

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

6 – 2015

Послание Президента Российской Федерации В.В. Путина
Федеральному Собранию

Председатель Федерального фонда обязательного
медицинского страхования Н.Н. Стадченко о выполнении
государством обязательств по оказанию населению
услуг в области здравоохранения



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION**

**НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 6, 2015**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 6, 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 издается ООО «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 09.12.2015 года. Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм. Объем: 60 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»

№ 6, 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 09.12.2015, Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 60 type pages

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

59A, Beskudnikovskiy 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

Послание Президента Российской Федерации В.В. Путина
Федеральному Собранию 4

Председатель Федерального фонда обязательного
медицинского страхования Н.Н. Стадченко о выполнении
государством обязательств по оказанию населению услуг
в области здравоохранения в интервью РИА Новости 6

Территориальный фонд обязательного медицинского
страхования Республики Крым приглашает на работу
специалистов 8

Новые кадровые назначения 9

РАЗВИТИЕ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н.Н. Ясько, Л.И. Меньшикова, О.А. Игнатова
Развитие сельского здравоохранения в Архангельской
области как инструмент повышения доступности первичной
медико-санитарной помощи в сфере обязательного
медицинского страхования 10

N.N. Yasko, L.I. Menshikova, O.A. Ignatova
Development of rural public health in the Arkhangelsk
region as a tool for an increase of accessibility
to primary health care in the field of obligatory
medical insurance 10

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

А.В. Данилов, Ю.И. Усов
Определение количественной меры эффективности
деятельности медицинских организаций на основе
методологии анализа среды функционирования 18

A.V. Danilov, Y.I. Usov
Determination of quantitative measures of medical
organizations based on the methodology of analysis
in the functioning environment 18

А.Н. Гуров, С.М. Смбалян, Е.Ю. Огнева
Совершенствование оказания медицинской помощи в рамках
обязательного медицинского страхования пациентам
с цереброваскулярными болезнями в Московской области 24

A.N. Gurov, S.M. Smbatyan, E.Yu. Ogneva
Upgrading of organizational technologies for improvement of
availability of high-tech medical care to cardiosurgical
patients by the example of the Moscow Region 24

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование
и социальная политика в СМИ 30

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ 55

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского
страхования от 27 ноября 2015 г. № 239 «О внесении изменений
в Методику расчета показателей оценки деятельности страховых
медицинских организаций, утвержденную приказом
Федерального фонда обязательного медицинского страхования
от 26 декабря 2011 г. № 243» (56)

Послание Президента Российской Федерации В.В. Путина Федеральному Собранию

3 декабря 2015 г., Москва, Кремль



О здравоохранении

Главный результат всей нашей политики в этой сфере – рост продолжительности жизни. За десятилетие она увеличилась более чем на пять лет и в текущем году, по предварительным оценкам, превысит 71 год. Но проблем, которые нам предстоит решить, конечно, ещё очень много.

Со следующего года российское здравоохранение полностью переходит на страховые принципы. Прямая обязанность страховых компаний, работающих в системе ОМС – отстаивать права пациентов, в том числе при необоснованных отказах в оказании бесплатной медицинской помощи. Если страховая организация этого не делает, она должна нести ответственность, вплоть до запрета работать в системе ОМС. Прошу Правительство обеспечить здесь самый строгий контроль.

Далее. Мы существенно нарастили объёмы высокотехнологичной медицинской помощи. Напомню, что в 2005 году в России делали 60 тысяч высокотехнологичных операций (60 тысяч!), а в 2014-м – 715 тысяч. Впервые в истории страны значительную часть таких операций стали проводить без очереди, и это действительно достижение.

Но нужно понимать, что некоторые операции дорогие – как правило, их делают в ведущих федеральных медицинских центрах и клиниках. Здесь же депутаты, руководители Правительства, губернаторы знают, что на самом деле на практике происходит. Система ОМС территориальная, и прежде всего она поддерживает территориальные учреждения здравоохранения. Руководители крупных федеральных клиник, где делают как раз большинство высокотехнологичных операций, конечно, очень обеспокоены недофинансированием. Поэтому для финансирования таких центров и проведения таких операций предлагаю создать в системе обязательного медицинского страхования специальную федеральную часть. Необходимые поправки в законодательство прошу принять уже в весеннюю сессию.

Но этого недостаточно, нужно обеспечить бесперебойное финансирование высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе, пока не принято это решение, напрямую из федерального бюджета.

Вы знаете также, что в рамках нацпроекта «Здоровье» было проведено значительное переоснащение службы



ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» 2013 - 2020

Цель программы - обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 г. № 294
«Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ:

СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ

На 1 тыс. населения

	2013	2014	2020
Смертность от всех причин	13,1	13,1	11,4
Младенческая смертность	8,2	7,4	6,4
Ожидаемая продолжительность жизни	70,8	70,9	74,3

На 100 тыс. населения

	2013	2014	2020
Смертность от болезней системы кровообращения	700,0	653,7	622,2
Смертность от дорожно - транспортных происшествий	14,0	14,0	10,0
Смертность от новообразований (в т.ч. злокачественных)	201,6	201,1	190,0

СНИЖЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ и ТАБАКА

	2013	2014	2020
Потребление алкогольной продукции на душу населения в год (в перерасчете на абсолютный алкоголь)	12,5 литров	12 литров	10 литров
Распространенность потребления табака среди взрослого населения	37,1 %	35,5 %	26%

ПОВЫШЕНИЕ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ В МЕДИЦИНЕ

К средней заработной плате по субъекту Российской Федерации

	2013	2014	2020
Врачи	141,0%	141,8%	200%
Средний медицинский персонал	80,4%	80,7%	100%
Младший медицинский персонал	47,8%	49,5%	100%

Среднемесячная заработная плата медицинских работников, тыс. руб.

	2013	2014	рост к уровню 2013 г.
Врачи	42,25	46,23	9,4%
Средний медицинский персонал	24,10	26,31	9,2%
Младший медицинский персонал	14,31	16,13	12,7%

скорой помощи. Мы закупили большое количество современных реанимобилей и другой техники. Понятно, что проходит время, и автопарк нуждается в ремонте, обновлении. Десять лет уже прошло. Это ответственность субъектов Федерации, и они в первую очередь обязаны обеспечить решение этой задачи, найти резервы.

