая медицина в РФ? Что фонд делает для того, чтобы к концу года страховая медицина реально заработала?

Во-первых, и это надо понимать, у нас социальное страхование, которое обеспечивает конституционное право граждан на получение бесплатной медицинской помощи. Страховые компании получают средства на оплату медицинской помощи, и они являются целевыми. И в нынешних условиях это верно. Что касается усиления страховых принципов, то считаем необходимым формирование резервов финансирования предупредительных мероприятий, повышение роли и ответственности страховых компаний в системе ОМС.

Постоянно идут разговоры про переход на рисковую модель страхования. Замечу, что рисковую модель страхования нужно вводить в стабильной ситуации. Для того, чтобы перейти на рисковую модель, нужно сделать несколько поступательных движений. Мы уже их начали – разработан и проходит согласование законопроект, который направлен на укрупнение страховых компаний. Мы считаем, что на страховом поле должны работать сильные страховые компании, которые могут качественно выполнять те требования, которые им определены законодательством. Поэтому мы предлагаем увеличить уставной капитал страховых компаний с 60 до 120 млн

руб. Поскольку в социальном страховании мы не можем позволить формировать резервы за счет наших же средств, но мы можем дать возможность крупным, сильным страховым компаниям рисковать собственными средствами. Также мы предлагаем 50% санкций, которые страховые компании накладывают на медицинские организации, направлять на устранение некачественно оказанной медицинской помощи. Эти деньги пойдут на образовательные сертификаты врачей, приобретение медицинского оборудования для оказания медицинской помощи.

Так когда же система ОМС перейдет на страховые принципы, о которых говорится уже много лет, на рисковое страхование?

Однозначно рисковая модель в этом году введена быть не может, для этого нужны иные экономические условия. Чтобы перейти к рисковому модели, сначала надо сделать несколько поступательных шагов, и мы их дела-

ем. Дальнейшее развитие страховые принципы получат с 1 января 2016 года, в том числе за счет формирования в системе резерва предупредительных мероприятий, о котором я уже говорила выше, и усиления прав и обязанностей страховых компаний.

Но большинство населения РФ – более 80% – застраховано у крупных страховых компаний: в «Росгосстрахе», МАКС-М, РОСНО-МС. Получается все равно система не работает даже при страховании населения у сильных страховщиков?

Как бывший директор Территориального фонда ОМС Краснодарского края могу уверенно заявить, что страховые компании занимаются возложенными на них законодательством функциями – защитой прав застрахованных, и терфонд контролирует их работу, принимает участие во всех экспертизах для того, чтобы видеть ее объективность и непредвзятость. Но сейчас мы выстраиваем несколько другую работу со страховыми компаниями. Во-первых, страховые медицинские организации совместно с амбулаторно-поликлиническими учреждениями анализируют очередность госпитализации в стационар. То есть поликлиника направляет пациента в стационар, и страховая компания в электронном формате отслеживает ситуацию по медицинским организациям. Например, она

видит, что в этот стационар можно госпитализироваться сегодня, в этот через неделю, в третий – очередь будет две недели. Роль страховых медицинских организаций уже высока, но и будет расти. В будущем мы планируем создание так называемых «участковых» страховых агентов – сотрудников страховой компании с закрепленным контингентом застрахованных лиц, что повысит эффективность их работы.

Уже сейчас мы предъявляем к ним новые требования, чтобы при получении полиса ОМС гражданину в руки давали памятку с телефонами страховой компании, ее горячей линии. Чтобы человек знал, куда ему обратиться.

С января 2015 года мы ввели информирование застрахованных, по сути, второй контроль. Это когда человек при выписке из стационара вместе с выписным эпикризом получает справку с перечнем оказанных услуг и их стоимости. По сути, чек, который оплатило государство.

Сейчас мы активно проверяем страховые компании, в первую очередь, смотрим на работу в досудебном и судебном порядке с обращениями граждан.

Уже есть промежуточные результаты этой проверки?

В 2014 году от граждан было подано свыше 47 тыс. жалоб на работу медорганизаций, из них в досудебном порядке было разрешено 26,7 тыс. спорных случаев, в том числе с материальным возмещением на сумму 15 млн рублей. Если говорить о судебной практике, то в 2014 году в целом по Российской Федерации в судебном порядке было рассмотрено 360 исковых заявлений, из них судами было удовлетворено 223 иска на общую сумму 67 млн рублей.

Уже несколько лет терфонды составляют рейтинг страховых компаний в своем регионе. Ваша оценка востребованности у населения этих рейтингов?

Востребован. Но наша задача сделать так, чтобы развивалась конкуренция между страховыми компаниями, и в первую очередь, в отношении защиты прав застрахованных. Чтобы они агитировали, привлекали к себе застрахованных тем, что они хорошо защищают права своих застрахованных. Это наша задача и наша цель.

Будете ли вы менять идеологию штрафных санкций медучреждений, которые медики считают финансовым игом, потому что фактически штрафные санкции вошли в тариф ОМС и воспринимаются медучреждениями как необходимые расходы?

Многие путают неоплату медпомощи со штрафными санкциями. Страховые компании делают три вида контроля: медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи. Большой процент отклоняется в результате медико-экономического контроля, по сути, при сверке счетов, которые выставили медорганизации. Эти средства не штрафные санкции, не претензии к оказанию медпомощи, а неоплата. Эти средства возвращаются в терфонд и в дальнейшем направляются на оплату медицинской помощи.

Сами штрафные санкции – это всего лишь 0,3% от объема финансирования в системе ОМС.

Но сейчас мы пересматриваем и их. Во-первых, унифицируем требования к ним, чтобы штрафные санкции были едины на всей территории РФ. Во-вторых, пересматриваем идеологию, чтобы штрафные санкции не носили формально документальный характер, а были связаны с качеством оказываемой медпомощи. Например, если человек после стационарного лечения, выписавшись, попал через очень короткое время с этой же проблемой опять в больницу, это говорит о некачественно оказываемой медпомощи. Такие случаи надо выявлять и штрафовать медорганизации. Кроме того, мы повысили качество медэкспертизы за счет создания федерального пула экспертов качества, 99% которых сотрудники медорганизаций, практикующие и высококвалифицированные медики.

В кризис бизнес, частные медучреждения по-прежнему хотят работать в системе ОМС, или их количество сокращается?

Нет, бизнес по-прежнему заинтересован работать в ОМС. Если в прошлом году в системе ОМС участвовало 1600 частных медорганизаций, то с начала года уже 1800. Это говорит о том, что работать бизнесу даже по нынешним тарифам в системе ОМС выгодно.

УДК 614.2

Тематические экспертизы как инструмент системы управления качеством медицинской помощи

Г.А. Антонова, И.В. Касаткина

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Московской области

Г.А. Антонова

Резюме

Контроль объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования является важным инструментом в безусловном обеспечении прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи надлежащего качества, неотъемлемой частью системы управления качеством в здравоохранении в целом и основой для проведения научных исследований.

В статье рассмотрены вопросы возможного влияния тематических экспертиз как инструмента систе-

мы управления качеством медицинской помощи на принятие действенных управленческих решений и процесс повышения качества оказываемой медицинской помощи.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, тромболитическая терапия, лубертский исследование, скорая медицинская помощь, больничная летальность.

Abstract

Thematic expertise, as an instrument of management system for medical care quality

G.A. Antonova, I.V. Kasatkina

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of Moscow Region

Control of the medical care volume and quality in the realization of obligatory medical insurance is an important tool in unconditional ensuring the rights of citizens to receive the free medical care of good quality, an integral part of the management system in health care quality in general, and a basis for scientific investigations.

The article considers issues of the potential impact of thematic expertise, as an instrument for the management

system of medical care quality, to make effective management decisions and the process of quality improvement for the rendered medical care.

Key words: acute myocardial infarction, acute coronary syndrome, thrombolytic therapy, Lubertsy study, emergency medical assistance, hospital mortality.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Одной из важнейших задач системы обязательного медицинского страхования является обеспечение конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи надлежащего качества, в объеме и на условиях соответствующих программам обязательного медицинского страхования и договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В этом контексте контроль объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС становится важным инструментом в безусловном обеспечении этих прав, неотъемлемой частью системы управления качеством в здравоохранении в целом, а также основой для проведения научных исследований.

Общая заболеваемость болезнями системы кровообращения на протяжении многих лет продолжает оставаться высокой и имеет тенденцию к дальнейшему росту: в 2000 г. она составляла 112 случаев на 1000 населения, в 2011-2012 гг. – 169-172,4 на 1000 населения Московской области [2]. В 2013 г. тенденция к росту не изменилась.

В структуре смертности населения Московской области по-прежнему лидируют болезни органов кровообращения – 85,8 случаев на 10 тыс. населения, что составляет 59,8% всех умерших (в РФ 74,9 на 10 тыс. населения – 55,6%).

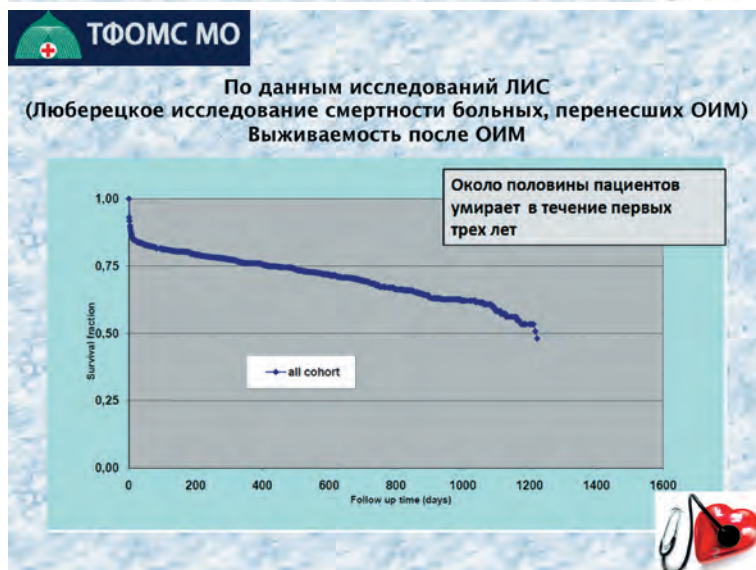
Начиная с 3 квартала 2011 г. в рамках подпрограммы «Модернизация здравоохранения Московской области» были внедрены федеральные стандарты оказания медицинской помощи, в том числе и стандарт «Острый инфаркт миокарда (ОИМ)» в 54 медицинских организациях Московской области. Однако несмотря на их внедрение, в 2012 г. летальность от ОИМ продолжала оставаться достаточно высокой.

ЦЕЛЬ

В 2011-2013гг. Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Московской области (ТФОМС МО) и страховыми медицинскими организациями, по его поручению, в медицинских организациях Московской области проводилась тематическая экспертиза качества медицинской помощи при остром коронарном синдроме и остром инфаркте миокарда с целью выявления причин неэффективности внедрения стандартов медицинской помощи для заболеваемости населения и отдаленных прогнозов выживаемости.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В 2013 г. проведено 1140 экспертиз качества оказания медицинской помощи больным при остром инфаркте миокарда и остром коронарном синдроме, с привлечением экспертов качества медицинской помощи из территориального регистра экспертов, под руководством главного внештатного кардиолога Центрального Федерального округа и Московской области, доктора медицинских наук, профессора Ю.М. Позднякова, при участии главного терапевта Московской области, доктора медицинских наук Р.В. Горенкова. Из общего количества проэкспертированных случаев, 518 случаев оказания медицинской помощи – женщинам, средний возраст которых составил 71,4 года (45% от общего числа подвергнутых экспертизе случаев) и 622 случая – мужчины в возрасте 60-61 год (55%).



Летальность больных с ОИМ на госпитальном этапе по Московской области составила 18,5% (216 больных), в то время как в среднем по РФ – 15,7%. Умерли после выписки из стационара 191 пациент в течение года – т.е. 16,7%; остались живы 621 пациент–54,5% [1, 3].

Выживаемость пациентов, по данным Люберецкого исследования (ЛИС), после острого инфаркта миокарда (ОИМ) – около половины пациентов умирает в течение первых трех лет [3].

С чем же связаны столь высокие показатели смертности при ОИМ как в острую фазу, так и в более отдаленном периоде?

Рассмотрим факторы, определяющие больничную летальность.

У 360 больных (31,5%) до развившегося ОИМ не было никаких признаков ИБС, из них умерло 56 человек, т.е. для 56 человек (4,9%) смерть от ОИМ стала первым и последним проявлением ИБС. В чем причина столь высокой летальности при данной патологии? [3].

Дать ответ на этот вопрос помог опрос поступивших в стационар больных с ОИМ о том, какие действия предпринимали пациенты при возникновении болевых ощущений, дискомфорта в области сердца, внезапного ухудшения состояния здоровья. За период проведения экспертизы опрошены более 400 больных, поступивших в стационары с диагнозом ОИМ. Одним из основных вопросов анкетирования являлся вопрос: «Через какое время после возникновения болевых симптомов Вами принято решение обратиться за медицинской помощью, вызвать бригаду СМП?»

Время, прошедшее от начала развития симптомов до решения вызвать бригаду СМП распределилось следующим образом:

- от 5 до 20 мин. – 27% респондентов;
- от 20 до 40 мин. – 24%;
- от 40 до 60 мин. – 7%;
- от 60 мин. и более – 31%;
- затрудняюсь ответить – 11%.

Ответы пациентов на вопрос: «Почему Вы не обратились сразу после возникновения болевых симптомов за медицинской помощью?» распределились следующим образом:

- сомнение в необходимости вызова – 20%;
- все пройдет самостоятельно – 56%;
- Нежелание госпитализации – 13%;
- другие причины и обстоятельства – 11%.

Учтены ответы 70,6% респондентов. Опрос был направлен на уточнение времени от вызова



Региональный сосудистый центр МЛПУ «Красногорская городская больница № 1».
Пост медицинской сестры

до приезда бригады СМП и времени нахождения бригады СМП у кровати больного на дому (с целью определения возможных методов оказания медицинской помощи).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам проведенных экспертиз в 2012 г., чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) больным с ОИМ в диапазоне 90-120 мин. с момента начала развития симптоматики проведено в 0% случаев. Проведено процедур тромболитической терапии (ТЛТ) в первые 6 часов – в 0,7% случаев. Согласно международным и Российским рекомендациям ТЛТ остается ведущей стратегией в лечении больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, особенно при невозможности выполнить



чрескожное коронарное вмешательство в течение 90-120 мин. начала развития симптомов и соответствует уровню доказанности 1А: ТЛТ должна быть выполнена в пределах 6 час. с начала развития симптоматики ОИМ.

Тромболитическая терапия для лечения ОИМ применяется не только в странах, где недостаточно медицинских центров, способных проводить экстренное чрескожное коронарное вмешательство, но и в США, Канаде, Норвегии и других государствах, территории которых отличаются значительной протяженностью и большой плотностью населения, что не позволяет использовать для всех больных ОИМ экстренное ЧКВ.

По обобщенным результатам проведенных экспертиз в 99,5% случаев выявлены отклонения от Порядков оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе:

- низкая активность профилактических мероприятий по выявлению и диспансерному наблюдению больных с ишемической болезнью сердца;
- недостаточно активная лечебно-диагностическая тактика в отношении больных с выявленной сердечно-сосудистой патологией (низкий процент активного направления больных со стенокардией напряжения на коронарографию);
- основной причиной смертности на догоспитальном этапе от острого коронарного синдрома является позднее обращение больного за медицинской помощью;
- знание населения о симптоматике заболевания, оказании первой доврачебной помощи крайне низки;
- тромболитическая терапия бригадами СМП проводилась только в 12 муниципальных образованиях Московской области в минимальном объеме.

В целом обеспеченность кардиологическими койками в Московской области достаточная - 3,2 койки на 10 тыс. населения, однако в отдаленных муниципальных образованиях, расположенных более чем в 40 мин. езды от кардиологических отделений, экстренная медицинская помощь больным с болезнями системы кровообращения оказывается, как правило, в палатах интенсивной терапии или отделениях реанимации и интенсивной терапии врачами анестезиологами-реаниматологами, без учета прохождения ими специализации по кардиореанимации. В таких учреждениях летальность от острого инфаркта миокарда достигает 30%, что сопоставимо со смертностью от ОИМ на дому.

Обобщенные результаты тематической экспертизы послужили толчком к началу реорганизации порядка



оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями на территории Московской области.

Оптимальными условиями для реализации Порядка оказания медицинской помощи больным с ОКС и ОИМ признаны условия оказания медицинской помощи в первичных сосудистых отделениях (ПСО) и региональных сосудистых центрах (РСЦ). Разработаны и поэтапно внедряются схемы оказания медицинской помощи на всех этапах.

