

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

3 – 2015

Подписано Соглашение о сотрудничестве
и взаимодействии между Федеральным фондом ОМС
и Национальной медицинской палатой

Расширенное совещание Совета директоров
территориальных фондов ОМС (г. Краснодар)



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION**

**НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 3, 2015**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 3, 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

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, д.м.н., академик РАН

И.В. Соколова – Заместитель председателя ФОМС

В.И. Стародубов – директор ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, д.м.н., 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 издаётся ООО «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 10.07.2015 года. Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм. Объем: 76 полос

Адрес редакции: ООО «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»

№ 3, 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

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 10.07.2015, Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 76 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

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко приняла участие в торжественном открытии перинатального центра в Нижегородской области 4

В Москве прошел Внеочередной съезд Национальной медицинской палаты 6

Подписано Соглашение о сотрудничестве и взаимодействии между Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Национальной медицинской палатой 9

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования 11

Новые кадровые назначения 11

СОВЕЩАНИЕ СОВЕТА ДИРЕКТОРОВ ТФОМС

В Краснодаре состоялось расширенное совещание Совета директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования 12

Работникам системы обязательного медицинского страхования вручены Памятные знаки и Почетные грамоты Федерального фонда обязательного медицинского страхования 14

70-ЛЕТИЕ ПОБЕДЫ

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова приняла участие в торжественном мероприятии «Эстафета памяти», посвященном 70-летию Победы в Великой Отечественной войне 16

Е.П. Кохан, С.П. Глянцев, Н.И. Галик
Опыт отечественной сосудистой хирургии в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. 20

Е.Р. Kokhan, S.P. Glyantsev, N.I. Galik
Experience of native vascular surgery in the Great Patriotic War between 1941 and 1945 20

СОВЕЩАНИЕ В КРЫМУ

В Республике Крым состоялось совещание директоров территориальных фондов ОМС Южного и Крымского федеральных округов Российской Федерации. 24

ДЕНЬ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ

Федеральный фонд ОМС поздравил с Днем защиты детей Дом ребенка в Муроме Владимирской области 26

ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Работникам Федерального фонда обязательного медицинского страхования вручены награды к Дню медицинского работника 28

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

IX Форум технических комитетов Международной ассоциации социального обеспечения. 32

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

С.Г. Кравчук, П.В. Бреев
Результаты рейтинга официальных сайтов территориальных фондов обязательного медицинского страхования в части доступности и качества информирования застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования

S.G. Kravchuk, P.V. Breev
Results of the official sites rating of territorial foundations of obligatory medical insurance in terms of availability and informing quality of the insured persons in the sphere of obligatory medical insurance. 34

О.Г. Митина, Л.Е. Мартыненко, Н.В. Женчевская
Реализация пилотного проекта по информированию застрахованных лиц о стоимости оказанной им медицинской помощи с применением медицинской информационной системы на территории Брянской области

Olga G. Mitina, Larisa E. Martynenko, Natalia V. Zhenchevskaya
Implementation of a pilot project for information of the insured persons about the cost of the medical care rendered for them using the medical information system in the territory of the Bryansk region 42

С.В. Юрина
К вопросу организации первичной стоматологической помощи на региональном уровне
S.V. Yurina
Towards the organization of primary dental care at a regional level 50

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ 55

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ 71

Постановление Правительства Российской Федерации от 22 Мая 2015 г. № 493 «Об утверждении правил направления в 2015 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной медицинской помощи федеральными государственными учреждениями». 72

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко принял участие в торжественном открытии перинатального центра в Нижегородской области

5 июня 2015 г., Нижний Новгород

Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец, Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко, губернатор Нижегородской области В.П. Шанцев и директор Департамента медицинской службы детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации Е.Н. Байбарина приняли участие в торжественном открытии перинатального центра в г. Дзержинске Нижегородской области.

Центр построен в рамках Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации, цель которой – создать условия для оказания доступной и качественной медицинской помощи матерям и детям, снижение материнской, младенческой и детской смертности.

Всего по Программе в течение 2013–2016 годов будет построено 32 региональных перинатальных центра, Дзержинский – самый первый.

- Рождаемость сегодня – это один из главных критериев успешности региона, – заявил на церемонии открытия медицинского учреждения Валерий Шанцев. – Мы еще пока имеем естественную убыль, и она ежегодно снижается. Поэтому новый центр решает нам эту главную задачу. Сюда будут направляться женщины с высокой и средней степенью риска, выявленные в результате проведения мониторинга. Здесь будут оказывать высокотехнологичную помощь на уровне самых современных стандартов.

- Приятно видеть первый конечный результат той работы, которую мы все начали в 2013 году, – сообщила Наталья Стадченко. – Перинатальный центр в Дзержинске – это новый, светлый и красивый храм медицины. В таком современном, хорошо оснащенном центре будет рождаться новая жизнь, женщины будут обретать заветную радость материнства.

Главный врач ГБУЗ НО «Дзержинский перинатальный центр» Н. К. Рыжова провела экскурсию для высоких гостей по отделениям медучреждения. В структуре нового



центра будет работать консультативно-диагностическое отделение на 200 посещений в смену. В нем располагаются кабинет медико-генетического консультирования, кабинет невынашивания беременности, акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами. Построены просторный акушерский стационар, гинекологическое отделение на 20 коек с оперблоком и отделения второго этапа выхаживания новорожденных. Гости высоко оценили работу региональной системы перинатального аудита (программа РИСАР), который позволяет обеспечить дифференцированный подход к ведению беременных женщин, выделяя низкую, среднюю и высокую группы перинатального и акушерского риска.

- Центр оснащен по всем мировым стандартам и требованиям, – заявила Ольга Голодец. – На самом деле, от того, как проходят роды, от того, насколько комфортно они проходят и от того, насколько оказывается своевременно помощь маме, ребенку, зависят благополучие и счастье семьи!

Обслуживаться в Дзержинском перинатальном центре в основном будут жители Дзержинска, Балахнинского района, Володарского района и заречной части города Нижнего Новгорода.

Почетные гости центра отметили, что Нижегородская область опередила всю страну в вопросе реализации мероприятий по организации трехуровневой системы родовспоможения. Первый уровень – первичное звено – это оказание помощи в акушерско-гинекологических отделениях ЦРБ, где принимаются роды при низкой степени перинатального риска. В настоящее время в регионе насчитывается 35 учреждений родовспоможения первого уровня.

Второй уровень – специализированная помощь – оказывается в 13 межрайонных перинатальных центрах,

высокого уровня первым открывается именно в Нижегородской области. Это говорит об отношении губернатора к здравоохранению в регионе и жителям, которые здесь живут.

– И без того хорошие показатели, связанные со здоровьем женщин и детей в Нижегородской области, с открытием перинатального центра улучшатся, – сказала Е.Н. Байбарина. – Центр – это, в первую очередь, новое качество помощи женщине и ребенку. Я уже не говорю о профессиональном уровне врачей и самых высоких технологиях, которые будут здесь использованы.

В рамках визита в Дзержинск высокие гости посетили детский сад и физкультурно-оздоровительный комплекс «Ока». К визиту делегации представителей органов федеральной власти было приурочено также открытие Педиатрического института Приволжского федерального медицинского исследовательского центра в Нижнем Новгороде.

Н.Н. Стадченко также приняла участие в совещании по актуальным вопросам социальной сферы Нижегородской области под председательством О.Ю. Голодец. В числе прочих участники совещания обсудили эффективность работы, которая проводится территориальными фондами ОМС и Минздравом по прикреплению застрахованных граждан между врачами – участковыми педиатрами, врачами

– участковыми терапевтами и врачами общей практики.

– Существует единый регистр застрахованных лиц, – сообщила Наталья Стадченко. – Каждый врач имеет отдельный идентификационный номер, поэтому всех застрахованных должны прикрепить к участковому терапевту, участковому педиатру и врачу общей практики. Регистр должен быть достаточно корректен, должен сходиться один в один с количеством застрахованного населения на территории субъекта в соответствии с тем, как и происходит финансирование. Тогда мы четко будем видеть, какое количество населения прикреплено к определенному врачу и какая демографическая ситуация развивается у него на участке. Министерство здравоохранения Российской Федерации прикрепило к каждому субъекту ответственного координатора, которые уже с июня будут выезжать в регионы.

С учетом рекомендаций, выработанных по итогам рабочего визита в Нижегородскую область, министерство здравоохранения региона и территориальный фонд ОМС продолжают работу, направленную на улучшение демографической ситуации и повышение доступности и качества оказания медицинской помощи населению.



где принимаются роды средней степени перинатального риска.

Третий уровень – высокотехнологичная помощь. До открытия перинатального центра в Дзержинске беременные женщины высокой степени перинатального риска направлялись в акушерское отделение городской клинической больницы № 40 Нижнего Новгорода, выполняющее функцию областного перинатального центра. После открытия центра в Дзержинске отделение в больнице № 40 сохранит свою функцию в структуре родовспоможения региона.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования является участником Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации. Нижегородская область получила из бюджета ФОМС 582 млн рублей на строительство центра. Всего на строительство 32 перинатальных центров по всей стране будут выделены субсидии в размере 52,66 млрд рублей.

– Уровень оказания медицинских услуг населению в Нижегородской области на сегодняшний день один из самых высоких в РФ, – сообщила Наталья Стадченко. – Те показатели, которые достигнуты в регионе, занимают ключевые позиции в системе здравоохранения нашей страны. Хорошо, что перинатальный центр такого

В Москве прошел Внеочередной съезд Национальной медицинской палаты

27 мая 2015 г., Москва



В работе Внеочередного съезда Национальной медицинской палаты приняли участие около 2 тысяч делегатов из 83 регионов Российской Федерации.

Участники и гости съезда получили приветственные телеграммы с пожеланиями конструктивной работы от Президента России В.В. Путина, Председателя Правительства Российской Федерации Д.А. Медведева, Председателя Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации С.Е. Нарышкина, Председателя Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации В.И. Матвиенко.

Цель съезда – разработка практических решений по самым важным на сегодня отраслевым проблемам.

«Необходимо, чтобы Медицинская палата взяла на себя ответственность за вопросы, касающиеся профессиональной деятельности медицинских работников, – сказал Леонид Рошаль, – на сегодняшний день в НМП вступило 76 субъектов РФ и 76 общероссийских врачебных объединений, т.е. мы объединяем 152 юридических лица – это мощно. Но чем больше сделано, тем больше задач надо решать. Мы должны наполнить работу наших

профессиональных организаций более полным содержанием. Уже сегодня государство готово нам передать ряд функций, мы должны создать структуру для их исполнения во всех субъектах РФ – это непростой путь».

Он перечислил основные направления деятельности Палаты, особо отметив, что впервые в истории современной России Нацмедпалатой совместно с Минздравом заложены основы общественно-государственного управления профессиональной деятельностью, как первый этап перехода к саморегулированию отрасли: «Документы, касающийся профессиональной деятельности медицинских работников, проходят обсуждение в НМП перед тем, как их подписывает министр здравоохранения».

Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова, которая выступила перед участниками съезда, также подчеркнула важность роли Нацмедпалаты в принятии решений: «Нацмедпалата прошла серьезный путь развития и превратилась в мощнейшую организацию. По сути воплощается идея о том, чтобы в нашей стране была создана единая профессиональная врачебная организация, которая наряду с государствен-

ной властью будет решать важнейшие вопросы смыслового наполнения медицины. Такая организация должна быть в нашей стране, где почти 800 тысяч врачей, и из них 600 тыс. трудятся в государственной системе».

Министр отметила, что с 2016 года будет осуществляться переход на новую систему допуска к профессии – аккредитации медицинских работников. Система будет внедряться поэтапно, и в 2016 году она распространится на выпускников медицинских ВУЗов, которые закончили обучение в 2015 году по двум специальностям: фармакология и стоматология, но к 2020 году система аккредитации и персонального допуска должна распространиться на всё медицинское сообщество, включая медработников с высшим образованием и средний медицинский персонал. «Роль Нацмедпалаты в этом процессе будет чрезвычайно высока. Обучают врачей ВУЗы, но квалифицируют и допускают к работе профессионалы, которые и собрались в Национальной медицинской палате. Минздрав не просто активно поддерживает развитие Нацмедпалаты, но мы надеемся, что ваш активный труд поможет решить сложные задачи, которые стоят перед нами», – подчеркнула министр.

Работа по оценке и подготовке специалистов в Палате идет активная. НМП признала существующую систему последипломной подготовки в России неудовлетворительной – она не стимулирует врача постоянно повышать свои знания и умения. «Мы считаем, что врач должен учиться постоянно» – подчеркнул Леонид Рошаль. С целью практической реализации перехода на постоянное последипломное обучение НМП предложила и совместно с Минздравом провела пилотный проект по непрерывному последипломному образованию педиатров, врачей общей практики и терапевтов поликлиник на основе дистанционного обучения. Проект доказал свою эффективность и положен в основу кардинального пересмотра всей системы последипломного образования. Сейчас готовится приказ, определяющий новую систему последипломной подготовки, которая включает различные формы с использованием кредитной (балльной) системы. «Последипломная подготовка должна быть эффективной, доступной и бесплатной для врача», – отметил Леонид Рошаль.

Помимо изменения системы образования медицинских работников, перед НМП стоит ряд и других важнейших задач. Так, НМП получила полномочия совета по профессиональным квалификациям при Президенте РФ. По предложению НМП пересмотрены проекты профессиональных стандартов, и на Палату возложена обязанность по разработке стандартов профессиональной деятельности, основой для которых являются квалификационные категории. «Квалификационные категории должны быть четкими, ясными и оправдывать себя. В основу категорий необходимо заложить мотивацию в необходимости постоянного совершенствования. Мы сейчас работаем с Министерством труда, добиваясь того, чтобы стимулирование врачей для перехода в более высокие категории

было значительным», – отметил президент НМП. В настоящее время проводятся три пилотных проекта по профессиональным квалификациям – по анестезиологии и реанимации, травматологии и ортопедии и по педиатрии.

Есть огромный круг вопросов, которые предстоит решать Нацмедпалате совместно с другими организациями. Так, например, как сообщила в своем докладе председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко, растет число медицинских организаций, занятых в сфере обязательного медицинского страхования, на 2015 год их – 8568. И есть целый ряд вопросов, которые надо решать, чтобы они работали эффективно. «Национальная медицинская палата никогда не избегала самых острых вопросов о российском здравоохранении. Важным элементом любого контроля являются штрафные санкции, и сегодня это самая злободневная тема. Сегодня каждый субъект РФ сам определяет, какие штрафные санкции применять и за что. Именно НМП была инициатором выработки единого, унифицированного подхода к оценке и результатам контроля деятельности. Сегодня представители НМП совместно с ФОМС и Минздравом принимают самое активное участие в разработке изменений в Приказ 158-н «Об утверждении правил ОМС» в той его части, которая касается разработки единой для всех субъектов РФ системы санкций, применяемых к медицинским организациям. И наша с вами задача, чтобы эти санкции были не только едины, но были понятны и объективны. НМП не раз высказывала справедливое предложение, что назрела необходимость минимизировать субъективность подхода к основаниям для применения санкций», – подчеркнула Наталья Стадченко.

ФОМС также предлагает проработать механизм перераспределения штрафов, согласно которому 50% средств от штрафных санкций, налагаемых на медучреждения, могли бы направляться на повышение квалификации врачей и приобретение оборудования, что будет влиять на качество медицинской помощи.

Наталья Стадченко также отметила важность работы экспертов качества медицинской помощи и роли Национальной медицинской палаты в формировании реестра таких экспертов. Сегодня лишь 10% экспертов качества медицинской помощи – представители страховых компаний, а 90% – практикующие врачи. Специалисты, которые имеют право на проведение такой экспертизы, внесены в реестр врачей-экспертов, который формируется, в том числе, при непосредственном участии профессиональных общественных организаций. «Наша с вами задача выдвинуть самых достойных. Если с вашей профессиональной точки зрения эксперт качества медпомощи не отвечает этому высокому званию, то он может быть исключен из этого реестра по вашему заявлению. И наоборот, я уверена, что кандидатуры, предложенные НМП, будут поддержаны», – отметила председатель ФОМС.

Светлана Карчевская, заместитель председателя ФОМС, отметила в своем выступлении, что многие забывают о том, что сегодня штрафы, которые снимаются

с медицинских организаций, возвращаются обратно в систему здравоохранения. Также она подчеркнула, что «речь должна идти о том, чтобы штрафных санкций вовсе не было, а лечебные учреждения и страховые компании работали в союзе. Проверки страховых компаний – это сигнал того, что именно нужно исправлять».

Михаил Мурашко, временно исполняющий обязанности главы Росздравнадзора, также отметил высокий уровень экспертов НМП, работающих в сотрудничестве с Росздравнадзором. Он подчеркнул, что сегодня высок уровень жалоб на качество медицинской помощи, не все жалобы являются обоснованными, но из рассмотренных ведомством в 2014 году 26% были признаны полностью обоснованными. «Мне бы хотелось, чтобы развитие здравоохранения строилось не на количестве штрафов, которые накладывает Росздравнадзор, - сказал он. - Как показывает наша практика, наиболее типичные нарушения касаются несоблюдения ведомственного контроля качества. А Нацмедпалата может проявить такую социальную активность, которая заставит каждого врача исполнять те приказы и постановления, которые согласованы с Минздравом и Нацмедпалатой».

Конечно, участники съезда не смогли обойти вниманием вопрос недофинансирования отрасли. Так Гузель Улумбекова, председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству, руководитель комитета Национальной медицинской палаты по непрерывному медицинскому образованию, отметила, что расходы на здравоохранение в 2014 и в 2015 году от базы 2013 года в постоянных ценах упали - на 9% в 2014 году и на 20% в этом году. «И впервые за 9 лет в 2014 году смертность в России перестала снижаться, а в первом квартале 2015

года выросла на 5,2%», - сказала Гузель Улумбекова. Она попросила Нацмедпалату поставить вопрос о государственном финансировании перед Президентом Российской Федерации: «Большое заблуждение, что только за счет повышения эффективности расходов мы сможем найти дополнительные деньги, мы таким способом сможем найти 160 млрд руб., а чтобы достичь базы 2013 года, необходимо еще 300 млрд. руб. Эти расходы важнее, чем любые другие расходы, потому что за ними стоят жизни людей», - сказала она.

В частности, помимо того, что пока не решен вопрос с финансированием - на данный момент это всего 3,7% ВВП, Госдума не провела анализ практики правоприменения законов, регулирующих профессиональную деятельность работников здравоохранения, не было исполнено протокольное поручение Госдумы в части внесения изменений в ФЗ «О защите прав потребителей» и уточнения особенности понятия «медицинская услуга», не решен вопрос о «социальном пакете» медицинских работников.

«Вопросы, которые касаются Минздрава и НМП, мы решаем, но есть вопросы, где задействованы Минфин, Министерство экономики, Центральный банк, ведомственные организации, и мы сейчас написали официальное письмо, что нам нужна встреча с вице-премьером Ольгой Голодец, для того, чтобы поставить межведомственный вопрос о решениях нашего съезда, - сказал Леонид Рошаль - Мы не будем повторять опыт Пироговских съездов врачей, которые в течение 10 лет принимали прекрасные решения, но ни одно из них не было исполнено. Мы не просто принимаем решения, мы считаем, что они должны быть взвешены и должны исполняться» - твердо сказал Леонид Рошаль.

Подписано Соглашение о сотрудничестве и взаимодействии между Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Национальной медицинской палатой

24 июня 2015 г., Москва

Для того, чтобы влиять на наиболее важные решения и совместными усилиями добиваться совершенствования системы обязательного медицинского страхования, Национальная медицинская палата и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования заключили соглашение о сотрудничестве, которое послужит совершенствованию механизмов работы в системе ОМС.

«Для нас очень важно знать мнение врачей, которые потом, на месте, работают в рамках законодательства, принимаемого на уровне Российской Федерации. Мы хотим не просто подписать документ, который предусматривает, что нормативно-правовые акты по обеспечению и контролю качества оказания медицинской помощи будут согласовываться с медицинским сообществом в лице Национальной медицинской палаты. Это не просто обмен документами, это, прежде всего, живое человеческое общение для того, чтобы повысить качество оказания медицинской помощи для всех застрахованных граждан нашей страны, а также для того, чтобы улучшить условия работы медицинских работников», - подчеркнула председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко.

По мнению президента Национальной медицинской палаты Леонида Рошаля, заключение соглашения – «это историческое событие, один из кирпичиков в создании системы общественно-государственного управления здравоохранением». Он напомнил, что еще буквально пару лет назад сотрудничество с органами власти в сфере здравоохранения не было возможным: «Медицинское сообщество не допускалось до обсуждения инициатив, а все решения принимались кулуарно. Сейчас ситуация изменилась, сферы влияния медицинского сообщества на решения, принимаемые государством



по регулированию деятельности системы здравоохранения, расширяются».

Среди основных направлений сотрудничества в соглашении указаны: совершенствование базовой программы обязательного медицинского страхования, развитие профилактической направленности базовой программы ОМС, совершенствование модели клинико-статистических групп по программам ОМС и правил ОМС.



Важным для медицинского сообщества в рамках соглашения станет работа по совершенствованию системы оценки качества медицинской помощи, более тесная интеграция экспертного медицинского сообщества в процесс проведения медицинских экспертиз. Так, эксперты, предложенные медицинским сообществом, войдут в состав экспертов качества медицинской помощи. Также они будут принимать участие и в решении спорных вопросов, возникающих при оценке качества медицинской помощи, на этапе проведения территориальными фондами ОМС реэкспертиз. «Мы хотим, чтобы на разборных комиссиях обязательно принимали участие эксперты Национальной медицинской палаты», - отметила Наталья Стадченко.

В свою очередь, Леонид Рошаль отметил, что «квалификация таких экспертов должна быть, несомненно, высокой. Нужно, чтобы им доверяли врачи. Ведь нередко бывают ситуации, когда качество медицинской помощи оценивают непрофильные специалисты». Первым и важным этапом совместной работы Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Национальной медицинской палаты стала подготовка изменений в приказ Минздрава России № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Среди них, например, изменения системы штрафов медицинских организаций.

«Иногда врачей штрафуют несправедливо, например, за почерк. Сейчас наша политика заключается в том, чтобы штрафные санкции накладывались в первую очередь за некачественное оказание медицинской помощи и за «приписки». Если эксперт качества не может прочесть медицинскую документацию, - это не повод для штрафа. Мы уже об этом не должны говорить. Приоритет – качество оказания медицинской помощи. Главным должен быть вопрос – почему медицинская помощь оказана некачественно. Почему медицинская организация не выполнила порядок оказания медицинской помощи: нет возможности или есть оборудование, но врач не назначил нужную диагностику? Или же это невнимательность и халатность врача? Вопрос «приписок» также важен. Это серьезное нарушение, значит и санкции также должны быть серьезными», - отметила Наталья Стадченко.

Среди других изменений в приказ - возможность для территориальных фондов накладывать штрафы на

страховые медицинские организации за неправильное проведение медицинских экспертиз, например, в случае, если экспертиза проводилась непрофильным экспертом.

Одним из наиболее важных вопросов для граждан являются гарантии оказания бесплатной медицинской помощи.

«Медицинская организация обязана информировать пациента о бесплатной медпомощи. Эта информация должна быть доступна в регистратурах, в приемных отделениях, на сайте организации. Придя в поликлинику, гражданин должен четко понимать, на что он имеет право в рамках базовой программы государственных гарантий. Для этого нам нужно определиться, что должно оказываться бесплатно. Конечно, если вывесить всю программу, простой человек не сможет в ней разобраться. Мы должны прописать в доступной форме обязанности медицинской организации, а гражданин должен четко знать, что ему гарантировано бесплатно. Не должно быть таких ситуаций, когда заключается договор между пациентом и медицинской организацией на оказание платных услуг, а в нем мелким почерком написано, что пациент ознакомлен и согласен с тем, что эта помощь ему может быть оказана бесплатно», - сказала Наталья Стадченко.

В рамках соглашения предусматривается создание координационного совета по взаимодействию ФОМС и НМП.

«Система оплаты медицинской помощи – основной инструмент финансового управления отраслью со стороны государства. Возможность медицинского сообщества высказать свое мнение при разработке правил, единиц измерения, стоимости оплаты медпомощи позволяет повысить эффективность использования ограниченных ресурсов, ответственность медицинских организаций за их использование в разы», - убежден Рошаль. Соглашение, в том числе, позволит медицинскому сообществу на ранних стадиях участвовать в процессе внесения изменений в систему финансирования и контроля медицинской помощи. Региональные медицинские объединения также смогут принимать активное участие в работе территориальных фондов ОМС, заключая подобные соглашения на уровне субъектов Российской Федерации.

Соглашение заключено на три года с возможностью дальнейшей пролонгации.

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования

25 мая 2015 года, Москва

О ПРОЕКТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2014 ГОД»

Решение:

В соответствии с подпунктом 2 пункта 18 Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 года № 857, одобрить проект федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2014 год».

ОБ ОТЧЕТЕ «О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 2014 ГОДУ»

Решение:

В соответствии с подпунктом 2 пункта 18 Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 года № 857, утвердить отчет о деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2014 году.

Новые кадровые назначения

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



Алексеев Владимир Геннадьевич, 1976 г.р., назначен на должность начальника Управления информационно-аналитических технологий Федерального фонда обязательного медицинского страхования на основании приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 22 июня 2015 г. №167-Л.

Алексеев В.Г. в 1999 г. окончил Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова по специальности «Физика-радиоэлектроника», квалификация «Компьютерные технологии, передача информации».

1998-1999 гг. – ведущий инженер, преподаватель Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова.

1999-2002 гг. – старший менеджер ЗАО «ИТ-Центр-Ярославль».

2002-2004 гг. – директор по развитию Департамента сетей и телекоммуникаций ЗАО «Ай-Теко».

2005-2008 гг. – директор по развитию, руководитель Департамента развития ЗАО «ВЕРИСЕЛ Проекты».

2009-2014 гг. – заместитель директора Департамента проектов по информатизации Министерства коммуникаций и связи Российской Федерации.

Награжден Почетной грамотой Президента Российской Федерации за вклад в подготовку и проведение XXVII Всемирной летней Универсиады 2013 года в городе Казани. Имеет Благодарности министра связи и массовых коммуникаций Российской Федерации и генерального директора АНО «Исполнительная дирекция Казань 2013» за значительный личный вклад в создание единой информационной и телекоммуникационной инфраструктуры при проведении и подготовке XXVII Всемирной летней Универсиады 2013 года в городе Казани.

В Краснодаре состоялось расширенное совещание Совета директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования

3 июля 2015 года, Краснодар



Н.Н. Стадченко, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования; Ю.Е. Михеева, заместитель директора Департамента экономики социального развития и приоритетных программ Министерства экономического развития Российской Федерации; А.А. Минькова, вице-губернатор по социальным вопросам Краснодарского края; Л.П. Кононова, член Комитета Совета Федерации по социальной политике Федерального собрания Российской Федерации; А.А. Ермаков, федеральный инспектор по Краснодарскому краю аппарата полномочного представителя Президента Российской Федерации в Южном федеральном округе; В.О. Флек, помощник министра здравоохранения Российской Федерации

Площадкой большого межрегионального совета, который традиционно проходит два раза в год, на этот раз была выбрана столица Кубани. В Краснодарской филармонии собрались директора фондов обязательного медицинского страхования, представители федеральных и краевых властей, руководители медучреждений. По словам участников совещания, это профессиональный форум, где эксперты, ученые, представители страховых медицинских организаций обсуждают новые задачи по созданию действенного механизма медицинского страхования.

Найти резервы для улучшения эффективности работы и повышения удовлетворенности граждан системой здравоохранения, сделать так, чтобы страховые принципы были понятны каждому – вот одни из главных задач совета. Открывая заседание, его участников приветствовала председатель Федерального фонда обязательного

медицинского страхования Наталья Стадченко.

– Нам сегодня многое придется обсудить. Несмотря на то, что реализация закона об обязательном медицинском страховании в новой его редакции началась в 2011 году, только спустя 4 года можно с уверенностью сказать, что переходный этап завершен. При этом вопросов по-прежнему очень много, и, я надеюсь, наша встреча будет плодотворной, и нам удастся совместно найти решения задач, которые стоят перед нами, – подчеркнула Наталья Стадченко.

В своем докладе председатель Федерального фонда ОМС потребовала от представителей территориальных фондов проверить регистр экспертов. В него обязательно должны включаться представители Национальной меди-

цинской палаты. И если в дальнейшем будут поступать обоснованные жалобы на квалификацию проверяющих, ФОМС будет рассматривать эти претензии как недоработку специалистов конкретных территориальных фондов. Повысятся и требования к страховым медицинским компаниям. Прежде всего, увеличатся требования к размеру их уставного капитала – с 60 до 120 млн руб. Это позволит им заниматься более ответственно экспертной деятельностью.