Послушайте, когда мы делали это десять лет назад, я же хорошо помню, мы договаривались: мы вольём федеральные деньги, а потом регионы должны подхватить и держать на определённом уровне. Но этого не произошло. Очень жаль. Я понимаю, что есть проблемы, но, как много раз уже говорил, надо приоритеты определять правильно. Нельзя было опять ждать: вот сейчас всё развалится, и нам опять дадут денег из федерального бюджета. Судя по всему, придётся это сделать, конечно. Но это не то, о чём мы договаривались. Во всяком случае, прошу и Правительство, и регионы сейчас к этому вернуться и вместе эту задачу решить.

Люди жалуются, что им порой непонятно, почему закрываются или объединяются, например, больницы, школы, культурные и социальные центры, учреждения. Мы всё время говорим о необходимости реструктуризации сети, в некоторых случаях переразмеренной. Да, это так. Но нам нужно действовать очень аккуратно здесь и понимать, что для того, чтобы выйти на определённые показатели, совсем не самым лучшим способом решения этой проблемы является закрытие ФАПов на селе. А это мы, к сожалению, тоже видим. И потом людям за 100 километров нужно ехать, чтобы получить медицинскую помощь. Это вообще ни в какие ворота не лезет! Прошу вас самым внимательным образом к этому отнестись. И поручаю Правительству до 1 марта 2016 года подготовить и утвердить методику оптимального размещения учреждений социальной сферы. Она должна быть обязательной для применения в регионах. Нужно найти такую форму, в том числе юридически обоснованную, которая бы позволяла это сделать.

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко о выполнении государством обязательств по оказанию населению услуг в области здравоохранения в интервью РИА Новости

9 ноября 2015 г., Москва



— Наталья Николаевна, будут ли меняться объемы финансирования оказания медицинской помощи в рамках ОМС в будущем году?

— Нет, несмотря на сложившиеся сейчас непростые экономические условия, объемы финансирования оказания медицинской помощи в рамках ОМС в 2016 году снижены не будут.

Основную долю в расходах бюджета Федерального фонда занимает субвенция бюджетам территориальных фондов ОМС на выполнение базовых программ ОМС. Согласно проекту бюджета ФОМС на 2016 год, субъекты РФ получают субвенцию в размере 1458,6 миллиарда рублей, что на 44,4 миллиарда рублей (или на 3,1%) больше, чем в 2015 году.

— Что может измениться в базовой программе ОМС в 2016 году? Сужается или расширяется список бесплатных услуг для граждан?

— В 2015 году базовая программа обязательного медицинского страхования остается без изменений. Что касается 2016 года, в базовую программу обязательного медицинского страхования будут добавлены еще 54 метода высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).

Таким образом, список бесплатных услуг в рамках базовой программы ОМС для граждан расширяется.

— Известно, что в начале 2015 года, когда очередные методы ВМП начали переводиться на финансирование по линии ОМС, многие клиники испытали серьезные финансовые проблемы. Какие меры принимались для их устранения, и как будет финансироваться ВМП в 2016 году?

— В начале года некоторые медицинские организации не совсем разобрались с порядком оказания ВМП, устанавливаемым новой нормативной базой. Но через два-три месяца ситуация нормализовалась. В 2015 году в целях финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, из бюджета ФОМС в федеральный бюджет начали предоставляться межбюджетные трансферты. Финансирование этого вида медицинской помощи не сократилось, изменился лишь его источник. Законом о бюджете Федерального фонда на 2015 год предусмотрено выделение 77,1 миллиарда рублей для оказания ВМП в федеральных государственных учреждениях и 5 миллиардов рублей — для софинансирования ее в учреждениях субъектов РФ.

Как я уже упоминала, в целях поэтапного включения высокотехнологичной медицинской помощи в базовую программу в 2016 году за счет субвенции будут финансироваться дополнительно 54 метода ВМП. Они переходят в разряд «базовых», более доступных методов лечения. При этом финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу, в 2016 году будет увеличено и составит 96,7 млрд рублей.

Таким образом, список бесплатных услуг в рамках базовой программы ОМС для граждан расширяется.

— *В проекте бюджета Фонда на 2016 год предусматривается продолжение программы «Земский доктор». Что нового появится в ней?*

— С учетом поручений президента РФ по итогам форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!» нами подготовлен и уже внесен в Думу проект федерального закона, предусматривающий увеличение возраста медицинских работников, имеющих право на получение единовременной выплаты, с 45 до 50 лет. Кроме того, расширен перечень населенных пунктов, участвующих в программе, за счет включения поселков городского типа.

На эти цели в 2016 году в проекте бюджета ФОМС запланированы 3,2 миллиарда рублей, что позволяет привлечь на село порядка 6,4 тысячи медицинских работников по всей стране.

— *Как повлияет изменение методики исчисления среднемесячной заработной платы на зарплату медиков в системе ОМС в будущем году?*

— Постановлением правительства от 14 сентября 2015 года № 973 рекомендуется субъектам РФ при планировании объема бюджетных ассигнований, необходимых для достижения показателей уровня оплаты труда отдельных категорий медицинских работников, содержащихся в Указе Президента РФ от 07.05.2012 № 597, применять статистический показатель «среднемесячный доход от трудовой деятельности».

Это тот показатель, который на самом деле учитывает не «бухгалтерскую» величину зарплаты как таковой, то есть выплаты наемному персоналу юридических лиц, а реальный среднемесячный доход от трудовой деятельности, который учитывает и доходы индивидуальных предпринимателей, ранее не попадавшие в расчет средней заработной платы по региону.

С учетом объема заложенной в проект бюджета Фонда на 2016 год доходной части можно с большой долей уверенности предполагать, что снижения заработной платы медицинских работников в части обязательного медицинского страхования в следующем году не произойдет.

— *Страховые компании гарантируют получение медицинской помощи?*

Тезис об ущемлении прав граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи из-за самого факта существования страховых компаний, выглядит, как минимум, нелогичным.

В последнее время в некоторых СМИ поднимается вопрос о целесообразности существования страховых ме-

дицинских организаций и о страховых принципах, заложенных в нынешнюю модель здравоохранения. Однако, стоит отметить, что на последнем Форуме Общероссийского народного фронта, посвященном ситуации в сфере охраны здоровья, в очередной раз была подтверждена целесообразность и эффективность сохранения действующей модели здравоохранения. При этом важно не только то, какая именно модель здравоохранения становится базовой. Важно, как это будет реализовано. Мы знаем много примеров удачных решений, как в системах бюджетного здравоохранения, так и в страховых системах. И не меньше примеров отрицательного результата при реализации и тех, и других, и «гибридных» моделей. Отлаженность финансовых механизмов, везде практически одинаковых, как например, то же «фондодержание», гораздо важнее того, какое название носит система, в которой они применяются.