На территории Московской области площадью 47 тыс. кв. км., где проживает 7,5 млн. человек, функционирует семь сосудистых центров: в Красногорской КБ 1, Мытищинской ГКБ, Реутовской ГКБ, Подольской ГКБ, Егорьевской РБ, Жуковской КБ, Люберецкой ГКБ 2, что, естественно, не полностью удовлетворяет потребности населения Московской области.

Таблица 1

Тарифы на СМП, в т.ч. скорую специализированную, оказываемую взрослому и детскому населению

(применение с 1.05.13 на основании решения комиссии по разработке Московской обл. программы ОМС от 7.05.13)

Для медицинских организаций всех групп и категорий

Код услуги	Краткое наименование услуги	Скорая медицинская помощь
3.84.005.0	Проведение тромболизиса (однократное болюсное введение)	72 000 руб

Таблица 2

Тарифы законченного случая медицинской помощи

(применение с 1.05.13 на основании решения комиссии по разработке Московской обл. программы ОМС от 7.05.13)

Вид помощи: Специализированная

Условия оказания медицинской помощи: Стационарно

Код стандарта	Наименование рег. стандарта мед. помощи	Тариф (тыс. руб)	Длит, мин.	Длит. ср	Нозологии (МКБ-10)
2.01.212.0	ОИМп ST ЭКГ	175,2	12	15	I210, I211, I212, I213, I219, I22
2.01.213.0	Нестабильная стенокардия, ОИМ и повторный ИМ бп ST ЭКГ	91,7	10	12	I200, I214, I219, I22
3.01.214.0	Фибрилляция и трепетание предсердий	34,5	8	10	I48
2.01.204.0.6	Проведение плановых эндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях	183,9	3	4	I201, I208, I209, I250, I251, I252, I255, I258, I259
2.01.207.0.6	Стабильная стенокардия	109,5	19	24	I20
2.01.213.0	Нестабильная стенокардия, острый и повторный инфаркт миокарда без подъема сегмента ST	91,7	10	12	I200, I214, I219, I22

Удельный вес больных ОКС с подъемом ST от общей группы составляет 40%.

При наличии трех вариантов вмешательств при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST (тромболитическая терапия, рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение, фармакоинвазивные методы) было принято решение об этапности оказания медицинской помощи в рамках федеральных стандартов, разделения стандарта по уровню оказания медицинской помощи в ПСО и региональных сосудистых центрах (РСС), а также развитие, в соответствии с современными тенденциями медицинской помощи на догоспитальном этапе.

На догоспитальном этапе тромболизис на территории Московской области осуществляется при ОКС как врачами бригад скорой медицинской помощи, так и фельдшерами, предварительно обученными диагностике данного синдрома и методикам проведения процедуры.

ТФОМС МО совместно с Минздравом Московской области (МЗ МО) проведены мероприятия по информированию населения о правилах поведения при ситуациях, возникающих при коронарных катастрофах через областные и региональные средства массовой информации, выпущена серия брошюр (памятки для пациента «Чтобы сердце не болело», «Новый ритм сердца» и т.д.).

Кроме того, специалистами Минздрава Московской области проведены:

- обучающие семинары для врачей скорой медицинской помощи, бригад интенсивной терапии, кардиологов, врачей амбулаторно-поликлинического звена (алгоритмы применения тромболитических средств);
- алгоритм проведения тромболитической терапии препаратом Тенектеплаза (метализе) по показани-

ям при ОКС с подъемом ST (ОИМ) на догоспитальном этапе;

- алгоритм проведения тромболитической терапии препаратом Алтеплаза (Актилизе) по показаниям при остром коронарном синдроме с подъемом ST (ОИМ) в стационаре.

Разработаны и тиражированы методические рекомендации по ведению больных с ОКС.

В муниципальных образованиях Московской области проведено 12 конференций по современной ТЛТ.

ТФОМС МО разработаны и внедрены специальные тарифы для скорой медицинской помощи, проводящих тромболитизис в терапевтическом окне. Стоимость услуги по однократному болюсному введению Метализе составила 72 тыс. руб., что дало свои первые результаты. За 3 месяца 2013 года проведено 238 ТЛТ на догоспитальном этапе, количество прерванных ОИМ составило 4%.

В табл. 2 отражена стоимость лечения ОИМ, повторного ИМ, нестабильной стенокардии, аритмий с учетом современных тенденций в лечение данной патологии (ТЛТ с применением метализе, актилизе, эндоваскулярных методов диагностики по показаниям и лечения).

Больной в течение 3-24 часов, согласно разработанным в 2013 г. путем маршрутизации, должен быть доставлен в 1 из 4 круглосуточных сосудистых центров для проведения коронарографии и рентгенэндоваскулярного вмешательства, при отсутствии эффекта от ТЛТ в течение 90-120 мин., продолжающемся ангинозном синдроме, отсутствии достоверного снижения ST на 50% и более, снижения уровня количественного тропонина на 50% и более.

ТФОМС МО продолжает осуществлять мониторинг результатов лечения по данным реестров счетов. Так, за 2014 г. летальность от острого инфаркта миокарда снизилась на 8% по сравнению с этим же периодом 2013 г.

ВЫВОДЫ

Таким образом, можно с большой долей уверенности утверждать, что проведенная тематическая экспертиза позволила вскрыть недостатки на всех этапах процесса оказания медицинской помощи при ОКС, ОИМ и принять действенные управленческие решения, а также активно влиять на процесс повышения качества оказываемой медицинской помощи.

Литература

1. Ощепкова Е.В. Смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации и пути по её снижению // Кардиология. – 2009. – № 2. – С. 267-272.
2. Ощепкова Е.В., Бойцов С.А., Довголевский П.Я. и др. Оценка эффективности реализации мероприятий, направленных на снижение смертности от сосудистых заболеваний в регионах, включенных в программу в 2008 году, по данным мониторинга Минздравсоцразвития России и Регистра ОКС // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 5. – С. 19-29.
3. Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П., и др. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда): портрет заболевшего // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – № 6. – С. 89-93.

Для корреспонденции:

Антонова Галина Александровна – директор Территориального фонда ОМС Московской области, канд. экон. наук.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Московской области

Адрес: 115114, Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 1, тел.: 8 (495) 223-71-20, доб. 10-01. E-mail: general@mofoms.ru

Касаткина Ирина Владимировна – начальник Управления ведомственной экспертизы и защиты прав застрахованных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области

For correspondence:

Galina A. Antonova – Director of the Territorial OMI Foundation of the Moscow Region, PhD in Economics

Tel.: (495) 223-71-20 (add. 10-01), E-mail: general@mofoms.ru

Address: 115114, Moscow, Derbenevskaya nab., 7, str. 1

Irina V. Kasatkina – Head of the Department for Departmental Medical Examination and Protection of Rights of Insured Citizens of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of Moscow Region

Address: Derbenevskaya nab. 7, str.1, Moscow, 115114, Russia

Tel.: 8 (495) 223-71-20 (add. 10-01) E-mail: general@mofoms.ru

УДК 614.2

Динамика и перспективы развития сельского здравоохранения Курской области

А.В. Курцев¹, А.М. Коробов¹, С.А. Хмелевской², Т.М. Швейнова³

¹ Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Курской области;

² ОБУЗ «Медвенская центральная районная больница» комитета здравоохранения Курской области;

³ БМУ «Курская областная клиническая больница» комитета здравоохранения Курской области



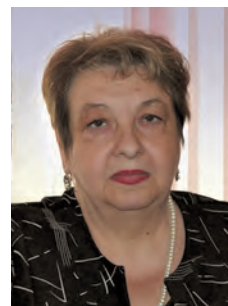
А.В. Курцев



А.М. Коробов



С.А. Хмелевской



Т.М. Швейнова

Резюме

Проанализировано состояние развития и модернизации деятельности фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП). Обосновывается необходимость реформирования системы оказания первичной медицинской помощи на селе. На примере отдельных районов показана модель эффективной реорганизации сети ФАП. Представлен положительный опыт использования в

рамках пилотного проекта современных телемедицинских технологий в оказании медицинской помощи на селе.

Ключевые слова: фельдшерско-акушерский пункт, оказание первичной медико-санитарной помощи на селе, доступность и качество медицинской помощи, телемедицинские технологии.

Abstract

Dynamics and prospects in development of rural health care in the Kursk region

A.V. Kurtsev¹, A.M. Korobov¹, S.A. Khmelevskoy², T.M. Shveynova³

¹The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of Kursk Region;

²The Medvenka Central Regional Hospital of the Public Health Committee of Kursk Region;

³The Kursk Regional Clinical Hospital of the Public Health Committee of Kursk Region

The article evaluates a status of development and modernization in activities of obstetric stations (OS). There is substantiated a necessity of reformation in the system of primary medical care in rural areas. The model of an effective reorganization of the OS network is shown on the example of several districts. A positive experience of use is presented within a pilot project of modern

telemedicine technologies in the delivery of health care in rural areas.

Key words: obstetric station, delivery of primary medical care in rural areas, availability and quality of medical care, telemedicine technologies.

ВВЕДЕНИЕ

Основными направлениями развития сельского здравоохранения в советские годы считались: организация максимальной доступности медицинской (в том числе и специализированной) помощи; наращивание мощности коечного фонда и обеспеченности медицинскими работниками стационарного и амбулаторно-поликлинического звеньев; развитие дорогостоящей сети лечебных учреждений в виде центральных районных и участковых больниц и врачебных амбулаторий. Девиз: «Все во имя человека, все на благо человека!» требовал не считаться с материальными затратами. Страницы центральной и местной прессы еженедельно пестрели рапортами об открытии новых отделений и клиник. Подстегиваемые принципом послевузовского распределения в районы ехали молодые кадры врачей и медицинских сестер [2].

Однако с наступлением девяностых годов XX века ситуация изменилась на диаметрально противоположную. Кризисные явления в стране привели к значительному снижению потоков бюджетного финансирования. Уже не строили, а в основном достраивали когда-то начатое, да и то такими медленными темпами, что стены некоторых будущих больниц успевали разрушиться, так и не увидев своих пациентов. Исчез принцип распределения молодых кадров, постепенно начали исчезать и сами кадры. Выживание районного и сельского медицинского страхования, разрешавшая финансирование только пяти статей расходов. Прогресс сменился регрессом, который дал особенно интенсивный рост на «благоприятной» почве снижения численности населения [1].

В то же время одной из главных задач «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года» является гарантированное обеспечение населения страны качественной медицинской по-

мощью [3]. Особенно актуальной данная задача является для населения сельских районов России, где зачастую один на один с пациентом на переднем этапе оказания медицинских услуг находятся фельдшерско-акушерские пункты (далее ФАП). Именно они призваны в первую очередь обеспечить доступность и качество первичной медико-санитарной помощи в целях улучшения состояния здоровья сельских жителей, совершенствование методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний с обеспечением пациентов всеми необходимыми лекарственными препаратами [4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ ситуации, складывающейся в сельском здравоохранении региона, и определение наиболее эффективных путей и методов развития первичного звена оказания медицинской помощи населению, проживающему в районах области.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Руководство здравоохранения Курской области все последние годы уделяет особое внимание развитию, реорганизации и укреплению лечебно-диагностической базы оказания медицинской помощи сельскому населению, численность которого в 2014 г. составляла 374 469 человек (33,5% всего населения области). В 2012 г. сельское население составляло – 389 970 (34,7%), а в 2013 г. – 382 148 человек (33,9%).

Так в 2014 году медицинская помощь оказывалась на 621 ФАПе и в 30 врачебных амбулаториях, 23 отделениях врачей общей практики, 6 участковых и 1 районной больнице (рис. 1).

Средняя численность населения на одном ФАПе составляла 429 человек (в 2013 г. – 436 человек). При этом



Рис. 1. Общая численность ФАП по годам

24 ФАП обслуживали население менее 100 человек каждый, 131 ФАП оказывал помощь населению до 200 жителей, а 115 ФАПов – населению до 300 человек.

В 2014 г. доврачебную помощь на селе оказывали 679 средних медицинских работников, в 2013 г. – 695, в 2012 г. – 744. Из них 51,3% (348) фельдшеров, 17,7% (120) акушеров, 31,0% (211) медицинских сестер. Средний возраст фельдшеров – 47 лет, акушеров – 46, медсестер – 44 года. Подавляющее большинство специалистов имеют категории. Среди сотрудников ФАП аттестовано 515 (75,8%) человек: 77,1% фельдшеров, 77,2% акушеров и 65,4 % медицинских сестер.

В то же время в работе фельдшерско-акушерских пунктов имеет место ряд характерных для многих регионов Российской Федерации проблем.

Во-первых, это касается укомплектованности штатов. В 2014 г. не был полностью укомплектован медицинскими работниками 71 ФАП (11,4%), в 2013 г. – 62 ФАП (9,8%), в 2012 г. – 41 ФАП (6,4%). Наибольшее количество таких ФАПов имело место в Горшеченском районе – 8, Пристенском и Большесолдатском районах – по 7, Обоянском, Беловском, Солнцевском районах – по 6 ФАПов (рис. 2).

Укомплектованность штатами ФАПов Курской области в 2012-2014 гг.

Укомплектованность	2012 год	2013 год	2014 год
С совместительством	90,9%	89,5%	89,8%
Физическими лицами	90,4%	88,2%	88,2%

Рис. 2. Укомплектованность ФАП штатами

Во-вторых, обращает на себя внимание материальная база ФАПов. До настоящего времени в приспособленных помещениях развернуто 553 ФАП. При этом 11 пунктов занимают одну комнату и 124 имеют два кабинета. В капитальном ремонте в 2014 г. нуждались 149

(24,0%) ФАПов. Только 42% ФАПов имеют стационарную телефонную связь. Оснащенность ФАПов табельным имуществом представлено на диаграмме (рис. 3).

В-третьих, нельзя не считаться со старением сельского населения в зоне обслуживания ФАПов, что снижает мобильность пациентов и требует изменения подходов к их обслуживанию. Так, в 2012 г. процент численности сельских жителей старше трудоспособного возраста составлял 30,1% (117 315 человек), в 2013 г. – 30,3% (115 676), в 2014 г. – 30,5% (114 570).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В связи с вышеизложенным, органами управления здравоохранения Курской области были предприняты существенные меры по улучшению качества обслуживания сельского населения региона.

1. Мероприятия по привлечению к обслуживанию сельского населения в зонах действия ФАПов врачей центральных районных больниц.

Всего в 2014 г. на ФАПах выполнено 2 030 763 посещения, в том числе 467 724 (23%) – с профилактической целью, что в расчете на 1 жителя составило 7,6 посещения в год (рис. 4).

Основные показатели работы ФАП

Годы	Число посещений всего	Из них профилактических	Число посещений на 1 жителя
2012	1 960 1144	437 203	6,9
2013	1 845 459	427 332	6,7
2014	2 030 763	467 727	7,6

Рис. 4. Основные показатели работы ФАП

При этом врачами ЦРБ выполнено 5773 выездов на ФАП, в 2013 – 5768 выездов, 2012 г. – 5512, что в среднем

Оснащенность ФАПов табельным имуществом

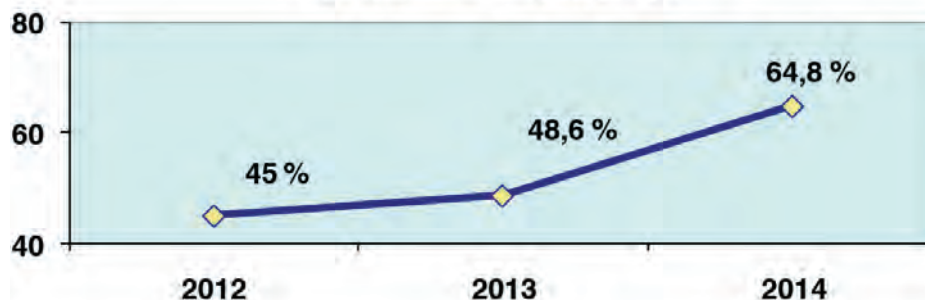


Рис. 3. Оснащенность ФАП табельным имуществом

составило 9,3 выезда, в 2013 г. – 9,2, в 2012 г. – 8,3 на 1 ФАП, при нормативе не менее 6 выездов в год. Выезды носили как бригадный, так и индивидуальный характер.

Только в 2014 г. у жителей, обслуживаемых ФАПами, впервые выявлено 167 случаев туберкулеза, в т.ч. запущенные формы – 25; онкологии – 588, в т.ч. запущенные формы – 87; артериальная гипертензия – 865 случаев; сахарный диабет – 221 случай; острый инфаркт – 107 случаев; острое нарушение мозгового кровообращения – 369 случаев.