От имени врио губернатора Краснодарского края Вениамина Кондратьева к участникам совещания обратилась вице-губернатор Анна Минькова. Она поблагодарила коллег за внимание к региону и отметила, что сегодняшний открытый разговор и обмен мнениями очень важны для края, особенно сейчас, в разгар курортного сезона, когда учреждения здравоохранения работают с тройной нагрузкой. Но это не меняет главного – необ-

ходимо предоставлять людям своевременную качественную медицинскую помощь.

- Здравоохранение края работает в особых условиях, - подчеркнула вице-губернатор Краснодарского края Анна Минькова.

- Помимо жителей Кубани, на нем лежит ответственность за медицинское обслуживание 15 млн туристов. И поэтому администрация региона очень ценит работу

альной программы. Только за последние 5 лет он увеличился почти в 3 раза: если в 2010 году это было 15 млрд рублей, то в 2015 – уже 44 млрд. Вырос и подушевой норматив. На одного застрахованного жителя сегодня приходится 8,5 тыс. рублей.

Задача каждого медучреждения – улучшать качество предоставляемых услуг. Медорганизации всех уровней не должны допускать коек с больными пациентами в коридорах при наличии мест

в палатах, приобретения лекарств за деньги пациента при лечении в стационаре, недообследование пациента или направление его на платное обследование.

- Президент России Владимир Путин поставил задачу перехода здравоохранения на страховые принципы, - отметила в своем выступлении член комитета Совета Федерации по социальной политике Федерального собрания Российской Федерации Людмила Конова. – Любая экспертная деятельность по своей сути конфликтна. Но в системе ОМС очень важно, чтобы она выстраивалась на конструктивной основе, обеспечивала не только

систему сдержек и противовесов, но и диалог профессионалов.

Кроме того, обсуждалось взаимодействие Национальной медицинской палаты и ФОМС. Речь шла и о финансировании высокотехнологичной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Было сделано сообщение о планируемых изменениях законодательства в сфере ОМС в целях осуществления перехода к рискованной модели. Еще одна важная тема - совершенствование учета численности неработающих граждан, застрахованных по ОМС.



Участники расширенного совещания Совета директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования

этой сферы. Но повышенная нагрузка не должна отражаться на доступности и качестве медицинской помощи. Сегодня отрасль – это не только космические технологии, сложнейшие операции (хотя и это, безусловно, необходимо), для большинства населения края она все-таки ассоциируется с участковыми врачами, районными поликлиниками, ФАПами. То есть с первичным звеном, с которым каждый день сталкиваются жители. Первоочередной задачей поэтому является сокращение пропасти между первичным звеном и высокотехнологичными клиниками. На Кубани для этого есть все условия.

Сегодня в краевой системе ОМС застраховано 5 млн 43 тыс. человек, ежегодно растет объем territori-

Работникам системы обязательного медицинского страхования вручены Памятные знаки и Почетные грамоты Федерального фонда обязательного медицинского страхования

3 июля 2015 г., Краснодар

За активную и безупречную работу в становлении и развитии системы обязательного медицинского страхования, проявленные при этом высокий профессионализм, новаторство и инициативу, награждены



Памятным знаком «За заслуги в сфере обязательного медицинского страхования Российской Федерации»:

Антонова Галина Александровна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области;

Федорченко Борис Николаевич – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области.

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





Почетной грамотой Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

Богатырева Марина Джоновна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края;

Кужель Александр Михайлович – директор Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга»;

Морозова Людмила Юрьевна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края;

Пачгин Игорь Вадимович – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области;

Пузакова Елена Викторовна – директор Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования;

Трошин Сергей Петрович – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ставропольского края;

Хагауджева Мариет Сафарбиевна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Адыгея.





Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова приняла участие в торжественном мероприятии «Эстафета памяти», посвященном 70-летию Победы в Великой Отечественной войне

7 мая 2015 г., Москва

В Музее истории медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова состоялось торжественное мероприятие «Эстафета памяти» в честь ветеранов-медиков Великой Отечественной войны. Собрались ветераны Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Московского медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, Астраханского, Дагестанского, Ивановского, Тверского и других медицинских вузов.

В мероприятии приняли участие министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова, первый за-



Фото: Максим Коломыченко



Фото: Максим Коломыченко



Фото: Максим Коломыченко



Фото: Максим Колосов



Фото: Максим Колосов

меститель министра И.Н. Каграманян, директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Т.В. Семенова, ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова П.В. Глыбочко, руководители отраслевых министерств и правительства Москвы, руководители медицинских вузов, представители медицинского сообщества.

Состоялось торжественное возложение гирлянды, венков и цветов к мемориальной доске Герою Советского Союза Н.В. Троян¹ и к памятнику воинам-медикам – студентам и преподавателям, погибшим в годы Великой От-

¹ Н.В. Троян – разведчица, медицинская сестра партизанского отряда «Буря» в Белоруссии. Участвовала в операциях по взрыву мостов, уничтожению вражеских обозов. Принимала участие в подготовке операции по уничтожению гауляйтера Белоруссии Вильгельма Кубе. В 1947 г. окончила 1-й Московский медицинский институт. Кандидат медицинских наук. Работала директором НИИ санитарного просвещения Минздрава СССР, доцентом кафедры хирургии, проректором 1-го Московского медицинского института.

ечественной войны. Память павшим почтили минутой молчания.

Министр поздравила ветеранов с 70-летием Победы в Великой Отечественной войне и вручила им Почетные грамоты, памятные медали и подарки. «Вы – люди, которые заставляют страну и все последующее поколение двигаться вперед, и мы очень вами гордимся. Ваш вклад в Великую Победу бесценен. Благодаря военным медикам 72,3% раненых и 90,6% больных во время войны были возвращены в строй. 17 из 22 миллионов, находившихся в госпиталях, вернулись и продолжали сражаться. При этом огромное количество медиков погибло. 40 секунд в бою была средняя продолжительность жизни санинструктора – на втором месте после пехотинца. Очень важно, чтобы современные медики помнили о подвиге, который совершили наши предшественники. Среди ветеранов, с которыми мы сегодня встречаемся, – хирурги, терапевты, неврологи. Они всю жизнь проработали в медицинских вузах нашей страны. И то, что сегодня такой праздник всем нам устроили студенты Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и других медицинских вузов, показывает прочную связь поколений. Современные ребята только становятся медиками, но, уверена, они сохраняют зажженную ветеранами «свечу» гордости за нашу самую благородную профессию, – отметила В.И. Скворцова.

Ректор Первого МГМУ им. И.М. Сеченова П.В. Глыбочко в своем выступлении подчеркнул: «Сегодня мы по-

старались показать роль врачей нашей страны, которые принимали активное участие в боевых действиях Великой Отечественной войны. Через такие проекты мы можем передать молодому поколению то, что делали наши деды и прадеды».

Ветераны, гости и участники мероприятия посетили экспозицию «Воины в белых халатах», открывшуюся к юбилею Великой Победы в Музее истории медицины. Уникальные экспонаты из собрания музея возвращают к тем трагическим событиям истории нашей страны, когда от врачей требовались не только высочайший профессионализм, но стойкость и мужество.

Новейшие технологии в решении музейной экспозиции позволили внести в восприятие истории медицины военных лет яркую эмоциональную окраску. Интерактивные элементы экспозиции предоставляют возможность прогрузиться в эпоху военного времени.



В выставочном зале «Тыл» показано, как проходила подготовка медицинских кадров в СССР в годы Великой Отечественной войны. На интерактивном мультитач-столе представлены материалы более двадцати медицинских вузов из разных городов нашей страны – от Иваново до Хабаровска, выпускники которых становились в строй военных врачей. Многие из них стали героями, получили правительственные награды. Продемонстрированы кадры документальной хроники об отправке студентов Первого МОЛМИ на фронт. В интерактивной витрине, перелистывая страницы выпускного альбома 1941 года, можно видеть лица врачей-выпускниц, которые приняли на себя тяжесть борьбы за спасение огромного числа раненых, возвращение их на фронт.

В выставочном зале «Фронт» участники мероприятия погрузились в атмосферу боевых действий. На проекционном экране развернуты ключевые сражения ВОВ. Аудиовизуальная инсталляция демонстрирует типичную картину проведения операции в военно-полевых условиях. Хорошо видны «ожившие» фигуры врачей, склонившихся над операционным столом. В подобных условиях в 1942 году военврач А.М. Раздьяконов провел уникальную операцию. В медсанбат привезли раненого бойца, из его правой ягодицы был виден хвост 50-миллиметровой мины. Искусно и быстро хирург извлек неразорвавшуюся мину и передал ее ожидавшим саперам. Эта обезвреженная мина сейчас представлена в экспозиции музея.

В рамках мероприятия «Эстафета памяти» был показан документальный фильм «Жизнь за победу», подготовленный коллективом Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Фильм посвящен участникам ВОВ из числа сотрудников вуза. В первые дни войны из стен института ушли на фронт 6 профессоров, 14 доцентов, 66 ассистентов, 62 ординатора, 4 аспиранта, 47 медицинских сестер и более 500 студентов.



Ветеран Великой Отечественной войны, участница «Эстафеты памяти» **Ядвига Викентьевна Веренчикова** вспоминает о войне.

«Война застала меня в Белоруссии в городе Мстиславль, куда я приехала после досрочного окончания второго курса Первого московского медицинского института на каникулы к родителям. Через три недели город был оккупирован немцами. Устроилась работать медицинской сестрой в госпиталь, где находились военнопленные бойцы и офицеры Красной Армии. Старалась чем только могла помочь раненым восстановить здоровье. Условия были очень тяжелыми: голод, холод, не хватало лекарств, моющих средств, кроватей. Перенесла сыпной тиф в тяжелой форме, чудом удалось выжить. В 1942 году в ближайших лесах появились партизанские отряды. Через свою школьную подругу удалось попасть в партизанскую бригаду № 13, входившую в партизанское соединение, которым руководил Герой Советского Союза С.А. Мазур, где была зачислена связной. Переправляла выздоравливающих больных из госпиталя к партизанам. Организовывала сбор медикаментов, перевязочных материалов, а также сведений о передвижении немецких войск. По детекторному приемнику, установленному на чердаке нашего дома, слушала сводки Совинформбюро. Распространяла листовки о новостях с фронта. Вместе с младшим братом и его товарищами со-

бирала автоматы, винтовки и переправляла в партизанский отряд. Через надежных людей доставала документы и помогала военнопленным бежать из лагеря. В 1943–1944 гг. принимала активное участие в подготовительных мероприятиях «Багратион», в ходе которых была освобождена территория Белоруссии. Награждена орденом Отечественной войны II степени, медалью «За победу над Германией» и другими правительственными наградами.

Летом 1944 г. вернулась в Москву, была восстановлена на третий курс родного института, который окончила в 1947 году. Впереди был непростой и интереснейший путь врача».



Фото: Максим Коломыченко

Состоялась презентация книги «Первый медицинский в годы Великой Отечественной войны», посвященной роли Первого Московского ордена Ленина медицинского института в организации медицинской помощи раненым советским бойцам, в подготовке медицинских кадров для фронта.

Молодежный камерный театр Первого МГМУ им. И.М. Сеченова подготовил для ветеранов праздничный концерт. Были исполнены танцевальные номера, прозвучали стихи и песни фронтовых лет.



Опыт отечественной сосудистой хирургии в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.

Е.П. Кохан¹, С.П. Глянцев², Н.И. Галик³

¹ ФГУ «3-й ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны России», Красногорск;

² Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, Москва;

³ Институт усовершенствования

врачей Медицинского учебно-научного клинического центра им. П.В. Мандрыка Минобороны России, Москва



Е.П. Кохан



С.П. Глянцев



Н.И. Галик

Резюме

Сосудистая хирургия в Российской армии родилась в годы Великой Отечественной войны. В 1941-1945 гг. в РККА были внедрены тактика лечения боевой сосудистой травмы на разных этапах медицинской эвакуации и оказание специализированной хирургической помощи раненым с повреждением крупных сосудов во вновь созданных специализированных отделениях и госпиталях (1942), разработаны и усовершенствованы доступы к артериям, проведены армейские и фронтовые научные конференции. Это позволило улучшить

диагностику ранений сосудов (до 63,6%) и снизить летальность раненых с кровотечениями (до 9,5%). Итог этой работы обобщен в 19-м томе «Огнестрельные ранения и повреждения сосудов» 35-томного труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.». Ведущими сосудистыми хирургами в СССР были А.И. Арутюнов, Т.Е. Гнилорыбов, Б.В. Петровский, Ф.М. Плоткин, Л.М. Ратнер, С.П. Шиловцев и др.

Ключевые слова: сосудистая хирургия, Красная Армия, Великая Отечественная война 1941-1945 гг.

Abstract

Experience of native vascular surgery in the Great Patriotic War between 1941 and 1945

E.P. Kokhan¹, S.P. Glyantsev², N.I. Galik³

¹The Third A.A. Vishnevsky Central Military Clinical Hospital of the Russian Defense Ministry, Krasnogorsk City;

²The A. N. Bakulev Scientific Center of Cardiovascular Surgery, Moscow;

³The Institute of Advanced Medical Training of Physicians of the P. V. Mandryk Medical Training and Clinical Research Center of the Russian Defense Ministry, Moscow

Vascular surgery in the Russian army was born during the Great Patriotic War. Between 1941 and 1945 the treatment tactics of combat vascular injuries at different stages of medical evacuation rendering specialized surgical care for the wounded patients with damage of large vessels were introduced in the Red Army in the newly created specialized departments and hospitals (1942), accesses to arteries were developed and improved, as well as the army and front-line scientific conferences were held. This allowed to improve the diagnosis of vascular

wounds (up to 63.6%) and to reduce the mortality rate of the wounded patients with bleeding (up to 9.5%). The result of this work was summarized in the 19th volume «Gunshot wounds and blood vessel damage» of 35-volume book «The Experience of Soviet Medicine in the Great Patriotic War in 1941-1945». The leading vascular surgeons in the USSR were A. I. Arutyunov, T.E. Gnilorybov, B.V. Petrovsky, F.M. Plotkin, L.M. Ratner, S.P. Shilovtsev etc.

Key words: vascular surgery, Red Army, Great Patriotic War (1941-1945).

Неоценим вклад медиков в дело Великой Победы. Их повседневный массовый героизм, небывалый по своим масштабам, лучшие профессиональные качества были проявлены в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. Их самоотверженный труд возвращал жизнь и здоровье раненым на полях сражений, помогал вернуться в боевой строй.

Большое количество повреждений кровеносных сосудов у раненых в годы Великой Отечественной войны заставило военных хирургов углубиться в детальное изучение этой проблемы, помогло разработать способы их более совершенного лечения. Многие из них делились своим опытом сосудистой хирургии, приобретенным во время войны, в многочисленных руководствах по военно-полевой хирургии, монографиях и диссертациях, посвященных этой теме (А.И. Арутюнов, М.Н. Ахутин, С.И. Банайтис, А.А. Вишневский, С.С. Гирголав, Н.Н. Еланский, А.П. Крымов, П.А. Куприянов, Б.В. Петровский и др.) [1, 2, 4].

Итог работы в области хирургии сосудов обобщен в 19-м томе фундаментального, не имеющего себе равных в мировой литературе 35-томного труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» под названием «Огнестрельные ранения и повреждения сосудов». Этот том был издан в 1955 г. под общей редакцией Б.В. Петровского при участии таких крупных военно-полевых хирургов, как Т.Е. Гнилорыбов, Ф.М. Плоткин, Л.М. Ратнер, В.И. Стручков, С.П. Шиловцев и др. [5]

Том имеет две части: первую, общую, и вторую, специальную. Первая часть представлена кратким историческим обзором учения об огнестрельных ранениях кровеносных сосудов (Б.В. Петровский), принятой в то время классификацией ранений сосудов и некоторыми статистическими данными (Б.В. Петровский и Ф.М. Плоткин), а также патологической анатомией и патогенезом огнестрельных ранений кровеносных сосудов (М.В. Святухин), их симптоматологией, клиникой и лечением, осложнениями при операциях на сосудах (И.Д. Житнюк, Б.В. Петровский, Ф.М. Плоткин, Е.В. Смирнов, В.И. Стручков, С.П. Шиловцев и др.). Специальная часть состоит из монографических глав, в которых ранения сосудов рассмотрены по топографическим областям, описана техника оперативных вмешательств на сосудах, доступы к ним, показания и противопоказания к операциям на сосудах, прочие методы лечения сосудистой травмы (Т.Е. Гнилорыбов, Н.И. Махов, Б.В. Петровский, Б.В. Пунин, Л.М. Ратнер, Е.В. Смирнов, В.И. Стручков).

Согласно сводным статистическим данным, во время Великой Отечественной войны частота ранений кровеносных сосудов составила 2,3–4,9% среди ранений других органов и

тканей¹. Первичные кровотечения были зарегистрированы у 25,0% всех раненых и у 45,7% среди раненых с огнестрельными повреждениями крупных сосудов.

Первую помощь при первичном кровотечении осуществляли при помощи кровоостанавливающего жгута (65,7%) или давящей повязки (27,6%). Прочие методы (тампонада, прижатие кровоточащего сосуда пальцем и наложение на сосуд кровоостанавливающего сосуда с оставлением его в ране до остановки кровотечения) были применены у 6,7% раненых. Окончательную остановку кровотечения, как правило, проводили, перевязывая поврежденный сосуд в ране (90,5%).

Во время Великой Отечественной войны этот метод, принцип которого еще в XVI в. предложил французский военный цирюльник А. Paré, осуществляли следующим образом: рану широко рассекали брюшным или остроко-

нечным скальпелем, поврежденный сосуд обнажали, при помощи лигатурных игл под него подводили шелковые лигатуры вблизи места повреждения выше и ниже раны стенки сосуда, которые завязывали. При неполном разрыве крупной раненой артерии ее пересекали между лигатурами, наложенными на периферический и центральный ее концы. Несмотря на то, что метод перевязки сосуда в ране хирурги использовали с незапамятных времен, а с момента разработки сосудистого шва прошло полвека, тем не менее, перевязка сосуда в 1941–1945 гг.

из-за своей простоты и надежности использовалась повсеместно. Перевязку сосуда на протяжении по J. Hunter в большинстве случаев применяли и при вторичных кровотечениях. При первичных кровотечениях этот метод был применен всего у 4,5% раненых.

«Сосудистый шов – идеальный метод оказания хирургической помощи при ранении крупных сосудов, однако в Великую Отечественную войну, как и в прошлые войны, на передовых этапах он применялся редко» [5; 121]. Действительно, несмотря на то, что сосудистый шов был введен в хирургию в конце XIX века (А.А. Ясиновский, F. Durante, В.Г. Цеге фон Мантейфель, И.Ф. Сабанеев, Л.В. Орлов, Н.И. Напалков и др.), как и в Первую мировую войну (Н.А. Богораз), хирурги Великой Отечественной войны его использовали крайне редко. По изученным нами сводным статистическим данным, сосудистый шов был наложен всего лишь 1,4% раненых с повреждениями сосудов. Таким образом, несмотря на физиологичность сосудистого шва и сохранения про-

¹ В Первую мировую войну количество ранений сосудов в Действующей армии составило от 0,5 до 1,5% [3]. Более высокий процент ранений сосудов в Великую Отечественную войну мы объясняем большим числом раненых, доставленных с поля боя на перевязочные пункты или операционные столы.



Военврач 1 ранга
А.И. Арутюнов. 1942 г.



Майор медицинской
службы Б.В. Петровский.
1943 г.

света сосуда, методом выбора для окончательной остановки кровотечения из магистральных артерий на этапах войскового и армейского района была перевязка обоих концов сосуда в ране изолированно (по А. Paré) или на протяжении (по J. Hunter), а то и одновременно с одноименной веной (по В.А. Оппелю).

Процент ампутаций конечностей после перевязки магистральных артерий в Великую Отечественную войну был довольно значителен и составлял от 3 до 26%. Среди ранних осложнений при травме сосудов преобладали геморрагический шок, осложненный острой анемией, гнойная и анаэробная инфекция и омертвление конечности (гангрена). Профилактику и лечение осложнений проводили путем ранней первичной хирургической обработки раны с применением сульфаниламидов (С.С. Юдин) или (гораздо реже) антибиотиков, включая отечественный пенициллин – «крустазин» (З.В. Ермольева), переливанием крови и кровозамещающих растворов (С.И. Спасокукоцкий, В.Н. Шамов, С.С. Юдин, Н.Н. Еланский, А.Н. Филатов и др.), новокаиновой блокады 0,25% – 0,5% раствором новокаина с добавлением адреналина (А.Д. Сперанский, А.В. Вишневский, Н.Н. Бурденко и др.). При огнестрельных переломах конечностей после обработки раны и остановки кровотечения перевязкой сосуда накладывали глухую или окончатую гипсовую лечебно-транспортную повязку (С.С. Юдин, Б.А. Петров и др.).

Вторичные кровотечения составили 18% по отношению ко всем ранениям крупных сосудов. Их предварительную остановку осуществляли наложением жгута, прижатием сосуда на протяжении или в ране пальцами или тампоном; окончательную – перевязкой сосуда в ране (54,4%), на протяжении (16,7%), ампутацией конечности (5,3%), тампонадой раны (4,5%) или наложением кровоостанавливающих зажимов (1,0%). Опыт Великой Отечественной войны показал, что при выборе метода операции необходимо учитывать как общее состояние раненого, так и топографию поврежденного участка тела, а также время, прошедшее с момента ранения, и степень развития инфекции в ране. Летальность при вторичных кровотечениях составила: во фронтовых госпиталях – 13,7%, тыловых – 9,3%². Основной причиной смерти при вторичных кровотечениях были острая сердечная недостаточность от массивной кровопотери и токсическое поражение паренхиматозных органов при развитии анаэробной инфекции. Ампутации конечностей по поводу вторичных кровотечений были проведены в 14,9% всех наблюдений.

² В Первую мировую войну летальность при вторичных кровотечениях достигала 20% [3].



19-й том 35-томного труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» (М.: Медгиз, 1955), посвященный сосудистой хирургии



Титул 19-го тома «Огнестрельные ранения и повреждения сосудов. 1955 г.

Травматические аневризмы, еще одно нередкое осложнение сосудистой травмы, составили 7,3% всех ранений магистральных сосудов. В их лечении отечественные хирурги чаще всего прибегали к перевязке приводящих и отводящих сосудов (86,9%) по способу Antillus'a или Philagrius'a (81,2%) или проводили внутримешковые вмешательства (5,7%).

Методы обезболивания при операциях на крупных сосудах во время Великой Отечественной войны применялись разные. Так, при первичных кровотечениях и свежих травматических аневризмах (пульсирующих гематомах) в 70,0% случаев прибегали к наркозу. Чаще – простому эфирному (эфирно-воздушной смесью) по открытому (маской Esmarch) и полуоткрытому (маской Ombredan-Садовенко) контуру. При хронических травматических аневризмах, наоборот, чаще оперировали под местной инфильтрационной анестезией по А.В. Вишневскому с использованием шприцев типа «Рекорд» (60,2%). При операциях на сосудах верхних конечностей применяли также блокады шейных и грудных симпатических узлов по А.Г. Савиных, ваго-симпатическую блокаду по А.В. Вишневскому, а при вмешательствах на нижних конечностях – футлярную блокаду, поясничную новокаиновую или новокаино-спиртовую блокады по А.В. Вишневскому или спинномозговую анестезию по А. Bier – С.С. Юдину. При хронических травматических аневризмах и вторичных кровотечениях чаще оперировали под наркозом (87,4%).

Для операций на сосудах использовали следующие инструменты: известные еще из XIX века торсионные и артериальные пинцеты разных размеров и формы по В.Р.К. von Langenbeck, широкие тупые и острые крючки, иглы по J. Deschamps и А. Соорег, лопатки по И.В. Буальскому, мягкие сосудистые клеммы по Е. Hörfner с продольно расположенными нарезками на рабочих частях, похожих на клювы пеликанов, колющие (кишечные) изогнутые иглы небольших размеров и иглодержатели по А.А. Троянову, L. Mathieu или Е.Л.А. Негар. В ряде случаев их заменяли тонкими эластическими резиновыми трубками – турникетами, и при помощи пинцета по Е. Реап сдавливали с их помощью артерии. В качестве лигатурного материала использовали тонкий шелк или, для крупных артерий, – полоски широкой фасции бедра. В качестве шовного материала применяли тонкий шелк, прокипяченный в вазелиновом масле с целью придания ему стерильности и атравматичности.

Если подвести основные итоги развития сосудистой хирургии в Великую Отечественную войну, то их можно свести к нескольким положениям.

Во-первых, были усовершенствованы методы предварительной остановки кровотечения и внедрена первичная хирургическая обработка ран при повреждении сосудов в ранние сроки после ранения. Для этого в практику военных и гражданских госпиталей были внедрены различные методы переливания крови: дробный (С.И. Спасокукоцкий), струйный (С.С. Юдин) и капельный (Б.В. Петровский).

Во-вторых, были разработаны доступы ко всем магистральным артериям, включая сложные доступы в виде буквы «Т» к средней и дистальной частям подключичной артерии, в виде перевернутой буквы «Т» – к позвоночной артерии и в виде «креста» – к безымянной и центральному концу подключичной артерий; чрезплевральный доступ к грудной аорте и ее дуге; дугообразный доступ к подвздошным артериям, «Т-образный» доступ к верхним отделам бедренной артерии, доступ по наружному краю портняжной мышцы к глубокой артерии бедра, вертикальный доступ по середине задней поверхности голени к заднеберцовой артерии, языкообразный доступ к сосудам ягодицы и др.

Наконец, в-третьих, были разработаны и внедрены тактика лечения боевой сосудистой травмы на разных этапах медицинской эвакуации и оказание специализированной хирургической помощи раненым с повреждением магистральных сосудов в специализированных отделениях крупных госпиталей или специализированных госпиталях. Первое такое отделение для лечения раненых с боевой сосудистой травмой было сформировано в 1942 г. на Западном фронте по распоряжению главного хирурга фронта С.И. Банайтиса. Его возглавил военврач 3-го ранга, в будущем – один из крупнейших сосудистых хирургов страны, академик Б.В. Петровский. Постепенно во многих фронтовых, армейских и тыловых госпиталях были созданы подобные специализированные отделения для лечения раненых с повреждением сосудов. Настороженность медицинского персонала в отношении диагностики сосудистой травмы была оправдана – к концу войны процент осложнений и летальных исходов снизился и достиг 9,5% от общего числа раненых с кровотечениями.

Кроме того, были организованы и проведены несколько армейских и фронтовых хирургических научных конферен-

ций с целью обмена опытом и повышения квалификации врачей и медицинских сестер по вопросам сосудистой хирургии, что позволило существенно повысить качество диагностики ранений сосудов (например, на этапе МСБ диагноз ранений сосудов был установлен в 63,6% случаев) и их последующего хирургического лечения.

Таким образом, успехи в лечении ранений кровеносных сосудов в период Великой Отечественной войны были налицо. Благодаря военным хирургам, усовершенствованным методам диагностики и лечения боевой сосудистой травмы, были спасены жизни и судьбы миллионов раненых, возвратившихся в строй. Этот опыт был существенно углублен и расширен после окончания Великой Отечественной войны, когда в 1960-х – 1970-х гг. из общей и военно-полевой хирургии выделилась сосудистая хирургия, вначале – как врачебная дисциплина, а затем – как врачебная специальность.

Современные сосудистые хирурги располагают несравненно большим опытом и арсеналом средств для операций на сосудах любых бассейнов, включая вмешательства на аорте и её ветвях в условиях искусственного кровообращения и многочасового циркуляторного ареста. Но мы прекрасно понимаем, что ничего этого бы не было, не пройди хирургия сосудов огромный путь совершенствования, одним из важнейших этапов которого была Великая Отечественная война.

Литература

1. Арутюнов А. И. Огнестрельные ранения магистральных сосудов и их лечение на этапах эвакуации: Дис.... д-ра мед. наук. – 1944.
2. Галик Н.И. Лечение огнестрельных ранений магистральных сосудов в войнах России 1700 – 2000 гг.: Дис.... канд. мед. наук. – М., 2005.
3. Кохан Е.П., Глянцев С.П., Галик Н.И. Вклад российских хирургов – участников Первой мировой войны в развитие сосудистой хирургии // Военно-мед. журнал. – 2009. – № 8. – С. 81-84.
4. Петровский Б.В. Хирургическое лечение огнестрельных ранений сосудов в условиях фронтового района: Дис.... д-ра мед. наук. – М., 1946.
5. Петровский Б.В. (ред.) Огнестрельные ранения и повреждения сосудов // Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. Т. 19. – М.: Медгиз, 1955.