У критиков страховой модели два основных аргумента — «нахлебничество» страховых медицинских компаний и отсутствие действенных механизмов защиты прав застрахованных пациентов. Оба посыла, на мой взгляд, несостоятельны. Во-первых, административные расходы при реализации бюджетной модели, по мнению всех серьезных исследователей и экспертов, не являются менее значимыми, чем при страховой. И в том, и в другом случае они составляют от 5% до 11-12% расходов на оплату медицинской помощи. Экономии достичь не удастся. В любом случае, бюджетная модель — это экстенсивный путь развития отрасли.

Утверждение о том, что права граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи ущемляются самим фактом существования страховых компаний тоже выглядит, как минимум, нелогичным. У нас сформирован серьезный институт реализации контрольно-надзорных полномочий в сфере охраны здоровья граждан, распределенный между несколькими федеральными органами исполнительной власти и исполнительными органами власти субъектов РФ. Каким же образом страховые компании могут понизить его эффективность? Напротив, они должны стать и станут в результате совершенствования нормативной базы еще одним инструментом дополнительных гарантий получения гражданами качественной и безопасной медицинской помощи.

В настоящее время подготовлены законопроекты, направленные на совершенствование законодательства об обязательном медицинском страховании, на завершение перехода системы охраны здоровья полностью на страховые принципы. Что касается обсуждаемой сейчас экспертами и СМИ «рисковой» модели страхования, то на наш взгляд, сегодня, в сложный для экономики период, рассмотрение любых вариантов такой модели неактуально. Выбор радикальных схем и даже апробация некоторых содержащихся в них механизмов в сегодняшних условиях представляется неоправданным и нецелесообразным.



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

- ◆ **Отдел бухгалтерского учета и отчетности:**
 1. Главный специалист
- ◆ **Отдел экономического анализа и планирования финансово-экономического управления:**
 1. Заместитель начальника отдела
 2. Главный специалист
 3. Главный специалист
 4. Главный специалист
- ◆ **Отдел экономического контроля и взаимодействия с регионами финансово-экономического управления:**
 1. Заместитель начальника отдела
- ◆ **Отдел медико-экспертной работы управления организации системы ОМС:**
 1. Ведущий специалист
 2. Ведущий специалист
 3. Ведущий специалист
- ◆ **Отдел защиты прав застрахованных лиц управления организации системы ОМС:**
 1. Главный специалист
 2. Главный специалист
- ◆ **Отдел взаимодействия с субъектами и участниками системы ОМС управления организации системы ОМС:**
 1. Заместитель начальника отдела
- ◆ **Отдел формирования и мониторинга реализации программ ОМС управления организации системы ОМС:**
 1. Главный специалист
 2. Главный специалист
- ◆ **Отдел правового обеспечения управления делами, правовой и кадровой политики:**
 1. Главный специалист
 2. Ведущий специалист
- ◆ **Сектор кадрового обеспечения и охраны труда управления делами, правовой и кадровой политики:**
 1. Инженер по охране труда
- ◆ **Отдел организации обеспечения деятельности управления делами, правовой и кадровой политики:**
 1. Главный специалист
 2. Главный специалист
 3. Водитель
- ◆ **Отдел информационных технологий управления информационной политики:**
 1. Специалист 1 категории инженер-программист
 2. Специалист 1 категории инженер-программист
 3. Специалист 1 категории инженер-электроник
- ◆ **Отдел информационной безопасности управления информационной политики:**
 1. Главный специалист
- ◆ **Филиал ТФОМС Республики Крым в г. Евпатории:**
 1. Начальник отдела организации системы ОМС
 2. Главный специалист-медэксперт
 3. Ведущий специалист-медэксперт
- ◆ **Филиал ТФОМС Республики Крым в г. Феодосии:**
 1. Заместитель начальника отдела организации системы ОМС
 2. Главный специалист-медэксперт
 3. Ведущий специалист-медэксперт

Резюме, с указанием номера телефона для обратной связи, направлять на e-mail: tfoms_rk@mail.ru
 Наш контактный телефон: 8 (9652) 77-25-72, доб.193;195, Воронина Инна Александровна

Новые кадровые назначения

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа



Никитина Татьяна Александровна, 1966 г.р., назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа на основании Распоряжения Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 ноября 2015 года № 794-РП.

Никитина Т.А. в 1990 г. окончила Тюменский государственный университет по специальности «Финансы и кредит».

С 1998 года по 2008 год, без отрыва от производства, проходила ежегодные курсы дополнительной профессиональной подготовки в институте профессиональных бухгалтеров России Финансовой академии при Правительстве РФ, получила квалификацию профессионального бухгалтера-главного бухгалтера, бухгалтера-эксперта (консультанта).

В 2007 году окончила курсы повышения квалификации в Центре обучения руководящих кадров ЦКИИОМЗ Министерства здравоохранения РФ по теме: «Основные направления реформ здравоохранения на региональном уровне» и прошла стажировку руководящих кадров в указанном учреждении.

1990-1992 гг. - экономист I категории Урайской геофизической экспедиции, экономист Урайского городского отдела статистики администрации города.

1992-1997 гг. - и.о. начальника планово-экономического отдела, начальник ПЭО Ноябрьской геофизической экспедиции, ведущий специалист, главный специалист бюджетного отдела Комитета финансов администрации г. Ноябрьска.

1997-2013 гг. - главный бухгалтер, и.о. директора, директор Ноябрьского филиала Окружного фонда обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа.

2013-2015 гг. - начальник отдела контрольно-ревизионного управления, директор Серовского филиала Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области.

Поощрена Благодарственным письмом Полномочного Представителя Президента Российской Федерации в Уральском федеральном округе в 2003 году за эффективную организаторскую работу в системе обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа.

Награждена Почетной грамотой Федерального фонда обязательного медицинского страхования за добросовестный труд в системе обязательного медицинского страхования и в связи с 15-летием системы ОМС Российской Федерации.