В выездах на село участвовало 13 514 специалистов ЦРБ. Ими осмотрено более 277 тысяч жителей, в том числе 71,2 тысячи детей. Из числа осмотренных выявлено около 24,9 тысячи больных, направлено на госпитализацию 1685 человек. С 2013 г. в проведении диспансеризации в сельской местности участвует мобильный диагностический комплекс, с помощью которого в 2014 г. в самых отдаленных населенных пунктах 18 районов области осмотрено 5 917 человек.

2. Приближение высококвалифицированной медицинской помощи к постели больного.

Так, в ноябре 2013 г. на территории Медвенского района Курской области стартовал пилотный проект по внедрению телемедицинских технологий в деятельность сельского здравоохранения. Был приобретен, опробован и внедрен в повседневную практику мобильный диагностический комплекс, позволяющий проводить широкий спектр скрининг-обследования в домашних условиях: запись электрокардиограммы, холтеровское мониторирование, запись электроэнцефалограммы, запись реовазо- и реоэнцефалограммы, проведение экспресс-анализа на холестерин и содержание глюкозы. Полученные в результате обследования у постели больного данные в течение минут передаются в центральную районную больницу и при необходимости в течение короткого времени могут быть проконсультированы специалистами областной клинической больницы.

Проект получил высокую оценку у жителей села, а также одобрение председателя комитета по социальной политике Федерального собрания РФ В.В. Рязанского и председателя Федерального фонда ОМС Н.Н. Стадченко.

В июле 2014 г. на территории Медвенского района в рамках программы «Здоровое сердце – здоровый мозг» состоялась успешная демонстрация передвижного ФАПа на базе мобильного комплекса, разработанного ООО «Торговый дом ВОРСМА», Нижегородская область, г. Ворсма.

3. Повышение квалификации медицинских работников ФАПов без отрыва от производства.

Особого внимания в данном направлении заслужи-

Пилотный проект

Ожидаемый эффект:

- УМЕНЬШЕНИЕ ОЧЕРЕДЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ,
- УМЕНЬШЕНИЕ ВРЕМЕНИ ОЖИДАНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ.
- ПОВЫШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СЕЛЕ



Суть реализации заключается в оснащении фельдшера ФАПа мобильными диагностическими комплексами и транспортом, что позволит основные рутинные методы исследований перенести из поликлиники и стационара на дом пациента.

Улучшение материально-технической базы ФАПов



Приоритетом может стать создание одного стационарного ФАПа в наиболее большом населенном пункте и прикрепленных к нему мобильных ФАПов-сателлитов (на базе шасси автобуса или грузового автомобиля),

вает организационно-методическая работа, проводимая комитетом здравоохранения области по вопросам сельского здравоохранения. С фельдшерами всех районов силами врачей ЦРБ проводятся занятия по актуальным вопросам акушерства, гинекологии, педиатрии и экстренной помощи с принятием зачетов. Отработаны принципы этапности оказания всех видов медицинской помощи сельскому населению.

Одной из форм учебы средних медицинских работников ФАПов стало проведение Курской областной клинической больницей выездных учебных семинаров по вопросам оказания скорой и неотложной помощи больным острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения. В течение года врач-методист организационно-методического отдела БМУ «КОКБ» выезжает во все районы области, где посещает 3-4 ФАПа с целью анализа оказания доврачебной помощи сельскому населению и проведения методической работы со средними медицинскими работниками.

4. Постепенная реорганизация сети фельдшерско-акушерских пунктов с целью повышения качества и доступности медицинской помощи населению, понимающая под собой:

- территориальное объединение близко расположенных ФАПов с целью увеличения зоны обслуживания до 300-700 человек на ФАП;

- выделение в объединении головного ФАПа на основе выбора наиболее приспособленного помещения (показатели оценки: потребность в ремонте; обеспечение связью, теплом и водоснабжением; необходимый набор помещений, территориальная доступность);
- укомплектование головного ФАПа санитарным транспортом, медицинским персоналом (в том числе и за счет сокращаемых ФАПов), оборудованием (путем перераспределения оборудования ликвидируемых ФАПов). При этом сотрудникам сокращаемых ФАПов нет необходимости переезжать на жительство по месту его расположения. Они могут работать в своем прежнем селе, но без использования служебного помещения: работа с населением по месту жительства пациентов. Однако в тех случаях, когда их присутствие необходимо на головном ФАПе (неукомплектованность персоналом выбранного головного ФАПа), сотрудники добираются до него самостоятельно или с использованием служебного транспорта ФАПа. Фактического сокращения численности ФАПов не происходит – все укомплектованные персоналом ФАПы сохраняются до тех пор, пока есть сотрудники, но оборудованное помещение есть только у головного ФАПа;
- определение роли и места офисов врачей общей практики (далее ВОП) и амбулаторий (зона обслуживания отдельных ФАПов может быть передана офисам ВОП и амбулаториям с ликвидацией ФАПов);
- создание программы занятости высвобождающихся сотрудников ФАПов (если таковые будут в наличии);
- решение вопроса строительства новых ФАПов (в случаях полного капитального износа зданий всех ФАПов в формируемом объединении). Так, за последние годы в трех районах области построено 5 современных ФАПов;
- консервация высвобождающихся зданий и (или) передача их в собственность других структур муниципальных образований с целью экономии финансовых средств системы здравоохранения.

Подобные преобразования идут практически во всех районах области с 2005 г. Наиболее яркими примерами здесь могут служить Советский и Медвенский районы.

На протяжении последних десяти лет первичную медико-санитарную помощь сельскому населению Советского района оказывало 32 фельдшерско-акушерских пункта. Из общего числа первичных медицинских

Информационные технологии





ЭЛЕКТРОННАЯ
РЕГИСТРАТУРА

РАБОЧИЕ МЕСТА
СПЕЦИАЛИСТОВ

СЕРВЕР

В 2013 ГОДУ ВВЕДЕН В ЭКСПЛУАТАЦИЮ СЕГМЕНТ ЕМИСЗ КО В ПОЛИКЛИНИКЕ ЦРБ

Информационные технологии

ПРОВЕДЕНО 770 ИССЛЕДОВАНИЙ В 2014 Г




КТ, СВЯЗЬ С РЕНТГЕНОЛОГАМИ ОКБ ДЛЯ ЧТЕНИЯ КТ, В ТЕЧЕНИЕ 20 МИНУТ

образований 9 (28,5%) обслуживали население менее 300 человек, от 300 до 700 человек обслуживали 21 ФАП (65,6%) и лишь 2 ФАПа охватывали зону обслуживания более 900 жителей. Укомплектованность штатов составляла 86,6%.

Реформирование фельдшерско-акушерской службы района проводилось путем объединения ФАПов с небольшим количеством прикрепленного населения на основе принципа близости муниципальных образований друг к другу и удобства транспортных путей сообщения между селами в зоне обслуживания вновь создаваемых ФАПов при обязательном обеспечении последних транспортными средствами (приобретено 7 автомобилей).

В результате количество ФАПов в районе сократилось до 26. При этом медицинских образований, обслуживающих население менее 300 человек, стало 4 (15,4%), а обслуживающих население от 300 до 700 человек – 20 (76,9%). ФАПов с зоной обслуживания более 900 жителей по-прежнему осталось 2 (7,7%). Укомплектованность медицинским персоналом при этом составила 100%.

Еще более показательны результаты реорганизации медицинской помощи, оказываемой ФАПами Медвенского района, где процесс реформирования начался раньше всех в Курской области и проходил поэтапно в течение 2005-2010 гг. Здесь к 2010 г. осталось 14 ФАПов из 18, но

при этом часть из них организована на базе двух бывших врачебных амбулаторий.

Если в начале реформирования процент ФАПов, обслуживавших население менее 300 человек, составлял 35,3%, от 300 до 700 человек – 41,2% и в районе не было ни одного ФАПа, зона обслуживания которого достигала бы 900 жителей, то в 2010 г. население до 700 человек обслуживало только 2 ФАПа (14,3%), от 700 до 900 человек – 5 медицинских образований (35,7%) и свыше 900 человек – уже 7 (50%)! ФАПов. Укомплектованность первичного звена штатами в районе уже несколько лет составляет 100%. Приобретено 4 единицы медицинского автотранспорта.

Самым показательным признаком рационального и взвешенного подхода администрации Медвенского района и администрации центральной районной больницы к работе с населением и перераспределению потоков пациентов является тот факт, что за весь период реформирования (около 5 лет) от населения в адрес медицин-

ского обслуживания на ФАПах поступило только две (!) жалобы.

Литература

1. Воронин Ю.В. Охрана здоровья сельских жителей: медико-социальные и правовые аспекты // Аналитический вестник Совета Федерации Федерального Собрания РФ. – 2008. № 18 (363). – С. 13-21.
2. Каплунов О.А. Действительно ли мы хотим качественной реформы здравоохранения и каковы возможные направления и схематичные пути ее реализации? // Менеджер здравоохранения. – 2007. – № 7. – С. 4-12.
3. Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ №7543-Пр от 15.12.2008.
4. Спесивцев В.Н. Научное обоснование оптимизации функционирования здравоохранения сельского административного района: Дисс. ... канд. мед. наук. – Воронеж, 2008. – С. 97.

Для корреспонденции:

Курцев Андрей Владимирович – канд. мед. наук, заслуженный врач РФ. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Курской области. Директор.
305029, г. Курск, ул. Ломакина, 17-а. Т/ф (4712) 53-30-00

Коробов Алексей Михайлович – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Курской области. Советник директора.
305029, г. Курск, ул. Ломакина, 17-а
т/ф (4712) 53-66-51. akorobov@foms.kursktelecom.ru.

Хмелевский Сергей Александрович – ОБУЗ «Медвенская центральная районная больница» комитета здравоохранения Курской области. Главный врач.
307030, Курская область, п. Медвенка, ул. Советская, д.68
т/ф (471 46) 4-11-31, 4-11-42. medvenka_crb@mail.ru

Швейнова Татьяна Михайловна – БМУ «Курская областная клиническая больница» комитета здравоохранения Курской области. Заместитель главного врача по организационно-методической работе. Заслуженный врач РФ.
305007, г.Курск, Сумская ул. 45-а
т/ф (4712) 35-44-46, okb@sovtest.ru

For correspondence:

Andrey V. Kurtsev, MD, PhD, Honored Doctor of the Russian Federation – The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of Kursk Region. Director.
Address: Ul. Lomakina 17-a, Kursk, 305029, Russia. Tel./fax: (4712) 53-30-00

Alexey M. Korobov – The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of Kursk Region. Advisor to the Director.
Address: Ul. Lomakina 17-a, Kursk, 305029, Russia. Tel./fax: (4712) 53-66-51.
E-mail: akorobov@foms.kursktelecom.ru.

Sergey A. Khmelevskoy – The Medvenka Central Regional Hospital of the Public Health Committee of Kursk Region. Chief Doctor.
Address: Ul. Sovetskaya 68, p. Medvenka, 307030, Kursk region, Russia.
Tel./fax: (471 46) 4-11-31, 4-11-42. E-mail: medvenka_crb@mail.ru

Tatyana M. Shveynova – The Kursk Regional Clinical Hospital of the Public Health Committee of Kursk Region. Deputy Chief Doctor for organizational methodical activities. Honored Doctor of the Russian Federation.
Address: Sumsкая ul. 45-a, Kursk, 305007, Russia.
Tel./fax: (4712) 35-44-46, E-mail: okb@sovtest.ru

УДК 614.2

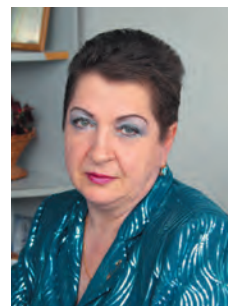
Новые аспекты ревизионной деятельности ТФОМС Кемеровской области

И.В. Пачгин, Л.М. Холкина

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области



И.В. Пачгин



Л.М. Холкина

Резюме

Принцип эффективности использования бюджетных средств закреплён Бюджетным кодексом Российской Федерации как один из принципов бюджетной системы. Для систематизации работы в этом направлении, в частности, по использованию средств ОМС необходимы критерии и методы оценки эффективности расходов. Территориальным фондом ОМС Кемеровской области разработана «Программа контроля за эффективным (рациональным) использованием средств обязательного медицинского страхования в медицин-

ской организации» и внедрена в практику при проведении контрольных мероприятий на территории Кемеровской области.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, медицинские организации, эффективность, экономичность, продуктивность, результативность использования средств.

Abstract

New aspects of audit activities of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Kemerovo Region

I.V. Pachgin, L.M. Kholkina

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Kemerovo Region

The principle of efficiency in the use of budgetary funds is fixed by the Budget Code of the Russian Federation as one of the principles of the budget system. Criteria and evaluation methods of expenses efficiency are necessary for a systematization of the work in this direction, in particular on the use of OMI funds. «The Program of monitoring for an effective (rational) use of obligatory medical insurance funds in the medical institutions» was

developed and put into practice by the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Kemerovo Region performing control measures in the territory of the Kemerovo region.

Key words: obligatory medical insurance (OMI), medical institutions, efficacy, economy, productivity, efficiency in use of funds.

В 2014 году в соответствии со ст. 34 Бюджетного кодекса РФ «Принцип эффективности использования бюджетных средств», Территориальным фондом ОМС Кемеровской области (ТФОМС) была разработана и внедрена в практику «Программа проверки эффективного (рационального) использования средств ОМС медицинскими организациями».

В соответствии с Бюджетным кодексом, принцип эффективности использования средств означает, что при составлении и исполнении бюджетов в рамках установленных заданий медицинские организации (МО) должны исходить из необходимости достижения заданных результатов с использованием наименьшего объема средств (экономность) и/или достижения наилучшего результата с использованием того объема средств, который определен бюджетом (результативность).

Проверка эффективного использования средств ОМС осуществлялась ТФОМС в рамках комплексных проверок медицинских организаций, проводимых один раз в 2 года.

В данной работе были использованы принципы Стандарта финансового контроля «СФК 104. Проведение аудита эффективности использования государственных средств», который лежит в основе методологического обеспечения реализации задачи Счетной палаты Российской Федерации по определению эффективности расходов государственных средств, в соответствии со ст. 2 Федерального закона «О счетной палате Российской Федерации».

Согласно стандарту, эффективность использования средств характеризуется соотношением между полученными результатами и затратами, направленными на их достижение. Для выяснения эффективности необходимо определить экономичность, продуктивность и результативность использования средств. Экономичность выражает наилучшее соотношение между ресурсами и результатами их использования, получая экономическую эффективность, продуктивность характеризует рациональность использования ресурсов, а результативность показывает степень достижения намеченных целей или решения поставленных задач.

При проведении проверок устанавливалось, насколько экономично, продуктивно и результативно использовались средства ОМС медицинскими организациями для достижения запланированных целей, для решения поставленных перед ними задач и выполнения возложенных на них функций.

Экономичность характеризует взаимосвязь между объемом средств ОМС, использованных медицинской организацией для осуществления своей деятельности, и уровнем результатов, достигнутых с учетом обеспечения соответствующего качества. При оценке экономичности использования средств ОМС устанавливалось, имелись ли у медицинской организации возможности для приобретения ресурсов более экономным способом и их более рационального использования с меньшей затратой

средств (абсолютная экономия), либо получение более высокого результата деятельности при заданном объеме средств (относительная экономия).

Проверки включали в себя следующие разделы:

1. Оплата труда – наличие Положений по оплате труда, наличие текущей или просроченной кредиторской задолженности по оплате труда и начислениям на выплаты по оплате труда. Также выяснялись причины возникновения задолженности, ее размер и продолжительность.

2. Состояние расчетов (состав дебиторской задолженности) – обоснованность авансов, выданных поставщикам, подрядчикам, работникам организации; задолженность работников по подотчетным суммам; суммы потерь и недостач, не погашенные виновными лицами; суммы переплаты по налогам и сборам. Анализировался вид задолженности (текущая или просроченная), изменение ее размера и сроки возникновения, лица, за которыми числится задолженность, наличие актов сверок.

3. Материальные запасы, в том числе:

- медикаменты и перевязочные средства;
- продукты питания;
- горюче-смазочные материалы;
- строительные материалы;
- мягкий инвентарь;
- запасные части для машин, оборудования, оргтехники;
- прочие материальные запасы.

При проверках анализировались закупочные цены и их соответствие официальной региональной статистической информации, места и условия хранения материальных запасов, договоры поставки с поставщиками, соблюдение сроков поставок и пр.