Для корреспонденции:

Кохан Евгений Павлович – д.м.н., профессор, полковник медицинской службы (в отставке), консультант сосудистого центра ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского Минобороны России»
Адрес: 143421, Московская обл., г. Красногорск, пос. Новый–госпиталь. E-mail: hosp5@mail.ru

Глянцев Сергей Павлович – д.м.н., профессор
ФГБНУ «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева», г. Москва
Заведующий отделом истории сердечно-сосудистой хирургии
Адрес: 121552, г. Москва, Рублевское шоссе, д. 135
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко», г. Москва
Заведующий отделом медицинского музееведения
Адрес: 105064, г. Москва, Воронцово поле, д. 12, стр. 1. E-mail: spglyantsev@mail.ru

Галик Наталия Ивановна – к.м.н., ассистент кафедры хирургии усовершенствования врачей
Институт усовершенствования врачей Медицинского учебно-научного клинического центра им. П.В. Мандрыка Минобороны РФ
Адрес: 107392, г. Москва, Малая Черкизовская, д. 7. E-mail: nataly_galik@rambler.ru

В Республике Крым состоялось совещание директоров территориальных фондов ОМС Южного и Крымского федеральных округов Российской Федерации

9 июня 2015 г., Симферополь



Впервые в Крыму состоялось совещание с директорами ТФОМС Южного и Крымского федеральных округов, приуроченное к первой годовщине создания территориальных фондов в Крыму.

Присутствующие проанализировали работу фондов и реализацию Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» на территориях новых субъектов. Поднималась и тема обеспечения государственной политики в становлении и развитии системы ОМС в России, а также координации деятельности территориальных фондов ОМС Южного и Крымского федеральных округов. Открывая совещание, заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Юрий Нечепоренко отметил важность этого мероприятия и возможность

детально ознакомиться с деятельностью медицинских организаций Республики Крым и города Севастополя, проанализировать развитие системы обязательного медицинского страхования на Крымском полуострове.

«В Крыму проделана огромная работа по интеграции Крыма в систему здравоохранения Российской Федерации. Здесь реализованы все основные направления, сформированы реестры медицинских организаций и страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования. Застрахованные лица обеспечены полисами обязательного медицинского страхования, подготовлены медицинские сотрудники для работы в системе ОМС», - отметил Юрий Нечепоренко.

Совместной работой по реализации конституционных прав жителей полуострова в сфере здравоохранения довольны и крымские законотворцы. Депутат Государственного Совета Республики Крым Наталья Маленко вспоминает: становление системы начиналось с главного – создания законодательной почвы.

«Прежде всего, необходимо было создать законодательную базу. Она была создана в 2014-2015 годах. Были приняты все необходимые программы. Все случаи, которые приходилось детально прорабатывать, прорабатывались фондом совместно с министерством здравоохранения и Государственным Советом. По-другому эту работу не получилось бы наладить за такой короткий срок», - выразила мнение парламентарий.

Итог своего первого года работы подвел и Территориальный фонд ОМС Республики Крым. Как сообщила директор ТФОМС Наталья Старцева, система ОМС впервые появилась на территории Крыма только в 2015 году. Это дало толчок для развития медицины в целом. За полгода проделана большая работа по внедрению новой для полуострова системы ОМС.

«На сегодняшний день уже более 95 процентов крымчан стали счастливыми обладателями полисов обязательного медицинского страхования. Большинство на себе ощутили защиту государства. Впервые за многие годы конституционные права пациентов на получение бесплатной и качественной медицинской помощи выполняются не на бумаге, а реально. С нового года владельцам полиса стали доступны такие виды помощи, которые раньше на полуострове невозможно было получить даже за деньги - высокотехнологичную медицинскую помощь и экстракорпоральное оплодотворение за счет средств ОМС. При наличии показаний помощь можно получить в лучших клиниках России», - рассказала Наталья Старцева.

На встрече присутствовали и главные врачи всех медицинских организаций полуострова. Они отметили: сейчас больницы и поликлиники, впервые за долгие годы, полностью обеспечены медикаментами и расходным ма-

териалом, благодаря работе в системе ОМС средства на покрытие расходов поступают стабильно и своевременно. Стабилизировалась и ситуация с зарплатами, считает министр здравоохранения Республики Крым Александр Могилевский. На сегодняшний день они приближаются к общероссийским стандартам.

«В системе ОМС мы зарабатываем деньги, чтобы оплатить нашим сотрудникам тот труд, который они вкладывают в реализацию медицинских услуг. У нас в некоторых медицинских организациях зарплаты врачей превышают 40 тысяч, медицинских сестер - 25 тысяч, младших медицинских сотрудников - 12 тысяч», - рассказал министр.

Крым должен стать постоянной площадкой для подобных совещаний в рамках программы ОМС, считает заместитель председателя Совета министров Республики Крым Алла Пашкунова. А их итогом станет появление наиболее эффективных форм организации ОМС в Крыму и в других регионах Российской Федерации, а также практики применения законодательных и нормативных документов. В рамках совещания сотрудники Фонда и главные врачи медицинских организаций за вклад в развитие медицины на полуострове были награждены благодарностями и почетными грамотами Федерального фонда ОМС.

Федеральный фонд ОМС поздравил с Днем защиты детей Дом ребенка в Муроме Владимирской области



В преддверии дня защиты детей Федеральный фонд ОМС передал Дому ребенка в Муроме Владимирской области продукты и подарки, приобретенные на средства сотрудников фонда.

Главный врач Муромского дома ребенка Елизавета Золотухина рада такому сотрудничеству. Руководство и сотрудники Федерального фонда ОМС стали настоящими друзьями маленьких сирот, регулярно навещают их с приятными подарками. Конечно, сами дети еще не могут оценить проявленную о них заботу, многим из них нет и 4 лет.

– Наш дом ребенка основан в 1927 г., – рассказывает Елизавета Золотухина. – В 1984 г. мы переехали в здание бывшего детского сада в центре Мурома, да так в нем и остались. Сегодня у нас трудятся 100 человек, а подчиняемся мы Департаменту здравоохранения Владимирской области. Нам доверены дети самого маленького возраста, которых направляют в дом ребенка из восточных районов области. Дети есть дети, требуются десятки вещей, чтобы создать для них обстановку комфорта и уюта. Поэтому в помощи благотворителей наше учреждение очень нуждается.

За последние годы ситуация здесь кардинально изменилась. Во-первых, от детей ныне отказываются по

своей воле единицы. В основном в Дом ребенка поступают малыши, которых забрали из неблагополучных семей органы опеки. Типичная история: мама-одиночка злоупотребляет спиртным, забыла о выполнении родительских обязанностей. В результате ребенок оказался фактически брошенным, предоставленным самому себе. Таких детей, голодных и грязных, забирают от ничего не соображающих мамаш социальные работники. Потом им дается какое-то время, чтобы изменить свое поведение, найти работу, как говорится, взяться за ум. Но чем и опасен алкоголизм, доводы разума меркнут перед пагубным пристрастием, заменяющим пьяницам все: и семью, и работу, и обязанности, и увлечения. Поэтому суды лишают родительских прав «неопомнявшихся» женщин. С этого момента, когда такое решение принято, ребенок может быть передан в приемную семью.

– Желающих усыновить детей, на удивление, много, – поясняет Елизавета Золотухина. – Это раньше малышей с отклонениями, которые часто формируются у ребенка, если родители злоупотребляют спиртным, соглашались усыновить только иностранцы. Теперь в органах опеки целая очередь из россиян, желающих подарить свое внимание и заботу не совсем здоровым детям. Наши соотечественники поняли, что при правильном воспитании,



уходе, реабилитации такие малыши вырастают полноценными членами общества. Да и сами представления о главных ценностях, слава Богу, изменились. Национальной идеей становится культ семьи. Кроме того, возрастает количество женщин, которые уже в возрасте решаются родить ребенка. А эти общемировые тенденции ведут к тому, что все больше семей страдают бесплодием. Но любая «ячейка общества» будет неполноценной, если в ней не растут дети.

В прошлом году в Муромский дом ребенка поступило 47 детей. И все они были усыновлены, обрели семью. То есть в детские дома для детей более взрослого возраста отсюда не уехал ни один ребенок.

Мы заходим в столовую, где как раз обедают малыши средней группы (их здесь три). Не побывав в этом медицинском учреждении, и не поверишь, что в Дом ребенка попадают жизнерадостные малыши. Но главный врач поясняет, что такими они становятся не сразу. Когда их при-

возят от пьющих родителей, они напряжены и напуганы. Обычно требуется время, чтобы ребенок привык к новой обстановке, стал чувствовать себя в безопасности, подружился со сверстниками. А потом уже он становится активным и улыбчивым.

– Посмотрите на Оксану, которую привезли неделю назад, – продолжает Елизавета Золотухина, – пока ее нельзя назвать спокойным, уверенным в себе ребенком. Она проявляет гиперактивность, часто плачет, не слушается. Кажется, что заставить эту маленькую девочку не реагировать нервно на окружающих будет невозможно. Но уверяю, пройдет пару недель и она изменится. Дети набирают у нас нормальный вес, поскольку

мы следим за их питанием. А лечебные процедуры с особой атмосферой, которую мы стараемся создать, делают большинство более покладистыми, радостными и любопытными.

В прошедшей акции принял участие директор ТФОМС Владимирской области Ольга Ефимова: «Мы также помогаем медицинскому учреждению, если в этом возникает необходимость. Например, провести диспансеризацию детей. Это особо важно, поскольку дети должны вырасти здоровыми, а каждый ребенок из неблагополучной семьи, скорее всего, имеет определенные отклонения в здоровье. И задача медиков – своевременно выявить заболевания, назначить адекватное лечение, помочь пройти эффективную реабилитацию».

Когда мы уезжали из Дома ребенка, стояла отличная летняя погода. Малыши играли на улице, каждая группа на своей детской площадке. На первый взгляд, маленькие девочки и мальчики не отличались от своих сверстников. Такие же познающие этот мир и с удовольствием раскладывающие, переставляющие по каким-то известным только им правилам свои игрушки. Но во многом это заслуга коллектива Дома ребенка, сумевшего вернуть малышам ощущение любви и полноты счастливой жизни...

ОТ РЕДАКЦИИ: Публикуем расчетный счет Дома ребенка. Уверены, среди наших читателей найдутся желающие помочь этому медицинскому учреждению.

Государственное казенное учреждение здравоохранения Владимирской области «Муромский дом ребенка специализированный», 602267, Владимирская область, г. Муром, ул. Карла Маркса, д. 19. Р/сч. 40101810800000010002, УФК отделение Владимир, г. Владимир. БИК 041708001, ИНН 3307015972, КПП 333401001, ОКПО 43159805, mdrs@bk.ru.

Работникам Федерального фонда обязательного медицинского страхования вручены награды к Дню медицинского работника

19 июня 2015 года, Москва



За активную и безупречную работу в становлении и развитии системы обязательного медицинского страхования, проявленные при этом высокий профессионализм, новаторство и инициативу награждены Памятным знаком «За заслуги в сфере обязательного медицинского страхования Российской Федерации»:

Карчевская Светлана Александровна - заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

Кувалдин Александр Игоревич - заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

Нечепоренко Юрий Алексеевич - заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

Соколова Ирина Васильевна - заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования.





За добросовестный труд в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации награждены Почетной грамотой Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

Абдрашиков Андрей Кямилевич – главный специалист-эксперт Управления делами;

Басова Елена Викторовна – ведущий специалист 3 разряда Управления делами;

Белова Людмила Михайловна – заместитель начальника отдела Управления организации ОМС;

Блинкова Екатерина Александровна – заместитель начальника отдела Финансово-экономического управления;

Буяновский Константин Маркович – начальник отдела Контрольно-ревизионного управления;

Владимирова Анастасия Сергеевна – консультант Управления формирования доходов по ОМС;

Габышева Саргылана Иоиловна – начальник отдела Финансово-экономического управления;

Герцева Елена Васильевна – ведущий специалист 3 разряда Управления бухгалтерского учета и отчетности;

Давыдова Ольга Алексеевна – консультант Управления кадровой политики;

Дурнова Наталья Евгеньевна – заместитель начальника отдела Управления кадровой политики;

Евсеева Виктория Сергеевна – консультант Управления делами;

Железнякова Инна Александровна – заместитель начальника Финансово-экономического управления;

Комаева Фатима Сосланбековна – заместитель начальника отдела Управления бухгалтерского учета и отчетности;

Кислый Андрей Николаевич – начальник отдела Управления делами;

Куратова Юлия Николаевна – начальник отдела Управления бухгалтерского учета и отчетности;

Леонова Галина Аркадьевна – главный специалист – эксперт Управления формирования доходов по ОМС;



Логачев Иван Сергеевич – главный специалист-эксперт Управления информационно-аналитических технологий;

Максимова Евгения Владимировна – заместитель начальника отдела Управления модернизации системы ОМС;

Морозова Ирина Анатольевна – консультант Управления бухгалтерского учета и отчетности;

Мусиенко Ирина Викторовна – ведущий специалист 3 разряда Управления формирования доходов по ОМС;

Мясоедова Анна Владимировна – заместитель начальника Финансово-экономического управления;

Пирова Гунель Ифтихаровна – советник Управления информационно-аналитических технологий;

Пчельникова Наталия Борисовна – консультант Управления бухгалтерского учета и отчетности;

Сафронова Ирина Владимировна – ведущий специалист 3 разряда Управления бухгалтерского учета и отчетности;

Свитлык Мария Васильевна – начальник отдела Управления правовой и международной деятельности;

Соломахин Максим Витальевич – начальник отдела Финансово-экономического управления;

Тарабрина Анастасия Валерьевна – заместитель начальника отдела Управления делами;

Тишкина Светлана Николаевна – заместитель начальника отдела Управления организации ОМС;

Топилина Наталья Ивановна – заместитель начальника отдела Управления делами;

Требухина Марина Анатольевна – заместитель начальника отдела Управления бухгалтерского учета и отчетности;

Хохлов Сергей Сергеевич – начальник отдела Управления организации ОМС;

Шафиев Зураб Арсенович – советник Управления модернизации системы ОМС;

Шпес Елена Юрьевна – начальник отдела Управления организации ОМС.



Накануне профессионального праздника прошла торжественная церемония награждения и поздравления коллектива Федерального фонда обязательного медицинского страхования



Объявлена Благодарность председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования работникам Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

Богатову Андрею Александровичу – главному специалисту – эксперту Управления формирования доходов по ОМС;

Вега-Офре Елене Сергеевне – сотруднику Управления делами;

Гавриленко Ольге Федоровне – заместителю начальника отдела Управления организации ОМС;

Гамову Никите Александровичу – ведущему специалисту 3 разряда Управления информационно-аналитических технологий;

Гоголеву Сергею Александровичу – сотруднику Управления делами;

Головенко Макару Геннадьевичу – заместителю начальника отдела Управления организации ОМС;

Голубкиной Светлане Вадимовне – ведущему специалисту – эксперту Управления модернизации системы ОМС;

Давыдовой Марии Николаевне – ведущему специалисту 3 разряда Управления модернизации системы ОМС;

Ерохину Сергею Владимировичу – ведущему специалисту 3 разряда Контрольно-ревизионного управления;

Казариновой Виктории Юрьевне – заместителю начальника отдела Управления правовой и международной деятельности;

Князеву Дмитрию Константиновичу – начальнику отдела Управления модернизации системы ОМС;

Куколевой Анне Витальевне – ведущему специалисту 3 разряда Управления бухгалтерского учета и отчетности;

Никифоровой Екатерине Александровне – ведущему специалисту 3 разряда Управления кадровой политики;

Николаевой Галине Ивановне – главному специалисту – эксперту Управления бухгалтерского учета и отчетности;

Омельченко Анне Владимировне – заместителю начальника отдела Управления правовой и международной деятельности;

Сокол Наталье Валентиновне – начальнику отдела Управления информационно-аналитических технологий;

Стародубцевой Анне Владимировне – ведущему специалисту – эксперту Управления делами;

Харыкину Олегу Михайловичу – заместителю начальника отдела Контрольно-ревизионного управления;

Чуканову Олегу Александровичу – сотруднику Управления делами;

Шинкаренко Александру Владимировичу – заместителю начальника Отдела информационной безопасности.

IX Форум технических комитетов Международной ассоциации социального обеспечения

18-19 мая 2015 г., Женева (Швейцария)



IX Форум технических комитетов МАСО, Женева (Швейцария). С.А. Карчевская, заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Делегация Федерального фонда обязательного медицинского страхования приняла участие в организованном Международной ассоциацией социального обеспечения (МАСО) девятом Форуме технических комитетов, который был посвящен разработке и внедрению международных стандартов МАСО в сфере социального обеспечения.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования является самостоятельным членом МАСО.

На мероприятии, состоявшем из пленарных заседаний, рабочих встреч и круглых столов технических комитетов, обсуждались вопросы развития, модернизации и реализации Руководств МАСО. На Форуме были подняты проблемы реализации Руководств МАСО в странах с разным уровнем экономического развития.

Технические комитеты представили доклады о реализации рабочих планов 2014-2016 годов и этапах разрабатываемых ими в рамках данных планов Руководств, а также о мероприятиях и тренингах, которые проводятся с целью ознакомления с Руководствами и дальнейшего их внедрения отдельно каждой страной в свою систему социального обеспечения.

Руководства МАСО - это единственные на сегодняшний день международные стандарты, разработанные

специально для организаций социального обеспечения с учетом их потребностей. К настоящему моменту существуют 8 Руководств:

- Руководство МАСО по сбору и обеспечению дисциплины уплаты взносов;
- Руководство МАСО по инвестированию фондов социального обеспечения;
- Руководство МАСО по профилактике производственных рисков;
- Руководство МАСО по программам реинтеграции и возвращения к трудовой деятельности;
- Руководство МАСО по охране труда;
- Руководство МАСО по информационно-коммуникационным технологиям;
- Руководство МАСО по добросовестному управлению;
- Руководство МАСО по качеству обслуживания.

Данные руководства имеют межтематическую направленность, связаны между собой и в их разработке принимают участие разные технические комитеты в зависимости от проблематики вносимых рекомендаций.

Другим важным направлением дискуссии стало совершенствование информационно-коммуникационных систем социального обеспечения и адаптация электрон-

ных сервисов. Внедрение высокоэффективных информационно-коммуникационных технологий способно в значительной степени повысить качество услуг, предоставляемых в рамках организаций социального обеспечения.

На индивидуальном заседании Технического комитета по здравоохранению и страхованию по болезни, в котором принимает участие Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, обсуждался вопрос усовершенствования Руководства МАСО по профилактике профессиональных рисков. На Комитете рассматривалось внесение в данное Руководство новых рекомендаций, связанных с профессиональными неинфекционными заболеваниями.

Тема профессиональных неинфекционных заболеваний является актуальной в виду увеличения их числа во всем мире, и Российская Федерация не является здесь исключением. Одной из основных задач принятых рекомендаций стало предотвращение роста числа неинфекционных заболеваний, включая сердечно-сосудистые заболевания, рак, диабет, хронические респираторные заболевания, заболевания опорно-двигательного аппарата и психические расстройства.

Факторы производственных рисков играют главную роль в появлении ряда заболеваний (таких как развитие видов раковых образований или хронических болей в спине), а также оказывают негативное влияние на существующие поведенческие факторы риска. Несмотря на то, что многие неинфекционные заболевания напрямую связаны с производственными рисками, стоит понимать, что не все из них могут быть классифицированы именно как профессиональные. В этой связи особое внимание уделялось вопросу стресса как одного из факторов риска, способного спровоцировать или усугубить самые распространенные неинфекционные заболевания, например, патологии психического здоровья.

Дальнейшее обсуждение вопроса прошло на Техническом семинаре Европейской сети МАСО по теме: «Инновационные подходы к профилактике профессиональных заболеваний», который состоялся в Санкт-Петербурге с 27 по 28 мая 2015 года. На Техническом семинаре с отчетом об итогах работы Технического комитета по здравоохранению и страхованию по болезни МАСО выступила



Технический семинар Европейской сети МАСО по теме: «Инновационные подходы к профилактике профессиональных заболеваний», Санкт-Петербург. Слева направо: доктор К. Фельтен, МАСО; С.А. Карчевская, заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования; В. Г. Соломенникова, заместитель председателя Фонда социального страхования Российской Федерации; доктор Й. Бройер, главный управляющий Германским обществом обязательного страхования от несчастных случаев

заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.А. Карчевская.

Девятый Форум технических комитетов Международной ассоциации социального обеспечения стал масштабным обзором реализованных и планирующихся к реализации задач МАСО. Крайне важно отметить то, что Форум обозначил изменение роли международной организации. В настоящее время, в своей деятельности, Международной ассоциацией социального обеспечения руководствуются не только как платформой для обмена опытом, но и как разработчиком и реализатором профессиональных международных стандартов в сфере социального обеспечения.

УДК 614.2

Результаты рейтинга официальных сайтов территориальных фондов обязательного медицинского страхования в части доступности и качества информирования застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования

С.Г. Кравчук, П.В. Бреев

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Москва



С.Г. Кравчук



П.В. Бреев

Резюме

В целях обеспечения предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования, одной из задач территориальных фондов ОМС является информирование населения по вопросам, относящимся к компетенции ТФОМС, в том числе путем обеспечения пу-

бличного доступа к информации о деятельности ТФОМС посредством официального сайта.

Ключевые слова: информирование застрахованных граждан, рейтинг официальных сайтов ТФОМС, оценка сайтов по критериям.

Abstract

Results of the official sites rating of territorial foundations of obligatory medical insurance in terms of availability and informing quality of the insured persons in the sphere of obligatory medical insurance

S.G. Kravchuk, P.V. Breev

The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance

In order to ensure the rights of citizens stipulated by the legislation of the Russian Federation in the sphere of obligatory medical insurance, one of the tasks of the territorial OMI foundations is to inform the population on matters within the

TFOMI competence, including by ensuring public access to information about the TFOMI activities using the official website.

Key words: informing of the insured persons, rating of official TFOMI websites, assessment of websites on criteria.

Согласно Типовому положению о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 21.01.2011 г. № 15н, зарегистрированному в Минюсте России 02.02.2011 г. № 19661, одной из задач территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – территориальный фонд ОМС, ТФОМС) является обеспечение предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в системе обязательного медицинского страхования.

С целью выполнения указанной задачи территориальный фонд ОМС проводит разъяснительную работу путем информирования населения по вопросам, относящимся к компетенции ТФОМС, в том числе посредством официального сайта фонда.

Исследовательский центр ТАСС составил рейтинг открытости официальных сайтов территориальных фондов ОМС для граждан, в части их доступности и качества информирования застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования.

Источниками данных являлись сайты территориальных фондов ОМС, содержащие информацию для граждан. Использовались данные по состоянию на декабрь 2014 года.

В основе рейтинга – оценка сайтов по четырем группам критериев:

- функциональность;
- полнота размещенной информации;
- достоверность и актуальность контактных данных;
- оперативность обновления.

Всего в исследовании представлены сайты территориальных фондов обязательного медицинского страхования 82 субъектов Российской Федерации, кроме Республики Крым и города Севастополь, так как сайты на момент проведения исследования отсутствовали, а также Иркутской области в связи с тем, что на момент исследования сайт не работал.

При максимально возможной оценке в 54 балла лидерами рейтинга стали Ставропольский и Алтайский края, набрав по 50,5 и 50,3 балла соответственно. На третьем месте рейтинга – Свердловская область (50 баллов).

В десятку лучших также вошли Московская (48,8 балла), Орловская и Ростовская (по 48,5 балла), Владимирская (47,5 балла) области, Республика Адыгея (47,3 балла), Воронежская область, Краснодарский и Красноярский края (по 47 баллов).

Среди аутсайдеров рейтинга – Республика Северная Осетия – Алания (25,3 балла), Кабардино-Балкарская Республика и Хабаровский край (по 28,5 балла). В десятке регионов, набравших минимальное количество баллов, оказалось четыре региона Дальневосточного федерального округа и три – Северо-Кавказского.

Рейтинг сайтов территориальных фондов обязательного медицинского страхования по федеральным округам выглядит следующим образом (см. диаграмму 1).

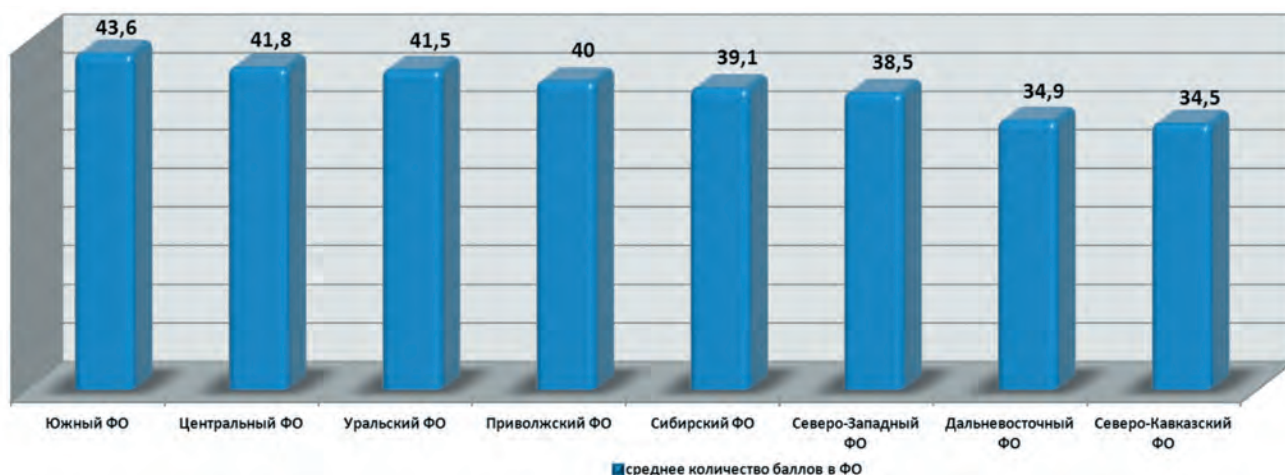
1. «Функциональность официальных сайтов территориальных фондов обязательного медицинского страхования»

(9 критериев – максимум 16 баллов)

По критерию «Наличие информации о сайте в поисковых системах» большинство сайтов оказались благополучны, т.е. индексируются в первой десятке выдачи «Яндекса» и Google по четырем вариантам запроса. Сайты 43 ТФОМС получили высший балл. Всего три сайта получили по одному баллу (Республика Башкортостан, Ненецкий АО, Кабардино-Балкарская Республика) и менее (Чукотский АО – 0,5).

Критерий «Удобство навигации по сайту» (максимум 1 балл) включал в себя оценку наличия в главном меню

Диаграмма 1. Рейтинг сайтов территориальных фондов обязательного медицинского страхования по федеральным округам



ключевых разделов с описанием представленной в них информации, а также наличие и доступность карты сайта. В целом по данному критерию большинство сайтов отвечали данным требованиям, вместе с тем необходимо отметить, что ни одного балла не набрали ТФОМС 6-ти регионов: Еврейский и Ханты-Мансийский АО, Республика Северная Осетия – Алания, Оренбургская, Архангельская и Саратовская области.

По критерию «Удобство пользования размещенной информацией» (от 0 до 1 балла) 57 сайтов ТФОМС получили по 1 баллу. Оценка снижалась в случае размещения на сайте плохо читаемых отсканированных текстов, отсутствия описания документов рядом со ссылкой для скачивания и т.д., в результате 26 сайтов не набрали ни одного балла.

Критерий «Наличие формы обратной связи». Эксперты обратили внимание на то, что на 11 сайтах ТФОМС форма обратной связи отсутствует. Из регионов, попавших в последнюю десятку, в этом списке оказались Нижегородская область, Республики Северная Осетия – Алания и Тыва. Кроме того, формы обратной связи нет на сайтах Волгоградской, Ивановской, Кемеровской, Курганской, Ленинградской, Омской и Самарской областей и Республики Марий Эл.

По критерию «Возможность онлайн-проверки готовности и актуальности полисов обязательного медицинского страхования» максимально возможную оценку, 3 балла, получили всего два региона – Владимирская область и Республика Коми, обеспечив гражданам возможность узнать актуальность, готовность и стадию изготовления полиса ОМС. Не получили ни одного балла 23 сайта, так как на них вообще отсутствовала данная информация или сервер был недоступен (в том числе по причине нахождения сервера в стадии разработки).

Критерий «Наличие и функциональность поиска по сайту». Действующий поиск и структурированная выдача результатов оказались возможными лишь на каждом пятом сайте ТФОМС (16 сайтов), форма поиска отсутствовала, либо индексация содержимого сайта была ограничена на 35 сайтах.

По критерию «Независимость отображения информации на сайте от программной платформы» все регионы, кроме Тульской области и Республики Саха (Якутия), получили максимальную оценку – 3 балла. Сайты двух указанных регионов некорректно отображаются на одной из трех операционных систем, в связи с чем получили 2 балла.

По критерию «Независимость отображения информации на сайте от браузера» все 83 региона получили максимальные 2 балла.