УДК 614.2

Развитие сельского здравоохранения в Архангельской области как инструмент повышения доступности первичной медико-санитарной помощи в сфере обязательного медицинского страхования

Н.Н. Ясько¹, Л.И. Меньшикова², О.А. Игнатова²¹Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области;²ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», Архангельск

Н.Н. Ясько



Л.И. Меньшикова



О.А. Игнатова

Резюме

Одним из приоритетов в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Архангельской области остаётся развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе населению, проживающему в сельской местности. Климатогеографические особенности области, с одной стороны, обуславливают высокую заболеваемость населения, а с другой – затрудняют получение первичной медико-санитарной помощи в сравнении с другими регионами Северо-Западного федерального округа. Все это требует очень четкого территори-

ального планирования медицинской инфраструктуры, развития медицинских организаций первичного звена, что позволит обеспечить доступность медицинской помощи для населения.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, Северо-Западный федеральный округ, территориальное планирование, районы Крайнего Севера, низкая плотность населения, демографическое старение сельского населения, фельдшерско-акушерский пункт, кадровые ресурсы сельского здравоохранения, «Земский доктор», мобильные лечебно-профилактические модули, телемедицинская сеть.

Abstract

Development of rural public health in the Arkhangelsk region as a tool for an increase of accessibility to primary health care in the field of obligatory medical insurance

N.N. Yasko¹, L.I. Menshikova², O.A. Ignatova²¹The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Arkhangelsk Region;²North State Medical University

One of the priority within the realization of the Territorial Program of Obligatory Medical Insurance of the Arkhangelsk Region remains a development of primary health care including for the population living in rural location. Climatic geographical features of the region, on the one hand, are caused a high morbidity of population, on the other hand, impede the primary health care in comparison with other regions of the Northwestern Federal District. All this requires a very clear territorial planning of medical infrastructure,

development of medical organizations of primary link, that will allow to ensure the availability of medical care for the population.

Key words: public health, primary health care, the Northwestern Federal District, territorial planning, regions the Far North, low population density, demographic ageing of rural population, paramedic first-aid obstetric point, staff resources for rural public health, "Zemsky doctor", mobile health care modules, telemedicine network.

Архангельская область – наиболее масштабный по территориальной протяженности и численности жителей регион Европейского Севера Российской Федерации. Расположена на севере Восточно-Европейской равнины, входит в состав Северо-Западного федерального округа. Площадь территории региона составляет 413,2 тыс. кв. км, большая протяжённость территории с юга на север. Архангельская область благодаря своей протяженности находится в трех климатических поясах – арктическом, субарктическом и умеренном. Побережье Архангельской области на протяжении 3 тыс. км омывают холодные воды трех арктических морей: Белого, Баренцева и Карского. Близость морей и океанов заметно сказывается на климате Архангельской области, который является переходным между морским и континентальным. Зима обычно длинная (до 250 дней) и холодная, с низкой температурой в среднем до –26 градусов и сильными ветрами. Средняя температура летом около 15 градусов тепла. Регион располагает избыточными водными ресурсами, насчитывается 70 тыс. больших и малых рек суммарной протяженностью 275 тыс. км. Четыре крупнейшие реки (Северная Двина, Печора, Онега и Мезень) впадают в арктические моря.

Протяженность автомобильных дорог с твердым покрытием в Ар-

хангельской области – 6868,9 км. Густота автодорог с твердым покрытием 16,72 км на тыс. кв. км (по РФ – 44,0 км на тыс. кв. км). Доля дорог, не отвечающих нормативным требованиям, – 90 процентов. Практически половина населенных пунктов Архангельской области не имеют связи с сетью автомобильных дорог с твердым покрытием.

Архангельская область насчитывает 26 муниципальных образований (7 городских округов и 19 муниципальных районов, в них 20 городских поселений и 162 сельских поселения).

В ее состав входят острова Новая Земля и Земля Франца Иосифа.





Консультативно-диагностический центр телемедицины:



Консультативная помощь



Дистанционное обучение



Консультирование пациентов по видеоконференционной связи



Подготовка и проведение презентаций, семинаров, лекций

В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации часть территорий Архангельской области: город Северодвинск, районы Лешуконский, Мезенский, Пинежский и Соловецкие острова - отнесены к районам Крайнего Севера, остальная территория - к местностям, приравненным к районам Крайнего Севера.

На 1 января 2014 года в сельских поселениях Архангельской области проживало 267,4 тыс. человек (23,3

процента от общей численности населения). Особенностью территории Архангельской области является низкая плотность населения (2,78 чел. на кв. км), наличие островных территорий, отсутствие регулярного транспортного сообщения в ряде муниципальных образований, низкий уровень развития телекоммуникационной инфраструктуры в сельской местности.

Современная демографическая ситуация Архангельской области характеризуется процессом убыли сель-



Передвижной мобильный комплекс ГБУЗ Архангельской области «Холмогорская ЦРБ»

ского населения, сокращением численности и доли детей, демографическим старением сельского населения. Суммарно за последние пять лет (2009–2014 гг.) сельское население Архангельской области уменьшилось на 51,4 тыс. человек, или на 16,1%. За 2013 год численность сельского населения области уменьшилась на 1,3 тыс. человек, или на 0,5%.

В последние годы на селе наблюдается снижение смертности и повышение рождаемости и, как следствие, снижение темпов естественной убыли населения с 5,7 человек на 1000 сельского населения в 2009 году до 3,6 - в 2013 году. На протяжении последних пяти лет отмечена положительная тенденция увеличения показателя рождаемости сельского населения – с 12,9 на 1000 населения в 2009 году до 14,1 - в 2013 году (на 8,5%), показатель смертности за аналогичный период снизился на 5,1%. При этом показатель общей заболеваемости сельского населения на 22,5%, чем городского населения, что может свидетельствовать о низкой выявляемости заболеваний и недостаточной доступности медицинской помощи.

В 2014 году в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Архангельской области (далее – территориальная программа ОМС) участвовали 77 медицинских организаций, из них государственных медицинских организаций Архангельской области - 53, в том числе 9 расположены в сельской местности.

Оказание медицинской помощи жителям районов Архангельской области организовано в 18 центральных районных больницах, 51 врачебной амбулатории, 26 участковых больницах (в качестве структурных подразделений центральных районных больниц), более 400

фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФАП), являющихся структурными подразделениями центральных районных больниц, а также в 59 офисах (кабинетах) врача общей практики на базе врачебных амбулаторий, участковых и центральных районных больниц. Специалистами ФАП Архангельской области обслуживается население численностью более 130 тыс. человек. На территории области работает модель «один район – одна центральная районная больница».

Плановая стоимость медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС на 2014 год составила 16 116,3 млн рублей, в том числе стоимость медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, – 5 905,5 млн рублей при плановом объеме посещений 9 563 934.

Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС за 2014 год согласно данным годовой формы федерального статистического наблюдения № 62 составило 15 418,5 млн рублей, в том числе стоимость медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, – 5 589,9 млн рублей. При этом 1 847,4 млн рублей, или 12% от общих расходов на медицинскую помощь, в рамках территориальной программы ОМС направлено на оказание медицинской помощи сельским жителям, из них 586,9 млн рублей – в амбулаторных условиях. Фактический объем медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, составил 10 062 587 посещений, из них для сельских жителей – 1 208 091 посещение (12%), что составляет 4,5 посещения на 1 застрахованное лицо, проживающее в сельской местности.

Кадровые ресурсы сельского здравоохранения Архангельской области на 1 января 2014 года составляют



Архангельская область. Сельский врачебный участок объединяет работу всех размещенных на его территории фельдшерско-акушерских пунктов



*Пермиловская врачебная амбулатория в Плесецком муниципальном районе
Архангельской области*



*Фельдшерско-акушерский пункт в Виноградовском муниципальном районе
Архангельской области*

388 врачей и 2177 медицинских работников со средним медицинским образованием.

Укомплектованность врачебными кадрами на селе составляет 83,2% (от 57,5% в Верхнетоемском до 95,4% в Приморском районе), средним медицинским персоналом - 93,8%. Достаточный уровень укомплектован-

ности достигается за счет коэффициента совместительства: по врачебным должностям – 1,41, по должностям медицинских работников со средним медицинским образованием – 1,12.

В целях подготовки врачей и закрепления специалистов для удовлетворения потребности Архангельской области в медицинских кадрах, в том числе сельского здравоохранения региона, в ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России на условиях целевой контрактной подготовки обучается 729 человек, за счет областного бюджета – 37 человек с последующим обязательством отработать пять лет в районах Архангельской области.

В рамках реализации мероприятий по подготовке и закреплению кадров Министерством здравоохранения Архангельской области организованы доплата к стипендии студентам, обучающимся на условиях целевой контрактной подготовки; выплата «подъемных»; возмещение расходов по оплате коммунальных услуг, топлива, содержания и ремонта жилья медицинским работникам, работающим и проживающим в сельской местности, рабочих поселках, в том числе вышедшим на пенсию; выплаты молодым специалистам не менее 20% оклада в течение 3 лет.

Реализация проекта «Земский доктор» в 2012-2013 годах позволила привлечь на работу в медицинские организации Архангельской области, расположенные в сельской местности и рабочих поселках, 81 молодого специалиста, в том числе 11 врачей из других субъектов Российской Федерации. А в 2014 году трудоустроено в сельские медицинские организации 48 молодых специалистов, из них 47 получили единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн рублей. На единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты Архангельской области, направлено 47 млн рублей, в том числе 23,5 млн рублей за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Для работников медицинских организаций, располо-



Фельдшерско-акушерский пункт в селе Ломоносово Холмогорского района Архангельской области

женных в районах Архангельской области, приобретены 122 служебные квартиры.

В результате проводимых мероприятий решена проблема острого дефицита медицинских кадров в Коношском, Виноградовском, Приморском муниципальных районах.

В рамках мероприятий реализуемых программ в сфере здравоохранения только в последние годы завершено строительство 21 объекта здравоохранения, проведен капитальный ремонт 22 государственных медицинских организаций Архангельской области, приобретено 50 автомобилей, за счет средств федерального и областного бюджетов построено 10 ФАПов, 5 ФАПов введены в эксплуатацию в 2014 году. Реализация мероприятий по улучшению материально-технической базы государственных учреждений здравоохранения продолжена в рамках реализации государственных программ Архангельской области «Социальное развитие села Архангельской области на 2010–2013 годы» и «Развитие здравоохранения Архангельской области (2013–2020 годы)».

В рамках подпрограммы «Развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе сельским жителям, развитие системы раннего выявления заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития, включая проведение медицинских осмотров и диспансеризации населения, в том числе у детей» государ-

ственной программы Архангельской области «Развитие здравоохранения Архангельской области (2013–2020 годы)» в 2014 году приобретено 23 сумки-укладки для специалистов, медицинское оборудование (спирометры, электрокардиографы, отоофтальмоскопы, глюкометры, портативные коагулометры и пр.) для оснащения кабинетов врачей общей практики в 10 государственных медицинских организациях Архангельской области, 41 единица автотранспорта для врачей общей практики, работающих в сельских и отдаленных территориях.

Лечебно-консультативная медицинская помощь жителям отдаленных и труднодоступных населенных пунктов оказывается также посредством выездной работы специалистов специализированных и многопрофильных государственных медицинских организаций Архангельской области, в том числе и с применением современных передвижных медицинских комплексов.

В государственных медицинских организациях Архангельской области работают 7 мобильных лечебно-профилактических модулей, 7 передвижных офисов общей врачебной практики, передвижной центр медицинской профилактики. Организована работа 2 передвижных флюорографических установок, мобильного донорского пункта.

Организация выездных форм работы способствует повышению доступности медицинской помощи жителям сельских и отдаленных территорий. В 2013 году



Архангельская область. Земский доктор



Жители Няндомского муниципального района Архангельской области

с лечебно-консультативной целью государственными медицинскими организациями, оказывающими специализированную медицинскую помощь, выполнено 125 выездов в районы Архангельской области, в 2014 году - 109 выездов, осмотрено 18,1 тысячи человек, при помощи двух передвижных флюорографических комплексов только в течение 2014 года обследовано 20 853 человека.

Телемедицинская сеть региона представлена 20 телемедицинскими студиями медицинских организаций. В течение 2013 года было осуществлено 1922 телемедицинские консультации, за 7 месяцев 2014 года – 1328 консультаций.

Организована дистанционная оценка результатов исследований и консультирование специалистами Цен-

тра (отделения) экстренной консультативной скорой медицинской помощи государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная клиническая больница», внедрен дистанционный метод оценки флюорографических исследований.

Лекарственное обеспечение населения отдаленных и труднодоступных территорий Архангельской области осуществляется через 420 ФАПов, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность в части розничной реализации товаров аптечного ассортимента, в том числе на 335 ФАПах осуществляется выписка льготных рецептов.

Основными проблемами организации оказания медицинской помощи на селе являются неполное соответствие медицинских организаций порядкам и стандартам медицинской помощи в части материально-технического обеспечения, низкая укомплектованность медицинскими кадрами, недостаточная развитость телекоммуникационной инфраструктуры в сельской местности. Повышению доступности медицинской помощи жителям отдаленных и сельских территорий будет способствовать развитие выездных форм работы и подготовка специалистов, внедрение телемедицинских технологий, включая дистанционные методы диагностики, повышение уровня информированности населения о возможностях получения медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, записи на прием к врачу в электронном виде.