4. Приобретение и использование основных средств стоимостью до 100 000 руб. за единицу – анализ договоров поставки с контрагентами, даты поставки основных средств в медицинскую организацию и сроки их ввода в эксплуатацию.

5. Проведение текущего ремонта движимого и недвижимого имущества – анализ договоров с поставщиками и подрядчиками, соотношение выполненного объема работ с их стоимостью и сроками исполнения, установление правомерности затрат на текущий ремонт.

На заключительном этапе проведения анализа экономичности использования средств ОМС по всем разделам работы медицинской организации подводились итоги:

- какая часть средств использована МО экономично в абсолютном и процентном выражении;
- какая часть средств использована МО не экономично в абсолютном и процентном выражении.

Продуктивность использования средств ОМС определяется соотношением между объемом оказанных медицинских услуг и затраченными на получение этих результатов материальными, финансовыми, трудовыми и другими ресурсами. То есть использование средств ОМС медицинской организацией может быть оценено как продуктивное в том случае, если затраты ресурсов



Здание администрации г. Кемерово, площадь Советов

на единицу объема медицинской помощи или объем оказанных медицинских услуг на единицу затрат будут равны или меньше соответствующих запланированных показателей.

Для оценки продуктивности использования средств ОМС анализировались плановые и фактические результаты деятельности медицинской организации в разрезе статей, подстатей классификации операций сектора государственного управления (КОСГУ). Оценивались расходы по каждой статье, подстатье КОСГУ для получения общего результата, выяснялись причины отклонений. Продуктивным использованием средств ОМС принималось 90-105% выполнения плана по каждой статье, подстатье КОСГУ. Непродуктивным – менее 90% выполнения плана.

В рамках оценки продуктивности использования средств ОМС медицинской организацией анализировались также коммунальные услуги в объемных и стоимостных показателях, в том числе:

1. По видам услуг:

- электрическая энергия;
- холодное водоснабжение;
- горячее водоснабжение;
- теплоснабжение;
- водоотведение (прием, сброс сточных вод на очистку).

2. По источникам финансирования:

- средства ОМС;
- средства бюджета;
- доход МО от оказания платных услуг.

Анализ коммунальных услуг производился с целью установления соответствия тарифов на коммунальные услуги нормативным документам, а также для оценки расходов на 1 кв.м. площади и проведения сравнительного анализа по итогам за год в разрезе медицинских организаций.

Результативность характеризуется степенью достижения запланированных результатов использования средств ОМС или деятельности медицинской организации. Она определяется путем сравнения достигнутых и запланированных экономических результатов использования средств ОМС или деятельности медицинской организации. Анализировались конкретные продукты деятельности МО (объемы оказанных медицинских услуг, количество застрахованных по ОМС граждан, получивших медицинскую помощь и т.п.).

Для определения результативности использования средств ОМС оценивался процент выполнения плана медицинской организацией, участвующей в реализации Территориальной программы ОМС. Для этого сравнивались запланированные и достигнутые (фактические) результаты использования средств ОМС в финансовом выражении. В случае невыполнения задания выяснялись способствующие этому причины. Результативным использованием средств ОМС принималось выполнение задания на 90-105%, нерезультативным – менее 90%.

Оценивая результаты деятельности контрольно-ревизионного управления ТФОМС за 2014 год по новому разделу работы, следует отметить, что из 61 медицин-

ской организации, где проводились проверки, в 42 (70%) обнаружено неэффективное использование средств ОМС на общую сумму 11,8 млн руб., что составляет 0,2% от общей суммы использованных средств.

Средний показатель экономичности составил 99,8%, продуктивности – 92,4%, результативности – 92,3%.

Основные направления неэффективного использования средств ОМС, выявленные в ходе контрольных мероприятий:

- дебиторская задолженность в части материальных запасов, превышающая месячную потребность МО – 45,4% в общем объеме неэффективно использованных средств;
- завышенные цены на лекарственные препараты и продукты питания в сравнении со средними потребительскими ценами по области – 23,5%;
- превышение среднемесячных запасов лекарственных препаратов в сравнении со среднемесячной потребностью МО – 21,4%;
- превышение нормы остатка ГСМ – 2,5%;
- оплата за сметную документацию без последующего проведения ремонта – 0,5%;
- другие направления – 6,7%.

По результатам проверок составлялись акты с выводами и рекомендациями по устранению недостатков для вручения руководству медицинских организаций.

В заключение следует отметить, что ТФОМС продолжает отработку данного раздела деятельности с целью выявления в МО факторов, которые непосредственно влияют на эффективность использования средств ОМС. Это дебиторская и кредиторская задолженности, сохранность материальных ценностей, сокращение потребления энергетических ресурсов, воды, тепловой энергии, организация экономического управления финансами. В целях профилактики нарушений ТФОМС обобщает информацию по неэффективному использованию средств и доводит материалы проверок до медицинских организаций.

В текущем году планируется продолжить работу по совершенствованию определения критериев оценки эффективности (они должны быть максимально объективными, четкими, сравнимыми, достаточными), подходов к выбору данных критериев, методов анализа доказательств, получаемых в ходе проверок и свидетельствующих о недостатках в деятельности медицинских организаций, которые приводят к неэффективному использованию ими средств ОМС.

Для корреспонденции:

Пачгин Игорь Вадимович – к.м.н., директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области

Тел.: (3842) 58-17-06. Сот.: 8-903-941-1881. Факс: (3842) 36-25-09

E-mail: pachiv@kemoms.ru

Адрес: 650000, Кемерово, ул. Красноармейская, 136

Холкина Любовь Михайловна – начальник контрольно-ревизионного управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области

Тел.: (3842) 36-25-00. Сот.: 8-950-597-0003. Факс: (3842) 36-25-09

E-mail: kholm@kemoms.ru

Адрес: 650000, Кемерово, ул. Красноармейская, 136

For correspondence:

Igor V. Pachgin, MD, PhD – Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Kemerovo Region

Tel.: (3842) 58-17-06. Mobile: 8-903-941-1881. Fax: (3842) 36-25-09

E-mail: pachiv@kemoms.ru

Lyubov M. Kholkina – Head of the Control–Auditing Department of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Kemerovo Region

Tel.: (3842) 36-25-00. Mobile: 8-950-597-0003. Fax: (3842) 36-25-09

E-mail: kholm@kemoms.ru

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

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Министерство здравоохранения призвало вернуть систему вытрезвителей в России

Глава Минздрава Вероника Скворцова заявила, что ведомство выступает за возвращение системы специализированных вытрезвителей, ранее находившихся в структуре МВД.

«Не все люди в состоянии опьянения требуют оказания медицинской помощи... Наша была принципиальная позиция, которую озвучивали еще предыдущие команды Министерства здравоохранения и социального развития, о необходимости сохранения той системы, которая была всегда.

Это должны быть вытрезвители - специальная система, под наблюдением, которая дает возможность человеку быть вне опасности, не замерзнуть на улице, не попасть в какую-то сложную ситуацию», - сказала Скворцова на расширенном заседании комитета Совета Федерации по социальной политике, передает РИА «Новости».

По ее словам, плата за услуги может взиматься непосредственно с оказавшегося в вытрезвителе человека. «Эта система - вне системы здравоохранения, - пояснила она. - И тут наши коллеги должны подключиться».

Ранее Совет Федерации выступил с инициативой возврата системы медвытрезвителей, а глава МВД Владимир Колокольцев сообщал, что совместно с Министерством здравоохранения подготовлены предложения в Правительство России, которые предусматривают создание в городах с населением 100 и более тысяч человек специализированных учреждений для помещения лиц в алкогольном опьянении.

Напомним, в сентябре прошлого года в Госдуме предложили восстановить вытрезвители из-за участвовавших смертей пьяных граждан в отделах полиции.

Традиционно за работу вытрезвителей отвечали не медики, а силовики. Первый вытрезвитель - «Приют для опьяневших» - появился еще в 1902 году в Туле по инициативе врача Федора Архангельского. В 1931 году появился первый советский вытрезвитель, который также относился к системе здравоохранения. Но уже в 1940 году решением наркома НКВД Лаврентия Берии вытрезвители были переданы в подчинение НКВД.

После 1991 года они продолжили существовать в системе внутренних дел. Однако в феврале 2010-2012 годах указом тогдашнего президента Дмитрия Медведева в рамках реформирования МВД функции вытрезвителей перешли к медучреждениям в системе Минздрава.

*Взгляд.ру, Москва
(24.03.2015)*

Конев: говорить о прорыве в лечении болезни Альцгеймера рано

По словам профессора кафедры поликлинической терапии ФПДО МГМС, врача-гериатра Юрий Конев, прежде чем праздновать победу над болезнью, нужно дождаться финальной стадии клинических испытаний.

Говорить об избавлении от болезни Альцгеймера рано, сначала нужно дождаться финальной стадии клинических испытаний; заявления фармацевтов, сделанные через СМИ, могут свидетельствовать о попытке получить финансовую выгоду, заявил РИА Новости профессор кафедры поликлинической терапии ФПДО МГМСУ, врач-гериатр Юрий Конев.

Ранее «Газета.ру» сообщила о том, что американские фармацевты представили препарат, успешно противостоящий болезни Альцгеймера. Представители компании заявляют, что препарат адуканумаб позволил более чем на 70% остановить нарушения когнитивных функций у пациентов по итогам самой первой фазы клинических испытаний. Лекарство было разработано специально для очищения мозга от амилоидных бляшек, которые, как считают, являются причиной ухудшения памяти и других негативных проявлений болезни Альцгеймера.

«Повернуть вспять процесс, когда уже сформировалось амилоидное поражение мозга (причина болезни Альцгеймера) вряд ли возможно. Амилоид — это очень плотный белок, представить себе, что у него будет обратное развитие, растворение — в этом должны участвовать очень сложные химические процессы», — сказал Конев.

По словам профессора, прежде чем праздновать победу над болезнью, нужно дождаться финальной стадии клинических испытаний. «Подождем, когда эти схемы попытается тиражировать массовое здравоохранение. Это распространенная практика — после последней фазы проведенных исследований на последних страницах мелким шрифтом публиковать данные об ошибке при преждевременных выводах», — сказал он.

Задача — получить прибыль

«Стремление некоторых западных компаний к первенству проявляется в том, что непроверенные данные очень часто публикуются в широкой печати. Это делается целенаправленно, ведь задача этой компании — получить прибыль, она ее и получит сейчас», — подчеркнул эксперт.

По данным «Газеты.ру», акции компании-разработчика препарата с декабря уже взлетели на 50%.

По словам Конева, изобрести средство от болезни Альцгеймера давно пытаются ученые разных стран. «Экспериментальные препараты рождаются с частотой раз в полгода, однако воз и ныне там, а потом выясняется, что «немножко поспешили», что на поздней стадии

не действует препарат, что он действует только профилактически, когда еще не сформировались амилоидные отложения. Думаю, такой вывод будет по прошествии определенного промежутка времени и в данном случае», — резюмировал эксперт.

В свою очередь главный психиатр Минздрава РФ Зураб Кекелидзе заявил РИА Новости, что даже если по итогам испытаний препарат покажет эффективность в 50%, можно будет говорить о революционном открытии. «Конечно, такой препарат будет переворотом в понимании этого заболевания, даже если данное средство будет помогать в половине случаев, это уже огромный прорыв. Болезнь Альцгеймера становится все более частым явлением, поскольку сейчас средняя продолжительность жизни увеличивается», — рассказал эксперт.

РИА Новости, Москва (24.03.2015)

Народы России научат оказывать первую помощь в экстремальных ситуациях

Разработанные МЧС пособия по оказанию первой помощи в экстремальных ситуациях переведут на родные языки народов России. По словам директора Центра экстренной психологической помощи МЧС Юлии Шойгу, в ближайших планах спасателей - разработка тематического мобильного приложения и обучающих компьютерных программ.

Основная задача совместного проекта комитета Госдумы по делам национальностей и Центра экстренной психологической помощи МЧС России — дать всем россиянам грамотную и выверенную информацию о том, как надо оказывать первую помощь в экстремальных ситуациях. По мнению организаторов проекта, этому научат разработанные МЧС пособия «Оказание первой помощи пострадавшим» и «Экстренная допсихологическая помощь», которые надо перевести на языки народов России. По словам координатора проекта - заместителя председателя комитета Госдумы Ирины Белых, сейчас в стране население разговаривает на более 220 языках, но только на 46 издаются газеты и на 35 — журналы.

Директор Центра экстренной психологической помощи МЧС России Юлия Шойгу сообщила, что пособия уже переведены на 20 языков, и работа продолжается. В ближайших планах — разработка тематического мобильного приложения и обучающих компьютерных программ. Между тем, она призналась, что переводить материалы по вопросам психологической помощи разработчики решили не сразу — у них были сомнения в возможности адекватной интерпретации информации. Однако эксперты посчитали, что знание хотя бы небольшого числа приемов, которые может применить человек без специальной подготовки, все-таки необходимо.

Большинство участников рабочего совещания в Госдуме высказались за важность такой инициативы. Некоторые специалисты отметили, что такие издания будут

особенно востребованы в отдаленных и труднодоступных районах страны — при различных происшествии только местные жители могут оказать первую помощь. По мнению председателя комитета Госдумы по делам национальностей Гаджимета Сафаралиева, при работе над такими пособиями желательно учитывать специфику регионов, так как степи, горы и леса порождают разные экстремальные ситуации.

*Доктор Питер, Санкт-Петербург
(24.03.2015)*

Собянин: В Москве начали производство уникальных для России медикаментов

Две трети потребляемых в России обезболивающих препаратов производят в Москве на одном-единственном предприятии - столичном эндокринном заводе. Его сегодня посетили мэр столицы Сергей Собянин и министр промышленности и торговли Денис Мантуров. Они презентовали масштабную программу модернизации завода и рассказали о планах по замещению импорта, которые будут реализованы в стране до 2018 года.

- Развитие отечественного производства лекарств, постепенное замещение импортных препаратов и расширение экспорта - наша общая стратегическая задача, особенно актуальная в современных экономических условиях, - подчеркнул Собянин. - Уже сегодня столичные фармацевтические предприятия производят 70 процентов анальгетиков и удовлетворяют значительную часть потребностей страны в качественных лекарствах, в том числе из списка жизненно важных препаратов.

Столичный эндокринный завод действительно можно назвать одним из основных предприятий фармацевтики. Здесь выпускают более десятка наименований глазных капель, препараты для лечения болезней сердца, бесплодия, невротических расстройств и сильнейшие обезболивающие анальгетики, применяемые в том числе при лечении онкологических заболеваний. Всего на предприятии производят более 80 видов лекарств, 60 из них входят в перечень жизненно важных, цены на которые контролирует государство. 22 выпускаемых на заводе препарата можно отнести к импортозамещающей продукции - их цена в 1,5-2 раза ниже, чем у зарубежных аналогов. В ближайшие годы этот список должен расшириться.

- Мы приняли планы по импортозамещению, затрагивающие 19 отраслей промышленности, среди которых и фармацевтика, - рассказал Денис Мантуров. - В общей сложности в эти планы входит порядка двух тысяч проектов, предполагающих производство в России 800 образцов промышленной продукции. В один только московский эндокринный завод в ближайшие годы будет инвестировано порядка 7 миллиардов рублей.

На эти деньги завод планирует реконструировать один из своих цехов, в целом перевооружить и расши-

ритель производство, а также построить новое предприятие под Волгоградом. Оно станет производить сырье, чтобы сделать завод максимально независимым от поставок зарубежных компонентов. К 2018 году к уже производимым 60 лекарствам, входящим в список жизненно важных, завод намерен добавить еще 29 препаратов. Всего же специалисты завода сейчас разрабатывают около 50 новых лекарственных средств. В этой работе участвуют более 30 российских научно-исследовательских организаций и вузов.

*Александр Мелешенко
Независимая Газета, Москва
(03.04.2015)*

Новый приказ ломает стереотипы

Отечественные фтизиопедиатры и детские врачи общей практики продолжают обсуждать изменения, внесенные в схему иммунодиагностики туберкулеза у детей, принятые в конце 2014 г. приказом Минздрава № 951. В частности, документ рекомендует наряду с привычной в российской практике пробой Манту активно использовать современный диагностикум туберкулеза – Диаскинтест.