В рамках критерия «Наличие технических сбоев при доступе к сайту и скорости загрузки» каждый ресурс был протестирован не менее пяти раз в разное время суток в разные дни недели, в результате технических сбоев при тестировании сайтов 73 регионов не отмечалось.

Всем предъявляемым требованиям по указанным критериям раздела «Функциональность официальных сайтов территориальных фондов обязательного медицинского страхования» соответствует только один сайт – Владимирской области (16 баллов).

II. «Полнота информации, размещенной на официальных сайтах территориальных фондов обязательного медицинского страхования»

(18 критериев – максимум 35 баллов)

1. Наличие общих сведений о территориальном фонде обязательного медицинского страхования региона

Максимально возможные 3 балла по критерию «Наличие и полнота контактных данных» получили все регионы, кроме пяти: Ленинградской, Новгородской и Ульяновской областей, Республики Северная Осетия – Алания и Саха (Якутия). На сайтах этих регионов не указаны адреса электронной почты.

Информация о руководстве ТФОМС имеется на всех сайтах, кроме Вологодской, Калужской, Нижегородской и Тверской областей и Санкт-Петербурга. Эти регионы не получили ни одного балла.

Схема проезда в офис ТФОМС есть у 51 из 83 регионов, и они получили максимально возможный один балл по этому критерию.

График приема граждан на момент проведения исследования отсутствовал только у 13 регионов: Ивановской, Калужской, Липецкой, Московской, Нижегородской, Новгородской, Самарской и Тульской областях, Кабардино-Балкарской Республики и Республики Дагестан, Москвы, Ненецкого АО и Пермского края.

В рамках критерия «Описание задач и функций ТФОМС» была дана экспертная оценка полноты представленной информации, по результатам которой 25 регионов не получили ни одного балла.

Максимальные 3 балла по критерию «Наличие списка региональных филиалов ТФОМС с контактной информацией и графиками приема» получили лишь 6 регионов. Это Брянская, Московская, Мурманская, Самарская области, Республика Адыгея и Алтайский край.

2. Наличие актуальной информации о системе обязательного медицинского страхования

По критерию «Наличие информации о правах граждан в сфере обязательного медицинского страхования» результаты распределились следующим образом:

- информация изложена отрывочно, не структурирована на сайтах ТФОМС Кабардино-Балкарской Республики и Республики Тыва (вошедшие в десятку последних) и Рязанской области. Данные регионы не получили ни одного балла;

- есть только ссылка на нормативный документ, который необходимо скачивать на сайтах Республики Да-

гестан, Еврейской АО и пяти областей: Нижегородская, Оренбургская, Саратовская, Смоленская и Челябинская – получили по одному баллу;

- информация представлена полностью и максимально возможные по этому критерию 2 балла получили остальные регионы.

По критерию «Наличие информации о порядке и процедуре обращения за защитой прав застрахованных лиц в сфере ОМС» всего 7 регионов не набрали ни одного балла.

При оценке по критерию «Наличие федеральных нормативно-правовых документов и нормативно-правовых документов субъекта Российской Федерации» учитывалось не только наличие данных документов, а также их актуальность, структурированность и полнота представленной информации. Ни один из регионов не получил менее 3 баллов.

По критерию «Наличие показателей деятельности ТФОМС» 26 регионов с пустым соответствующим разделом, в случае отсутствия или если страница находилась в разработке не получили ни одного балла. При этом в число регионов, ТФОМС которых не публикуют информации о своей деятельности, попали почти все субъекты Северо-Кавказского федерального округа (5 из 7 регионов), кроме Республики Дагестан и Ставропольского края.

На сайтах 21 региона не опубликовано тарифное соглашение в системе ОМС на 2014 год.

Оценивая полноту информации о порядке получения и замены полиса ОМС, максимальные 2 балла эксперты присудили 42 регионам, на которых имелась в полном объеме информация о порядке получения и замены полиса ОМС и наличия списка пунктов выдачи полисов ОМС. По одному баллу у 35 регионов в связи с тем, что указанные данные представлены не достаточно, и 6 регионов не получили ни одного балла, так как необходимые данные отсутствовали на сайте ТФОМС.

Информация о порядке выбора страховой медицинской организации отсутствовала у 25 регионов.

Только ТФОМС одного региона – Воронежской области – получил максимальные 3 балла по критерию «Наличие информации об осуществлении мероприятий, направленных на развитие профилактической культуры и формирование принципов здорового образа жизни, порядке проведения диспансеризации населения». 6 регионов не получили ни одного балла по этому параметру. У прочих регионов – от 0,5 до 2,5 балла в зависимости от полноты предоставленной информации.

Фактором повышения оценки до максимальных 5 баллов, полученных 21 регионом, при оценке по критерию «Наличие информации о территориальной программе государственных гарантий, перечня медицинских услуг, оказываемых в рамках программы ОМС» стало наличие перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, статистические данные по диспансеризации и т.д.

Информация о внедрении современных информационных систем (максимум 1 балл) есть на сайтах 34 из 83 ТФОМС.

3. Наличие справочной информации о страховых медицинских организациях и медицинских организациях

По данному критерию сайты всех регионов получили максимально возможный один балл.

4. Наличие ссылок на сайты Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Министерство здравоохранения Российской Федерации и других государственных органов

Все регионы получили по одному максимальному баллу по этому критерию, за исключением 8 сайтов ТФОМС, на которых данные ссылки отсутствовали.

III. «Достоверность и актуальность контактной информации, размещенной на официальных сайтах ТФОМС»

(3 критерия – списание до 11 баллов)

Оценка на предмет достоверности и актуальности контактной информации была проведена дистанционно посредством телефонных звонков и проверки сведений, указанных на сайтах ТФОМС.

За невозможность связаться с ТФОМС, используя указанные на сайте контактные данные, по 5 баллов было списано с Республик Дагестана и Ингушетии, Нижегородской области и Хабаровского края.

С 14 регионов списано по 2 балла, так как информация о графике приема граждан, опубликованная на сайте, не совпадала с информацией, полученной по телефону. Чаще всего представители территориальных фондов ОМС предлагали договориться о встрече с директором заранее, несмотря на наличие официального графика приема граждан.

Телефонная проверка достоверности контактной информации и графиков приема двух филиалов ТФОМС в каждом из регионов привела к списанию баллов у сайтов ТФОМС 12 субъектов, в основном из-за неверно указанного номера телефона или кода города и не соответствия информации о графиках приема и данным, полученным по телефону.

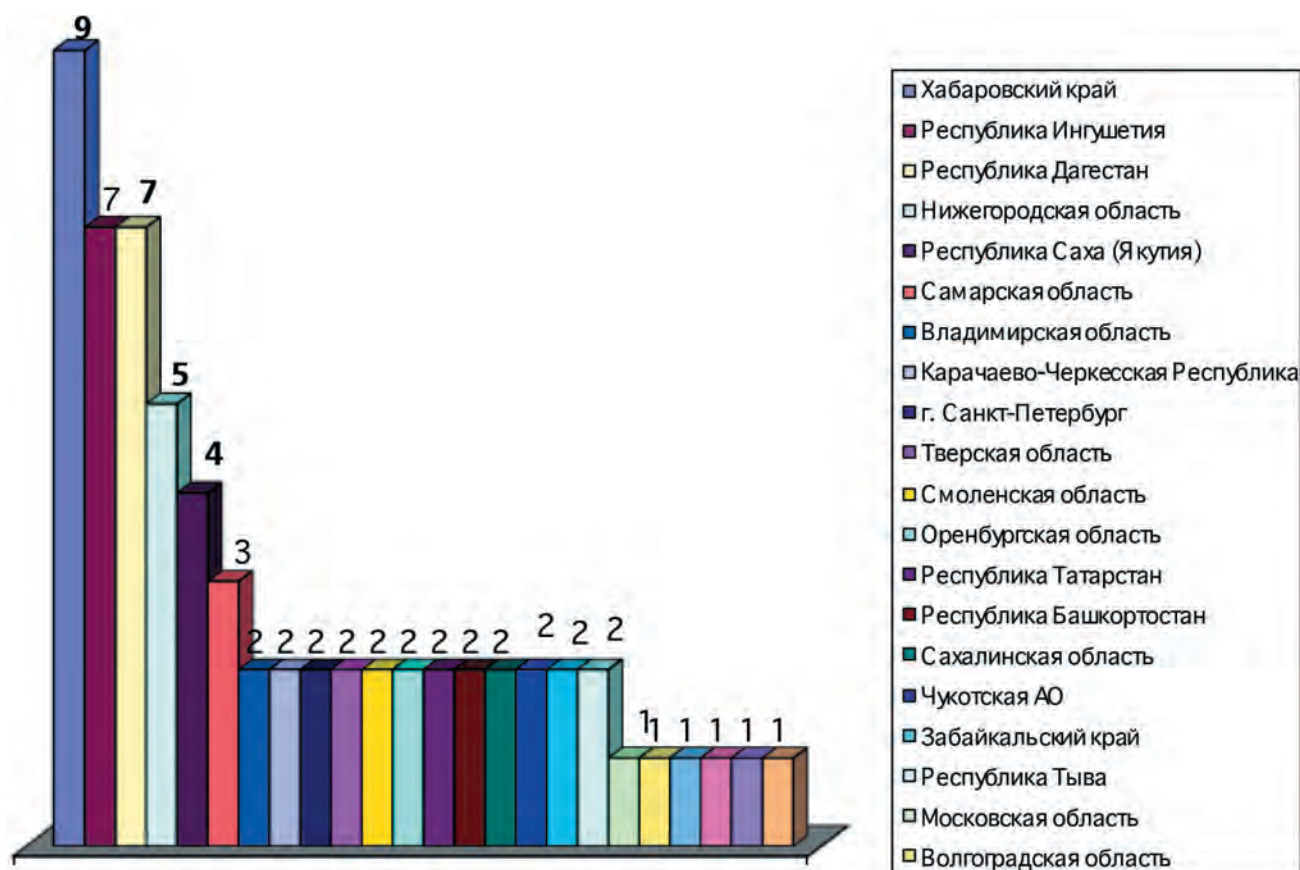
Всего списанных баллов с сайтов ТФОМС по критериям раздела «Достоверность и актуальность контактной информации, размещенной на официальных сайтах ТФОМС» см. на диаграмме 2.

IV. «Оперативность размещения информации официальных сайтах территориальных фондов обязательного медицинского страхования» (максимум 5 баллов)

По критерию ни одного балла не получили всего четыре региона: Карачаево-Черкесская Республика и Республика Хакасия, Омская область и Чукотский АО.

Больше всего регионов – 57 – получили по 1 баллу. Это связано с тем, что обязательной к размещению информацией считались данные об изменениях и допол-

Диаграмма 2. Всего списанных баллов с сайтов ТФОМС по критериям раздела «Достоверность и актуальность контактной информации, размещенной на официальных сайтах ТФОМС»



нениях, вносимых в нормативно-правовые документы федерального и регионального уровня. Одним из самых распространенных факторов снижения оценки по этому блоку стало наличие на сайте Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в редакции от ноября 2010 года.

Максимально возможные 5 баллов получили 11 регионов: Алтайский, Краснодарский, Красноярский и Ставропольский края, Курская, Липецкая, Московская, Свердловская, Ульяновская и Челябинская области и республика Коми.

Подводя итоги, стоит отметить, что результаты проведенного исследования позволяют говорить о том, что информация, представленная на сайтах в части информирования граждан, в целом отвечает требованиям действующего законодательства в сфере обязательного медицинского страхования. Несмотря на это, имеется ряд существенных недоработок по некоторым критериям на сайтах отдельных территориальных фондов ОМС.

Полный перечень результатов рейтинга:

Место в списке	Регион	Количество баллов
1	Ставропольский край	50,5
2	Алтайский край	50,3
3	Свердловская область	50
4	Московская область	48,8
5-6	Орловская область	48,5
	Ростовская область	
7	Владимирская область	47,5
8	Республика Адыгея	47,3
9-11	Воронежская область	47
	Краснодарский край	
	Красноярский край	
12-13	Пермский край	46,8
	Республика Коми	
14	Белгородская область	46,3
15	Челябинская область	46
16	Липецкая область	45,3
17	Костромская область	45
18-20	Кировская область	44,5
	Пензенская область	
	Удмуртская Республика	
21	Курская область	44
22	Республика Марий Эл	43,5
23 - 24	Амурская область	43
	Приморский край	
25 - 27	Ивановская область	42,5
	Новосибирская область	
	Ульяновская область	
28	Магаданская область	42,3
29 - 30	Республика Карелия	41
	Республика Мордовия	
31 -32	Тульская область	40,8
	Ханты-Мансийский АО	
33	Тюменская область	40,5
34-36	Мурманская область	40,3
	Республика Татарстан	
	Чувашская Республика	
37	Республика Калмыкия	40
38	Волгоградская область	39,8
39-42	Вологодская область	39,5
	Москва	
	Республика Алтай	
	Томская область	

Место в списке	Регион	Количество баллов
43-44	Брянская область	39,3
	Ленинградская область	
45	Астраханская область	39
46-49	Забайкальский край	38,5
	Омская область	
	Республика Башкортостан	
	Чеченская Республика	
50	Ярославская область	38,3
51 - 53	Калужская область	37,5
	Новгородская область	
	Ямало-Ненецкий АО	
54-55	Архангельская область	37,3
	Республика Бурятия	
56-57	Карачаево-Черкесская Республика	37
	Смоленская область	
58	Тамбовская область	36,8
59-61	Ненецкий АО	36
	Псковская область	
	Санкт-Петербург	
62-65	Камчатский край	35
	Оренбургская область	
	Рязанская область	
	Самарская область	
66 - 67	Калининградская область	34
	Курганская область	
68-69	Кемеровская область	33,3
	Республика Хакасия	
70	Тверская область	32,8
71	Саратовская область	32,5
72	Республика Саха (Якутия)	32,3
73	Республика Дагестан	32
74	Нижегородская область	31,3
75	Чукотский АО	31
76	Республика Тыва	30,5
77	Сахалинская область	30
78	Республика Ингушетия	29,8
79	Еврейская АО	29
80-81	Кабардино-Балкарская Республика	28,5
	Хабаровский край	
82	Республика Северная Осетия	25,3

Рейтинг сайтов ТФОМС по федеральным округам выглядит следующим образом:

Место в списке	Федеральный округ	Среднее количество баллов для одного региона
1	Южный	43,6
2	Центральный	41,8
3	Уральский	41,5
4	Приволжский	40,0
5	Сибирский	39,1
6	Северо-Западный	38,5
7	Дальневосточный	34,9
8	Северо-Кавказский	34,5

Для корреспонденции:

Кравчук Светлана Георгиевна – начальник Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования
E-mail: skravchuk@ffoms.ru, тел. 8 (495) 987-03-80 доб.1021, приемная тел. 8 (495) 987-03-82, 8 (499) 973-49-36

Бреев Павел Владимирович – советник председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования
E-mail: pbreev@ffoms.ru, тел.8 (495) 987-03-80 доб.1582, тел. 8 (499) 973-49-11

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Адрес: 127994, ГСП-4, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37

For correspondence:

Svetlana G. Kravchuk – Head of the Department for Organization of Obligatory Medical Insurance of the Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance
E-mail: skravchuk@ffoms.ru, Tel. 8 (495) 987-03-80 add.1021, reception tel. 8 (495) 987-03-82, 8 (499) 973-49-36

Pavel V. Breev – Advisor to the Chairman of the Foundation of Obligatory Medical Insurance
E-mail: pbreev@ffoms.ru, Tel.8 (495) 987-03-80 add.1582, Tel. 8 (499) 973-49-11

Address: The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance, Ul. Novoslobodskaya 37, Moscow, 127994, GSP-4

УДК 614.2

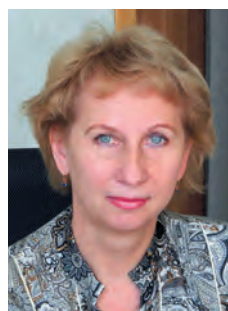
Реализация пилотного проекта по информированию застрахованных лиц о стоимости оказанной им медицинской помощи с применением медицинской информационной системы на территории Брянской области

О.Г. Митина, Л.Е. Мартыненко, Н.В. Женчевская

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Брянской области



О.Г. Митина



Л.Е. Мартыненко



Н.В. Женчевская

Резюме

При реализации пилотного проекта об информировании застрахованных лиц о стоимости оказанной им медицинской помощи приоритетным выбрано использование ресурсов медицинской информационной системы, внедренной в медицинских организациях системы

обязательного медицинского страхования Брянской области.

Ключевые слова: пилотный проект, застрахованные лица, стоимость оказанной медицинской помощи, медицинская информационная система.

Abstract

Implementation of a pilot project for information of the insured persons about the cost of the medical care rendered for them using the medical information system in the territory of the Bryansk region

O.G. Mitina, L.E. Martynenko, N.V. Zhenchevskaya

Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Bryansk region

The use of resources of the medical information system, introduced in medical institutions of the obligatory medical insurance system in the Bryansk region, was selected as the priority in the implementation of the pilot

project of information for the insured persons about the cost of medical care rendered them.

Key words: pilot project, insured persons, cost of the rendered medical care, medical information system.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования включил Брянскую область в число «пилотных» территорий по реализации поручения Президента Российской Федерации от 25 июля 2014 г. № Пр-1788 «О внедрении в систему обязательного медицинского страхования формы индивидуального информирования застрахованных лиц, содержащей перечень оказанных медицинских услуг и их стоимость».

Департаментом здравоохранения и территориальным фондом ОМС Брянской области было принято решение о включении в «пилот» 100% медицинских организаций, работающих в системе ОМС Брянской области. Для реализации поручения Президента приоритетным был избран курс автоматизированного внедрения информирования застрахованных лиц на основе медицинской информационной системы, которая функционирует во всех медицинских учреждениях Брянской области.

ЦЕЛЬ

Целью информирования является выдача застрахованному лицу или его представителю информационной справки о перечне и стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Руководители медицинских организаций определили работников, в обязанности которых входит выдача справок, назначили ответственных лиц по обеспечению ин-

формирования в медицинской организации, а также их учету. Факт выдачи справки или отказ застрахованного лица от ее получения вносится в первичные медицинские документы: клеивается отрывной корешок с росписью застрахованного лица или его представителя или используется соответствующее клише.

Большое внимание уделяется наглядной агитации. Информация о способах информирования застрахованных лиц размещена на сайте территориального фонда и на сайтах медицинских организаций.

На рисунке 1 приведен информационный комикс, который опубликован на сайте ТФОМС с целью привлечь внимание застрахованных лиц для более глубокого изучения предложенного материала.

С целью широкого внедрения индивидуального информирования застрахованных лиц о перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости в медицинских организациях размещены информационные листки в регистратурах и на информационных стендах. Соответствующая информация размещена на интернет-сайтах департамента здравоохранения Брянской области, территориального фонда ОМС, медицинских организаций. Для получения консультативной помощи застрахованным лицам на справке указаны телефоны специалистов территориального фонда ОМС и страховых медицинских организаций.

На информационных стендах в подразделениях медицинских организаций размещена информация для пациентов, содержание которых описано на рис. 2.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Реализация пилотного проекта осуществляется в соответствии с совместными приказами ТФОМС Брянской

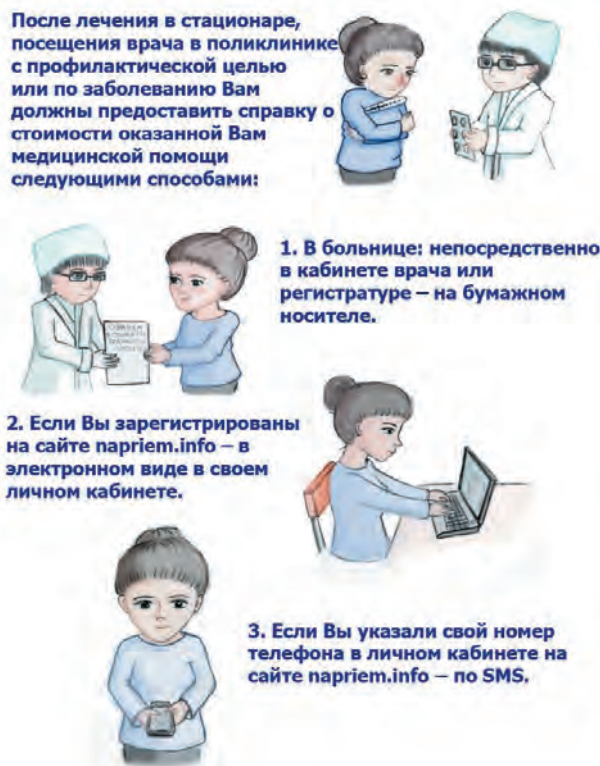


Рис. 1. Способы предоставления информационной справки

Об информировании застрахованных лиц о стоимости оказанной медицинской помощи

Уважаемые пациенты!

Доводим до вашего сведения, что с 01.10.2014 года в «ГБУЗ Брянская городская больница №2» осуществляется мероприятия по обеспечению информирования застрахованных лиц о стоимости оказанной медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Мероприятия реализуются в рамках выполнения поручения Президента Российской Федерации от 25 июля 2014 г. № Пр-1788 о внедрении в систему обязательного медицинского страхования формы индивидуального информирования застрахованных лиц, содержащей перечень оказанных медицинских услуг и их стоимость, а также в целях формирования у застрахованного лица объективного представления о затратах на оказанную ему медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования.

С порядком получения информации о стоимости оказанной медицинской помощи Вы можете ознакомиться у своего лечащего врача.

При условии регистрации на региональном сервисе «pariet.info» информация о стоимости оказанной медицинской помощи размещается в личном кабинете гражданина.

Информация о стоимости оказанной медицинской помощи носит уведомительный характер, оплате за счет личных средств не подлежит.

Рис. 2. Информационные стенды

Приложение
к совместному приказу ДЗ и ТФОМС
от 05.09.2014 №762/246/1

КОРЕШОК
ИНФОРМАЦИОННОЙ СПРАВКИ №20141204163729
О СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗАННОЙ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ В РАМКАХ ПРОГРАММ ПО ОМС

Ф.И.О. пациента: _____ Дата рождения: **24.06.1983**
№ первичной медицинской документации: _____ Стоимость медицинской помощи: **37 350,17 руб.**
Дата лечения: с **14.10.2014** по **27.11.2014** Дата выдачи справки: **04.12.2014**

Подпись лица, выдавшего справку: _____ Подпись застрахованного лица
(в т.ч. его законного представителя): _____

Данная справка
ИНФОРМАЦИОННАЯ СПРАВКА №20141204163729
О СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗАННОЙ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ В РАМКАХ ПРОГРАММ ПО ОМС
от **04.12.2014**

(штамп территориального органа управления обязательным медицинским страхованием)

Ф.И.О. _____
в период с 14.10.2014 по 27.11.2014 оказаны медицинские услуги:

№п/п	Дата	Наименование медицинской услуги	Стоимость (руб.)
1	14.10.2014	Посещение специалиста "уролог"	188,51
2	17.10.2014	Операции на почке и мочевыделительной системе (уровень затрат 3)	25 115,99
3	27.11.2014	Другие болезни органов пищеварения	11 601,19
4	18.10.2014	Морфологическое исследование препарата тканей биопсии	434,48
Итого:			37 350,17

Внимание!
Настоящая справка носит уведомительный характер, оплата за счет личных средств не подлежит.
В стоимость посещения врачебного медицинского персонала включены расходы на проведение биологических исследований.
Указанные в данной справке суммы носят предварительный характер. Точную стоимость лечения Вы можете получить в своем личном кабинете регионального портала электронной регистрации ЛАРГЕМ.РФ.
При несоответствии фактически оказанных услуг приведенным в настоящей справке необходимо обратиться в свою страховую медицинскую организацию.
(Филиал ООО «СК «Согаз-Мед» в г. Брянске 64-78-05, Брянский филиал ОАО «СК «Согаз-Мед» 59-86-58, ООО «АльфаСтрахование-ОМС» Брянский филиал «Сибирь» 82-60-35 или 82-60-38, Брянский филиал «РОСНО-МС» 72-14-04) или в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по телефону 72-20-73, 86-17-10.

Система
МЭД-Complete

Рис. 3. Образец информационной справки

области и департамента здравоохранения, в рамках которых разработан «Порядок информирования застрахованных лиц о стоимости оказанной им медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования».

Информирование граждан в поликлиниках осуществляется с применением информационной системы непосредственно на рабочем месте врача после окончания лечения. Форма справки приведена на рис. 3.

Отрывной корешок клеивается в амбулаторную карту пациента.

При получении медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах информация о стоимости включена в выписной эпикриз, который формируется и печатается на автоматизированном месте врача в двух экземплярах, один из которых остается в истории болезни, второй выдается на руки пациенту.

При оказании скорой медицинской помощи застрахованным лицам выдается справка, изготовленная типографским способом, в которой указана стоимость медицинской услуги, определенная на основе тарифов на оплату единиц объема скорой медицинской помощи.

Данный метод информирования застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи выявил следующие проблемные зоны:

1. При выдаче справки в поликлиниках непосредственно на рабочем месте врача увеличилось время при-

MED-Complete <Врач-терапевт участковый Администратор системы> 19.03.2015 (четверг) 14:21:17

Администратор Регистратор Врач поликлиники Приёмный покой Врач стационара Параклиника Больничные листы

Статистик Гл.врач Осмотры

Регистратор: 612 711

ID: 21035, Фамилия: *****, Имя: *****, Отчество: *****

ФИО: *****

Пол: Ж, Возраст: 24.09.1961, 53 года

СНИЛС: 625043

Документ, удостоверяющий личность: ПАСПОРТ ГРАЖДАНИНА РОССИИ

Серия: *****, Номер: *****, ЕНП: 3250830875000235

Контактная информация: Адрес: КАРАЧЕВСКИЙ р-н, КАРАЧЕВ, ГОРЬКОГО ул., *****

Соц. статус: работающий

Группа крови: A(II) Rh+

Место работы: ГБУЗ КАРАЧЕВСКАЯ ЦРБ

Профессия: Программист

ОАО "СК "СОГАЗ-МЕД"

ОМС: 24.09.2013, №01077517632

Изменение: 22.11.2013, Администратор системы

Понестите сюда заголовок колонки для группировки по этой колонке

ID	Дата	Специалист	ФИО врача	Повод обращ...	Оп...
4...	25.07.2013	акушер-гинеколог	*****	профилактич...	ОМС
5...	30.09.2013	оториноларинголог	*****	лечебно-диаг...	ОМС
5...	22.11.2013	инфекционист	*****	профилактич...	ОМС
6...	06.02.2014	терапевт участковый	*****	лечебно-диаг...	ОМС
6...	13.02.2014	акушер-гинеколог	*****	лечебно-диаг...	ОМС
6...	18.04.2014	стоматолог-терапевт	*****	лечебно-диаг...	ОМС
7...	04.06.2014	оториноларинголог	*****	лечебно-диаг...	ОМС

ФИО пациента: ***** Место ввода: D На дом: Время: *****

Рис. 4. Отображение наличия личного кабинета у пациента на рабочем месте врача/регистратора

ема пациента. Это обусловлено необходимостью ввода информации о посещении в программный комплекс и печатью справки. Во многих случаях врач должен объяснять пациенту, что содержит в себе справка и для какой цели она предоставляется.

2. Увеличились затраты медицинской организации на расходные материалы: бумагу, тонер для принтеров. Стоимость одной справки оценивается приблизительно в 1 рубль. При количестве обращений в поликлинику 40 000 в месяц, затраты на бумажные справки оцениваются в 40 000 рублей. Таким образом, в год на выдачу справок уйдет 480 000 рублей. Учитывая, что в медицинских учреждениях Брянской области широко внедряется электронный талон амбулаторного посещения, т.е. «бесбумажная технология», печать справки на бумажном носителе является финансово затратной и не соответствующей концепции информатизации здравоохранения.

По вышеперечисленным причинам в Брянской области параллельно с выдачей справок на бумажном носителе широко внедряется электронный вид справки через «личный кабинет» пациента.

Для застрахованных лиц, имеющих личный кабинет на региональном сервере «Единый портал государствен-

ных медицинских услуг Брянской области» pariet.info, справка в бумажном виде не выдается. Врач на своем автоматизированном рабочем месте видит пометку «ЛК» (рис. 4) у такого пациента и сообщает ему, что информацию о стоимости оказанной медицинской услуги он может посмотреть в своем личном кабинете, скачав информационную справку (рис. 5).

С целью соблюдения требований по защите персональных данных информационные ресурсы, на которых производится обработка данных об оказанной медицинской помощи ONLINE-МОНИТОРИНГ и региональный сервис pariet.info, функционируют в защищенной VPN-сети здравоохранения Брянской области.

Информация о стоимости оказанной медицинской помощи застрахованным лицам поступает в личный кабинет после медико-экономического мониторинга случаев оказания медицинской помощи, проведенного в территориальном фонде ОМС.