Работа по повышению доступности медицинской помощи жителям муниципальных районов осуществляется совместно с органами местного самоуправления в рамках реализации областного закона № 629-38-03 от 18.03.2013 «О реализации государственных полномочий Архангельской области в сфере охраны здоровья граждан».

Таким образом, перед региональным здравоохранением, соответственно и территориальным фондом ОМС Архангельской области, стоят такие стратегические задачи, как борьба с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, дальнейшее развитие профилактических мероприятий, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, снижение мате-

ринской и младенческой смертности, выполнение майских указов Президента Российской Федерации.

С целью повышения доступности медицинской помощи для жителей, проживающих в удаленных и труднодоступных районах области, необходимо в рамках территориальной программы ОМС более широко использовать возможности телемедицины, в том числе по внедрению дистанционных методов диагностики и передачи данных, а также разработать механизм возмещения расходов медицинским организациям, осуществляющим проведение дистанционных (телемедицинских) консультаций. Нами проведена работа по расчету тарифов на телемедицинские консультации, внедрение которых планируется в 2016 году.

Учитывая климатогеографическое расположение Архангельской области, при формировании тарифного соглашения необходим дифференцированный подход

к расчету подушевых нормативов финансирования для отдельных групп медицинских организаций с учетом особенностей их деятельности, в том числе учитывающий наличие и количество ФАПов, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), кабинетов врача общей практики (семейного врача), отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи и других структурных подразделений, расселение прикрепленного для медицинского обслуживания населения, транспортная доступность, уровень потребления медицинской помощи прикрепленным населением. Данные подходы уже реализуются нами в 2015 году и будут применены при разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2016 год.

Для корреспонденции:

Ясько Наталья Николаевна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области
Адрес: 163000, Архангельская область, г. Архангельск, пр. Чумбарова-Лучинского, д. 39, корп. 1
Телефон: 8 (8182) 28-58-62; e-mail: common@arhofoms.ru

Меньшикова Лариса Ивановна – зав. кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор.

Игнатова Ольга Анатольевна – доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук
Адрес: 163000, Архангельская область, г. Архангельск, пр. Троицкий, дом 51, адм. корпус, каб. 2435
Телефон кафедры: 8 (8182) 28-57-84, e-mail: vyazmin@nsmu.ru

For correspondence:

Natalia N. Yasko – Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Arkhangelsk Region
Address: Pr. Chumbarova-Luginskogo 39, corp. 1, Arkhangelsk 163061, Russia Tel.: 8 (8182) 28-58-62; e-mail: common@arhofoms.ru

Larissa I. Menshikova, MD, PhD, Doctor of Med. Sc., Professor – Head of the Chair of the Public Health, Health Care and Social Activity of the North State Medical University

Olga A. Ignatova, MD, PhD - Associate Professor of the Chair of the Public Health, Health Care and Social Activity of the North State Medical University

Address: Pr. Troitsky 51, adm. corp. off. 2435, Arkhangelsk, Arkhangelsk region 163000, Russia.
Tel.: 7 (8182) 28-57-84; e-mail: vyazmin@nsmu.ru

УДК 614.2:338

Определение количественной меры эффективности деятельности медицинских организаций на основе методологии анализа среды функционирования

А.В. Данилов, Ю.И. Усов

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Воронежской области



А.В. Данилов



Ю.И. Усов

Резюме

Статья посвящена применению оболочечного анализа данных (DEA) для оценки эффективности деятельности медицинских организаций. Данный подход позволяет выявить группы эффективно и неэффективно функционирующих медицинских организаций и определить увеличение эффективности для группы в

целом. Приведен пример оценки деятельности группы медицинских организаций.

Ключевые слова: анализ, показатель, метод, оценка эффективности, фронт Парето.

Abstract

Determination of quantitative measures of medical organizations based on the methodology of analysis in the functioning environment

A.V. Danilov, Y.I. Usov

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Voronezh Region

The article is devoted to the application of data envelopment analysis (DEA) of efficiency in activity of medical institutions. This approach allows to reveal groups of medical organizations with an effective and ineffective

functioning, to determine an increase in efficiency for the group as a whole.

Key words: analysis, index, method, evaluation of efficiency, the Pareto front.

Повышение эффективности здравоохранения на современном этапе развития РФ является одним из наиболее приоритетных направлений государственной социально-экономической политики. Несмотря на всю значимость этого направления для современной системы государственного управления здравоохранением, его теоретические и практические аспекты находятся в стадии разработки и становления.

В последнее время в отечественной литературе широко обсуждается вопрос оценки эффективности ресурсов системы здравоохранения, отмечается отсутствие единых подходов и систем оценки эффективности. Разные авторы предлагают методологические подходы для решения проблемы комплексной оценки эффективности здравоохранения в условиях ограниченных ресурсов, отмечается значимость критериев экономической и социальной эффективности. Важнейшим критерием социального эффекта является степень удовлетворенности населения бесплатной медицинской помощью.

Для более глубокого раскрытия той или иной стороны деятельности учреждений здравоохранения используется методология экономического анализа. Главная проблема экономического анализа – оценка экономической эффективности. Подробный обзор существующих методов оценки экономической эффективности на различных уровнях здравоохранения проведён в работе [2]. В этой работе рассмотрены три уровня: эффективность лечебно-профилактических мероприятий, эффективность деятельности медицинских учреждений и народнохозяйственная эффективность здравоохранения.

В работе [4] приведены результаты анализа современных подходов к оценке медико-экономической эф-

фективности медицинских организаций (МО). Для получения сравнительных оценок медико-экономической эффективности МО используются два основных методических подхода. Первый подход традиционно основан на сравнении статистических показателей работы учреждения с действующими федеральными и региональными нормативами. Большое количество оцениваемой информации и показателей затрудняют получение обобщённого представления о медико-экономической эффективности работы МО. Второй подход заключается в расчёте интегральных показателей эффективности работы МО. Применяемые методики интегральной оценки эффективности работы МО основаны на использовании информации, содержащейся в отчётных статистических формах.

Следует отметить имеющиеся методологические сложности при использовании этих методик:

- не всегда обосновывается состав показателей, которые используются для интегральной оценки;
- наблюдается избыточность совокупности показателей. Например, совместное использование таких показателей, как уровень госпитализации, число койко-дней, средняя длительность госпитализации является избыточным для оценки, так как каждый из этих трёх показателей эффективности является функцией двух других;
- процедура сопоставления количественных показателей их качественной (балльной) оценке должна иметь теоретическое обоснование в рамках теории шкалирования;
- недопустима интерпретация среднеарифметического нормированных значений или балльных оценок совокупности показателей как интегрального показателя.