Комментируя «МВ» положения приказа, главный внештатный специалист детский фтизиатр Минздрава России В.А. Аксенова отметила, что Диаскинтест представляет собой туберкулезный аллерген - рекомбинантный белок ESAT6/CFP10. Он отсутствует у *Mycobacterium bovis* BCG и большинства нетуберкулезных микобактерий. Это позволяет тесту четко дифференцировать поствакцинальную аллергию от инфекционного процесса, обеспечивая отсутствие ложноположительных реакций, благодаря практически 100%-ной специфичности. Поэтому кожная проба с Диаскинтестом, в отличие от пробы Манту, является маркером активности туберкулезной инфекции, и положительная реакция свидетельствует о наличии либо туберкулеза, либо латентной туберкулезной инфекции с высоким риском развития заболевания, что является показанием для проведения превентивной химиотерапии.

В связи с дискуссионностью данной темы, мы попросили главных детских фтизиатров 5 регионов России высказать свое мнение по поводу нововведений.

Руководитель отделения терапии легких у детей ФБГУ Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии, главный фтизиопедиатр-эксперт Северо-Западного Федерального округа, профессор И.Ф. ДОВГАЛЮК

Подписанный министром В.И. Скворцовой приказ Минздрава № 951 от 29.12.2014 «Об утверждении методических рекомендаций по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания» не обсуждается, а должен выполняться всеми работниками отечественной системы здравоохранения. Так было и будет со всеми аналогичны-

ми документами, такова практика и во всем мире. Но для нас, детских фтизиатров Северо-Западного Федерального округа, ситуация с этим приказом особенная. Основываясь на многолетнем опыте применения двух методов аллергодиагностики туберкулеза, мы оцениваем этот документ как революционное и очень своевременное руководство к действию, адекватно отражающее достоинства и недостатки пробы Манту и Диаскинтеста, а также природные особенности самой туберкулезной инфекции и характер ее распространения в детской популяции России.

У нас, к сожалению, сложилась ситуация, когда применение одной только пробы Манту с 2 ТЕ стандартным туберкулином давало как бы «наслоение» двух результатов, указывающих либо на вакциноаллергию, либо на инфекционную аллергию. И разобраться, какой же фактор привел к положительной реакции, бывает очень трудно. То есть использование пробы Манту не дает ответа на вопрос, есть ли у ребенка угроза туберкулеза или нет. И с такой сложной ситуацией мы сталкивались, когда необходимо было принимать решения на основе положительного результата этого обследования более чем у 50-60% детей. Уверена, что внедрение Диаскинтеста как скринингового метода при ранней диагностике туберкулеза у детей 8 лет и старше, благодаря высокой специфичности данного метода, позволит избежать подобного «наслоения» и за счет этого значительно улучшит качество нашей работы. Напомню, что около 4/5 детей после 7 лет уже инфицированы туберкулезом, и способность Диаскинтеста выявлять именно активность туберкулезной инфекции окажется особенно полезной именно в этой возрастной группе.

Что же касается детей до трех лет, которым новый приказ предписывает, как и всей возрастной группе 1-7 лет, проводить ежегодно не только пробу Манту, но и Диаскинтест, то здесь комбинированное применение этих методов окажется настолько информативным, что позволит практически у всех детей точно отличать поствакцинальную и инфекционную аллергию.

Одна из самых серьезных проблем, с которой мы сталкивались, используя пробы Манту, заключается в том, что примерно у половины больных туберкулезом детей определялся нормоэргический характер чувствительности к туберкулину. Из-за этого мы могли совершать серьезнейшую ошибку – не направлять таких детей на дополнительное обследование. Теперь, когда приказом предполагается более широкое использование Диаскинтеста, риск таких ошибок значительно уменьшится.

Мы проводили сравнительные исследования, в ходе которых применялись не только проба Манту и Диаскинтест, но и иммунологический квантифероновый тест. Они доказали, что наиболее информативным и доступным по цене методом является именно применение аллергена туберкулезного рекомбинантного. Итак, в Северо-Западном Федеральном округе мы работаем с Диаскинтестом уже с 2009 года, и в целом для детей всех возрастов могу оценить наш опыт его применения только как положительный.

Заведующая кафедрой туберкулеза Ростовского Государственного медицинского университета, главный внештатный фтизиатр Южного федерального округа, профессор Л.А. ШОВКУН

Я положительно оцениваю данный приказ и считаю, что применение обозначенного в нем нового порядка диагностики туберкулезной инфекции у детей значительно повысит ее качество. Если говорить о детях 8-18 лет, то здесь применение Диаскинтеста существенно улучшит выявление не только активного туберкулеза, но и остаточных изменений в легких после уже перенесенного заболевания. Например, обызвествленных лимфатических узлов бронхопульмональной группы, которые часто остаются незамеченными при рентгенологических обследованиях грудной клетки, но обнаруживаются при мультиспиральной компьютерной томографии.

Если же говорить о детях 1-7 лет, то здесь применение пробы Манту с 2 ТЕ в соответствии с новым приказом сохранено. И это совершенно справедливо, поскольку под контролем этого метода принимается решение о необходимости ревакцинации БЦЖ ребенка в возрасте 7 лет. В то же время применявшаяся ранее следующая ревакцинация в 14 лет уже не проводится. Соответственно отпадает и необходимость в использовании пробы Манту с 2ТЕ у ребенка старше 7 лет.

Многие детские фтизиатры неоднократно говорили о том, что применение пробы Манту с 2ТЕ ведет к гипердиагностике туберкулеза. Большое количество ложноположительных реакций Манту является серьезной проблемой и в нашей практике. В 2012-13 гг. мы проводили исследование с участием около 15 тыс. детей школьного возраста. Среди них положительной проба Манту оказалась у 90%, а реакция на Диаскинтест обнаружилась только у 30% детей и подростков. Все эти дети прошли дообследование. С помощью мультиспиральной компьютерной томографии удалось выявить туберкулез у 6% детей, в тех случаях, где отмечался позитивный результат Диаскинтеста. Зато среди детей с положительной пробой Манту, рентгенологическое обследование не выявило ни одного случая туберкулеза.

Расскажу и о случае, произошедшем два года назад в одном из городов Ростовской области. После вспышки туберкулезной инфекции в колледже, где обучаются подростки 15-18 лет, пришлось срочно обследовать 326 человек, которые находились в контакте с больным активной формой туберкулеза. При этом параллельно применяли пробу Манту с 2 ТЕ, Диаскинтест, флюорографию, мультиспиральную компьютерную томографию. Всего было выявлено 29 подростков, больных туберкулезом, причем все они – с помощью КТ и Диаскинтеста. У 7-ми подростков среди этой группы заболевание было определено также с использованием флюорографии. Однако проба Манту с 2 ТЕ у всех контактных лиц была умеренно положительной и не помогла в диагностике ни одного случая заболевания.

Заместитель главного врача по организационно-методической работе Рязанского областного клини-

ческий противотуберкулезного диспансера, главный специалист детский фтизиатр Министерства здравоохранения Рязанской области, Е.Н. ДОЛЖЕНКО

Я поддерживаю новую схему ранней иммунодиагностики туберкулеза у детей, которая утверждена приказом Минздрава № 951. И считаю, что она вполне может заменить «традиционную» пробу Манту на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным. Уверена, что в результате диагностика туберкулеза у детей улучшится. Главное, что мы приобретем благодаря этой реформе, заключается в том, что сократятся необоснованные назначения детям противотуберкулезных препаратов. С каждым годом дети становятся все более аллергизированы, соответственно все чаще положительные туберкулиновые пробы связаны не только с инфицированностью ребенка, но и с повышением в его организме аллергического фона. Применение Диаскинтеста (в меньшей степени, чем проба Манту) приводит к ложноположительным результатам. Это улучшает выявление истинного риска развития туберкулеза, следовательно, мы сможем более обоснованно назначать превентивное лечение.

Итак, новый приказ предписывает проводить детям 1-7 лет сначала пробу Манту в общей педиатрической сети, а затем, уже в учреждениях фтизиатрической службы, если ребенка туда направил педиатр, пробу с Диаскинтестом для уточнения характера туберкулиновой чувствительности. Старшим же детям вместо пробы Манту выполняется иммунодиагностика с использованием аллергена туберкулезного рекомбинантного.

Больше всего проблем, с которыми мы сталкиваемся при использовании пробы Манту, у нас возникает при обследовании детей школьного возраста. Так, при выполнении туберкулиновой пробы в классе из 30 учащихся, лишь 5-6 детей не имеют положительной реакции на эту пробу. Нетрудно себе представить, какой огромный поток школьников может быть направлен по результатам обследования к фтизиатрам... Фтизиатрическая служба любого региона просто не в состоянии выполнить подобную работу. Но ведь в этой категории есть дети, которые, действительно, нуждаются в дообследовании, а часть из них – и в превентивном лечении. Как же их выявить? Решить эту проблему с помощью одной только пробы Манту в качестве скринингового теста было очень трудно.

Поэтому, как только в 2010 г. в нашем регионе начал использоваться Диаскинтест, мы, убедившись в том, что он способен помочь нам в решении этой задачи, с каждым годом стали расширять показания для его применения. В прошлом году мы обследовали с помощью этого метода всех подростков Рязанской области – около 20 тыс. человек. Реакция на Диаскинтест оказалась положительной примерно у 200 подростков. Из них активный туберкулез с помощью мультиспиральной компьютерной томографии был выявлен у 1 ребенка, а у 12-ти мы нашли посттуберкулезные изменения во внутригрудных лимфатических узлах в виде кальцинатов. К сожалению, аллергодиагностика всех этих пациентов с применением

пробы Манту показала слабоположительные результаты, при которых ребенок не должен направляться на дообследование. Иначе говоря, с помощью туберкулиновой пробы, как, кстати, и с помощью флюорографии, туберкулез у этих детей не был бы выявлен.

Профессор кафедры госпитальной терапии и фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет», главный фтизиопедиатр Дальневосточного федерального округа, Л.Н. МОТАНОВА

Убеждена, что теперь, когда мы будем следовать приказу Минздрава № 951, значительно улучшится выявление и активного туберкулеза, и посттуберкулезных изменений в легких после уже перенесенного заболевания у детей. Начиная с 2009 года в Приморье все шире используется Диаскинтест для обследований детей 1-7 лет в дополнение к основному скрининговому тесту – пробе Манту. Таким образом, мы фактически уже выполняем то положение нового приказа, которое относится к применению аллергена туберкулезного рекомбинантного у детей данной возрастной группы.

На нашей территории распространенность туберкулезной инфекции достаточно высока. Поэтому у детей всех возрастных групп, в том числе и младшего возраста, проба Манту часто оказывается положительной. Мои коллеги уже много говорили о том, как сложно фтизиатрической службе обследовать всех детей, имеющих положительные реакции на пробу Манту и в данном потоке выявить тех, у кого есть истинный риск развития туберкулезной инфекции. Поймите тревогу и сомнения врача, когда он видит ребенка, на здоровье которого мама не предъявляет жалоб, читает «спокойный» анализ крови, видит результаты рентгенологических методов обследования, вплоть до мультиспиральной компьютерной томографии, отрицающие какую-либо патологию легких, и при этом только на основании положительной пробы Манту назначает ребенку превентивное лечение противотуберкулезными препаратами. Понятно, что российским фтизиопедиатам очень хотелось бы, чтобы в нашем арсенале был более надежный, чем туберкулиновая проба, дополнительный критерий, оправдывающий такое назначение и позволяющий убедить маму в необходимости лечить ребенка, которого она считает здоровым.

Другая проблема, с которой мы сталкивались, применяя пробу Манту, связана со снижением доверия со стороны родителей к данному исследованию, а, вслед за этим, к работе всей нашей службы, да и к нашей способности защитить детей от туберкулеза. Из-за этого постоянно увеличивается число отказов родителей и от проведения детям пробы Манту, и от последующего направления детей на дообследование к фтизиатру на основании результатов данной пробы. Основываясь на данных из публикаций в интернете и СМИ, общаясь с другими родителями, мамы и папы приходили к заключению, что проба Манту - недостаточно надежный метод раннего выявления туберкулеза у детей. Региональное управле-

ние Роспотребнадзора критиковало нас за рост отказов родителей от проведения туберкулиновых проб с целью раннего выявления туберкулеза у детей и подростков. Преломить ситуацию и повысить доверие родителей к диагностической работе нам удалось только в 2010-11 годах, когда все более широкое применение Диаскинтеста вместе с пробой Манту вооружило нас надежными критериями отбора детей с риском развития туберкулезной инфекции.

Что же касается применения только Диаскинтеста для раннего выявления, то наш опыт пока невелик. Но результаты пилотных исследований, проведенных в других регионах, убедительно доказывают роль аллергена туберкулезного рекомбинантного как основного скринингового метода ранней иммунодиагностики. Я полагаю, что применяя Диаскинтест у детей 8-17 лет, мы не только сможем повысить выявление малых, клинически невыраженных форм туберкулеза в данной возрастной группе, но и избежим гипердиагностики и необоснованной превентивной терапии противотуберкулезными препаратами здоровых детей. Безусловно, применение Диаскинтеста поможет нам убедить родителей в высокой эффективности современной системы раннего выявления туберкулеза у детей и значительно сократит отказы от дообследования и превентивного лечения противотуберкулезными препаратами детей.

Заведующая детской поликлиникой ГБУЗ ЯО «Областная клиническая противотуберкулезная больница», главный детский фтизиатр департамента здравоохранения и фармации Ярославской области, Л.А. ВАСИЛЬЕВА

По поводу новой схемы иммунодиагностики туберкулеза согласно приказу Минздрава № 951 от 29.12.2014 «Об утверждении методических рекомендаций по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания» я бы хотела высказать общее мнение детских фтизиатров Ярославской области, педиатров, а также руководителей здравоохранения нашего региона. Это правильная, надежно обоснованная и давно ожидаемая реформа, которая не только значительно улучшит качество алергодиагностики этого опаснейшего заболевания, но и сэкономит значительные средства в областном «медицинском бюджете».

В нашей области мы широко применяем Диаскинтест с 2009 г. Уже с первых лет использования этого метода стало складываться впечатление, что он имеет преимущества перед пробой Манту, хотя есть и категории детей, где эти два метода целесообразно комбинировать. В 2012 г. мы решили проверить, насколько обосновано наше мнение. Был проведен двухлетний пилотный проект с участием более 120 тыс. детей и подростков всех возрастов до 18 лет. Мы оценивали не только показатели эффективности, но и безошибочности данных методов.

Анализ этого огромного массива данных показал, что оптимальной схемой иммунодиагностики детей в возрасте 1-7 лет является одномоментное применение Диаскинтеста и пробы Манту как дополнительного метода. А для

детей от 8 до 18 лет, подавляющее большинство из которых уже имеют положительные результаты туберкулиновой пробы, для качественной скрининговой диагностики оказалось вполне достаточно одного Диаскинтеста. Добавление пробы Манту для детей школьного возраста уже не только не повышает эффективность обследований, но и дает множество ложноположительных результатов, на основании которых дети с поствакцинальной аллергией или туберкулезным инфицированием (но не заболеванием туберкулезом) направляются на дообследования или превентивное лечение. Результаты нашего пилотного проекта также показали, что раннее выявление так называемых малых форм туберкулеза, которые в дальнейшем могут привести к заболеванию вторичным туберкулезом уже у взрослых, может успешно проводиться только с помощью Диаскинтеста и мультиспиральной компьютерной томографии. В то же время, если ребенок до 7 лет не был вакцинирован против туберкулеза, то пробу Манту целесообразно использовать для него как индивидуальный метод иммунодиагностики.

Главным недостатком внутрикожной аллергической пробы с туберкулином является то, что по причине буквально лавинообразного увеличения аллегических реакций у детей этот метод сегодня во многом потерял свое значение. Двухнедельная гипоаллергенная диета, назначение антигистаминных препаратов за день до пробы Манту, тщательное обследование, а если нужно и лечение против гельминтов – какие только способы увеличить специфичность этого метода мы не применяли, и все равно нам не удалось существенно уменьшить число «положительных реакций», не имеющих никакого отношения к микобактерии туберкулеза!

Сегодня детская фтизиатрическая служба нашей области полностью готова работать в соответствии с новым приказом Минздрава. Все медицинские работники, которые применяют Диаскинтест, прошли обучение на базе Областной клинической противотуберкулезной больницы, мы регулярно проверяем качество их работы. Благодаря пилотному проекту мы обосновали целесообразность и эффективность использования новой схемы иммунодиагностики именно в нашем регионе. Применение Диаскинтеста поддерживают и родители. Охват данным методом уже сегодня на нашей территории составляет 98% всех случаев аллергодиагностики туберкулеза у детей.

АМИ - Российское агентство медико-социальной информации, Москва (13.04.2015)

Почему не всех радуют успехи отечественного здравоохранения?