В справке, размещенной в личном кабинете застрахованного лица, стоимость медицинских услуг указана с учетом коэффициентов индексации тарифов на медицинские услуги в рамках подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи.

Для лиц, которые при регистрации на региональном портале pariet.info сочли возможным оставить мобильный телефон, доступна услуга СМС-информирования, при которой на телефон приходит СМС: «Для Вас сформирована справка о стоимости оказанной медицинской помощи. Для получения полной информации обратитесь в свой «личный кабинет».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Опыт работы в «пилоте» показал, что при информировании застрахованных лиц необходимо как можно шире проводить мероприятия по популяризации электронных сервисов доступа для населения. В условиях развития информационного общества это направление, как правило, является востребованным широкими слоями населения.

В настоящее время «личные кабинеты» имеют 250 000 застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, имеющие полисы ОМС страховых медицинских организаций Брянской области. За последние 2,5 месяца организованы 30 000 «личных кабинетов».

Медицинские организации проводят широкую кампанию по популяризации регионального сервиса «Единый портал государственных медицинских услуг Брянской области». Активизации работ по этому направлению способствовал приказ Департамента здравоохранения от 18 декабря 2014 г. № 1015 «О мероприятиях по развитию и совершенствованию регионального информационного ресурса «Портал государственных медицинских услуг Брянской области».

Информационная справка №2015020000319864

ТФОМС Брянской области
Брянская область, Брянск, С. Перовской ул., 83
+7-4832-64-51-55

О СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОКАЗАННОЙ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ПО ОМС

Комп	За период
*****	01.02.2015 - 28.02.2015

Внимание!

Настоящая справка носит уведомительный характер, оплата за счет личных средств не подлежит. В стоимость посещения врача включены расходы по проведению диагностических мероприятий. При несоответствии фактически оказанной услуге предъявленному в электронной справке необходимо обратиться в свою страховую медицинскую организацию или в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по телефону +7-4832-72-20-73, +7-4832-66-17-10.

ООО "СБ ТИНСОСТРАХ - М" филиал в г. Брянске 241007, г. Брянск, ул. Дуки, 35

ГБУЗ БРЯНСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №4 г. Брянск, ул. Фокина, 48а		
Дата	Наименование медицинской услуги	Стоимость, руб.
28.02.2015	Посещение специалиста: Браноториноларинголог (1 посещение поликлиники)	169,41р.
ГБУЗ БРЯНСКИЙ КАНИНКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР г. Брянск, ул. Ближняя, 3		
Дата	Наименование медицинской услуги	Стоимость, руб.
12.02.2015	Посещение специалиста: Браноториноларинголог (1 посещение поликлиники)	299,58р.
Сумма за период		468,99р.

Документ заверил: ТФОМС Брянской области

Данный документ подготовлен региональной информационной системой 18.03.2015 11:26

«ЭЛЕКТРОННАЯ МЕДИЦИНА»

Рис. 5. Информационная справка на портале pariet.info



Рис. 6.1. Организация поддержки при регистрации пациентов в ЛК в ГАУЗ «Брянская городская больница № 2»

В медицинских организациях организованы специально выделенные кабинеты или окна в регистратуре, которые оборудованы компьютером с выходом в Интернет, с соблюдением мер по защите персональных данных; назначены консультанты, в задачу которых входит оказание помощи пациентам в регистрации на региональном портале государственных медицинских услуг (рис. 6.1, 6.2).

Страховые медицинские организации при обращении к ним населения для получения полиса обязательного медицинского страхования проводят опрос граждан на предмет регистрации их на региональном портале. Объясняют преимущества и дополнительные удобства, предоставляемые электронным сервисом, такие как:

- запись на прием к врачу и вызов врача на дом через Интернет;



Рис. 6.2. Выдача информационной справки в ГАУЗ «Брянская областная больница № 1»

- информационное сопровождение при направлении пациента на консультацию или госпитализацию в медицинские организации;
- возможность получить информацию об оказанных медицинских услугах за любой период времени во всех медицинских учреждениях системы обязатель-



Рис. 6.3. Регистрация на портале в ООО «Альфа-Страхование-ОМС» Брянский филиал «Сибирь»

ного медицинского страхования Брянской области с указанием стоимости медицинских услуг.

При заинтересованности граждан сотрудники страховой медицинской компании помогают пройти регистрацию на информационном портале pariem.info (рис. 6.3, 6.4).

С целью контроля исполнения медицинскими организациями поручения Президента Российской Федерации от 25 июля 2014 г. № Пр-1788 «О внедрении в систему обязательного медицинского страхования формы индивидуального информирования застрахованных лиц, содержащей перечень оказанных медицинских услуг и их стоимость» ТФОМС Брянской области проводит следующие мероприятия:

- утверждена ежемесячная отчетная форма, включающая количественные и качественные показатели дея-

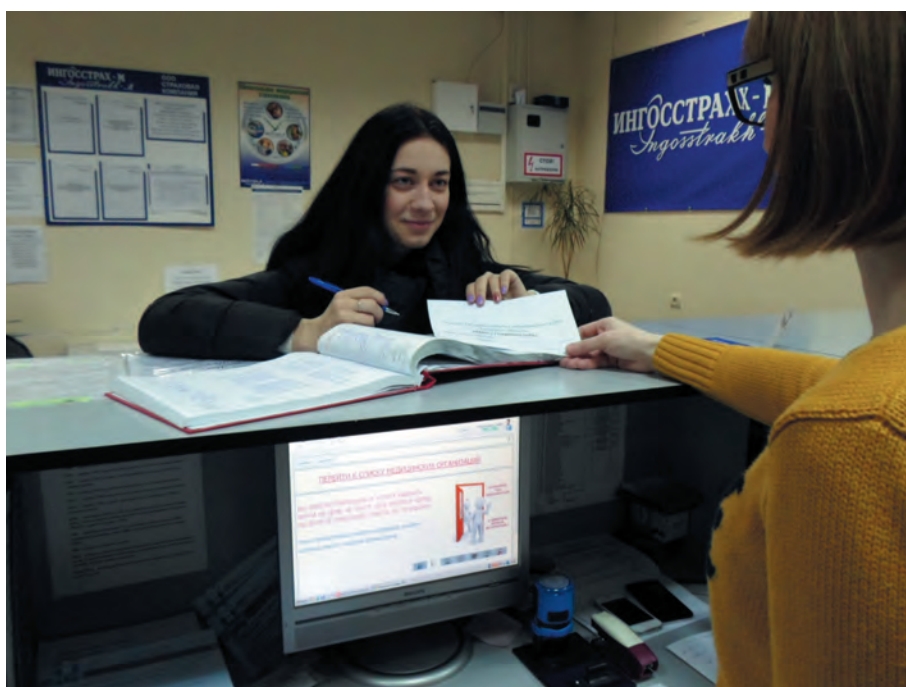


Рис. 6.4. Регистрация на портале в ООО «СК «Ингосстрах-М» Брянский филиал»

тельности медицинской организации по информированию застрахованных лиц;

- при проверках медицинских и страховых организаций специалисты ТФОМС обращают внимание на организацию деятельности по информированию застрахованных лиц;

Динамика процесса информирования застрахованных лиц о стоимости оказанной им медицинской помощи



Рис. 7.1. Показатели выдаваемых справок

- в территориальном фонде проводится мониторинг обращений застрахованных лиц по вопросам информирования о стоимости оказанной медицинской помощи, в т.ч. посредством интернет-сайтов: pariет.info и тфомсбрк.рф, на которых размещены рубрики «вопрос-ответ».

На рисунках 7.1 и 7.2 представлены диаграммы, которые показывают динамику процесса информирования застрахованных лиц о стоимости оказанной им медицинской помощи по состоянию на 01.12.2014 г. и 01.03.2015 г.

В качестве оценочных критериев рассматривались следующие показатели:

- количество выданных справок в условиях стационара;
- количество выданных справок в условиях дневного стационара;
- количество выданных справок в амбулаторно-поликлинических условиях;
- общее количество отказов от получения справки;
- механизм формирования справки (информационная система, типографские бланки, иной вариант);
- способ учета выданных справок (бумажный журнал, электронный журнал, информационная система, не учитываются, иной вариант);
- место выдачи справки (АРМ врача, регистратура, иной вариант).

Сведения об информированности населения через личный кабинет

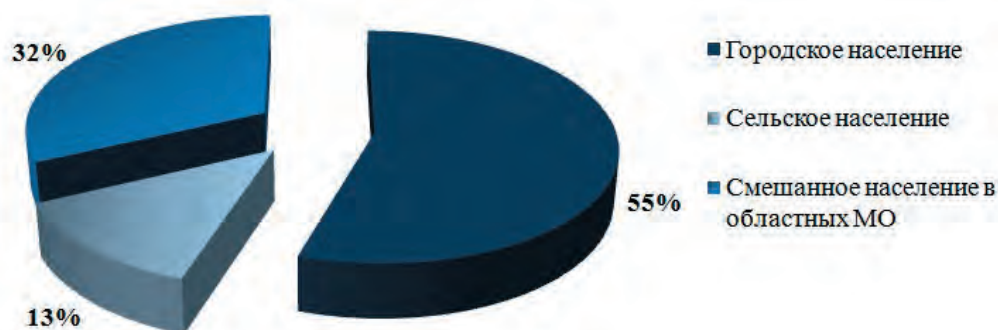


Рис. 7.2. Показатели информированности

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внедрение информирования застрахованных лиц в рамках поручения Президента Российской Федерации от 25 июля 2014 г. № Пр-1788 «О внедрении в систему обязательного медицинского страхования формы индивидуального информирования застрахованных лиц, содержащей перечень оказанных медицинских услуг и их стоимость» в Брянской области происходит успешно. Работая в «пилоте», было принято решение максимального использования существующего в здравоохранении информационного ресурса. Этому процессу способствовало наличие единой информационно-аналитической системы «ONLINE-Мониторинг» развернутой в ТФОМС Брянской области и медицинских организациях системы ОМС. Вместе с тем, необходимость информирования населения и минимизация затрат на бумажные экземпляры справок способствовали заинтересованности прежде всего медицинских организаций в популяризации регионального сервиса «Единый портал государственных медицинских услуг Брянской области».

Имея в своем распоряжении существующие информационные ресурсы, департамент здравоохранения и территориальный фонд ОМС имеют достоверные сведения, в том числе и в вопросах информирования застрахованных лиц о стоимости и перечне оказанных им медицинских услуг.

Литература

1. Поручение Президента Российской Федерации от 25 июля 2014 г. № Пр-1788 «О внедрении в систему обязательного медицинского страхования формы индивидуального информирования застрахованных лиц, содержащей перечень оказанных медицинских услуг и их стоимость».
2. «Порядок информирования застрахованных лиц о стоимости оказанной им медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования», утвержденный совместным приказом департамента здравоохранения Брянской области и ТФОМС Брянской области от 6 марта 2015 года № 82/209.
3. Кузнецов С. Д. Основы баз данных. – 2-е изд. – М.: Интернет-университет информационных технологий; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2007. – 484 с.
4. Скотт Б., Нейл Т. Проектирование веб-интерфейсов. – Пер. с англ. – СПб.: Символ-Плюс, 2010. 352 с.

Для корреспонденции:

Митина Ольга Геннадьевна – директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области
Тел.: 8(4832)64-51-55; моб.тел. 8(910)331-50-99. E-mail: tfomsbrk@ya.ru

Мартыненко Лариса Евгеньевна – начальник управления информационных технологий территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области
Тел.: 8(4832)64-46-66; моб. тел. 8(980)310-61-21. E-mail: tfomsbrk@ya.ru

Женчевская Наталья Викторовна – главный консультант отдела сопровождения программных продуктов территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области
Тел.: 8(4832)72-22-64; моб. тел. 8(980)307-70-73. E-mail: tfomsbrk@ya.ru
Адрес: 241500, Брянск, ул.С.Перовской, 83.

For correspondence:

Olga G. Mitina – Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Bryansk region
Tel.: 8(4832)64-51-55; mobile: 8(910)331-50-99. E-mail: tfomsbrk@ya.ru

Larisa E. Martynenko – Head of the Department for Information Technologies of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Bryansk region
Tel.: 8(4832)64-46-66; mobile: 8(980)310-61-21. E-mail: tfomsbrk@ya.ru

Natalia V. Zhenchevskaya – Chief Consultant of the Department for the Maintenance of Software of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Bryansk region
Tel.: 8(4832)72-22-64; mobile: 8(980)307-70-73. E-mail: tfomsbrk@ya.ru
Address: Ul. S.Perovskoy 83, 241500, Bryansk, Russia

УДК 614.2

К вопросу организации первичной стоматологической помощи на региональном уровне

С.В. Юрина

ГБУ РО «Городская стоматологическая поликлиника № 3», Рязань



С.В. Юрина

Резюме

В статье представлено обоснование актуальности, цель и задачи исследования, ожидаемые результаты и медико-социальная эффективность научного исследования вопросов организации и оплаты первичной стоматологической помощи в системе обязательного

медицинского страхования.

Ключевые слова: первичная стоматологическая помощь, государственно-частное партнерство, условная единица трудоемкости.

Abstract

Towards the organization of primary dental care at a regional level

S.V. Yurina

The City Dental Polyclinic No.3, Ryazan

The article presents a rationale for the relevance, purpose and objectives of the research, expected results and medical social efficiency of a research on issues related to the organization and payment of primary dental

care in the system of obligatory medical insurance.

Key words: primary dental care, state-private partnership, a conventional unit of labor input.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Стоматологическая патология широко распространена в обществе, а стоматологическая помощь максимально востребована населением, при этом в 90,0% случаев – первичная стоматологическая помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, в стоматологических поликлиниках или кабинетах. Более того, многочисленными научными исследованиями доказано, что подавляющее большинство неинфекционных болезней (ревматизм, нефропатии, болезни сердечно-сосудистой системы, многие инфекционно-аллергические состояния, болезни желудочно-кишечного тракта и печени и др.) связано с поражением зубов и полости рта, что актуализирует лечение и профилактику стоматологической патологии.

Либерализация цен, переход к рыночным отношениям в здравоохранении, изменение российского законодательства способствовали бурному росту частных стоматологических клиник с различными по организационно-правовой форме коммерческими структурами. Сегодня у населения есть законодательно реализованная возможность выбора врача и стоматологического учреждения, конкуренция между которыми способствует повышению качества и доступности стоматологической помощи.

Конкуренцией определяется активная модернизация, переоборудование медицинских организаций, внедрение новых высокоэффективных лечебно-диагностических, в т.ч. ресурсосберегающих, технологий, подготовка квалифицированных кадров, приоритет отдается профилактической работе, иным организационным аспектам совершенствования первичной стоматологической помощи.

Сектор государственных стоматологических учреждений в России за последние десять лет не претерпел каких-либо серьезных изменений. Однако в рамках государственно-частного партнерства все большее количество частных стоматологических поликлиник принимают участие в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). Так, в Рязанской области за период с 2010 по 2014 гг. наметилась положительная тенденция увеличения доли негосударственного сектора в реализации территориальных программ ОМС. В меньшей степени, но это характерно и для стоматологических медицинских организаций (табл. 1).

Согласно законодательству планирование и контроль оказания и оплаты медицинской помощи, в т.ч. стоматологической помощи, должны осуществляться в рамках мониторинга выполнения территориальных программ ОМС, в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи. Порядки оказания стоматологической медицинской помощи взрослым и детям разработаны на федеральном уровне и утверждены приказами Минздрава Российской Федерации от 07.12.2011 г. № 1496н и от 13.11.2012 г. №910н (в редакциях) [2, 3].

Новацией в области организации и оплаты первичной стоматологической помощи явился рекомендованный Минздравом России Классификатор основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (далее – УЕТ), способствующий процессу стандартизации первичной стоматологической помощи.

К особенностям оказания медицинской помощи данного профиля (специальности) относится высокий уро-

Таблица 1

Сравнительный анализ участия негосударственных организаций в реализации территориальных программ ОМС в Рязанской области в 2010-2014 гг.

Виды медицинской помощи	Типы медицинских организаций	Годы				
		2010	2011	2012	2013	2014
ПМСП и специализированная медицинская помощь	все типы	72	78	90	92	102
	негосударственные	2	2	12	17	26
	ежегодный прирост (%)	-	0,0	500,0	41,7	52,9
	доля негосударственных организаций (%)	2,8	2,6	13,3	18,5	25,5
Только ПМСП	все типы	69	74	86	85	94
	негосударственные	2	2	12	16	24
	ежегодный прирост (%)	-	0,0	500,0	33,3	50,0
	доля негосударственных организаций (%)	2,9	2,7	14,0	18,8	25,5
в т.ч. стоматологическая помощь	все типы	52	53	58	58	63
	негосударственные	2	2	6	8	8
	ежегодный прирост (%)	-	0,0	200,0	33,3	0,0
	доля негосударственных организаций (%)	3,8	3,8	10,3	13,8	12,7

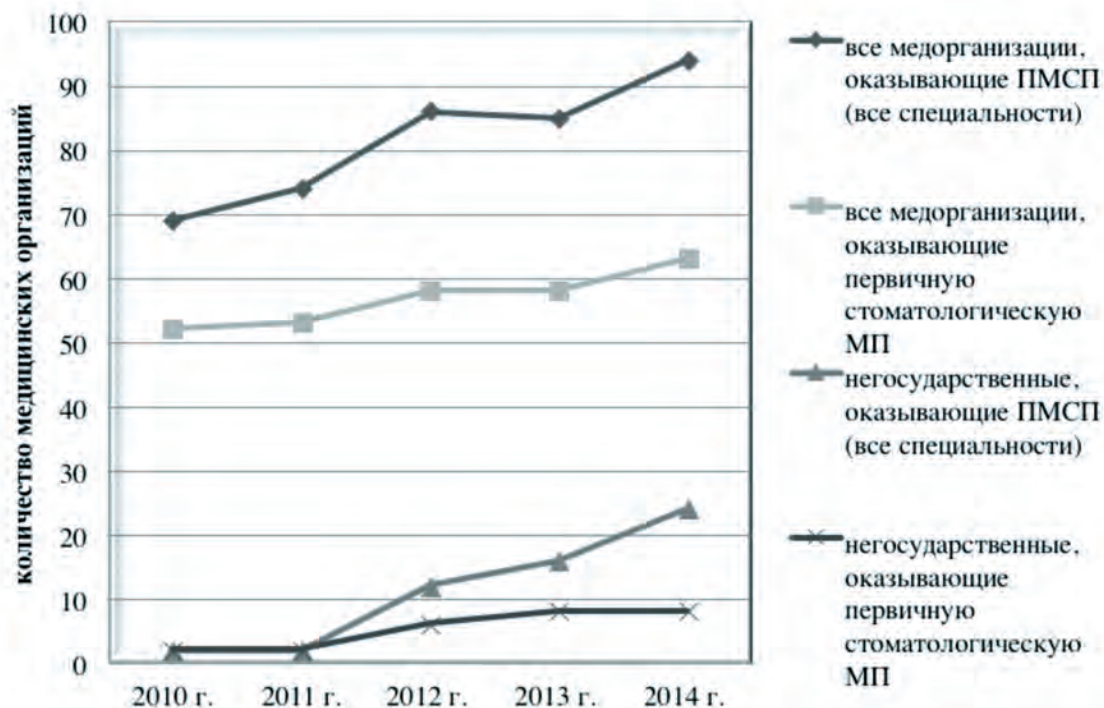


Рис. 1. Тенденции участия негосударственных организаций в реализации территориальных программ ОМС в Рязанской области.

вень расходов на лекарственное обеспечение лечебного процесса, в том числе при использовании дорогостоящих пломбировочных материалов [4].

На региональном уровне в системе ОМС стоимость УЕТ в течение последних лет имеет тенденцию к росту. В то же время существенный прирост стоимости осуществляется не за счет увеличения расходов на пациента (в т.ч. медикаменты, перевязочные средства), а в связи с включением расходов на «содержание» медицинских организаций, т.е. на хозяйственные, коммунальные и иные нужды. Тем не менее, в структуре стоимости УЕТ (по 5 статьям затрат, т.е. без учета расходов на хозяйственные нужды) затраты на медикаменты сохраняются примерно на одном уровне (табл. 2, рис. 2).

Изучение приоритетов целевых программ модернизации регионального здравоохранения в большинстве субъектов Российской Федерации не выявило вложения дополнительно выделяемых средств в профилактику и лечение стоматологических болезней.

С точки зрения макроэкономики, данное явление объясняется, с одной стороны, ограниченностью дополнительных «федеральных» средств, полученных по программе модернизации, с другой – значительным уровнем традиционных для пациентов расходов при оказании первичной стоматологической помощи.

Из литературы известно о широкой практике оказания возмездных услуг в сфере стоматологической помощи населению [1]. В связи с этим возникают вопросы о

Таблица 2

Тенденции стоимости и структуры УЕТ в Рязанской области в 2010-2014 гг.

Стоимость УЕТ	Годы				
	2010	2011	2012	2013	2014
Общая стоимость, руб.	47,51	61,84	65,74	91,78	121,36
ежегодный прирост (%)	-	30,2	6,3	39,6	32,2
в т.ч. расходы на «содержание» медорганизаций, руб.	0,0	0,0	0,0	13,69	17,52
в т.ч. расходы на медикаменты, руб.	13,27	17,25	17,25	17,25	24,16
ежегодный прирост (%)	-	30,0	0,0	0,0	40,1
доля расходов на медикаменты в структуре УЕТ, %	27,9	27,9	26,2	22,1	23,3

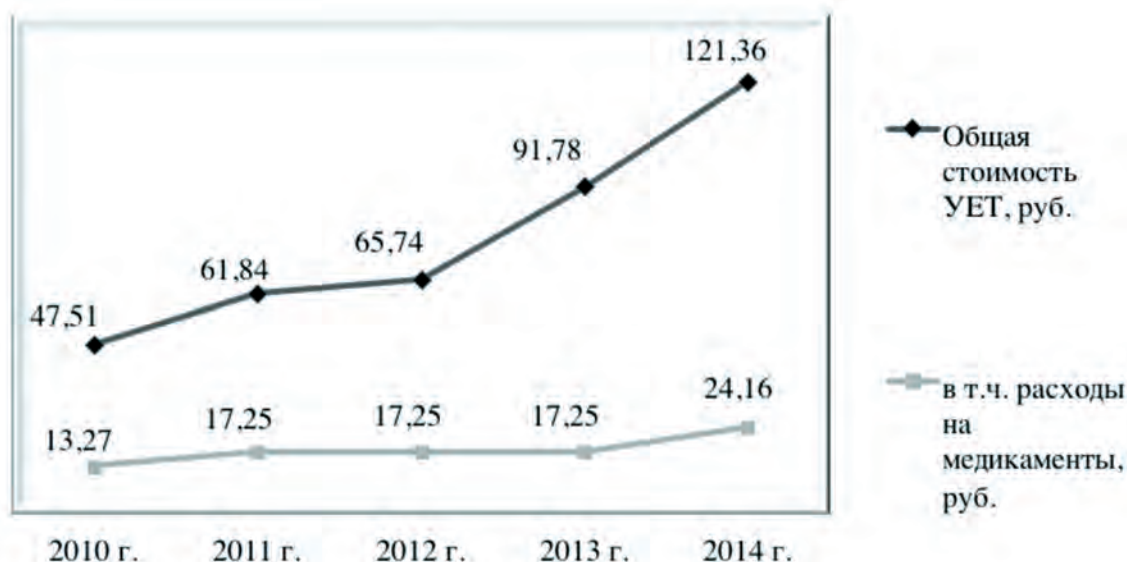


Рис. 2. Динамика стоимости УЕТ в 200-2014 гг. в Рязанской области.

достаточности доли затрат на медикаменты в структуре стоимости УЕТ, возмещаемой из средств ОМС, для качественного оказания стоматологической помощи застрахованным гражданам. Какова рациональная стоимость первичной стоматологической помощи? Каковы пути совершенствования порядка оплаты первичной стоматологической помощи? Возможно ли включение медицинских услуг по ортопедической стоматологии (зубопротезированию) отдельных групп населения, например детей или старших возрастных групп, в структуру базовой и (или) территориальной программ ОМС?

При проведении пилотного контент-анализа научной отечественной литературы нам не встретились работы с убедительными доказательствами и выводами по данным вопросам, в связи с чем нам представляется актуальной исследовательская работа в целях научного обоснования комплекса мероприятий по совершенствованию порядка оказания первичной стоматологической помощи и ее оплаты в территориальной системе ОМС, что планируется осуществить на безвозмездной основе в рамках партнерских отношений с ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава Российской Федерации.

ЦЕЛЬ

Целью данного исследования явилось научное обоснование комплекса мероприятий по совершенствованию порядка оказания и оплаты первичной стоматологической помощи в системе ОМС.

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ

Основные задачи исследования: выявление тенденций формирования и структуры стоматологической патологии в Рязанской области, выбранной в качестве типичного региона России, определение потребности населения разных возрастных групп в объемах первичной стоматологической помощи, оценка соответствия ресурсного обеспечения медицинских организаций разных форм собственности порядкам оказания стоматологической медицинской помощи, экспертная оценка и обоснование целесообразности применения Классификатора основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, а также проведение медико-социологического исследования удовлетворенности пациентов первичной стоматологической помощью.

К изучаемым явлениям были отнесены: заболеваемость, накопленная заболеваемость, болезненность и патологическая пораженность населения стоматологическими заболеваниями; оплата первичной стоматологической помощи; доступность и удовлетворенность пациентов первичной стоматологической помощью; объект исследования – медицинские организации, оказывающие первичную стоматологическую помощь, пациенты стоматологических поликлиник, врачи-стоматологи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Социально-гигиенический, экспертный, математический, статистический методы с применением современных компьютерных технологий; используемые средства

– анкеты для анонимного опроса, медицинские карты стоматологического больного (ф. 043/у), учетно-отчетная медицинская документация, программные средства, персональный компьютер.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Ожидаемые результаты от работы заключаются в том, что:

- выявленные тенденции формирования и изменения структуры стоматологической патологии в типичном регионе России возможно экстраполировать на иные субъекты Федерации и использовать в планировании профилактической работы;
- выявленные потребности населения разных возрастных групп в первичной стоматологической помощи возможно использовать при планировании территориальной программы ОМС на 1 год и на 3-летний период;
- сравнение ресурсов стоматологических поликлиник (кабинетов) с ресурсным обеспечением, установленным порядками оказания медицинской помощи, выявит уровень укомплектованности кадрами и материально-технического оснащения лечебного процесса для их корректировки в целях повышения качества лечебного процесса;
- экспертная оценка применения в системе ОМС нового Классификатора основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий определит целесообразность его использования в качестве стандарта оказания, учета и оплаты первичной стоматологической помощи, а также позволит усовершенствовать классификатор;
- медико-социологическое исследование удовлетворенности пациентов первичной стоматологической помощью (в зависимости от источника оплаты стоматологических услуг) позволит усовершенствовать систему оказания и оплаты первичной стоматологической помощи.

Медико-социальная эффективность исследования: стабилизация и снижение уровня стоматологической за-

болеваемости отдельных возрастных групп населения, повышение результативности работы врачей-стоматологов и стоматологических медицинских организаций, внедрение эффективных способов оплаты первичной стоматологической помощи в системе ОМС на региональном уровне, повышение удовлетворенности пациентов – жителей Рязанской области – организацией первичной стоматологической помощи.

ВЫВОД

Разработанный на основе научного исследования комплекс мероприятий по совершенствованию организации, порядка оказания и эффективности оплаты первичной стоматологической помощи в территориальной системе ОМС может быть рекомендован к внедрению на федеральном уровне для применения в сфере общественного здоровья, организации здравоохранения, стоматологии с использованием в учебном процессе на профильных кафедрах медицинских университетов.

В настоящее время проводится научное исследование на региональном уровне, результаты которого будут опубликованы на страницах журнала «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации».

Литература:

1. Пирогов М.В. Стоматологическая помощь в рамках госгарантий: быть или не быть? / Здравоохранение. – 2014. – № 10. – С. 20–26.
2. Приказ Минздрава России от 13.11.2012 № 910н (ред. от 19.08.2014) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями».
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 № 1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях».
4. Успенская И.В. Финансирование и способы оплаты в сфере медицинских услуг / Экономист лечебного учреждения. – 2013. – № 7. – С. 28–49.

Для корреспонденции:

Юрина Светлана Васильевна – заместитель главного врача по лечебной работе ГБУ РО «Городской стоматологической поликлиники № 3» города Рязани, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела, с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения факультета дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова».

Тел.: (4912)30-19-42; 953-731-77-99, E-mail: s.urina@mail.ru

Адрес: г. Рязань, ул. Новаторов, д. 15, кв. 59.