Таблица 1

Основные виды экономического анализа в здравоохранении [2]

Суть экономического анализа состоит в сравнительном сопоставительном анализе альтернативных возможностей в терминах предполагаемых затрат на их реализацию и ожидаемых последствий от внедрения				
Проверяются ли оба элемента программ: затраты (входы) и результаты (выходы)?				
Предполагается ли сравнивать две и более альтернативные программы?	НЕТ		ДА	
	Проверяются только результаты	Проверяются только затраты		
	НЕТ	ДА		
	Метод частичной оценки: Оценка выходных характеристик программы (Out-come description)	Метод частичной оценки: Описание затрат на реализацию программы (Cost description)	Метод частичной оценки: Описание затрат на реализацию программы и её выходных характеристик (Cost-outcome description)	
ДА	Метод частичной оценки: Оценка действенности или эффективности (Efficacy or effectiveness evaluation)	Метод частичной оценки: Анализ затрат (Cost analysis)	Методы полной экономической оценки: 1. Анализ «затраты - эффективность» (cost-effectiveness analysis); 2. Анализ «минимизация затрат» (cost minimization analysis); 3. Анализ «затраты - полезность» (cost-utility analysis); 4. Анализ «затраты - выгода» (cost-benefit analysis).	

Систематизация основных типов экономического анализа, которые используются в системе здравоохранения, приведена в *табл. 1*.

Наиболее современными являются методы полной экономической оценки, при реализации которых обеспечивается не только сопоставление затрат и результатов, но и предоставляется возможность сравнивать альтернативные варианты. Затраты в здравоохранении в основном представлены затратами ресурсов и негативными атрибутами нездоровья населения (ущерб от заболеваемости, смертности трудоспособной части населения и т.д.). Результаты и критерии их оценки являются сложной проблемой для здравоохранения. В первую очередь это связано с отсутствием адекватных экономических и натуральных показателей оценки деятельности как системы здравоохранения в целом, так и отдельной МО. Особое значение анализ эффективности оказания медицинской помощи приобретает сегодня, когда МО получили определённую самостоятельность в сочетании с жестким дефицитом финансовых ресурсов. В этих условиях приобретает значение поиск эффективных методов управления учреждениями здравоохранения и оценка результатов их деятельности.

Трудности решения этих проблем обусловлены следующими объективными факторами:

- общая теория медико-экономического анализа так же, как её методы, подходы и терминология, находится в стадии становления;
- многие понятия о качестве и эффективности трактуются неоднозначно, а в ряде случаев даже противоречиво;
- медицинские организации как сложные системы существенно отличаются по своим свойствам (структурой объектов, состояниями, функциями, характеристиками) друг от друга.

Целью нашего исследования являются методы сравнительного анализа для оценки эффективности деятельности организаций, позволяющие определить качество функционирования МО относительно исследуемой выборки. Среди наиболее успешно применяемых методов следует выделить методы поиска эффективного фронта двух типов: метод стохастического фронта (эконометрический метод); методы анализа среды функционирования – АСФ, в ряде работ называемые методами оболочечного анализа данных (метод математического программирования).

Метод стохастического фронта основывается на предположении, что эмпирические данные не могут лежать выше оптимальной производственной функции или же, что эквивалентно, ниже функции издержек. Модели нахождения стохастического фронта оценивают параметрическую функцию (например, функцию издержек) на основе статистических данных, а остатки отражают меру неэффективности организации [1, 3].

Необходимость использования таких методов связана со спецификой экономической среды, в которой

функционируют МО. Ее характеризует слабая или отсутствующая конкуренция на рынке медицинских услуг [3]. Это обуславливается значительной ролью государства, которое либо является собственником большинства МО, либо оказывает существенное влияние на их деятельность (устанавливает тарифы, нормативы, стандарты). Из-за слабой конкуренции цены на большинство медицинских услуг не отражают их реальной рыночной ценности. Это в значительной степени уменьшает целесообразность использования для оценки эффективности деятельности МО стоимостных показателей. Кроме того, далеко не всегда имеют стоимостную оценку и ресурсы, используемые МО при оказании услуг, что особенно характерно для стран с переходной экономикой.

Таким образом, одним из основных требований к методу оценки эффективности деятельности МО является возможность его использования в условиях отсутствия информации о ценах как оказываемых ими услуг, так и используемых ресурсов. Другими словами, он должен оперировать лишь натуральными значениями выпуска и потребления ресурсов.

Современные методы граничного оболочечного анализа эффективности берут свое начало с работы [5], в которой на основе работы [7] была определена простая мера для оценки эффективности организации. Экономическая эффективность состоит из двух компонентов – технической эффективности, которая отражает возможности организации в достижении максимального выпуска (output) из доступного набора ресурсов (input), и структурной эффективности, которая в свою очередь отражает возможность организации использования ресурсов в оптимальном соотношении. Оба указанных вида эффективности в своем сочетании представляют собой общую экономическую эффективность.

В соответствии с данной методологией, оценка и анализ эффективности функционирования исследуемого объекта основывается на его представлении в качестве «черного ящика», имеющего входные («ресурсы») и выходные («выпуск») параметры, а также функцию, которая их связывает. При этом нет необходимости в построении строгой аналитической формы этой функции.

В основе исследования лежит построение так называемой «эффективной границы». Для корректности построения такой границы, а также для содержательности полученных оценок рассматривается множество подобных исследуемых объектов. Математически такой подход сводится к построению большого семейства оптимизационных задач. В результате решения этих задач будет построена граница эффективности, которая определяется деятельностью наиболее эффективно функционирующих объектов из всей совокупности.

Такая граница принимается за 100% эффективности, и дальнейшее рассуждение построено на анализе отклонений деятельности отдельных объектов от этой границы. В отличие от традиционного статистического подхода к оцениванию эффективности, в котором производится

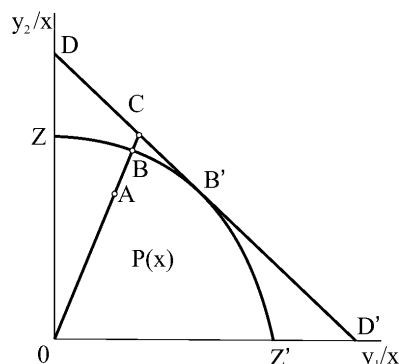


Рис. 1. Эффективность выпуска

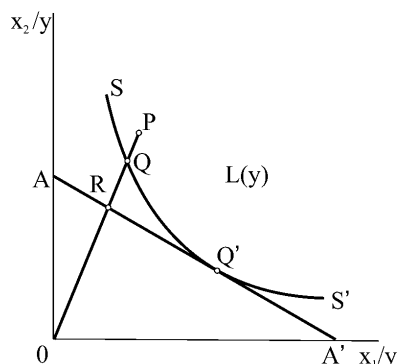


Рис. 2. Эффективность использования ресурсов

сравнение каждого элемента с некоторым «средним» показателем, в АСФ предполагается сравнение каждого элемента только с сопоставимыми для него аналогами.