14 апреля 2015 года в Ново-Огарево состоялась встреча президента РФ Владимира Путина с главой Министерства здравоохранения Вероникой Скворцовой. По

информации официального портала Президента РФ, министр представила отчет о деятельности федерального ведомства в 2014 году. В докладе речь пошла об актуальной ситуации в сфере здравоохранения, а также о том, какие показатели были достигнуты в различных отраслях медицины, о ценах на лекарства, развитии профилактического направления здравоохранения, медицине в сельской местности и иных не менее важных вопросах.

Встреча президента и министра показала, что ситуация в российском здравоохранении значительно отличается от той, которую пытаются представить некоторые чиновники, занимающие должности в серьезных политических структурах Российской Федерации.

16 апреля в ходе Прямой линии с Владимиром Путиным, он также высказался в поддержку Министерства здравоохранения.

На фоне поддержки главой государства политики, проводимой Министерством здравоохранения, кажутся странными попытки некоторых «доброжелателей» рисовать проводимые ведомством реформы исключительно в черных красках.

Так, в последнее время деятельность Министерства здравоохранения подвергалась активной критике со стороны Общественной палаты, а затем и со стороны Общероссийского народного фронта. Главным критиком от обеих структур выступает Эдуард Гаврилов, директор Фонда независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье», первый заместитель председателя Комиссии по охране здоровья, физической культуре и популяризации здорового образа жизни ОП РФ и член центрального штаба ОНФ.

В своей критике, прозвучавшей со страниц сайта Народного фронта, Гаврилов апеллирует фактами из проверок, проведенных экспертами его фонда. Однако в самих регионах, где прошла данная «независимая» проверка, усомнились в достоверности полученной информации. Так, председатель правительства Ярославской области выразил немалую долю удивления в связи с теми данными, которые были приведены в отчете данной организации. Ростислав Даниленко опроверг данные фонда «Здоровье», апеллируя данными Федеральной службы государственной статистики. Так, недостоверными оказались материалы, приведенные Э. Гавриловым, о росте смертности в Ярославской области. Количественные показатели смертности в этом регионе (традиционно «пожилом») не увеличились, а наоборот сократились в прошедшем 2014 году. По общим данным, летальность в Ярославской области сократилась на 2% относительно 2013 года.

Подобные нападки российская система здравоохранения переживала неоднократно за прошедшие десятилетия, однако тот титанический сдвиг, который произошел в последние годы, был отмечен даже самыми закоренелыми критиками власти. В связи с этим, такие действия представителя общественно-политических структур кажутся несколько несвоевременными, а иска-

жение фактов исследований, используемых для публичных заявлений, становятся тем более удивительными после четкого формулирования позиции В.В. Путина, неоднократно звучавшей на протяжении последних нескольких дней.

По данным министра здравоохранения, представленным президенту, 2014 год ознаменовался тем, что Россия в числе небольшого перечня стран удалось снизить детскую смертность в 3 раза. Также было отмечено, что продолжительность жизни была увеличена, так для женщин она составляет 76,5 лет, а для мужчин пока только 65,3 года, но в ведомстве обещают увеличить и этот показатель в ближайшие годы.

Президент также отметил положительную тенденцию в отношении формирования здорового образа жизни, так, число курильщиков по стране сократилось на 17%. Это произошло во многом благодаря развитию профилактического вектора здравоохранения.

Владимир Путин высоко оценил деятельность Минздрава и в рамках встречи с министром, и в рамках прямой линии, в очередной раз подчеркнув достижения министерства.

Вероятно, отчет, предоставленный президенту, и его позиция по вопросу развития здравоохранения послужит хорошим поводом для недовольных задуматься о развитии конструктивного диалога между чиновниками и общественниками. В настоящий непростой экономический период для страны важно не сбавлять темпы выстраивания эффективного взаимодействия как в сфере здравоохранения, так и в любых других. Борьба же за место потеплее среди бюрократов при помощи подтасовки фактов, является, по меньшей мере, неуместной и не своевременной.

Юрий Назаров

*Regions.ru, Москва
(22.04.2015)*

Лежать или лечиться. Почему болезни сердца и сосудов лидируют в мировом рейтинге заболеваний

Официальные данные свидетельствуют: Россия вошла в число стран, в которых люди стали жить дольше. Но сердечно-сосудистые заболевания как были, так и остались на первом месте среди причин преждевременного ухода из жизни, инвалидности. Хотя немало программ борьбы с этими недугами, хотя постоянно появляется информация о новых открытиях в этой области.

О проблемах лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний за «круглым столом» в редакции «РГ» говорили ведущие медики России: академики главный кардиохирург Минздрава России, директор Научного центра сердечно-сосудистой хирургии имени Бакулева Лео Бокерия и заведующий кафедрой госпитальной те-

рапии Первого Московского медицинского университета имени Сеченова Юрий Беленков, члены-корреспонденты РАН директор Научно-практического центра интервенционной кардиоангиологии департамента здравоохранения Москвы Давид Иоселиани и директор НИИ скорой помощи имени Склифосовского Анзор Хубутия, директор департамента организации медпомощи и санаторно-курортного дела Минздрава России профессор Игорь Никитин.

Выше рост - меньше риск инфаркта?

Недавно обнаружены данные: чем выше человек ростом, тем меньше у него риск развития ишемической болезни сердца. Любопытно? Да. Но не для человека, у которого проблемы с «мотором». Ему помощь нужна, сейчас, немедленно. Так почему болезни сердца и сосудов лидируют в России?

• В России за 8 лет появилось 112 региональных сосудистых центров

Лео Бокерия: Сердечно-сосудистые заболевания на первом месте во всем мире. Это де-факто. Хотя ситуация меняется в лучшую сторону. Несколько лет назад 60-летние пациенты относились к категории пожилых. Сегодня, скажем, из 30 операций с искусственным кровообращением, которые мы делаем в день, примерно 8-9 - тем, кто старше 70 лет. Клиники насыщены современным оборудованием. Появились хорошие центры профилактики и лечения болезней сердца и сосудов. Их стали лучше выявлять. Россияне чаще обращаются к специалистам, чтобы предупредить развитие болезни, чтобы вовремя начать лечиться.

Давид Иоселиани: Да, за минувшие 15 лет в стране изменилась диагностика сердечно-сосудистых заболеваний. Не только в Москве и в больших городах. Но надо быть честными до конца. В последний год обеспечение стало несколько хуже, или оно затягивается. Не знаю, как в других учреждениях, но мы до сих пор не получили финансирование на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). А это основное, за счет чего мы выполняем высокотехнологичные операции. Кончается апрель. И у нас уже четырехмесячная задолженность перед населением.

Пациенту нет дела до того, кто, что и как решает. Ему лечиться надо. Вот проверили первичную участковую терапевтическую службу. Оказывается 40 процентов из тех, кто в ней задействован, понятия не имеют о том, как проводить диспансеризацию. От кого, от чего зависит их грамотность?

Игорь Никитин: Думаю, что от организации медпомощи на месте, от руководства органа исполнительной власти субъекта и руководителя конкретного учреждения. Не думаю, что это зависит от министра здравоохранения. Не должен министр лично контролировать участкового терапевта в поселке, ход диспансеризации в нем. Хотя эти вопросы в минздраве на контроле.

По примеру соседа

Очень хорошо, когда есть вертикаль власти. Но когда эта вертикаль не доходит туда, куда приходит лечиться обычный человек...

• **Ученые:** Храп во сне увеличивает нагрузку на сердце

Юрий Беленков: Примерно 56 процентов заболеваний, смертности на счету сердечно-сосудистых недугов. Так и в Европе, и в Америке. Как снизить количество больных, количество летальных исходов? Необходима государственная программа. Подчеркиваю: государственная! А это и здоровый образ жизни, и ответственность гражданина за свое здоровье. Кардиология как наука началась в 60-е годы прошлого века. Именно в 60-е начали проводить исследования заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых недугов. Тогда на первом месте по летальности была Финляндия.

Почему? Лучше выявляли?

Юрий Беленков: Не только. Просто у угро-финской группы есть особенности метаболизма, особенности генетики. Трудно преодолеть генетику. Но появилась государственная программа Финляндии «Карелия». Она касалась всего - питания, спорта, отношений государства... И у финнов сейчас очень приличные цифры по заболеваемости и смертности. Повторюсь: необходима государственная программа, которая бы касалась не только и даже, может быть, не столько медицинских вопросов, а именно комплексных. В том числе и ответственности самого человека за свое здоровье.

Я ответственна. Но живу, скажем, в Нижегородской области в деревне, где нет ни одной поликлиники, нет даже фельдшерского пункта и нет дороги. Как я буду отвечать за свое здоровье?

Юрий Беленков: Надо правильно выбирать руководителей, которые правят регионом. Часто езжу по стране и знаю: есть районы с очень приличным состоянием медицинской помощи.

Спасает «кардиоактив»

По инициативе Лео Бокерия, создана Лига здоровья нации. Каждый год она формирует теплоход с бригадой ведущих медиков для оказания медицинской помощи детям, живущим далеко от Москвы. Как член Лиги, участвую в этих рейсах. И не понаслышке знаю: даже там, где есть медвузы, проблем выше крыши. Все чаще даже детям помощь оказывается на платной основе. Очень сказывается дефицит кадров.

Игорь Никитин: Отечественная кардиология семимильными шагами прошла путь от того этапа, когда диагноз инфаркта миокарда ставили исключительно по данным кардиограммы - больше ничего не было. Сейчас у нас фактически нет смертности от запущенных пороков сердца. Колоссальный рывок вперед сделала кардиохирургия. Конечно, нужно стремиться к более частому выполнению стентирования, особых видов операций как диагностических, так и лечебных у больных с острым

инфарктом миокарда. Нередко, вы правы, этому мешает кадровый дефицит.

Кто главный в лечении кардиологических заболеваний - терапевт или хирург? Вот хотят ввести семейного доктора. Это нужно?

Игорь Никитин: А почему нет? Если это будет семейный доктор с соответствующей подготовкой и у него будет возможность пообщаться с пациентом не пять минут, а держа его за руку и заглядывая в глаза. Это всегда было достоинством отечественной медицины.

• **Ольга Бокерия:** Муж всегда переживает, если операция не удалась

Юрий Беленков: Пока у нас нет семейного доктора, конечно, должен лечить кардиолог. Не терапевт, не хирург. Кардиолог.

Игорь Никитин: У меня возражение. Мы ведь знаем какие-то общие популяционные риски. Почему об этом не может рассказать терапевт или семейный врач? Например, о характере питания, нагрузках и так далее.

Юрий Беленков: Сейчас в мире сформировался термин «кардиологическая бригада» - «кардиоактив». В нее входит три врача: кардиолог, кардиохирург, эндоваскулярный хирург. И только эта бригада определяет судьбу пациента.

Сообразить на троих и все в порядке?

Юрий Беленков: Примерно так.

А можно сказать нашим читателям, как избежать инфаркта, как не получить ишемическую болезнь?

Юрий Беленков: Только одним путем. Каждый 45-летний мужчина должен прийти к кардиологу. Просто прийти и сказать: «Юрий Никитич, вот у меня дед умер от инфаркта, отец умер от инфаркта. Мне сейчас 45 лет. Что делать?».

В центре здоровья за 15 минут можно пройти обследование и получить рекомендации. Но это не работает

А если у него в роду никто не умер от инфаркта? А ему 45 лет?

Юрий Беленков: Все равно нужно прийти. Женщине после 50 лет прийти к кардиологу и хотя бы проверить холестерин, артериальное давление, частоту пульса, уровень глюкозы.

О сосудистых центрах

За последние 8 лет в России создано 112 региональных сосудистых центров, 348 первичных сосудистых отделений в 80 субъектах РФ. Они себя оправдывают? Один из крупнейших в НИИ скорой помощи имени Склифосовского...

Анзор Хубутия: В наш сосудистый центр включены кардиологические отделения, отделения неврологии, нейрохирургии. И, конечно же, ангиографические отделения. Больные, попадающие очень часто к нам с подозрением на инсульт, оказывается, больны инфарктом. И когда это скооперировали в многопрофильном лечебном учреждении, смертность значительно снизилась. Больных с подозрением на инфаркт, «скорая» привозит в

центр за 20-25 минут. Больной сразу попадает на ангиографический стол. Таких установок у нас три. Больной не ждет свою очередь. Нет такого: что один уже лежит, а второй долго ждет своей очереди. За это время может сформироваться инфаркт. Без промедления решается вопрос и о диагностике и о тактике лечения. Такое «специализированное мнение» определяет, какую оказать помощь. Сосудистые центры целесообразны только на базе многопрофильных стационаров, там, где есть все нужные подразделения. В Москве более 20 сосудистых центров. Помощь в них оказывается круглосуточно. И в столице смертность от инфаркта значительно снизилась.

• **Баграт Алесян:** Нет большей загадки, чем инфаркт миокарда

Но Москва - это не вся Россия...

Игорь Никитин: Во всех 85 субъектах закончено формирование трехуровневой системы оказания помощи сосудистым больным, из расчета один центр на 500 тысяч населения.

Где ситуация лучше всего?

Игорь Никитин: В Краснодарском, Красноярском краях, в Кемерово, Перми, Новосибирске, Санкт-Петербурге, Калуге, Тюмени. Главное, чтобы эта помощь была круглосуточной и доступной. Так было не везде.

Раньше пациент с инфарктом должен был лежать на спине долго, нудно и т.д. Теперь определены какие-то сроки его пребывания на койке? Если вы видите, что человека еще нельзя выписывать, вы можете еще его держать без скандала? Никто не будет на вас давить?

Давид Иоселиани: Сроки зависят от метода лечения. Больной находится в стационаре по медицинским показаниям. И никто не давит. Это раньше мы должны были обязательно продержаться какой-то срок, чтобы получить за этого больного деньги. Я вылечил его, скажем, я знаю, что через три-четыре дня его можно отпускать. Ну, не домой, наверное, а на реабилитацию. Но я не мог этого сделать, потому что был срок: держать до 10-11 дней. И я его держал. Сейчас этого, слава Богу, нет. Если больной осложнен течением, конечно, он должен лежать дольше. И лежит столько, сколько нужно.

А потом выписывается. Куда? Ему же требуется реабилитация.

Игорь Никитин: Ранняя реабилитация начинается для этих больных уже в отделении реанимации. Потом в реабилитационное учреждение - на второй этап реабилитации. Для этого фактически в каждом субъекте РФ создан или реабилитационный центр, или реабилитационное отделение.

Юрий Беленков: Сейчас в Сеченовском медвузе для этого выделен отдельный корпус.

Давид Иоселиани: У нас в подмосковном Быкове уже 15 лет есть единственное в Москве реабилитационное отделение для кардиобольных.

Вам повезло.

Давид Иоселиани: Не повезло. Мы добились этого: так просто с неба ничего не падает.

А почему надо добиваться?

Давид Иоселиани: К сожалению, у нас в стране надо добиваться.

Сколько в центрах и в часах

Лео Бокерия: У нас в Бакулевском построен первый в мире реабилитационный центр для пациентов с врожденными пороками сердца. Но пока он не запущен. Почему? Маленькая девочка - это из жизни - бегаёт и все время у отца спрашивает: «почему?», «почему?» Он отвечает, отвечает, потом ему не до нее, и он говорит ей: «Потому что». И она говорит: «А-а!» И уходит. Примерно то же самое и у нас. К сожалению, не тиражируется или плохо тиражируется опыт передовых клиник.

Почему, скажем, пресса, общественность не отслеживают потрясающие начинания, которые завершились созданием в стране 500 центров здоровья для взрослых и 500 центров здоровья для детей. Почему нужны такие центры для взрослых? Да потому что многие боятся идти в поликлинику. Такой менталитет у человека: у любого - американца, индонезийца, кого хотите. Он боится идти к врачу. Скажем, вот он пришел, говорит: «Я хочу заниматься спортом». А ему в ответ: «Принесите справку» и... В центре здоровья в течение 15 минут можно пройти обследование по семи главным показателям. Все. И человеку дадут четкий ответ, рекомендации. Все продумано, сделано. Но я не вижу, чтобы это работало. Да и прекрасно оснащенные сосудистые центры многие стоят без дела: не обеспечены кадрами, не обеспечены материально.

• **Сергей Готье:** За прошлый год мы провели 102 трансплантации сердца

Мы не занимаемся подготовкой кадров, повышением квалификации. Я миллион раз говорю об этом. Каждый американский врач, сколько бы ему лет ни было, пока он не ушел на пенсию, должен иметь в своей книжечке, которую он сам ведет, 500 часов непрерывного образования ежегодно. Ежегодно! Знаете, как это делается? Он посещает конференцию - и записывает себе два часа. Он пишет статью - примерно известно, сколько часов на это тратится. Он делает доклад - и это известно. И никто его не проверяет, кроме того, когда он раз в три года попадает на комиссию. Он показывает свою книжечку учета. И если у него там есть, что называется, «сокрытие», он может лишиться диплома. Поэтому и учет он ведет очень пунктуально.