For correspondence:

Svetlana V. Yurina – Deputy Head Doctor for treatment activity of the City Dental Polyclinic No.3, Ryazan City, postgraduate student of the Chair for Public Health and Health Care, the Nursing Organization, with the course of social hygiene and health organization of the Faculty of Additional Professional Education of the Academician I.P. Pavlov Ryazan State Medical University.

Tel.: (4912)30-19-42; 953-731-77-99. E-mail: s.urina@mail.ru

Address: Ul. Novatorov 15, kv. 59, Ryazan, Russia.

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова выступила на пленарном заседании Всемирной ассамблеи здравоохранения

«Уважаемые господин Председатель, госпожа Генеральный Директор, господа министры, коллеги!

Мы благодарим Генерального директора ВОЗ Маргарет Чен за представленный всеобъемлющий доклад, а также за усилия, задающие тон важным переменам, повышающим эффективность, прозрачность и подотчетность Организации, что особенно важно сейчас, когда мировое сообщество сталкивается с новыми вызовами и угрозами.

Последний год был омрачен крупными чрезвычайными ситуациями, унесшими жизни десятков тысяч людей: это вспышка заболевания, вызванного вирусом Эбола, и землетрясение в Непале.

Российская Федерация, как и ряд других государств, активно участвовала в ликвидации последствий этих трагических происшествий. Нами были предоставлены мобильные медицинские модули, лаборатории специализированных эпидемиологических бригад, лекарственные средства, продовольственная гуманитарная помощь, специализированный авиатранспорт, был развернут мобильный госпиталь, организованы тренинги для медиков, а также предоставлены экстренные целевые финансовые взносы через каналы международных организаций системы ООН.

Вместе с тем, эпидемия Эболы обнажила необходимость совершенствования международных механизмов противодействия общим угрозам. Важным механизмом является внедрение свода Международных медико-санитарных правил. Россия содействует реализации мер по их внедрению механизмов ММСП в целом ряде государств. Мы призываем все страны к внедрению Международных медико-санитарных правил, а также к усилению взаимодействия с ВОЗ и организациями гуманитарного сектора ООН в части реагирования на чрезвычайные ситуации. Считаем необходимым поддержать решения 136-й сессии Исполкома ВОЗ по созданию фонда чрезвычайного реагирования, основанного на добровольном финансировании.

Еще одна угроза, связанная с инфекциями, – это антимикробная резистентность. Совместно с ВОЗ и представителями других государств-членов российские специалисты активно работали по созданию проекта Глобального плана действий по борьбе с антибиотикорезистентностью. Мы надеемся на конструктивное обсуждение данного вопроса с участием заинтересованных международных организаций и принятие положительно-го решения государств-членов по нему.

Наряду с инфекционными заболеваниями, как во внутригосударственном, так и в глобальном измерении, сохраняет приоритет проблема борьбы с неинфекционными заболеваниями – главной причиной смерти и инвалидности в мире.

В России 2015 год объявлен Президентом РФ Владимиром Владимировичем Путиным национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Мы также продолжаем активно участвовать в разработке и реализации глобальных инициатив ВОЗ по формированию здорового образа жизни и борьбе с неинфекционными заболеваниями.

В декабре 2014 года стартовал новый совместный с ВОЗ проект, рассчитанный на 5 лет, который предусматривает функционирование открытого в 2014 году в Москве географически удаленного офиса по НИЗ. Запущена программа подготовки кадров по проблеме НИЗ для стран Восточной Европы и Центральной Азии.

Важный вклад в борьбу с неинфекционными заболеваниями был сделан решительной антитабачной политикой, сплотившей все международное сообщество вокруг одного из самых успешных документов в истории здравоохранения – Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. Принятые в нашей стране антитабачные меры позволили впервые за много лет значительно снизить количество потребителей табака. Уверены, что взаимодействие Ассамблеи здравоохранения и Конференции сторон РКБТ должно становиться более тесным.

Мы рады, что медицинским сообществом востребован также российский опыт и по снижению младенческой и материнской смертности (с 1990 года – в 3 и 4,5 раза соответственно). За три года в российских тренинговых центрах прошли обучение более 800 врачей из 18 стран мира.

Завершая выступление, хотелось бы заверить вас, уважаемые коллеги, в том, что Россия и дальше будет прилагать все усилия для поступательного развития глобального здравоохранения во взаимодействии с ВОЗ и государствами-членами, стремясь обеспечить право каждого человека на наивысший достижимый уровень здоровья.

Позвольте еще раз поблагодарить госпожу Генерального директора, все службы ВОЗ и государства-члены за конструктивное взаимодействие и пожелать успешной работы Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Спасибо!»

*АМИ - Российское агентство медико-социальной информации, Москва,
(19.05.2015)*

Минфин не будет менять страховую отрасль РФ до 2020 года

Минфин России пока не планирует корректировки ключевых показателей развития страховой отрасли, заложенных в утвержденной правительством программе стратегического развития российского страхового рынка на период до 2020 года, сообщил сегодня замминистра финансов Алексей Моисеев, выступая на конференции Всероссийского союза страховщиков (ВСС).

При этом он с сожалением признал, что «стратегические показатели развития отрасли за 2014 год не были выполнены, ориентиры не достигнуты». Это касается и увеличения доли страхового бизнеса в ВВП, и темпов прироста совокупных страховых сборов, уточнил представитель Минфина РФ. А. Моисеев выразил надежду, что в оставшийся период до завершения реализации стратегии страховой рынок сумеет нагнать потерянные темпы развития.

Одной из опор в развитии страхового бизнеса замминистра считает долгосрочное страхование жизни в России. Он обещал страховому сообществу поддержку ведомства в этом направлении, признав одновременно, что ожидать каких-либо налоговых послаблений в условиях кризиса страховщикам жизни в ближайшее время затруднительно.

Со своей стороны президент ВСС Игорь Юргенс заявил о необходимости более активной поддержки отрасли в условиях кризиса как со стороны мегарегулятора, так и со стороны государственных ведомств. Определенные надежды, по его словам, «страховое сообщество возлагает и на участие страховщиков в реформе здравоохранения, на проект «полис ОМС плюс», в котором обязательные услуги медучреждений будут дополнены услугами, приобретенными страхователями за свой счет по их желанию, и на усовершенствование добровольного медицинского страхования. Также, по словам И. Юргенса, определенные надежды страховщики связывают с введением системы массового страхования жилья в стране, на стабилизацию рынка моторного страхования. При некоторых корректировках может стать более интересным для страховщиков страхование строительно-монтажных рисков. Но самые большие надежды сообщество возлагает на реализацию программ по долгосрочному страхованию жизни.

ФинМаркет, Москва, (01.06.2015)

Сердечный прием

Евгений Чазов: В нашем кардиоцентре лечатся и всемирно известные, и самые обычные пациенты

Сегодня Российскому кардиологическому научно-производственному комплексу исполняется 70 лет. Накануне я встретила с его директором - выдающимся ученым, кардиологом академиком Евгением Чазовым.

Евгений Иванович подарил мне свою книгу «Жизнь прожить - не поле перейти». Читается как захватывающий роман. В нем прочла: «Я помню, как после открытия построенного кардиокомплекса в 1982 году в популярной газете «Нью-Йорк таймс» появилась статья «Городок кардиологов под Москвой» с дифирамбами в наш адрес. Да это и было понятно, если сравнивать наш кардиокомплекс с американским кардиологическим центром - Институтом сердца, легких и крови в Бетезде, под Вашингтоном, напоминающим простую больницу».

Американцы ничего не преувеличивали. Их уже тогда изумлял этот огромный кардиокомплекс, вобравший в себя научные исследования практически по всем основным направлениям кардиологии.

- В 80-е годы в рамках государственного договора российские кардиологи тесно сотрудничали с американскими коллегами, проводили совместные научные работы, симпозиумы, - говорит Евгений Иванович. - И естественен был интерес американской печати к нам.

История становления комплекса - это не только летопись возникновения и развития кардиологии в нашей стране. Это важнейшая глава в истории всей отечественной медицинской науки, отечественной службы здоровья.

А началась она в 1945 году. В год Великой Победы, в год начала восстановления страны после тяжелой борьбы против фашистской агрессии. Еще в апреле принимается решение открыть в составе сформированной Академии медицинских наук (АМН СССР) Институт экспериментальной и клинической терапии. Ему предназначено было решать проблемы медицины внутренних болезней. Первым директором института стал известный терапевт академик РАМН Владимир Зеленин. Через три года на этой должности его сменил молодой, но очень талантливый ученый и врач, впоследствии академик Александр Мясников. При нем научные исследования были посвящены прежде всего гипертонической болезни и атеросклерозу.

Институт в ту пору был совсем небольшой, ютился в районе Сухаревки. Возможности Александра Леонидовича и его коллег были ограничены. Тем не менее уже тогда институт стал ведущим в стране учреждением по изучению проблем сердечно-сосудистой патологии. Большинство выполненных здесь исследований были приоритетными для СССР, велись на международном уровне. Под руководством Мясникова сформировалась отечественная школа кардиологов.

В 1959 году по велению Никиты Хрущева было закрыто несколько министерств. И большое здание министерства судостроения передали институту Мясникова. Вместо двух клинических отделов стало пять. Появилось больше коек. Иными словами, переезд означал создание новых отделений, экспериментальных и клинических лабораторий.

Исследования коронарного кровообращения и его регуляция, почечное кровообращение и гипертония, сократительная функция сердца, механорецепторы сердца в норме и при ишемии, стресс и регуляция артериального

давления, клеточная электрофизиология сердца и аритмии... Вот такой перечень. Не уверена, что полный. И я снова цитирую Евгения Ивановича:

«Надо отдать должное Александру Леонидовичу Мясникову. Он быстро и безошибочно определял значимость того или иного метода лечения, какого-то нового направления или принципа в науке и медицине. Он, не задумываясь, смело поддержал предложение о необходимости пересмотра системы лечения больных с инфарктом миокарда с внедрением принципа ранней их госпитализации в специализированные отделения».

И не могло быть иначе. Могло быть только так: Институт кардиологии носит имя великого Мясникова.

60-е - 70-е годы прошлого века - время глубоких исследований по атеросклерозу и инфаркту миокарда. В 1963 году впервые в стране и одним из первых в мире создается специализированное отделение для лечения больных острым инфарктом миокарда с палатой интенсивного наблюдения. Это уже детище самого Чазова и его сотрудников.

В прошлом году вышел в «свет» препарат, который помогает справиться с нарушением ритма сердца. Шли к нему 12 лет

Наверное, у каждого научного учреждения есть свои знаменательные даты. Есть такие и у нашего юбиляра. Одна из них 5 июня 1975 года. В этот день в отделении неотложной кардиологии, чтобы спасти пациента, впервые в мире больному с инфарктом миокарда был произведен тромболизис с помощью внутрикоронарного введения фибринолизина. А проще говоря, появился признанный во всем мире, а созданный именно здесь принципиально новый метод лечения - тромболитическая терапия. Метод стал использоваться при инфаркте миокарда на догоспитальном этапе кардиологическими бригадами «скорой помощи».

Прошло много лет. Евгений Иванович вспоминает, как в большом зале заседаний в Далласе собралось около 10 тысяч членов Американской ассоциации сердца. Среди десяти ученых мира всех времен прозвучало и имя русского профессора Чазова как создателя метода тромболитической терапии.

Одновременно с внедрением в практику тромболитической терапии в институте разрабатывалась система реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда, велись исследования по хронической ишемической болезни сердца.

В 1965 году Александр Мясников скоропостижно скончался. И директором института стал его ученик - тогда профессор Евгений Чазов. А после того как Евгения Ивановича назначили начальником Четвертого Главного управления при Министерстве здравоохранения СССР, то бишь кремлевской медицины, директором института стал профессор Игорь Шхвацабая.

Шли исследования возможностей диагностики и лечения вторичных форм артериальной гипертонии. По-

явилась экспериментальная лаборатория электрофизиологии сердца. Вместе с Институтом фармакологии АМН СССР были созданы два антиаритмических препарата - этmozин и этаизин. Одними из первых в стране здесь стали проводить операции по имплантации искусственных водителей ритма. Открыли лаборатории физиологии кровообращения, физиологии сердца, которые переросли в отдел физиологии Института экспериментальной кардиологии.

Еще одна дата - 16 мая 1973 года. Проведено первое клиническое эхокардиографическое исследование. Оно, результат появления в науке и врачевании метода эхокардиографии, и стало возможным благодаря настойчивости освоения, внедрения метода профессором Юрием Беленковым. Теперь метод ультразвукового исследования сердца, можно сказать, на потоке. Без него немыслима неинвазивная диагностика пороков сердца, кардиомиопатий, оценка функционального состояния сердца и сосудов.

В 1975 году по постановлению Совмина Институт кардиологии имени Мясникова получает новый статус: отныне он Всесоюзный кардиологический научный центр (ВКНЦ) АМН СССР. А возглавил центр его основатель, академик, Герой Социалистического труда, лауреат Государственной премии Евгений Чазов. Центр становится головным учреждением и координатором научных исследований по кардиологии в стране. В это время идет строительство того самого комплекса из соединенных между собой зданий, который, без преувеличения, известен сегодня кардиологам всего мира.

Комплекс справил новоселье в 1982 году. В новых стенах разрабатывался метод баллонной ангиопластики почечных и коронарных артерий. Был создан отдел магнитно-резонансной томографии. В 1984 году открылось современное отделение кардиохирургии, которое возглавил тогда профессор, а ныне академик Ренат Акчури. К слову, именно здесь, именно Ренат Сулейманович в 1996 году оперировал сердце президента Бориса Ельцина. Об этой операции, об акчуринской команде, команде медиков центра, мы тогда подробно рассказали в газете. Еще одно событие восьмидесятых годов по той простой причине, что связано оно с другом нашей газеты - Героем Советского Союза, космонавтом, профессором Олегом Атьковым. В ту пору он был сотрудником кардиоцентра. Олег Юрьевич не просто слетал в космос - отработал на борту орбитальной станции «Салют-7» 247 суток!

А потом был распад Советского Союза... ВКНЦ стал называться Кардиологическим научным центром РАМН, а затем Российским кардиологическим научно-производственным комплексом Минздрава РФ. Да, менялись названия. Но оставалось, остается и ныне самое главное: мощный научный и клинический потенциал. Он уникален еще и потому, что при нем завод по производству лекарств. Сейчас он выпускает 10 препаратов, созданных здешними сотрудниками. И еще потому, что при нем vivарий, без которого невозможны новые лекарства. В

прошлом году вышел «в свет» препарат, который помогает справиться с нарушением ритма сердца. Шли к нему 12 лет. В этом году закончили создание лекарства для лечения сложных случаев артериальной гипертензии. Испытания оно прошло в кардиоцентре, а теперь передано в два учреждения - во Второй московский медицинский институт и Томский кардиоцентр. Евгений Иванович надеется, что на следующий год начнется массовый выпуск препарата.

Совсем не юбилейная нота

- Еще масса проблем с научными исследованиями от поиска нераскрытых механизмов функционирования некоторых систем организма до создания лекарственных препаратов, эффективность которых уже видна, а у одного из них есть уже название - «оксакон», - говорит Евгений Чазов. - Но как бы восприняли обсуждение одного очень интересного нового направления в медицине, когда моя сотрудница заявила: «Евгений Иванович, ведь по результатам этого исследования, может быть, будет получена вакцина, предупреждающая активизацию и развитие атеросклероза».

Первая реакция, которая возникла у меня: вот уж инфекционисты и иммунологи посмеялись бы при нашем заявлении, что мы работаем над созданием такой вакцины. Но буквально через несколько минут я осознал, что это действительно возможное, хотя и трудное направление, и жалко, если не смогу хотя бы начать этот поиск со своими сотрудниками.

Евгений Иванович подвел меня к окну своего директорского кабинета:

- Видите этот долгострой? Почти тринадцать лет веду борьбу за создание в нашем кардиоцентре центра гериатрии и реабилитации. Пережил два инвестиционных контракта с частным капиталом. Обращался в государственные организации. Частный капитал десять лет собирался строить центр. Обманул. Разорился. Сейчас проблема рассматривается в нескольких государственных учреждениях. Что будет, я не знаю. А ветераны, которые много сделали для нашей страны, для народа ждут создания этого центра.

Такая вот грустная, совсем не юбилейная нота. Как может что-то не получаться у самого Чазова? С его-то авторитетом, регалиями, наконец, личными связями с сильными мира сего?

Каждый раз, когда приезжаю в кардиоцентр, отмечаю про себя какой-то особый настрой этого учреждения. Сколько известных всему миру, сколько никому не известных прошли здесь обследование, лечение, сколько здесь вернули к жизни... Менялись сотрудники. Но всегда в раздевалке у входа вежливо объясняют, как к кому пройти. Не только театр начинается с вешалки? Мне кажется, не сыскать другое такое учреждение, в котором у директора 56 лет один и тот же секретарь. Такое возможно только у сегодняшнего юбиляра, у директора Евгения Чазова секретарь Евгения Гавриловна Мягкова...

Спросила у Евгения Ивановича:

- Случайность или нет, именно 2015 год - юбилейный для центра - объявлен годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями?

- Как-то не думал об этом. С болезнями надо бороться всегда. Сегодня трудно предугадать, каким путем в конечном итоге будет развиваться наше здравоохранение и каким оно будет через 30-40 лет. Но я все-таки верю, что и властные структуры, и медицинское сообщество поймут, что наше здравоохранение в уникальной стране России тоже должно быть уникальным и не равняться в организационных вопросах на здравоохранение других стран.

*Ирина Краснополянская
Российская Газета, Москва,
(01.06.2015)*

Нестандартный «Я»

Владимир Уйба: Будущее за медициной персонифицированной.

Вы пришли в поликлинику, обратились к врачу. Вас лечат по принятому стандарту. Это оптимальный вариант медицинской помощи? С ответа на этот вопрос началась беседа с руководителем Федерального медико-биологического агентства профессором Владимиром Уйба.

Владимир Уйба: Ваш вопрос не совсем корректен. Во всем мире приняты стандарты оказания медицинской помощи. Они оберегают и врача, и пациента от многих ошибок. Однако никак нельзя забывать о том, что каждый человек - индивидуальность. И ни в коем случае нельзя не учитывать все нюансы его организма и привычек, его профессиональную деятельность, место жительства, семейное положение и, самое главное, особенности генетического кода - генома. Иначе успех лечения будет усредненный, то есть недостаточный.

Но согласитесь, Владимир Викторович, персональный подход, несмотря на всю свою привлекательность, мало доступен.

Владимир Уйба: Пока да. Но с этим «пока» надо бороться, если мы всерьез заботимся об охране здоровья. Мы должны стремиться к тому, чтобы персонифицированный подход стал неотъемлемой частью российской медицинской помощи. Что это даст? Объясню. Прежде всего не только увеличит продолжительность жизни, но и заметно повысит ее качество. Чтобы речь шла не о старости, а о долгой жизни в радость.

Почему лишь недавно заговорили о персонифицированной медицинской помощи?

Владимир Уйба: Потому что сравнительно недавно наука расшифровала геном человека. А геном для специалиста - это своеобразная книга жизни, читать которую надо всю жизнь. Эта книга позволяет увидеть даже малейший генетический сбой в организме. Такой сбой я бы назвал миной замедленного действия.

Эту мину можно разминировать?

Владимир Уйба: Можно. А главное, нужно. В этом основа персональной медицины. Зная генетические «закладки», можно предупредить возникновение смертельного заболевания в будущем. Это и есть разминирование.

У каждого человека от природы есть свой набор полезных продуктов, то есть тех, для которых в организме есть свой, тоже дарованный природой, набор ферментов. Если продукт попадает в «мертвую воду», то есть в такую, в которой нужных ферментов нет, то он для организма подобен медленной смерти. Геномика позволяет определить для каждого человека живую или мертвую воду. Это основные направления, по которым врач, прошедший обучение по специальному курсу персонифицированной медицины, должен определить вашу дорогу жизни.

Надо хотя бы один день в неделю разгружаться. Лучше всего это делать в понедельник

Вы сказали «прошедший обучение»? А где его можно пройти? Выпускник медицинского вуза, получивший диплом врача, владеет знаниями персонифицированной медицины?

Владимир Уйба: Пока нет. Федеральное агентство разработало специальный курс изучения на базе института постдипломного образования ФМБА и института физико-химической медицины ФМБА России. Курс рассчитан на 144 часа. По окончании соискатель получает диплом специалиста по персонифицированной медицине. Сейчас, например, проходят курс специализации 70 врачей из учреждений нашего агентства.

А если врач не имеет отношения к вашему агентству?

Владимир Уйба: Он может стать соискателем нашего института на договорной основе.

Мы лечимся не только в учреждениях вашего агентства. В медицинских учреждениях, не входящих в его орбиту, такие специалисты будут или...

Владимир Уйба: Надеюсь без «или». Потому что в современном лечебном учреждении такие специалисты обязательны. Наше агентство уже готовит их не только для лично своего агентства. И готовим не только врачей, но и средний медицинский персонал, роль которого в персональной медицине чрезвычайно важна.

Обучение не заиклено только на чисто генетических вопросах?

Владимир Уйба: Конечно, нет. Предусмотрены занятия по психологии, социологии, нутриологии, фармакокинетики. Обучение по персонифицированной медицине только начинается. Мы подготовили лишь первых сто специалистов. Для страны - это капля в море. Такая подготовка должна быть на потоке.

У ФМБА России для этого достаточная материальная база? Есть кадры?

Владимир Уйба: Есть и база для обучения, и база для практики. В Москве и Питере.

База для практики, конкретно, в каких учреждениях?

Владимир Уйба: Это Федеральный медицинский биофизический центр в Москве и клиническая больница №122 в Питере.

Хотя бы в этих учреждениях персональная медицина - обычная практика или пока тоже только будущее?

Владимир Уйба: Мы пока в начале пути. Но убежден: путь выбран правильный. И, надеюсь, доживем до времени, когда персональная медицина станет явлением массовым, доступным каждому.

Левада-центр недавно провел опрос: кем бы вы хотели видеть своих детей в будущем? Большинство голосов было отдано профессии врача. Уже после них юристы, экономисты, бизнесмены... Не скрою, меня это и поразило, и порадовало. Всегда была убеждена, что ничего нет лучше и важнее врачевания...

Владимир Уйба: А меня ничуть не удивило. Это же отклик на стабильность в стране. Когда таковая есть, люди стремятся к гуманитарным профессиям. А врачевание - их яркий представитель. И если отдаем предпочтение врачеванию, значит, верим в будущее, больше думаем о своем здоровье. А, возвращаясь к теме нашего с вами разговора, значит, будет из кого готовить кадры для персональной медицины.

Рецепт от Владимира Уйба

Пока доступности персональной медицины нет, посоветуйте, что надо делать, чтобы сейчас меньше хворать, чтобы «уйти» от стрессов?

Владимир Уйба: По-моему, нужно больше любить себя и заботиться о своем здоровье не на словах, а на деле.

Знаю, по понедельникам вы, как правило, ничего не едите, только пьете воду или чай без сахара. Почему?

Владимир Уйба: Тут нет секрета. Это физиологическая потребность организма: надо хотя бы один день в неделю разгружаться. Лучше всего это делать именно в понедельник - после излишеств, которые мы позволяем себе в выходные дни. Вот и все. В этом весь секрет.

Российская Газета, Москва, (05.06.2015)

«Эффект Николаса» – на очереди Россия?

В Федеральном научном центре трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова 8 июня открылся Второй российский национальный конгресс «Трансплантация и донорство органов». Главная идея конгресса – объединить усилия общества, власти, врачей и ученых ради достижения большой цели – излечить неизлечимого больного. Почетным гостем стал американец Реджинальд Грин, чей поступок после гибели сына изменил отношение к донорству органов во всем мире.

«Эффект Николаса» – так трансплантологи называли резкое, более чем в два раза, увеличение количества пересадок органов от посмертных доноров. История

произошла в 1994 году, когда семья Грин из Калифорнии путешествовала по Италии. На них напали грабители, и в результате инцидента семилетий Николас погиб.

После смерти Николаса родители решили пожертвовать его органы для трансплантации. Органы мальчика были пересажены семи пациентам: подростку с врожденным пороком сердца, женщине с неработающими почками, девушке с редким заболеванием печени, ослепшему мужчине.

Этот поступок родителей Николаса послужил причиной заметного увеличения количества людей, отдающих органы на пересадку. Стали издаваться книги и выходить фильмы на эту тему. Родители Николаса и сейчас занимаются популяризацией донорства, они создали некоммерческую организацию «The Nicholas Green Foundation».

Отец мальчика Николаса Реджинальд Грин в эксклюзивном интервью «Правмиру» сказал: «Когда Николас был убит, мы решили сделать мемориал (The Children's Bell Tower), но не только его памяти, но и других детей, которые умерли. Мы сделали памятник из колоколов, как символ отдачи себя. Всего там 140 колоколов. Их прислали нам семьи, школы и церковные общины из Италии.

Центральный колокол, пожертвованный семьей Маринелли, которая делала колокола на папский престол в течение более 1000 лет, был благословлен папой Иоанном Павлом II. На нем написаны имена семи людей, кто получили органы Николаса. Этот мемориал стоит в Калифорнии, там, где мы жили с Николасом. Это место известно тем, что Хичкок снял там свой знаменитый фильм «Птицы».

Мемориал стал местом паломничества для родителей, потерявших своих детей. Там они чувствуют себя ближе к своим детям. Я не знаю, существует ли Бог, но многие, кто приезжают к мемориалу, верят в то, что душа их ребенка жива. Это дает им надежду.

Мы, родители Николаса, никогда не думали, что наш сын продолжает жить в других людях. Мы дали возможность жить другим людям, иначе они бы просто умерли. Николас прожил всего семь лет, а его органы живут еще 21 год. Девушка, которой пересадили печень сына, была практически при смерти. Сейчас у нее двое детей, и сына она назвала Николасом. Вот так жизнь сына продолжается».

В конгрессе принимают участие руководители здравоохранения, представители высших органов государственной власти, общественных организаций и духовенства, ведущие специалисты в различных областях клинической медицины и биомедицинской науки.

С приветственным словом к участникам конгресса выступила заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Татьяна Владимировна Яковлева.

Сергей Владимирович Готье, директор ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова», Председатель Российского трансплантологического общества рассказал об основных достижениях в этой области.

Первая успешная трансплантация сердца в России (СССР) была выполнена 12 марта 1987 году академиком

Валерием Ивановичем Шумаковым. Потом много лет пересадок сердца практически не было из-за низкого уровня развития донорства. И только последние семь лет в программе трансплантации сердца произошел заметный прогресс. И сейчас Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова – мировой лидер среди трансплантологических центров по количеству пересадок сердца.

Трансплантация печени началась чуть позднее. Один из первых реципиентов печени, оперированный в 1991 году, до сих пор жив. Сейчас пересадкой печени занимаются 14 центров России.

Мультиорганная (печень и почка) трансплантация впервые проведена в 2002 году.

Такие операции обеспечивали пациентам хорошее качество жизни, но в 2003 году российская трансплантология и медицина получили тяжелый удар из-за сфабрикованного дела о незаконном изъятии донорских органов. В течение трех лет работать было невозможно, и только после оправдания участников процесса наступило оживление в области органного донорства и трансплантации.

Тяжелый труд по освоению различных видов трансплантации был замечен руководством страны, были присуждены четыре премии РФ, которыми были награждены участники многих городов и регионов России.

В течение уже нескольких лет за особые заслуги в области трансплантологии вручается медаль «Академик В.И. Шумаков». В числе лауреатов этой медали – выдающиеся российские и зарубежные ученые и хирурги.

На открытии конгресса были вручены три медали. Виктор Соломонович Крылов – вдохновитель и участник первой трансплантации почки на территории России. Ян Лерут – профессор, директор центра трансплантации Католического университета Левена (Брюссель, Бельгия). Реджинальд Грин – человек, чье имя знают во всем мире.

Программа конгресса состояла не только из обсуждений медицинских и научных проблем трансплантации органов, образования, представления научных школ и новых имен в трансплантологии и регенеративной медицине. Торжественные акции награждения родственных доноров органов, спасших жизнь своих близких, и победителей конкурса рисунков среди детей, перенесших трансплантацию, придали конгрессу особую атмосферу, давая прочувствовать важность проблемы донорства и трансплантации для спасения жизни.

Председатель Межрегиональной общественной организации нефрологических пациентов «НЕФРО-ЛИГА» Людмила Михайловна Кондрашова презентовала проект «Трансплантация? Я — за!». Целью проекта является положительное отношение общества к органному донорству и трансплантации.

Помощник министра здравоохранения Российской Федерации Ляля Адыгамовна Габбасова завершила торжественную часть конгресса:

«С точки зрения профессионализма, трансплантация в нашей стране имеет самый высокий уровень, соответству-

ет всем международным стандартам. А проблемы связаны именно с развитием донорства. И эти вопросы должны решаться на уровне очень высокой этической планки».

2015 год является годом принятия конвенции Совета Европы против торговли органами, и Россия готовится присоединиться к этой конвенции.