В чем наша беда? У нас нет такого «зуда», что вот обязательно должно быть 500 часов непрерывного образования. Хорошие начинания не доводим до конца. Поэтому в Год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями надо обратить внимание на то, как тиражировать тот огромный опыт, который есть в стране. Ведь это нонсенс, когда вывозят из Москвы, например, в Берлин на лечение наших детей. Вывозят в центр, где в год проводится 200 операций на сердце. В Бакулевском - 3500. Кому об этом сказать? Американцу? Со смеху подойдет. Индустрия же

существует! Вывозим на лечение за рубеж, хотя можем лечить сами.

Или. Сообщаем о том, что наконец-то впервые проведена новая операция. Не ведая о том, что ее впервые сделали 30-40 лет назад, что она на потоке. Еще пример. В аэропорту Шереметьево внезапно умер пациент. Кто в этом виноват? Минздрав? Да ни в коем случае! Виновато руководство аэропорта, не создавшее условия для оказания первой помощи. А сколько людей в магазинах падают, теряют сознание?... Если б в течение первой минуты человека дефибриллировали, то 100 процентов выживает. Через 3 минуты - уже выживает только 58 процентов. Известная статистика. Где бы я ни говорил на эту тему, все принимается на «ура», а дальше - тишина.

Проконтролируйте в течение месяца супермаркеты, где бывает в день до 100 тысяч человек, аэропорты... И закроется тема. Мы должны взять ответственность на себя. Понятно, есть перекосы, одни получают больше денег, другие получают меньше. И так далее. Но линия государственная состоит в том, чтобы здравоохранение развивалось. Развивалось по пути специализированной помощи. Это надо понять. Люди не умирают от простуды. Люди умирают от инфаркта, от инсульта, от рака... И для того, чтобы люди случайно не умирали, нам нужно сделать какие-то простые вещи.

• Кардиолог Давид Иоселиани: Ужасы войны сердцу противопоказаны

Юрий Беленков: Хотел бы поддержать Лео Антоновича в вопросе подготовки кадров. Во всем мире за это отвечает профессиональное сообщество. Общество кардиологов, сердечно-сосудистых хирургов. То есть коллеги определяют, выдавать лицензию или отбирать. Если, скажем, спросить министра здравоохранения США, почему плохо лицензируются врачи в Калифорнии, он будет долго хлопать глазами, удивленно смотреть на вас, потому что не он это делает. Это дело медицинского сообщества.

Игорь Никитин: С 1 января 2016 года это будет введено в российскую практику. Профессиональные сообщества станут решать: допускать человека к работе или нет. Причем будут процессы как первичной аккредитации, так и реаккредитации уже работающих специалистов. Это будет норма закона.

Лео Бокерия: Сейчас создаются национальные научно-практические центры, фактически, корпорации. В частности, Институт педиатрии, Институт нейрохирургии, Онкоцентр и наш центр - это корпорация, которая отвечает за лицензирование, за подготовку кадров, за распределение потоков больных, методическое руководство по регионам и так далее.

Поменять идеологию, полюбить себя

Что еще нужно сделать, чтобы было меньше сердечно-сосудистых заболеваний?

Давид Иоселиани: Полноценно финансировать здравоохранение. Тогда будет все хорошо.

Ваши основные претензии населению. Что мы делаем не так? Почему сами себе создаем риски?

Давид Иоселиани: Главное, безобразно относимся к своему здоровью. Это традиционно. Хотя с 90-х годов стали больше обращать на себя внимания. И знаете почему? Потому что больше ответственности, прежде всего, к работе. Раньше взял больничный, не взял больничный, получаешь те же деньги. А когда бизнес начал развиваться, люди занялись собой, чтобы быть здоровыми, чтобы ходить на работу. И тем не менее.... Мы всегда, если что-то не так, начинаем советоваться, звонить тому, сему, даже когда инфаркт. Это в немалой степени продиктовано недоверием к врачам: они и безобразные, они и взяточники... Не замечаем, не признаем, что не они, а настоящие специалисты, самоотверженные труженики делают погоду в охране здоровья. Надо менять идеологию, менять и отношение к здравоохранению. Дороже здоровья ничего нет. И пока мы этого не осознаем на личном, на государственном уровне, ситуация, в том числе с болезнями сердца и сосудов, не изменится.

Давление в норме?

По просьбе читателей, совет от мэтров отечественной кардиологии: какой уровень артериального давления считается нормальным?

Юрий Беленков: Сообщество специалистов нормальным признает давление ниже, чем 140 на 80.

• **Академик РАН Юрий Белов:** Робот готов заменить врача даже в операционной

Как-то уж так принято: гипотония - ладно. Лишь бы не гипертония. Вы как считаете?

Юрий Беленков: Голова болит и при гипотонии. Более того, у нас очень хороший арсенал препаратов, снижающих давление. А вот повысить его не просто.

Игорь Никитин: Гипотония может быть симптомом другого серьезного заболевания.

Юрий Беленков: Например, если женщина гипотоник, у нее всю жизнь давление 90 на 60. И когда она приходит ко мне с давлением 120 на 80 и у нее болит голова, то для нее это гипертония. Помимо общих статистических выкладок, необходим очень индивидуальный подход к пациенту. Гипертонический криз, даже инсульт может быть при давлении в 130.

Давид Иоселиани: А 140 - это предел. Дальше не надо пускать. Принимайте лекарство, чтобы оно не вышло.

*Текст: Ирина Краснопольская
Российская Газета (Федеральный выпуск) №6657 от
(23.04.2015)*

«Болезни редкие, но больных ими много»

Как в России обстоят дела с генетической диагностикой? Рассказывает замдиректора Медико-генетического научного центра РАМН Вера Ижевская

Что россияне сейчас могут узнать о своих генах и как распоряжаться такими знаниями? «Огонек» поговорил с замдиректора Медико-генетического научного центра РАМН Верой Ижевской

— *Новые виды генетических тестов появляются постоянно, реклама убеждает, что без них уже не обойтись. Каким образом регламентируются подобные предложения?*

— В США и Европе генетическое тестирование в медицинской практике четко регламентировано: тесты должны отвечать критериям клинической полезности, выполняться квалифицированным персоналом, лаборатории должны обеспечивать контроль оценки качества тестирования. В США разрешение на все виды таких тестов выдает FDA (Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов при Минздраве США). В Европе ситуацию регламентирует ряд международных документов (например, Конвенция о правах человека и био-медицине с дополнительными протоколами), в ряде стран приняты законы о генетическом тестировании.

Такая регламентация необходима. Во-первых, она защищает право каждого на получение качественной медико-генетической помощи. Во-вторых, гарантирует тайну генетической информации, что личная генетическая информация будет использована только для пользы пациента, а не во вред ему и не попадет в третьи руки. По принятым за рубежом нормам до теста врач-генетик должен дать полную и непредвзятую информацию о заболевании, на которое проводится тестирование, о возможностях и ограничениях теста, о пользе и рисках, чтобы пациент мог принять информированное решение о том, пройти тест или отказаться. Сообщение результатов теста также должно сопровождаться соответствующей консультацией. В России генетическое тестирование фактически никак не регламентировано.

— *А какие исследования генов доступны в России?*

— Начну с того, что генетическое тестирование наиболее эффективно при наследственных болезнях. Оно помогает врачу поставить точный диагноз, выявить в семье носителей мутантного гена, провести дородовую диагностику. В России есть учреждения, которые проводят ДНК-диагностику наследственных болезней, крупнейшее из них — наш Медико-генетический научный центр, где с молекулярно-генетическими методами диагностируются свыше 400 редких наследственных заболеваний. ДНК-диагностику наследственных болезней проводят также в других научных центрах — в Москве, Санкт-Петербурге, Томске, Уфе, Новосибирске, Якутске. Такие исследования, правда, в ограниченном объеме, проводят в некоторых региональных медико-генетических консультациях. Вообще же, генетическое тестирование стало шире применяться в разных областях медицины. К примеру, известно, что 5-10 процентов рака молочной железы развивается из-за мутаций, чаще всего в генах BRCA1 и BRCA2. Знать, является ли человек носителем такой мутации, полезно для выбора профилактических мер.

— *Я правильно понимаю, что все такие исследования можно делать лишь за свой счет и это дорого?*

— С 2015 года финансирование медико-генетического консультирования и проведения генетических тестов в федеральных учреждениях из бюджетных источников прекратилось. Однако в России в большинстве регионов генетические тесты не оплачиваются системой ОМС. Некоторые регионы находят возможность оплатить обследование своих пациентов, иногда обследование финансируют благотворительные фонды, но в большинстве случаев пациенты вынуждены оплачивать тестирование в федеральных центрах из своих средств. Научные институты какую-то часть пациентов обследуют при выполнении научных исследований, но это не покрывает потребности населения в тестировании.

— *А какого рода генетические тесты нам оплачивает государство?*

— Из программ массового генетического тестирования бюджеты регионов финансируют скрининг новорожденных детей и беременных женщин. Все новорожденные обследуются на пять заболеваний: фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз, муковисцидоз, аденогитальный синдром и галактоземию. Почему именно эти болезни? При раннем выявлении, когда симптомы заболевания еще не появились, его можно эффективно лечить. Например, при раннем выявлении и соблюдении рекомендаций врача дети, больные фенилкетонурией, ничем не отличаются от здоровых детей, тогда как без лечения у них развилась бы тяжелая умственная отсталость. Такие программы есть во всех развитых странах, различается количество заболеваний, на которые проводится скрининг.

Скрининг беременных проводится для выявления тех, у кого повышен риск хромосомных болезней (таких, как, например, синдром Дауна) или пороков развития плода. Женщины, попавшие в группу риска, проходят дополнительное обследование, чтобы получить информацию о состоянии здоровья плода и принять какие-то меры. Если порок развития подвергается коррекции, то после рождения ребенок попадает в руки специалистов соответствующего профиля. Если заболевание не лечится, семья может принять решение о прерывании беременности.

— *Насколько вообще распространены генетические патологии?*

— Большинство наследственных болезней редкие в общепринятом понимании. Однако сегодня таких болезней известно более 5 тысяч и суммарно доля больных довольно высока. Наследственные болезни могут встретиться в практике врача любой специальности: педиатра, невролога, офтальмолога... К сожалению, уделяется недостаточно внимания обучению врачей медицинской генетике, поэтому нередко клинический диагноз наследственной болезни ставится поздно. Прежде чем попасть к генетику, человек может пройти разных специалистов.

— *А какой смысл делать дорогостоящий тест, если ген мы все равно пока «починить» не можем?*

— Во многих случаях генетическое тестирование позволяет поставить правильный диагноз, а это необходимый этап для выбора правильной тактики лечения. Появились эффективные препараты для лечения ряда наследственных болезней, причем эффективность лечения прямо зависит от срока постановки диагноза: лечение надо начинать как можно раньше, пока не произошли необратимые изменения органов. И генетическое тестирование в этих случаях необходимо.

Важно генетическое тестирование и для прогноза здоровья будущего потомства: точный диагноз наследственного заболевания позволяет определить тип его наследования, вероятность родить больного ребенка в этой семье, провести дородовую диагностику болезни.

— *Сегодня за 15 тысяч рублей в Москве можно получить «расшифровку своего генотипа» и узнать предрасположенность к целому набору заболеваний, включая рак, диабет, гипертонию и так далее. Имеет ли смысл проходить тесты?*

— Дело в том, что в отличие от заболеваний, вызванных дефектом одного гена, перечисленные заболевания — многофакторные, для их развития нужна неблагоприятная комбинация нормальных вариантов генов в сочетании с воздействием неблагоприятных факторов внешней среды. Вклад генетических факторов в развитие частных заболеваний — предмет многих научных исследований и за рубежом, и у нас в стране. Однако тесты для этих заболеваний, широко используемые в научных исследованиях, на сегодня не отвечают критериям «клинической полезности» по чувствительности, специфичности, прогностической значимости и в развитых странах не рекомендованы к клиническому применению. Часто анализ родословной — заболеваний, которыми болели родственники — дает столько же информации, как и генетический тест.

Записала Дина Юсупова

Огонек, Москва
(27.04.2015)

Александр Баранов: «Пока в СМИ «крулят» антивакцинальщики, население России, в том числе детское, будет продолжать умирать от вполне предотвратимых инфекционных болезней»

Директор Научного центра здоровья детей, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, председатель исполкома Союза педиатров России Александр Баранов ответил на вопросы РИА АМИ и рассказал о вакцинопрофилактике, ее истории и перспективах.

В апреле во всем мире проводилась Неделя иммунизации, что говорит об особом внимании к теме вакцинопрофилактики. Чем человечество обязано прививкам? Какие инфекции удалось победить? Повлияли ли прививки на увеличение продолжительности жизни?

Во всем мире общепризнана эффективность вакцинации. В области охраны здоровья нет ни одной другой программы, которая дала бы такие грандиозные результаты. Можно сказать, что в течение жизни одного поколения ликвидированы или сведены к минимуму более десятка тяжелых инфекционных заболеваний, наносивших значимый урон. В течение последних 10 лет был достигнут значительный прогресс в области разработки и внедрения новых вакцин и расширения охвата программами иммунизации. Благодаря прививочным программам появилась возможность с достаточной долей успеха контролировать наиболее тяжелые и угрожающие жизни инфекционные заболевания. По данным Всемирной организации здравоохранения, число случаев смерти от управляемых инфекций (дифтерия, корь, неонатальный столбняк, коклюш, полиомиелит) за последнее десятилетие снизилось в мире с 0,9 млн до 0,4 млн в год. Однако любые успехи вакцинации, означающие существенное снижение инфекционной заболеваемости, неминуемо ведут к позиции антивакцинальщиков, которые начинают убеждать общество, что заразные болезни исчезли, а потому профилировать их вроде уже и смысла нет.

Результат деятельности антивакцинальной кампании и сложная социально-экономическая ситуация в стране привели в 90-х годах к вспышкам всех вакциноуправляемых инфекций, и напротив, последующее усиление контроля за инфекционными болезнями в значительной мере исправило ситуацию. Так, в начале 90-х годов заболеваемость туберкулезом возросла до 100-299 случаев на 100 тыс. населения, на сегодняшний день она составляет 56 случаев на 100 тыс. В 1995 г. заболеваемость дифтерией была на уровне 26,8 на 100 тыс., в 2012 г. — 0,0035 на 100 тыс. Распространенность вирусного гепатита В составляла 42,5 на 100 тыс., к 2012 г. она снизилась до 1,42 на 100 тыс. населения. Частота коклюша в 1994 г. была 32,9, в 2012 г. — 5,05 на 100 тыс. Распространенность кори в 1993 г. составляла 50,3, а в 2012 г. — 14,7 на 100 тыс. населения. Вот таковы конкретные результаты вакцинации. С этим невозможно спорить. Но эти успехи заставляют не очень образованных людей вновь поверить в миф о том, что вакцинация уже не нужна...

Напомним также, что вакцинопрофилактика инфекционных заболеваний в современном мире занимает важное место в вопросах увеличения продолжительности и качества жизни, сохранения трудоспособности населения и в целом здоровья нации. В продолжение существующей программы выдвинут глобальный план действий в отношении вакцин, который был утвержден 194 государствами-членами Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2012 года для претворения в жизнь концепции Десятилетия вакцин за счет обеспечения всеобщего доступа к иммунизации. Основной задачей является улучшение здоровья благодаря распространению к 2020 году и в последующий период всесторонних преимуществ от иммунизации на всех людей, независимо от того, где они родились, кто они такие и где живут.

Активное внедрение иммунопрофилактики к концу десятилетия может предотвратить от 24,6 до 25,8 миллионов случаев смертей в мире, а также сократить смертность детей в возрасте до 5 лет на две трети.

Возможна ли альтернатива вакцинации?

Инфекционные болезни преследовали человека на протяжении всей его истории. Известно множество примеров опустошительных последствий оспы, чумы, холеры, тифа, дизентерии, кори, гриппа. Упадок античного мира связан не столько с войнами, сколько с чудовищными эпидемиями чумы, уничтожившими большую часть населения. В XIV веке чума погубила треть населения Европы. Из-за эпидемии натуральной оспы через 15 лет после нашествия Кортеса от тридцатимиллионной империи инков осталось менее 3 миллионов человек. В 1918-1920 годах пандемия гриппа (так называемой «испанки») унесла жизни около 40 миллионов человек, а число заболевших перевалило за 500 миллионов. Это почти в пять раз больше, чем потери во время Первой мировой войны.

Известно, что организм человека может приобрести устойчивость к инфекционным заболеваниям (иммунитет) двумя путями. Первый путь — переболеть самостоятельно, при котором в организме вырабатываются защитные антитела, которые в дальнейшем будут оберегать его от этой инфекции. При этом пути существует высокий риск опасных осложнений, вплоть до инвалидности и смерти. Например, возбудитель, вызывающий столбняк, выделяет в организме больного самый сильный на планете столбнячный токсин, который воздействует на нервную систему человека, вызывая судороги и остановку дыхания (апноэ). По статистике, каждый четвертый, заболевший столбняком, умирает. По данным ученых, изучающих последствия заболевания корью, такие грозные осложнения, как коревой энцефалит и судорожный синдром, возникают у 2-6 детей на каждую тысячу заразившихся. Коревая пневмония, от которой дети также нередко умирают, регистрируется еще чаще — у 5-6% заболевших. Второй путь — вакцинация. В этом случае в организм вводятся ослабленные микроорганизмы или их отдельные компоненты, которые стимулируют иммунный защитный ответ. При этом человек приобретает факторы защиты от тех заболеваний, от которых привился, не болея самим заболеванием.

В 1996 году мир отметил 200-летие первой вакцинации, произведенной в 1796 году английским врачом Эдвардом Дженнером. Почти 30 лет Дженнер посвятил наблюдению и изучению такого явления: люди, переболев «коровьей оспой», не заражались натуральной оспой человека. Взяв содержимое из образовавшихся везикул-пузырьков на пальцах доильщиц коров, Дженнер ввел его восьмилетнему мальчику и своему сыну (последний факт малоизвестен даже специалистам). Спустя полтора месяца заразил их натуральной оспой. Дети не заболели. Этим историческим моментом датируется начало вакцинации — прививок с помощью вакцины.

Дальнейшее развитие иммунологии и вакцинопро-

филактики связано с именем французского ученого Луи Пастера. Он первым доказал, что болезни, которые теперь называют инфекционными, могут возникать только в результате проникновения в организм микробов из внешней среды. Это гениальное открытие легло в основу принципов асептики и антисептики, дав новый виток развитию хирургии, акушерства и медицины в целом. Благодаря его исследованиям были не только открыты возбудители инфекционных заболеваний, но и найдены эффективные способы борьбы с ними. Пастер открыл, что введение в организм ослабленных или убитых возбудителей болезней способно защитить от реального заболевания. Им были разработаны и стали успешно применяться вакцины против сибирской язвы, куриной холеры, бешенства. Особенно важно отметить, что бешенство — заболевание со 100%-процентным смертельным исходом, и единственным способом сохранить человеку жизнь со времен Пастера была и остается экстренная вакцинация. Луи Пастером была создана мировая научная школа микробиологов, многие из его учеников впоследствии стали крупнейшими учеными. Им принадлежат 8 Нобелевских премий.

В XX веке были разработаны и стали успешно применяться прививки против полиомиелита, гепатита, дифтерии, кори, паротита (свинки), краснухи, туберкулеза, гриппа. Необоснованная критика вакцинации в Российской прессе в начале 90-х годов была вызвана стремлением к раздуванию сенсаций из отдельных и не всегда доказанных случаев осложнений после введения вакцин (так называемых поствакцинальных осложнений). Врачам известно, что побочные действия свойственны всем лекарственным препаратам, в том числе и вакцинам. Однако риск получить реакцию на прививку не идет ни в какое сравнение с риском осложнений от инфекционных болезней у непривитых детей. Кроме того, многие из так называемых поствакцинальных осложнений имеют с прививкой связь временную, а не причинно-значимую. Поэтому, на данный момент не вызывает сомнения тот факт, что именно вакцинация — это самое эффективное и экономически выгодное средство защиты против инфекционных болезней, известное современной медицине.

Союз педиатров, который Вы возглавляете, ратовал за включение в Национальный календарь вакцины против пневмококка. Наконец-то это произошло: с конца прошлого года дети получают прививку. Можно ли подвести предварительные итоги этой кампании?

На сегодняшний день пневмококковая инфекция признается самой опасной в мире из всех предупреждаемых вакцинопрофилактикой инфекций. Она ежегодно приводит к смерти 1,6 млн человек, из которых от 0,7 до 1 млн дети, что составляет 40% смертности детей первых 5 лет жизни. По данным Минздрава России, пневмококковыми отитами ежегодно заболевают более 700 тысяч детей, еще около 39 тысяч детей переносят пневмококковую пневмонию, более 3 тысяч детей страдают пневмококковым сепсисом. Крайне опасен пневмококковый

менингит, частота летальных исходов которого составляет в России от 20 до 40% и превышает аналогичные показатели по менингитам другой этиологии. Ведущим направлением предупреждения инфекций, вызываемых устойчивыми к антибиотикам пневмококками, признана вакцинация. Рациональная антибиотикотерапия в комбинации с универсальной вакцинацией препятствуют распространению антибиотико-резистентных штаммов пневмококка и, соответственно, наиболее тяжелых клинических форм.

Глобальные итоги кампании подводить рано, но уже сегодня мы можем сказать, что в период неблагоприятной эпидемиологической обстановки в отношении гриппа вакцинация против пневмококковой инфекции приводит к снижению частоты фебрильных эпизодов у детей в возрасте до 3 лет на 25%. Что касается развития инвазивных форм пневмококковой инфекции, то их частота уменьшилась в 4 раза. Мы имеем подтверждение безопасности и эффективности пневмококковых вакцин, ВОЗ и ЮНИСЕФ подтверждают необходимость включения этих вакцин для детей в национальные программы иммунизации. При этом обращается внимание, что максимальный защитный эффект достигается при рутинной вакцинации всех детей до двух лет, а не только групп риска.

Какие еще прививки стоит включить в наш Национальный календарь?

В настоящее время Национальный календарь профилактических прививок включает вакцинацию против 12 инфекций. Однако медицина имеет в своем арсенале еще несколько современных и эффективных вакцин против распространенных и тяжелых детских инфекций. В частности, одну из лидирующих позиций в списке смертности детей от инфекционных заболеваний, которые можно предотвратить с помощью вакцинации, занимает ротавирусная инфекция. Заболевание, в просторечье называемое «кишечный грипп», которым в осенне-зимний сезон болеют целыми семьями, а некоторые и летом на морских курортах, наиболее тяжело переносят грудные дети. Повторяющаяся рвота и жидкий стул до 20 раз в сутки, сопровождающиеся высокой лихорадкой, – все это опасно быстрой потерей жидкости организмом ребенка и развитием тяжелого состояния обезвоживания. Существующая вакцина от ротавирусной инфекции способна полностью предотвратить тяжелые вирусные диареи у грудничков, дается через рот, удобно дозируется в виде суспензии с приятным ванильным вкусом.

Хотя мы и привыкли считать ветряную оспу легкой инфекцией, следует помнить, что заболевание может протекать в тяжелой форме даже у здоровых детей с длительной высокой температурой и изнуряющим зудом. Осложнения от ветряной оспы не так уж редки, начиная от банальных рубцов на коже до пневмонии и острой церебральной атаксии, проявляющейся внезапной потерей координации. После того как США ввели обязательную прививку от ветряной оспы, количество таких случаев снизилось во всех возрастных группах. Особенно со-

кратилась частота тяжелых, требующих госпитализации случаев, болезни с осложнениями.

Серьезную проблему в настоящее время представляют и коклюш. Особенно восприимчивы к этой инфекции младшие школьники и подростки, которые утратили иммунитет после очередной ревакцинации АКДС, выполняемой в 1,5-годовалом возрасте. Мучительный кашель может продолжаться целый месяц, при этом ребенок становится источником опасности для непривитых грудничков, для которых коклюш – смертельно опасен. Именно поэтому в развитых странах уже давно проводится дополнительная ревакцинация коклюша перед школой и в подростковом возрасте.

Папилломавирусная инфекция. Созданная в начале XXI века вакцина против папилломавирусной инфекции призвана предупреждать рак шейки матки у девушек и другие раки аногенитальной области у женщин и мужчин. Особенно важно своевременность ее назначения. Важно, чтобы девушка получила полный курс вакцинации против ВПЧ до первого полового контакта. Девочки в раннем подростковом возрасте более восприимчивы к папилломавирусной инфекции в сравнении с женщинами старшего возраста вследствие своеобразного строения клеток слизистой этой части матки. Кроме того, по данным научных наблюдений, иммунный ответ на вакцинацию против вируса папилломы человека наиболее эффективен у девочек до 15-летнего возраста. На данный момент уже в 35 государствах мира вакцинация против папилломавирусной инфекции включена в Национальные календари иммунизации, причем во многих – сразу для подростков обоих полов.

Вакцина, которую производили в нашей стране (тогда еще в СССР), спасла мир от полиомиелита. Научные разработки каких препаратов ведутся у нас сейчас?

В нашей стране ведется широкомасштабная работа по созданию и разработке отечественных вакцин. В ЦНИИ туберкулеза РАМН совместно с НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Н.Ф. Гамалеи в процессе создания субъединичная генно-инженерная БЦЖ-вакцина, которая обеспечит более длительный иммунитет от туберкулеза. Актуальным направлением на сегодняшний день являются разработки по созданию вакцины против ВИЧ, которая ведется по двум направлениям: терапевтическому и профилактическому. Терапевтическая вакцина предназначена для инфицированных людей: она усиливает иммунную систему заболевшего и позволяет сделать необходимые перерывы в лечении химическими препаратами, но при этом не потерять результаты лечения против ВИЧ-инфекции. Ведется интенсивная работа по разработке трех вакцин против вируса Эбола (в ближайшее время планируется проведение испытания на приматах). В Санкт-Петербурге планируется открыть новый Центр по разработке и производству иммунобиологических препаратов и вакцин, основной упор в работе центра будет сделан на создание новых противогриппозных вакцин. В России ведутся исследования по созданию комбиниро-

ванных вакцин против кори, краснухи, паротита, а также по созданию бессклеточной вакцины против коклюша. Возможно, в ближайшие 5-10 лет отечественные вакцины полностью вытеснят с рынка зарубежные аналоги.

Сейчас у вакцинации появились противники. Как вы думаете, антивакцинальное лобби – это проявление невежества или спланированная акция?

Противники вакцинации появились, пожалуй, одновременно с самой вакцинацией. В 1768 году, когда императрица Екатерина Великая решила привить себя, своего сына и подданных от черной оспы, в окружении ее были и сторонники, и противники этой процедуры. И в дальнейшем, с развитием иммунопрофилактики человечество все еще сотрясает споры о том, надо или не надо вакцинироваться. Современные лидеры антивакцинального лобби, к сожалению, имеют практически неограниченный доступ к средствам массовой информации, дезинформируя огромное количество людей, запугивая их, лишая возможности подумать и самостоятельно принять решение о том, делать прививки ребенку или нет. В самом деле, часто используются самые бездоказательные примеры якобы осложнений после вакцинации, поданные под таким углом, что человек несведущий (не будем говорить «невежественный») испытывает колоссальный ужас и отказывается в дальнейшем от вакцинации. Трудно обвинять этого конкретного, запуганного и обманутого родителя! Но с теми, кто инициирует эту кампанию по отказу от профилактических прививок, кто обогащается, оболванивая население (не забудьте, «горячие» телеэфиры, скандальные публикации в «желтой» прессе приносят неплохие дивиденды!), с теми необходимо бороться всеми доступными методами. И это не только ответные шаги с использованием СМИ и интернета, надо менять правовую базу, определяя меру ответственности за распространение дезинформации, необоснованные медицинские отводы от прививок, за неоказание медицинской помощи.

По опыту отделения вакцинопрофилактики детей с отклонениями в состоянии здоровья Научного центра здоровья детей могу сообщить следующее: за 5 лет с 2010-го по 2014 год у нас было сделано более 70 тысяч вакцинаций. Осложнений не было. Поэтому у нас не уменьшается поток пациентов. Даже сомневающиеся родители в конце концов делают своим детям все необходимые прививки, а потом приводят к нам своих друзей и родственников. При этом в нашем Центре ведется большая просветительская работа с пациентами, они действительно имеют возможность задать «любые вопросы и на все вопросы получить исчерпывающие ответы».

Достоверная информация – вот главное оружие борьбы против антивакцинального лобби. Информированность населения – вот главная прививка от средневекового мракобесия и истерии антипрививочников.

Какова, на Ваш взгляд, роль СМИ в пропаганде вакцинопрофилактики и здорового образа жизни? Чем СМИ могут помочь нашим врачам в этом направлении?

Пропаганда здорового образа жизни (ЗОЖ) является одной из основных задач медицинских работников в деле укрепления здоровья населения. В настоящее время в этом направлении акцент делается на понимании людьми важности ЗОЖ. Никакие энергичные усилия врачей и медицинских работников не могут гарантировать нам здоровья. Наше здоровье и благополучие в наших руках. Поэтому не случайно помощь в развитии личных навыков является одним из главных направлений деятельности по укреплению здоровья (Оттавская хартия ВОЗ, 1986 г.).

Медицинские работники должны предоставлять максимально полную информацию о различных аспектах здоровья, помогать людям в формировании ответственного и позитивного отношения к своему здоровью, менять не всегда здоровые привычки детей и их родителей, и таким образом содействовать развитию навыков ЗОЖ. В профилактической деятельности хотелось привлечь внимание к двум направлениям – формированию здорового образа жизни и вакцинопрофилактике. Необходимо продолжение работы по совершенствованию системы вакцинопрофилактики инфекционных болезней у детей с учетом необходимости дальнейшего расширения Национального календаря прививок: включения вакцинации против ротавирусной и папилломавирусной инфекций; перехода при проведении профилактических прививок на использование современных вакцин, позволяющих значительно повысить эффективность вакцинации.

В деле популяризации вакцинации как самой действенной и эффективной профилактической технологии роль средств массовой информации трудно переоценить. В то же время, ряд СМИ позволяют себе некомпетентные и безграмотные выпады по поводу «вреда» вакцинопрофилактики. В этой связи большое возмущение и непонимание у педиатров и педиатрического профессионального сообщества вызвала проведенная 22 апреля по 1-му каналу телевидения передача «Время покажет». Основной блок передачи ведущий Петр Толстой посвятил вреду вакцинации. Представленный спектакль следует расценивать как проявление невежества и мракобесия ведущего, способного оказать пагубное влияние на состояние здоровья детей. Уверен, что результатом этой передачи будут десятки, а возможно и сотни умерших от инфекционных болезней детей из-за отказа родителей от вакцинации. Петр Толстой возбуждал ненависть к врачам, требовал их отдавать под суд, представляя сомнительные и никем не доказанные примеры связи прививок с болезнями и даже смертью детей и демонстрируя тем самым свою безответственность и безграмотность как журналиста. При этом ряд экспертов-профессионалов, приглашенных на передачу, подчеркивали бездоказательность представленных примеров. Передача имела явно агрессивный характер.

Пока в СМИ «рулят» антивакцинальщики, население России, в том числе детское, будет продолжать умирать от вполне предотвратимых инфекционных болезней.

Здоровый образ жизни без вакцинации просто невозможен.

Но перейдем ко второй части Вашего вопроса. Важно, что с 2010 года пропаганда здорового образа жизни (в том числе сокращение потребления алкоголя и табака), начинает финансироваться отдельной строкой уже в федеральном бюджете, а Министерство здравоохранения РФ включило в свою концепцию модернизации и развития здравоохранения отдельную задачу по пропаганде здорового образа жизни, в том числе по предотвращению наркотической, алкогольной и прочих форм зависимостей.

Одним же из самых важных, приоритетных и определяющих инструментов воплощения в жизнь национальной идеи может и должна стать государственная политика в области охраны здоровья детей, что непременно должно освещаться в СМИ. Информационная «агрессия» по формированию ЗОЖ должна включать: распространение знаний о рациональном питании, влиянии вредных привычек на здоровье и необходимости борьбы с ними,

пользе физкультуры и спорта, профилактике инфекционных заболеваний посредством вакцинации. Необходимо регулярно проводить специальные акции «Дни здоровья» с освещением в СМИ. В эти дни люди разных профессий должны иметь возможность бесплатно слушать лекции о формировании здоровья ребенка, его сохранении и укреплении, в том числе получать консультации по вопросам вакцинопрофилактики. Важно формировать моду на здоровый образ жизни внутри каждой семьи. Особенно это важно для молодого поколения.

*АМИ - Российское агентство медико-социальной информации, Москва
(05.05.2015)*

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

Пристайный 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 пристайном 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

Колабути 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