«Наш священнический труд бывает и обыденным, а здесь получается, что мы участвуем в святейшем деле – настраиваем людей на доброе, на молитвы за своих близких. Когда помогаешь обычным людям и видишь, как им сопутствует Божественная помощь, это очень вдохновляет. Часто приходится видеть, как меняются люди.

Могу привести пример, с медицинской точки зрения вроде бы неудачный. У нас была семья, довольно далекая от Церкви, но дочку они крестили с именем Серафима. Девочка умерла, трансплантация прошла неудачно. Они уехали в Казань. Через какое-то время мама девочки увидела во сне, как преподобный Серафим Саровский ведет за руку ее дочку. Такое утешение послал ей Господь – в Вечности мы вместе, ее жертвенный, молитвенный труд не пропадет даром. И таких случаев немало».

Настоятель храма в честь преподобного Серафима Саровского игумен Анатолий (Берестов) сказал корреспонденту Правмира:

«Конгресс трансплантологии – очень важное событие в отечественной медицине. Я бы даже назвал это праздником современной российской медицины. С начала открытия Института трансплантологии бытовало мнение, что Церковь плохо относится к трансплантологии, причем не со стороны верующих, а со стороны обывателей. Но это не так! Это благое дело, доброе! Это помощь людям, это здоровье, это продолжение жизни. Как Церковь может к этому недоброжелательно относиться? Только с огромной благодарностью к современным ученым и современной медицине!»

В обращении к участникам и гостям Второго национального конгресса «Трансплантация и донорство органов» министра здравоохранения Российской Федерации Скорцовой Вероники Игоревны сказано:

«Это масштабное событие совпадает со значимыми датами в истории отечественного здравоохранения: 50-летием первой трансплантации почки и 25-летием первой трансплантации печени в России. Трансплантология – яркий пример высоких достижений и возможностей современной медицины. Сегодня трансплантология заняла достойное место среди направлений медицины, позволяющих излечивать ранее неизлечимых пациентов, возвращать обществу социально активных граждан.

Уверена, что проведение национального трансплантологического конгресса станет важным шагом на пути объединения усилий врачей и ученых, общества и власти ради благородного дела сохранения жизни и здоровья наших сограждан. Хочется пожелать всем нам успехов и оптимизма на этом трудном пути».

Тамара Амелина
Православие и Мир.ру, Москва, (11.06.2015)

Новые лекарства для лечения рака совершили прорыв в онкологии, но опухоли к ним привыкают

Казалось, что развитие таргетной терапии не сегодня-завтра создаст условия для эффективного излечения от рака. В мире появились уже 30 препаратов, дающих такую надежду: лечение есть, были бы деньги. Но оказывается, рак и с ними непобедим. Об этом участникам онкологического форума «Белые ночи» рассказал Ричард Шильски.

В мире активно развивается прецизионная терапия (как продолжение персонифицированной). Как поясняет профессор Евгений Имянитов, руководитель отдела биологии опухолевого роста НИИ онкологии им. Петрова, каждая опухоль развивается по своему уникальному механизму, и современные методы молекулярной биологии позволяют определить непосредственную причину ее развития. А это в свою очередь позволяет подобрать лечение, ориентируясь на молекулярную картину опухоли.

То есть в отличие от классической модели лечения опухолей, при которой терапия подбирается в зависимости от типа опухоли и от того, какой орган поражен, в прецизионной терапии выясняется, какая именно мутация, какое изменение в генах вызвали развитие рака, а затем подбирается специфический препарат для воздействия на эту конкретную мутацию.

Уже есть почти 30 таких специфических препаратов, ориентированных на определенные генетические повреждения. Их называют таргетными, то есть прицельными (target – мишень). Поэтому современным и правильным считается подход, при котором лечение назначается после биопсии опухолевого узла.

Однако, как сообщил на онкологическом форуме «Белые ночи» главный советник Американской ассоциации клинической онкологии (ASCO) Ричард Шильски, длительные годы применения таргетных препаратов показали, что подбор лечения на основании молекулярных характеристик опухоли дает очень выраженные клинические эффекты. Но в некоторых случаях они недолговременны. Потому что опухоль в процессе лечения эволюционирует, «привыкает» и становится резистентной (устойчивой) к этой терапии.

- Когда назначаются подобные препараты, через какое-то время они перестают работать. И что удивительно: один из механизмов развития этой резистентности – появление еще одного изменения в гене, – объясняет Ричард Шильски. - Есть уже таргетные препараты следующего поколения, которые воздействуют не на исходные характеристики опухоли, а на те, которые приобретаются в процессе резистентности. Но это все равно проблема – клинический эффект имеет ограничения по времени, потому что рано или поздно воздействие препарата нисходит к нулю. Это создает большие сложности.

Получается, прорыв в лечении онкологических заболеваний, конечно, шаг вперед, но не такой масштабный,

каким казался еще недавно. Ричард Шильски считает, что перспектива — за использованием комбинаций специфических препаратов, при которой есть надежда, что резистентность будет возникать позже за счет одновременного поражения нескольких молекул, которые вызывают развитие опухоли. Другой популярный сейчас подход, о котором сообщил американский онколог, — комбинирование таргетной терапии и иммунотерапии. Сейчас появился новый класс иммунных препаратов, который активизирует иммунные защитные силы организма и помогает предотвратить продолжение роста опухоли.

После такого сообщения возникает естественный вопрос: когда эффект от лечения современным дорогостоящим таргетным препаратом сходит на нет, дальше лечится нечем? Это тупик?

Ричард Шильски поясняет:

— Да, в подавляющем большинстве случаев таргетные препараты дают только временный эффект. Но при этом есть примеры онкологических заболеваний, в которых причиной возникновения опухоли оказывается только один молекулярный дефект — ее развитие «запустили» простые генетические поломки. И тогда лечение новыми «прицельными» лекарствами может продолжаться всю жизнь. Самый лучший пример — хронический миелоидный лейкоз, при его лечении один препарат («Гливек») во многих случаях дает постоянный контроль над заболеванием.

*Доктор Питер, Санкт-Петербург,
(15.06.2015)*

«Стрессы, вызывающие онкологические заболевания, не более, чем пустая болтовня»

Смерть Жанны Фриске подняла важный вопрос о лечении онкологических заболеваний в России, где треть пациентов умирает в течение года после постановки страшного диагноза «рак». Певице удалось благодаря лечению отечественных и зарубежных врачей прожить 19 месяцев. Но главный онколог России Михаил Давыдов уверен, у нее не было даже шанса на победу.

— Михаил Иванович, в начале прошлого года именно к вам обратилась Жанна Фриске, чтобы подтвердить (или опровергнуть) свое ужасный диагноз — рак мозга, его редкую форму — глиобластому. И вот Жанны не стало. Такой финал был неизбежен?

— К сожалению, при таком диагнозе, да. Максимум, сколько может прожить человек с таким заболеванием — полтора года.

— Неужели нигде в мире нет спасения от этой ужасной глиобластомы?

— Увы, пока нигде.

— Почему тогда все заболевшие раком стремятся попасть на лечение за границу (в Германию, США), где, кстати, и проходила лечение Жанна? Чего такого в России нет, что есть там?

— «Там» — все то же самое, что и здесь. Схемы лечения рака везде одинаковы, они уже отработаны до мелочей: используются лучевая- и химиотерапия. Кто-то говорит, что за границей лекарства для химии лучше. Но и у нас есть те же самые импортные препараты.

А почему именно Жанна Фриске уехала лечиться в США, а затем в Германию? Об этом позаботились ее друзья, собрали деньги, Жанна — известный в России человек. Друзья хотели ей помочь, хотели, как лучше. И, слава богу, что сегодня у человека есть возможность выбирать, где ему лечиться. Но, повторюсь, способы лечения рака и в России, и за рубежом одни и те же.

— Жанна, насколько мне известно, лечилась и в вашем центре?

— Да, она проходила у нас лечение амбулаторно в последние три месяца. Мы применяли всю возможную для этого поддерживающую терапию. Но она, к сожалению, тоже не помогла.

— Что могло спровоцировать рак у Фриске? Могла ли повлиять ее беременность, в частности, ЭКО?

— ЭКО лишь ускорило рост уже имеющейся в мозге опухоли. Вообще, любая беременность выступает как провокатор многих заболеваний, к чему у человека есть предрасположенность. А тем более ЭКО, когда идет мощная гормональная атака на организм. И тем более, если у человека есть опухоль (у Фриске она уже могла быть). Возможно, эта опухоль была совсем маленькой. ЭКО и спровоцировало ее рост. Ведь головные боли у нее начались сразу после рождения ребенка.

— Какие еще факторы могут спровоцировать онкологию у человека, кроме известных — радиации, наследственности? Есть предположение, что на рост раковых клеток может повлиять даже мобильный телефон?

— Достоверных подтверждений этому пока нет.

— Известно, что из всех онкологических заболеваний на опухоль мозга приходится всего полтора процента. Она трудно выявляется? Или есть другие причины?

— Действительно, опухоль мозга — довольно редкое заболевание. Особенно у взрослых. Чаше выявляется у детей. Примерно 20% у детей — опухоли центральной нервной системы. Но у всех обнаруживается не сразу.

— На какие симптомы надо обращать внимание?

— Насторожить должны длительная головная боль, головокружение, ухудшение зрения (это было и у Фриске), нарушение чувствительности конечностей, тошнота, рвота, сонливость, нарушение памяти и речи.

— Михаил Иванович, Петербург называют самым проблемным городом страны по уровню заболеваемости и смертности от онкологических болезней. Но наши врачи говорят, что мы просто лучше диагностируем, многие регионы этого не делают. В результате — такая вот необъективная статистика.

— Правильно говорят: там, где лучшая диагностика, там больше выявляется заболеваний. А растет заболеваемость в тех регионах, где люди дольше живут: она напрямую связана с постарением населения.

— В Америке люди еще дольше живут, но уровень смертности от онкологических заболеваний там ниже.

— Там заболеваемость вдвое выше, чем в России. А смертность ниже, потому что порядок организации онкологической помощи другой. Там четко прописано, кто чем занимается. Есть единый национальный противораковый центр, который стоит во главе всей службы: контролирует все научно-исследовательские центры страны, раздает гранты на исследования, понимая, под что дает деньги. А у нас этим занимается Минздрав.

Американская организация службы дает возможность внедрения передовых технологий и схем лечения, современной диагностики. Кроме того, там на очень высоком уровне — скрининговые программы, нацеленные на выявление патологии у здорового населения, то есть на выявление доклинических форм болезни. А это значит, что эффективность лечения очень высокая. Поэтому люди редко умирают от рака.

— В Петербурге в рамках диспансеризации выявляется много раков, в том числе на ранней стадии. Выявили. Что дальше? На лучевую терапию — очередь, с обеспечением эффективными современными лекарствами — проблемы.

— У вас два федеральных института, два крупных городских стационара, какие могут быть проблемы с лучевой терапией и лечением вообще? Но в целом по России лучевой терапии не хватает — в Америке на 100 тысяч населения 11 линейных ускорителей, а у нас меньше одного. Этот раздел хромает на обе ноги.

— Вы часто говорите о том, что рано или поздно рак станет обычной хронической болезнью, с которой человек может жить десятилетия. Каким образом, если для действительно эффективного лечения лекарства за пределами дороги? Например, появился эффективный препарат для лечения меланомы с неподъемной ценой.

— Есть препарат для лечения миеломной болезни, 1 упаковка — 25 таблеток стоит 500 тысяч рублей. Успокаивает только то, что болезнь хронической бывает определенное время — ведь, в конце концов, человек всегда умирает. Жизнь — она и есть смертельная болезнь: родившись, ты обязан умереть. Но уже сейчас есть злокачественные опухоли, воспринимаемые как обычная хроническая болезнь, с которой можно жить долго.

— Онкологи говорят, что эффективное лечение должно быть комплексным: хирургия, лучевая и лекарственная терапия...

— Все зависит от вида патологии, степени ее развития. Иногда достаточно операции, иногда нужна операция плюс химиотерапия, иногда — плюс лучевая.

— У нас самая доступная часть из этого комплекса — хирургия. Ее проводят в разных клиниках, она хорошо оплачивается фондом ОМС или по федеральным квотам. А если нужен комплекс, появляются проблемы.

— Оперируются на самом деле не так много пациентов с онкологией — в год около 60 тысяч из 500 тысяч человек, которым впервые установлен диагноз. Осталь-

ных оперировать уже поздно, им нужна химио- и лучевая терапия с естественным печальным результатом.

— Но оперируют всех. Иногда даже кажется, что не стоит человека мучить — операция уже ничего не изменит...

— Это не радикальные операции, их проводят как правило во вспомогательных целях. Да, они больного не излечивают, но существенно меняют качество оставшейся жизни, избавляют от тяжелых осложнений — кровотечения, непроходимости, распада опухоли и т.д. На прогнозе это не скажется, это паллиативные операции, но они необходимы.

Впрочем, хорошая высокотехнологичная хирургия может излечивать и метастазированные опухоли, люди после таких операций живут долго и счастливо. Мы в нашем центре такие операции делаем. Например, только что доставили пациента с опухолевым тромбозом нижней поллой вены, достигающим предсердия. Левая почка поражена, опухоль растет по просвету поллой вены, сдавила печеночную вену, в результате живот растет — асцит, а опухоль заполнила уже камеру сердца. И мы таких оперируем: на работающем сердце через живот.

Да, самая большая хирургия — это онкология, поэтому общие хирурги хотят ею заниматься, но надо умерить свои страсти. Наших пациентов надо лечить там, где им окажут весь комплекс лечения, а главное — правильно его выберут. Оно планируется с самого начала тремя специалистами (лучевой терапевт, химиотерапевт, онкохирург): либо это только хирургическое лечение, либо сначала лучевая терапия с последующей операцией, либо операция плюс химиотерапия. Тогда эффективность выше, а потери — минимальные.

И надо понимать, что онкологическое лечение сопровождает пациента до последнего вдоха. Мы занимаемся не только радикальным, но и вспомогательным, паллиативным лечением.

— Только такая схема работает далеко не всегда и не везде. Это чревато для пациента?

— Мы завалены рецидивами, возвратами болезни, плохими результатами из-за несвоевременно начатого лечения. В том числе оттого, что у нас плохо развита морфологическая служба. Чтобы ее развить, нужно, чтобы в каждом специализированном учреждении была собственная онкоморфология. Тогда точность диагноза вырастает во много раз. А у нас многие учреждения пользуются областным (городским) патологоанатомическим бюро, где все на потоке, поэтому качество исследований низкое. Сравните: японский морфолог делает 500 срезов с лимфатического узла, а у нас в лучшем случае — четыре среза. Отсюда и ошибки диагностики.

— Считается, что бурный рост онкологических заболеваний вызван стрессами. Если у нас вся страна в состоянии стресса живет с начала 1990-х годов, значит ли это, что все — в группе риска?

— В каком таком стрессе мы живем с 1990-х годов? Это в большей степени болтовня. Когда Павлов проводил

опыты, вызывая стрессовую язву у собак, у половины из них он получил язву, у половины — злокачественную опухоль. Вот такой стресс может стать толчком для развития болезни. Сегодня меняется понятие стресса, говорят в основном о бытовом, а он не настолько влиятелен, чтобы спровоцировать развитие болезни. Настоящие стрессы испытывали люди во время Великой Отечественной войны. А онкологических заболеваний было мало.

— Но мы регулярно слышим, что «раки молодеют».

— Кто это говорит? Онкология как была, так и остается болезнью старческого возраста. Рак в 20 лет это казуистика, или болезнь, обусловленная генетическими нарушениями. Для развития того же рака груди средний возраст — 60 лет.

— То есть у людей настороженность по поводу онкологии должна появляться с возрастом? Но сейчас диагноз «канцерофобия» можно ставить, наверное, каждому второму. На этом многие клиники зарабатывают — государственных скрининговых программ нет, поэтому они предлагают дорогие программы обследования всего организма. Стоит ли ими пользоваться, даже если причин для обследования нет?

— Не только у нас, во всем мире боятся онкологических заболеваний. Но эти программы — коммерческие проекты, немногие ими пользуются, потому что они дорогие. Хотя если у кого-то есть возможность лишний раз обследоваться, то это стоит делать. Можно случайно выявить какое-то серьезное заболевание, вовремя пролечиться и быть здоровым человеком. Но коммерциализировать этот процесс я бы не стал.

Онлайн812, Санкт-Петербург,
(18.06.2015)

Волчанка — головная боль здравоохранения

По статистике, во всем мире системной красной волчанкой (СКВ) страдает более пяти миллионов человек, у двух третей из них заболевание протекает с частыми обострениями. При этом без соответствующего лечения ремиссия (период отсутствия признаков активного аутоиммунного воспаления) достигается очень редко, и болезнь может быстро закончиться летально.

Наша страна, как и другие государства, вплотную столкнулась с «головной болью» XXI века — аутоиммунными заболеваниями. Наиболее яркий и драматичный пример — системная красная волчанка (СКВ).

По данным ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, в России около 0,1% взрослого населения страдает системными заболеваниями соединительных тканей, из которых СКВ является самым распространенным. Большинство пациентов — женщины в возрасте от 18 до 35 лет.

Сбой в иммунитете

Главной причиной развития СКВ являются серьезные нарушения в иммунной системе человека, которые

приводят к выработке антител против ядер и других компонентов клеток организма человека. Это вызывает системное воспаление, затрагивающее кожу, суставы и жизненно важные органы — почки, центральную нервную систему, сосудистое русло. Среди других причин развития ученые выделяют комплекс генетических, гормональных нарушений, вирусные инфекции, употребление некоторых лекарственных препаратов, факторы окружающей среды и в первую очередь ультрафиолетовое облучение, а также психические травмы и стресс.

Противостояние

К сожалению, имеющиеся в арсенале врачей лекарственные препараты для лечения СКВ, в первую очередь глюкокортикоидные гормоны и цитостатики, несмотря на их высокую эффективность, вызывают серьезные побочные эффекты. Например, остеопороз, сахарный диабет, ожирение, артериальную гипертензию, катаракта, бесплодие, увеличение риска инфекционных осложнений. Но медицинская наука не стоит на месте и сегодня российские ученые убеждены, что при ранней диагностике и адекватной терапии возможно максимально увеличить продолжительность и качество жизни людей, страдающих СКВ.

— Благодаря достижениям мировой медицины и российских ревматологов прогноз у больных с СКВ кардинально изменился от абсолютно безнадежного до достаточно оптимистичного, — говорит заведующий лабораторией интенсивных методов лечения ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой профессор Сергей Соловьев. — Врачи получили возможность применять лекарственные препараты, точно воздействующие на механизм заболевания, подавляющие выраженность воспаления, не причиняя серьезного ущерба иммунитету пациентов с СКВ. Терапия этими препаратами (они называются генно-инженерные биологические препараты — ГИБП) позволяет не только добиваться ремиссии заболевания, но и уменьшить дозу глюкокортикоидов, снижая риск развития побочных эффектов. В настоящее время такая терапия применяется у пациентов с ревматоидным артритом и другими воспалительными заболеваниями суставов, и в отличие от СКВ, соответствующие препараты включены в перечень ЖНЛВП и ОНЛС.

Возможности современной терапии СКВ оценил академик РАМН, директор ФГБУ «НИИР имени В.А. Насоновой» РАМН Евгений Насонов. Он сказал:

— Современные направления лечения СКВ — снижение активности заболевания на основе использования инновационных лекарственных препаратов, которые позволяют снизить дозу глюкокортикоидных гормонов и таким образом уменьшить риск побочных эффектов.

Кто поможет больным?

В последние годы этому вопросу уделяется большое внимание. По словам Президента Российской ревматологической ассоциации «Надежда» Натальи Булгаковой специализированная помощь больным с ревматическими заболеваниями улучшилась благодаря внедрению генно-

инженерных препаратов (ГИБП), включенных в перечень ЖНВЛП и ОНЛС. Однако для больных с СКВ терапия ГИБП по-прежнему недоступна, несмотря на наличие этих препаратов в Национальных клинических рекомендациях по СКВ, утвержденных АРР. Ассоциация получает много обращений от больных с СКВ в связи с отказами территориальных органов здравоохранения в обеспечении инновационными препаратами для лечения СКВ, даже по жизненным показаниям, поскольку они не входят в перечень ЖНВЛП. Несмотря на усилия ассоциации «Надежда» помочь пациентам, решение данного вопроса растягивается на долгие месяцы. Это приводит к ранней инвалидности, потере рабочих мест, социального статуса, нарушению репродуктивной функции, разрушению семей и даже летальному исходу, требует значительных затрат бюджетных средств — прямых медицинских и социальных.

Принять меры

В протоколе совещания профильной комиссии Экспертного Совета Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «ревматология» № 12 от 21 марта 2015 года приняты такие положения:

1. Изменить Стандарт первичной медико-санитарной помощи при СКВ, утв. Приказом Минздрава России от 9 ноября 2012 г. № 761н, и в Стандарт специализированной медицинской помощи при СКВ (в дневном стационаре), утвержденный Приказом Минздрава России от 7 ноября 2012г. № 654н, дополнив современными генно-инженерными препаратами для лечения СКВ.

2. Утвердить Стандарт медицинской помощи при СКВ в условиях стационара.

3. Для своевременного и адекватного обеспечения пациентов лекарственными препаратами для лечения СКВ на региональных уровнях внести современные генно-инженерные препараты для лечения СКВ в перечень ЖНВЛП — в Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2014 г. № 2782-р (Приложение № 1).

*МедПульс, Москва,
(19.06.2015)*

Медицина нуждается в профилактике

Инвестиции в систему медицинской помощи необходимо направить не на лечение, а на предотвращение болезней — к такому выводу пришли участники панельной сессии Питерского международного экономического форума, посвященной повышению эффективности системы российского здравоохранения. В ходе обсуждения наиболее выгодными как с экономической, так и с социальной позиций было названо расширение программ вакцинации и первичной диагностики.

Профилактика заболеваемости с помощью ранней диагностики и вакцинации была названа главным спосо-

бом повышения эффективности системы здравоохранения на прошедшей в минувшую пятницу в рамках ПМЭФ-2015 сессии «Современное здравоохранение — путь к человеку. Сколько стоит здоровье?». В дискуссии приняли участие глава социального блока правительства Ольга Голодец и министр здравоохранения Вероника Скворцова, бизнес представляли такие компании, как MD Medical Group Investments, «Санофи Пастер» и Royal Phillips.

Для большинства стран, как развитых, так и развивающихся, здоровье граждан стало приоритетом, и Россия не является исключением», — такими словами открыл сессию ее модератор Матье Ламье, управляющий директор The Boston Consulting Group. По его словам, благодаря реализации программы «Здоровье-2020» правительству России удалось добиться улучшения некоторых основных показателей здравоохранения — например, продолжительность жизни выросла до 71 года. «Сейчас расходы на систему здравоохранения составляют 3,7% ВВП России, и это меньше, чем в большинстве стран мира, однако и с таким объемом финансирования нам удалось добиться положительной динамики по многим направлениям», — заявила глава социального блока правительства вице-премьер Ольга Голодец. По ее словам, сейчас главная задача, которая стоит перед властями, — реформирование управленческой сферы, которое и позволит более эффективно соотносить ресурсы и результаты.

Более подробно этот тезис вице-премьера раскрыла в своем выступлении глава Минздрава Вероника Скворцова. Она, впрочем, сразу подчеркнула, что пока финансовые сложности не коснулись системы здравоохранения: в текущем году расходы на нее были увеличены на 265 млрд руб. «Как и весь мир, Россия стремится, с одной стороны, создать систему предиктивной медицины, построенной на обоснованных прогнозах состояния конкретного пациента, профилактической медицины, которая является самой экономически выгодной для вложений, и максимально персонифицированной медицины», — заявила глава Минздрава. Реализация всех трех направлений позволит создать систему медуслуг, которая вместо периодического оказания помощи будет вести человека от рождения до смерти — и это главное направление тех реформ, которые сейчас идут в системе российского здравоохранения, отметила министр. По ее словам, система ФОМС сейчас становится более клиентоориентированной, во-вторых, расширяется система профилактики и скринингов: за последние два года были обследованы 75 млн человек, то есть половина населения России, что позволило увеличить выявляемость заболеваний.

Как отметила министр, помимо усилий государства очень многое может сделать и бизнес в рамках государственно-частного партнерства. «За последние годы в три с половиной раза выросло число организаций, работающих в области здравоохранения по программе госгарантий, и если раньше в большинстве случаев компании вкладывались в создание стоматологических кабинетов,

то сейчас они готовы строить сети городских поликлиник, потому что мы работаем над повышением уровня тарифов ОМС и делаем их более выгодными», — заявила госпожа Скворцова. Государство существенно облегчило процесс инвестирования в здравоохранение, отменив до 2020 года для всех медицинских учреждений налог на прибыль, также во многих регионах для них отменяют еще и налог на имущество, напомнил присутствовавший председатель совета директоров MD Medical Group Investments Марк Курцер. Кроме того, по его словам, очень важным стало появление такого документа, как бессрочная лицензия. «Наиболее эффективными из инвестиций в здравоохранение являются расходы на вакцинацию, и здесь у России есть большие возможности», — отметил глава Оливье Шармей, глава подразделения вакцин «Санофи Пастер». «Один рубль, потраченный на профилактику, сохранит нам семь рублей на лечении в дальнейшем, поэтому так важно развивать приверженность здоровому образу жизни, раннюю диагностику и малоинвазивные вмешательства», — заключил Рональд де Йонг, вице-президент Royal Phillips.

*Анастасия Мануйлова
Коммерсантъ, Москва,
(23.06.2015)*

Транс от жира

Содержание опаснейшего продукта в наших чипсах, тортах и прочих майонезах достигает 30%. Инстинкт самосохранения в России оказался слабее бизнес-аппетитов

Полки книжных магазинов и ТВ-экраны пестрят наставлениями по поводу вкусной и здоровой пищи. О пользе здорового питания слагают целые тома с картинками, ведущие кулинарных телешоу по части узнаваемости давно превосходили космонавтов. В интернете знаменитости и люд попроче без устали делятся секретами, как и рыбку съесть, и здоровья прибавить. Но это все слова. А что на деле? А на деле под фанфары радующей глаз «оздоровительной» свистопляски тихой сапой идет настоящая интервенция на российские просторы вреднейшей группы продуктов — трансжиров. И с этой задачей никто всерьез бороться не собирается.

Канули в Лету кампании по борьбе с «белой смертью» — сахаром и солью. И с нитратами в арбузах и дынях (помните, как не так уж давно главный санитарный врач Онищенко арестовывал то один арбузный развал, то другой?). Еще была чернобыльская черника. Потом вдруг заклеямили привычные яйца — не больше одного в неделю. Затем их реабилитировали — есть не хочу. Какой-то бизнесмен завез в Россию зеленый кофе, и нельзя было войти в Сеть, чтобы оттуда не выскочило предложение купить его немедленно и сразу же похудеть, да еще память улучшить и получить эластичные сосуды. Чуть было

не забыла про пальмовое масло, о котором производители любят писать совсем меленько.

Но есть, оказывается, продукт и пострашнее. Трансжиры называется. И раз уж теория начала нашего вымирания на планете озвучена, то эти самые жиры вкупе с вирусами типа MERS, думаю, сыграют в нем не последнюю роль. Трансжиры получают путем гидрогенизации: через растительное масло, нагретое до 200 градусов, пропускают под давлением водород. Причем такой молекулы, которая при этом возникает, в природе нет. Поэтому, когда она попадает к нам с пищей, организм не знает, что с ней делать. Но и отличить вредные молекулы жиров от невредных не может. Молекула же трансжира, попадая в кровоток, ведет себя очень активно, идет на построение мембран клеток, вытесняя оттуда более полезные омега-6 и омега-3 жиры. А вытеснив, закупоривает мембрану, нарушает межклеточный обмен питательных веществ и приводит к целому букету патологий.

И тут все мировое научное сообщество едино во мнении: трансжиры вредны безусловно, они сокращают нашу жизнь. Казалось бы, раз такое дело, то их надо взять и отменить?! Но вот незадача: они много дешевле естественных привычных продуктов, да и хранятся дольше. А это уже адская дилемма: конфликт научной истины и чьей-то совести с бизнес-интересом.

В России первая установка по гидрогенизации масел была построена еще в 1909 году в Казани и использовалась для получения сырья для мыловарения. Но потом оказалось, что от мыла до пищи — один шаг.

На первых порах врачи даже рекомендовали трансмасло как здоровую альтернативу животному жиру. К слову сказать, моя казанская соседка по коммуналке, химик по образованию, всегда все готовила на кулинарном жире или на комбигире и даже иронически поглядывала на подсолнечное масло в соседских сковородках. Хорошая была женщина: ей бы почитать статьи Уолтера Виллета в журнале «Ланцет», да они выйдут только в 1993-м. А Софья Михайловна к тому моменту уже столько этого комбигира слопает, что, думаю, узнай она правду, сердце ее могло бы не выдержать. Иди потом гадай — в результате эмоционального стресса или атеросклеротической бляшки на почве употребления маргарина...

Короче, этот Виллет привел убийственную статистику и неопровержимо доказал, что потребление трансжиров для организма смертельно. И все потому, что вместо нормального строительного материала мы предлагаем ему бракованные трансизомеры, которые образуют дефектные биологические структуры, а те дают сбой в самых разных ситуациях.

Наиболее впечатлительными оказались датчане и голландцы. Пока остальная европейская публика чесала репу и вела жаркие дискуссии, датские производители сами безо всякого принуждения сократили использование трансжиров в своей продукции. А в 2003-м там издали специальный закон, по которому их содержание в продуктах не должно превышать 2%. Сказано — сдела-

но. Мы-то знаем, что и у нас порой принимаются весьма неплохие законы. Только кто их исполняет? А датчане к 2005-му превзошли даже эту свою норму и снизили трансжировой показатель всего лишь до 1% (!). Вот это инстинкт самосохранения!

А в Голландии законы и вовсе не понадобились — там все решило давление общественности, которая просто не оставила промышленникам выбора: хотите, чтобы ваша продукция пользовалась спросом, будьте любезны снизить содержание в ней трансжиров. Как тут не вспомнить фразу из «Неоконченной пьесы для механического пианино»: «Голландия — страна маленькая, вот и мысль философская распространяется быстро». А мы страна больша-а-я, поэтому содержание трансжиров в наших пирожных, тортах, разного рода выпечке, майонезах, чипсах, картофеле фри достигает 30%!

В США, которые мы уже не позиционируем как партнеров, обстановка с трансжирами до 2006-го была тоже не ахти — до 21%. Но потом они взялись за ум: заставили производителей писать на упаковке продукта, сколько трансжиров в нем содержится. А теперь и там принят федеральный закон, который предписывает всей американской пищевой индустрии в течение трех ближайших лет полностью отказаться от использования трансжиров.

Теперь, внимание, вопрос: куда же уплывет их негодная продукция? Туда, где все еще нет ни запретов, ни должного контроля, — к нам! И санкции тут не помеха. Приплывает же к нам каким-то невнятным образом техническое пальмовое масло, которое годится только на мыло, но всплывает в отечественных сырах, твороге и сладостях. А ведь пальмы у нас не растут.

P.S. В современной России содержание трансжиров ограничивается только в масложировой продукции, да и там эти пределы, в особенности если посмотреть на них сквозь призму общемирового антитрансжирового тренда, выглядят поистине астрономическими: в спредах — до 8 и маргаринах — до 20%. А во всех остальных продуктах этот показатель в нашей стране не регулируется сегодня вовсе.

Слово эксперту

Олег Медведев, завкафедрой фармакологии факультета фундаментальной медицины МГУ имени Ломоносова, доктор медицинских наук, профессор:

— На фоне мирового движения законодателей к показателям около 1% эти цифры выглядят устрашающе, не говоря уже обо всех остальных продуктах, в которых трансжиры не регулируются вовсе. Национальный исследовательский центр «Здоровое питание» провел исследование продуктов отечественного рынка, в которых могут быть трансжиры, и выявил, что вафельные торты с шоколадной глазурью содержат до 30% трансжиров, крекеры — 10%, конфеты — более 20%. Правительству необходимо как можно более оперативно выработать стратегию отказа от использования трансжиров, ведь для этого потребуются еще несколько лет даже после

того, как это решение будет принято. Если, конечно, оно вообще будет принято. Медицина в этом единодушна: трансжиры должны быть исключены, дело только за законодателями!

Гузель Агишева
Труд.ру, Москва, (26.06.2015)

Корпорациям нужно здоровье

Как страховая медицина переживает экономический кризис

Рынок добровольного медицинского страхования (ДМС) в России продолжает расти на фоне кризисных явлений в экономике. Страховщики отмечают, что темпы роста, конечно, снизились и влияние кризиса ощущается — компании разрабатывают новые пакеты антикризисных услуг, которые уже пользуются спросом у корпоративных клиентов, пытающихся сэкономить на страховании сотрудников. Но все же подавляющее большинство работодателей не отказываются от входящих в состав их социальных пакетов для сотрудников программ ДМС.

Сокращение числа больниц и поликлиник создает проблемы на рынке и государству, которое проводит оптимизацию здравоохранения. И, возможно, чиновникам стоило бы больше прислушиваться к мнению страховщиков.

Антикризисная подстройка

Объем премий (отчислений со стороны клиентов) по добровольному медицинскому страхованию в первом квартале 2015 года по сравнению с тем же периодом прошлого года вырос на 8% до 59,2 млрд рублей. Это больше, чем по страховому рынку в целом — около 1% (данные Центрального Банка России). В 2014 году общий объем премий в ДМС составил 124 млрд рублей. Для сравнения, за весь 2010 год объем премий составил 85,9 млрд рублей. Примерно то же самое происходит и с динамикой выплат по этому виду страхования. За первый квартал 2015 года был выплачен 21,5 млрд рублей (рост 8,1%), за 2014 год — 95,2, при этом в 2010 году объем выплат составил 65,2 млрд рублей.

Участники рынка отмечают, что во многом сохранение роста объясняется продлением крупных договоров в первом квартале года и введением медицинского страхования мигрантов. «На фоне фактической стагнации всего страхового рынка, рынок ДМС показывает относительную стабильность. Впрочем, основной движущей силой роста по-прежнему остается инфляция на рынке медицинских услуг (12% - «Профиль»», — отмечает заместитель генерального директора ООО СК «ВТБ Страхование» Алексей Володин.

Стагнация экономики, сокращение социальных программ, рост обращаемости в лечебные учреждения оказывают негативное влияние на сегмент ДМС. Но все же большинство работодателей сохранили ДМС в социальном пакете, пусть даже и в урезанном виде.

Страховые компании говорят, что основными тенденциями 2015 года являются рост количества заключенных договоров, рост тарифов, а также активное использование «антикризисных» страховых продуктов для работодателей, желающих сохранить социальный пакет. «ДМС остается важной частью социального пакета. Очень небольшое число компаний отказалось от ДМС из-за кризиса, в основном это маленькие предприятия, - делится наблюдениями исполнительный вице-президент группы «Ренессанс Страхование» Наталья Карпова. - Крупный бизнес выбрал различные стратегии поведения. Одни компании ввели ограничения для определенных категорий сотрудников или их родственников, что послужило причиной снижения стоимости программ. Другие, напротив, улучшили наполнение своих программ ДМС, чтобы повысить лояльность сотрудников в кризис».

С ней соглашается директор Центра андеррайтинга и развития продуктов добровольного медицинского страхования СК «Альянс» Иван Командный. Он отмечает, что большинство компаний готовы добиваться разумного снижения инфляционной составляющей роста стоимости ДМС за счет оптимизации структуры покрытия: в основном, исключения клиник с неадекватным соотношением цены и качества. «Конечно, в условиях экономического кризиса наблюдается умеренный рост потребления услуг по ДМС, которого мы пытаемся избежать за счет включения, например, соцплатежей за оказанные услуги со стороны сотрудников», - говорит он.

Собеседник отмечает, что снижение качества и доступности медуслуг в рамках ОМС фактически дополнительно повышают и без того высокую стоимость полисов ДМС. «Для корпоративных клиентов страховая медицина была и будет полноценным решением, мы также ожидаем активизацию спроса со стороны физических лиц. Недавно внедрили первый на рынке соответствующий продукт, подразумевающий полноценную поликлиническую помощь по ДМС при острых состояниях. Причем без субъективности, к которой может привести медицинский андеррайтинг», - рассказывает Командный.

О том, как сделать ДМС привлекательным для физических лиц, думают и в других страховых компаниях. «Для повышения спроса на эти программы у частных лиц необходимо изменение их менталитета. Важно осознание того, что деньги, которые они платят за медицинскую страховку, несопоставимы с возможными затратами в случае болезни», - говорит генеральный директор компании «БИН Страхование» Михаил Манчурак.

Надежда на корпорации и мигрантов

Тем не менее, основными клиентами по части ДМС остаются коммерческие компании. Наталья Клименко говорит, что доля физических лиц в ДМС всегда мала и составляет 5-7%. «Физические лица приобретают полис в основном не на случай возникновения заболевания, а преимущественно, имея ряд заболеваний. Поэтому полисы для физических лиц дорогие, страховыми компа-

ниями просчитываются все риски и в настоящее время отмечено повышение цен на данный вид на 10-15%. Сейчас роста доли полисов ДМС для физических лиц не наблюдается», - объясняет она.

Наталья Карпова из компании «Ренессанс Страхование» также рассказывает, что тот факт, что в сфере ДМС большая часть клиентов - это компании, обеспечивает некоторую стабильность работы в этом секторе. «99% наших клиентов - это юридические лица. Портфель компании достаточно стабилен, уровень пролонгации достигает 90%. Не изменился данный показатель и во время кризиса, что позволяет нам делать вывод о том, что предоставляемые услуги находятся на надлежащем уровне», - говорит она.

Наталья Карпова, исполнительный вице-президент «Группы Ренессанс страхование»:

«В том, что бизнес не отказался от страхования сотрудников в кризис, есть и заслуга страховщиков. Например, «Ренессанс страхование» проводит аудит существующего страхового покрытия, предлагая варианты его оптимизации без существенного ущерба для сотрудников, широкий выбор стационаров. Также мы разработали новые продукты для физических лиц - сотрудников наших корпоративных клиентов, отказавшихся от страхования. Появился у нас спектр уникальных профилактических программ, которые не сильно сказываются на цене страхового продукта, однако в значительной степени повышают лояльность коллектива к компании, снижают время нахождения на больничном листе. Крупный бизнес, таким образом, опосредованно возвращает средства, направленные в свое время на ДМС (происходит очевидная экономия на оплате больничных листов). По сути, работодатель получает возможность управлять здоровьем коллектива, а страховая компания - накапливать необходимую статистику с тем, чтобы в следующего году предложение по страхованию было более «заточено» под потребности компании и специфику ее бизнеса».

Преобладание корпоративных клиентов объясняется и дороговизной обслуживания по программам ДМС. Причем тарифы только растут. «За последние полгода стоимость программ ДМС, по нашим оценкам, выросла в среднем на 20%. Основная причина роста стоимости полисов - повышение цен на медицинские услуги», - подсчитывает Михаил Манчук.

С ним соглашается и Алексей Володин, но отмечает, что нельзя сказать, что потребители вынуждены идти на поводу у клиник, которые диктуют свои расценки. «Всегда остается несколько способов, как страховщик может оптимизировать стоимость полиса ДМС под конкретного клиента. К таким способам относятся набор услуг, их количество и объем, перечень клиник», - подчеркивает он.

Многие страховщики считают, что медицинская инфляция, несмотря на кризис, не обоснована. «Как участник экономики РФ, мы сохраняем рост стоимости наших услуг значительно ниже уровня медицинской инфляции и девальвации национальной валюты, что разумно в пе-

риод экономического спада. Такого же поведения мы ожидаем от наших партнеров – лечебных учреждений. Поэтому мы не приемлем необоснованного роста стоимости медицинских услуг в условиях постоянства их рублевой себестоимости», – говорит Командный.

«В условиях, когда рынок можно считать более-менее устоявшимся, из числа новых перспективных сегментов можно назвать страхование неотложных медицинских расходов иностранных работников, временно находящихся на территории РФ, в первую очередь из стран СНГ», – говорит начальник Управления добровольного медицинского страхования АО САО «ГЕФЕСТ» Надежда Мокрышева, обращая внимание на вступившие в силу с 1 января 2015 года поправки к федеральному закону «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации». В соответствии с ними условием оформления трудовых отношений с мигрантами является наличие полиса ДМС или договора на предоставление медицинских услуг с ЛПУ. Стоимость полиса по базовой программе составляет от 1,5 до 6 тысяч рублей в зависимости от страховой суммы, срока и региона страхования.

Тесный рынок

Помимо проблем с медицинской инфляцией, практически все опрошенные «Профилем» участники рынка ДМС говорят, что работать становится «тесно». Конкуренция растет быстрее прибыли. Оказанием услуг по ДМС занимается более 200 страховщиков, однако концентрация этого сегмента страхового рынка очень высока: на 50 крупнейших компаний приходится 96,7% объема премий. Анализируя рейтинг 50 крупнейших страховщиков в сфере ДМС, можно убедиться, что эта сфера остается высококонкурентным бизнесом.

Дмитрий Попов, первый зам. гендиректора СК «Альянс», гендиректор СК «Альянс Жизнь»:

«Основная тенденция в кризис – сокращение бюджетов на ДМС, и здесь главное – сохранить высокое качество обслуживания. Очень важно соответствие в наполнении договоров страховщика с клиентом и с ЛПУ, которое обеспечивает минимум согласований для застрахованного. Мы в Allianz используем только «зеркальные» договоры: все, что есть в договоре с клиентом, в том же объеме прописано в нашем договоре с клиникой. А если клиент хочет сильно «урезать» бюджет, мы готовы предложить продукты, позволяющие за небольшие деньги получить высококачественную медицинскую помощь в случае внезапных острых заболеваний.

Мы разработали свою бизнес-модель. Решения по выплатам, медэкспертиза осуществляются централизованно, в регионах (38 городов) осуществляется локальное взаимодействие экспертов Allianz с ЛПУ и клиентами. Это позволяет обеспечить высокое качество обслуживания по всей стране. Также в компании есть штат врачей-кураторов, контролирующих качество оказания медицинских услуг. Мы выступаем за расширение

программ ДМС. Так, мы предлагаем по ДМС лечение онкологических заболеваний в лучших медицинских центрах России. У нас также есть международная программа, по которой сотрудники российских компаний могут обслуживаться в клиниках Германии».

В первом полугодии 2015 года 17 компаний из ТОП-50 показали темп роста выше среднерыночного. Лидерами по темпам роста бизнеса являются ООО «Вита-страхование» и ОАО «СК «ПАРИ». Среди компаний первой десятки объем премий вырос только у четырех страховщиков: ОАО «СОГАЗ», ООО «Росгосстрах», ООО «Вита-страхование», ОАО «СО «ЖАСО».

Лидером сегмента с огромным отрывом от конкурентов является ОАО «СОГАЗ» (24,5 млрд из 59,2 млрд рублей премий, собранных в I квартале 2015 г.). Разница с ОАО «СК «Альянс», находящимся на втором месте в рейтинге по данному виду, составляет почти 21 млрд рублей.

Тем не менее, игроки рынка говорят, что рентабельность их бизнеса все же низкая. «ДМС всегда был имиджевым видом страхования, редко приносил прибыль страховым компаниям, а в настоящее время в период кризиса тем более. Поэтому падает число страховых компаний, предлагающих ДМС, но конкуренция среди них остается», – рассказывает Наталья Клименко.

ДМС для большинства бизнесменов находится на грани рентабельности. У одних компаний оно убыточно, у других – прибыльно, но с очень небольшой маржой, считает Наталья Карпова. «Сегодня на рынке работают 7-10 компаний, которые благодаря качественным продуктам и экспертизе имеют возможность оказывать достойный сервис и сопровождение договоров страхования. Но практически у всех рыночных лидеров сегмента ДМС продажи снизились. Лишь небольшое число компаний продемонстрировало прирост выше среднерыночного уровня», – говорит она.

Алексей Володин из «ВТБ Страхование» говорит, что ДМС, как направление бизнеса страховых компаний, не отличается особой прибыльностью – рентабельность этого вида страхования в среднем по рынку относительно невелика – порядка 1-1,5% от объема премий. «Поэтому тут важен грамотный андеррайтинг и контроль над расходами. При этом есть необходимость в конкуренции по цене и постоянном развитии сервисной составляющей. Баланс между первым и вторым, за который в итоге клиент «проголосует рублем», удастся найти не всем страховщикам», – считает собеседник.

Прогноз на 2015: спада не будет

Практически все опрошенные «Профилем» эксперты говорят о своих позитивных ожиданиях. Они соглашались с тем, что роста рынка на 20%, как это было в последние несколько лет, ожидать не приходится, но и какого-либо существенного спада никто не прогнозирует. «Скорее всего, качественного развития рынка ДМС не произойдет, а возможный рост объема сборов страховых премий будет связан с общим удорожанием страховых

программ», - считает Надежда Мокрышева, говоря, что многое зависит от экономической ситуации в целом.

«В текущем году экономика расти не будет, соответственно мы ожидаем примерное сохранение прошлогоднего объема рынка. Но как только экономика начнет восстанавливаться, рынок ДМС подхватит эту тенденцию, и мы вернемся к существенному росту (например, среднегодовой темп роста рынка в 2009-2011 был более 20%)», - соглашается Иван Командный.

Наталья Клименко, директор департамента личного страхования ОАО «САК «Энергогарант»:

«Нами изучен рынок, его востребованность, ценовая политика медуслуг в ЛПУ. Мы предлагаем преимущественно амбулаторно-поликлинические программы для коллективов, с лимитом ответственности по стоматологии, на базе ЛПУ, не повышающих цены на медицинские услуги в течение года. Также у нас есть комплексные программы с лимитом ответственности по стационарной помощи, госпитализация только при экстренной помощи, госпитализация в 2-местные, общие палаты. Преимущество заключается в получении необходимой помощи с некоторыми ограничениями, которые в дальнейшем, если понадобится, застрахованный может оплатить самостоятельно (комфортабельные палаты, дополнительные медуслуги по стоматологии). Имеются программы, где в оплате участвуют и сами застрахованные, оплата составляет 15–50% стоимости полиса. Эти программы рассчитаны на предприятия среднего и мелкого бизнеса».

Ожидаемый уровень роста в этом году составит около 10%, - такого мнения придерживается Михаил Манчурак из компании «БИН Страхование». Он подтверждает общие настроения страховщиков, которые чувствуют себя более или менее уверенно и стабильно.

Оптимизация здравоохранения по-русски

Маневрировать на рынке страховым компаниям становится все сложнее. Помимо роста стоимости медицинских услуг и инфляции в целом, продолжается заметное сокращение лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Если в 1995 году количество ЛПУ в России составляло порядка 12 тысяч, то к 2013 году (более свежих данных у Росстата нет) оно сократилось до 5,9 тысяч. Падение более чем в два раза естественно сокращает конкуренцию ЛПУ и в конечном итоге ведет к росту стоимости услуг.

Недавно Счетная палата России проверила, как идет оптимизация в сфере здравоохранения. По информации, представленной всеми регионами, под мероприятия по оптимизации подпадают 952 медицинские организации. Из них за 2014-2018 годы предполагается ликвидировать 41 медицинскую организацию, реорганизовать в качестве филиалов 911 медицинских организаций. Почти половина – 472 организации – будут оптимизированы в этом году. В 2014 году в мероприятиях по оптимизации участвовало 359 медицинских организаций, из них было ликвидировано 26, а более 300 потеряли свою самостоя-

тельность. До конца 2018 года планируется закрыть еще 15 медорганизаций и реорганизовать 581. В основном это больницы и поликлиники. В результате за четыре года численность больничных организаций сократится на 11,2%, амбулаторно-поликлинических организаций – на 7,2%. Кроме того, до 2018 года регионы планируют сократить фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты, заместив их частично офисами врачей общей практики.

В разговоре с «Профилем» директор центра по оценке технологий в здравоохранении Российской академии народного хозяйства и государственной службы при президенте РФ Виталий Омеляновский говорит о глобальной проблеме страховщиков – на сегодняшний день они недовольны тем, что фактически не участвуют в процессе оптимизации лечебного процесса. Этим занимается государство. Функции же страховых компаний сегодня сведены к сбору денег и в некотором роде экспертизе.

По мнению эксперта, из государства хорошего менеджера не выходит. «Говоря о медицинской помощи и страховании, нужно учитывать, что должен быть кто-то, кто будет заинтересован в повышении ее эффективности и рентабельности. Понятно, что часть денег страховщики будут класть себе в карман, это и не удивительно, потому что они работают не бескорыстно. Но нужно помнить, что у нас сегодня такое количество средств расходуется неэффективно, включая коррупционные моменты, что на самом деле до 40% средств можно было бы сэкономить и использовать более оптимально», - рассуждает Омеляновский.

Он считает, что должен появиться тот, кто будет заинтересован в прибыли и в том, чтобы эта система была более эффективна. «В мире есть опыт управляющих компаний, либо это должны быть страховые компании, которые не только управляют процессом, но и формируют страховые риски на случай внештатных ситуаций», - говорит эксперт, аргументируя свое мнение тем, что страховщики постоянно просчитывают ситуацию и риски.

Если они видят, что выходят за пределы, то повышают стоимость полиса, либо урезают перечень тех услуг, которые гарантируют. Эти услуги могут касаться качества пребывания в стационаре или глубины и полноты медицинской помощи, которая оказывается пациентам. «Как только ответственность начинает нести бизнес, все сразу становится более структурировано и прозрачно», - подводит итог Омеляновский.

*Профиль, Москва,
(26.06.2015)*



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 22 мая 2015 г. № 493

МОСКВА

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ НАПРАВЛЕНИЯ В 2015 ГОДУ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ

В соответствии с пунктом 1 части 1 статьи 6 Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемые Правила направления в 2015 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной медицинской помощи федеральными государственными учреждениями.

2. Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации создать рабочие группы для разработки предложений по дополнительному финансовому обеспечению оказания специализированной медицинской помощи федеральными государственными учреждениями, в том числе расположенными на территориях других субъектов Российской Федерации, для последующего представления в комиссии по разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования, создаваемые в установленном порядке, включив в указанные рабочие группы представителей федеральных государственных учреждений.

Председатель Правительства
Российской Федерации

Д. МЕДВЕДЕВ

Утверждены
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 22 мая 2015 г. № 493

ПРАВИЛА НАПРАВЛЕНИЯ В 2015 ГОДУ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ

1. Настоящие Правила устанавливают порядок и условия направления в 2015 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной медицинской помощи федеральными государственными учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству и Федеральному агентству научных организаций (далее соответственно - нормированный страховой запас, федеральные государственные учреждения, федеральные органы исполнительной власти).

2. Дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной медицинской помощи федеральными государственными учреждениями осуществляется за счет средств нормированного страхового запаса, направляемых на увеличение утвержденных Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении переданных в сфере обязательного медицинского страхования полномочий (далее соответственно - территориальные фонды, субвенции).

3. Фонд принимает решение о размере подлежащих распределению средств нормированного страхового запаса, а также о направлении средств нормированного страхового запаса на увеличение субвенций на основании представляемых федеральными органами исполнительной власти и территориальными фондами данных об объемах специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, оказываемой федеральными государственными учреждениями.

4. Распределение средств нормированного страхового запаса осуществляется по следующей методике:

а) размер средств нормированного страхового запаса, направляемых на увеличение субвенций, предоставляемых бюджету территориального фонда i -го субъекта Российской Федерации (C_i^{2015}), определяется по формуле:

$$C_i^{2015} = \frac{C_i^{\text{СМП}}}{\sum_i C_i^{\text{СМП}}} \times \text{НСЗ} \times 0,6 + \frac{C_i^{\text{МТР}}}{\sum_i C_i^{\text{МТР}}} \times \text{НСЗ} \times 0,4 ,$$

где:

$C_i^{\text{СМП}}$ – объем сокращения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (количество госпитализаций), оказываемой федеральными государственными учреждениями, расположенными на территории i -го субъекта Российской Федерации, в 2015 году по сравнению с 2014 годом;

$C_i^{\text{МТР}}$ – объем специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (количество госпитализаций), оказанной в 2014 году федеральными государственными учреждениями, согласно счетам, предъявленным к оплате территориальными фондами по месту оказания медицинской помощи территориальному фонду i -го субъекта Российской Федерации по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования;

НСЗ – размер средств нормированного страхового запаса, подлежащих распределению;

б) объем сокращения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, оказываемой k -ми федеральными государственными учреждениями, расположенными на территории i -го субъекта Российской Федерации, в 2015 году по сравнению с 2014 годом ($C_i^{\text{СМП}}$) определяется по формуле:

$$C_i^{\text{СМП}} = \sum_k \left(\text{ТПОМС}_{ik}^{2014} + \text{ГЗ}_{ik}^{2014} - \text{ВМП}_{ik}^{2014} - \text{ТПОМС}_{ik}^{2015} \right),$$

где:

ТПОМС_{ik}^{2014} – объем специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (количество госпитализаций), оказанной застрахованным лицам i -го субъекта Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в 2014 году k -ми федеральными государственными учреждениями, расположенными на территории i -го субъекта Российской Федерации;

ГЗ_{ik}^{2014} – объем специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (количество госпитализаций), оказанной расположенными на территории i -го субъекта Российской Федерации k -ми федеральными государственными учреждениями в 2014 году в соответствии с государственными заданиями на оказание государственных услуг (выполнение работ), предусмотренных ведомственным перечнем государственных услуг (работ) (далее – государственное задание);

ВМП_{ik}^{2014} – плановые объемы высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, установленные k -ым федеральным государственным учреждением, расположенным на территории i -го субъекта Российской Федерации, на 2014 год (число больных);

ТПОМС_{ik}^{2015} – объем специализированной медицинской помощи в стационарных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, установленный на 2015 год решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, создаваемой в субъекте Российской Федерации в установленном порядке (далее – комиссия), для k -ых федеральных государственных учреждений, расположенных на территории i -го субъекта Российской Федерации (количество госпитализаций).

В случае если $C_i^{\text{СМП}} < 0$, то значение показателя принимается равным 0.

5. Федеральные органы исполнительной власти в течение 5 рабочих дней со дня вступления в силу настоящих Правил на основе данных, полученных от подведомственных федеральных государственных учреждений, представляют в Фонд сведения:

а) об объемах специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, оказанной в 2014 году подведомственными федеральными государственными учреждениями в соответствии с государственными заданиями, с указанием субъекта Российской Федерации, на территории которого расположено соответствующее федеральное государственное учреждение;

б) об объемах высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в 2014 году подведомственными федеральными государственными учреждениями в соответствии с государственными заданиями, с указанием субъекта Российской Федерации, на территории которого расположено соответствующее федеральное государственное учреждение;

в) об объемах специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, оказанной в 2014 году подведомственными федеральными государственными учреждениями за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе застрахованным лицам, которым полисы обязательного медицинского страхования выданы на территории других субъектов Российской Федерации, с указанием субъекта Российской Федерации, на территории которого расположено соответствующее федеральное государственное учреждение.

6. Территориальные фонды в течение 5 рабочих дней со дня вступления в силу настоящих Правил представляют в Фонд сведения:

а) об объемах специализированной медицинской помощи в стационарных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, установленных на 2015 год решениями комиссий для федеральных государственных учреждений по каждому федеральному государственному учреждению;

б) об объемах специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, оказанной в 2014 году застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, федеральными государственными учреждениями согласно счетам, предъявленным к оплате территориальными фондами по месту оказания такой медицинской помощи.

7. Условиями направления средств нормированного страхового запаса являются:

а) наличие в бюджете Фонда средств нормированного страхового запаса в размере, подлежащем распределению;

б) представление в Фонд уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации сведений о создании рабочей группы для разработки предложений по дополнительному финансовому обеспечению оказания специализированной медицинской помощи федеральными государственными учреждениями, в том числе рас-

положенными на территориях других субъектов Российской Федерации, с включением в указанные рабочие группы представителей соответствующих федеральных государственных учреждений.

8. Перечисление средств нормированного страхового запаса в бюджеты территориальных фондов осуществляется Фондом в течение 10 рабочих дней со дня принятия им решения о направлении указанных средств.

9. Фонд в течение 5 рабочих дней со дня перечисления средств нормированного страхового запаса направляет в территориальные фонды сведения о рассчитанных в соответствии с подпунктом «б» пункта 4 настоящих Правил объемах сокращения в 2015 году по сравнению с 2014 годом специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, оказываемой федеральными государственными учреждениями.

10. Территориальные фонды в течение 30 календарных дней со дня поступления средств нормированного страхового запаса в бюджеты территориальных фондов представляют в Фонд копию решения комиссии о распределении дополнительных объемов специализированной медицинской помощи между федеральными государственными учреждениями, а также плановые показатели дополнительных объемов специализированной медицинской помощи и плановые показатели размера средств по расчетам за медицинскую помощь, оказываемую застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, исходя из объема поступления средств нормированного страхового запаса.

11. Территориальные фонды ежемесячно представляют в Фонд отчетность о расходовании средств нормированного страхового запаса по форме и в порядке, которые утверждаются Фондом.

12. Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Фондом осуществляет мониторинг оказания специализированной медицинской помощи федеральными государственными учреждениями по формам, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

13. Контроль за целевым использованием средств нормированного страхового запаса осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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

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

Статья из зарубежного журнала

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

Сборник тезисов докладов международных конференций

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

IV. Иллюстрации

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

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

V. Авторские правки

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

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:

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