Кроме того, особенности методологии АСФ позволяют отказаться от применения каких-либо весов и стандартов при проведении оценки, как это делается в экспертных методах, и тем самым повысить объективность такой оценки. В идеале, в ходе оценки учитываются лишь объективные данные о количестве используемых ресурсов и полученных результатах.

Возможны два варианта измерения эффективности – эффективность выпуска (output-oriented) и эффективность использования ресурсов (input-oriented).

Расстояние AB (рис. 1) отражает техническую неэффективность организации функционирующей в точке A , т.е. тот объем, на который возможно увеличение выпуска без дополнительного привлечения ресурсов, а кривая ZZ' является эффективным фронтом [3]. Аналогично, в случае ориентации на сокращение ресурсов техническая неэффективность выражена расстоянием QR (рис. 2). Техническая эффективность чаще выражается отношением: OA/OB – в случае ориентации на выпуск и OQ/OR – в случае ориентации на ресурсы [1]. По определению эти меры эффективности находятся в пределах от 0 до 1. Следует отметить, что в случае использования нерадиальной меры, такой, как кратчайшее расстояние от точки, в которой функционирует организация, до производственной функции, она не будет инвариантна к изменению единиц измерения.

Эти способы определения эффективности предполагают знание производственной функции полностью эффективной организации, но на практике такое случается крайне редко. В [5] предложено использовать для ее нахождения либо непараметрический метод кусочно-линейной выпуклой изокванты, которая сконструирована так, что ни одна из наблюдаемых точек не может лежать левее и ниже (подход, ориентированный на ресурсы), либо нахождение параметрической производственной функции, например, вида Кобба-Дугласа, которая удовлетворяла бы данным, с теми же условиями. В [7] было

предложено несколько методов математического программирования, которые позволяют решить задачу поиска кусочно-линейного эффективного фронта, введено название метода Data Envelopment Analysis (DEA). Метод анализа среды функционирования DEA является одним из эффективных способов визуализации и анализа данных о деятельности организации, который позволяет на основе эмпирических данных (входов и выходов) построить эффективную производственную функцию и определить положение относительно нее отдельных организаций.

Как отмечается в работе [8], непараметрический подход на основе математического программирования не требует большого количества компаний в выборке; неэффективные компании сравниваются по отношению к существующим компаниям, а не к некоторому статистическому критерию; не предусматривает необходимость выбора функциональной формы производственной функции или функции издержек; возможность включения в модель нескольких входящих и исходящих факторов, а также учет влияния внешних факторов. Отмечаются и недостатки метода: метод не учитывает стохастические факторы и погрешности измерения; метод чувствителен к выбору входных и выходных факторов, а также к количеству переменных, включенных в модель.

В ходе анализа среды функционирования DEA определяется:

- эффективный фронт (выпуклая оболочка, состоящая из наилучшим образом функционирующих организаций);
- мера эффективности (отражает расстояние от фронта, для точек, находящихся на фронте, эффективность равна 1, и меньше – 1 для остальных точек);
- однородная группа (подмножество точек, ближайших к данной);
- эффективная цель для организации, которая является проекцией точки на фронт.

Медицинская организация является на 100% эффективной, если:

- ни один из выходных параметров не может быть повышен без повышения одного или более входных факторов либо понижения других выходных параметров;
- ни один из входных факторов не может быть уменьшен без понижения одного или более выходных параметров либо повышения других входных факторов.

При постановке задачи рассматривается N медицинских организаций с K входами и M выходами. Тогда для i -той МО векторы и представляют набор входов (ресурсов) и выходов (выпуска) соответственно. Набор таких векторов для исследуемой выборки можно записать в виде матриц X и Y . Цель DEA анализа состоит в постро-

Таблица 2

Модель ВСС

Модель 1. Ориентированная на вход модель ВСС-I

$$\min_{\theta, \lambda} \theta$$

при условиях

$$\theta x_{ij_0} - \sum_j X_{ij} \lambda_j \geq 0; \forall i = 1, \dots, m$$

$$\sum_j Y_{ij} \lambda_j \geq y_{ij_0}; \forall l = 1, \dots, z$$

$$\sum_j \lambda_j = 1$$

$$\lambda_j \geq 0; \forall j = 1, \dots, n$$

Модель 2. Ориентированная на выход модель ВСС-O

$$\max_{\theta, \lambda} \theta$$

при условиях

$$\theta x_{ij_0} - \sum_j X_{ij} \lambda_j \geq 0; \forall i = 1, \dots, m$$

$$\sum_j Y_{ij} \lambda_j \geq y_{ij_0}; \forall l = 1, \dots, z$$

$$\sum_j \lambda_j = 1$$

$$\lambda_j \geq 0; \forall j = 1, \dots, n$$

ении непараметрического эффективного выпуклого фронта таким образом, что наблюдаемые точки будут лежать не выше эффективной производственной функции (input-oriented).

Анализ проводится на основе модифицированной модели CCR, предполагающей переменную отдачу от масштаба – модель ВСС. Как и модель CCR, она имеет две формы – ориентированную на «вход» ВСС-I и ориентированную на «выход» ВСС-O. Описание моделей предложено в табл. 2.

Добавление условия $\sum_j \lambda_j = 1$ в модель позволяет сравнивать переменные «вход» вне зависимости от их масштаба. В остальном мы имеем также матрицу входных параметров – X и матрицу выходных параметров – Y.

Для определения эффективности МО решается задача минимизации ресурсов при заданном значении выпусков, то есть анализ проводится в рамках модели ВСС-I [5].

Технология проведения бенчмаркинга МО региона на основе предложенной модели оценки эффективности работы МО основана на материалах, изложенных в работах [6, 8]. В нашем случае процедура бенчмаркинга содержит последовательность этапов: сбор информации о МО; оценка эффективности функционирования МО региона согласно установленной модели; анализ лидеров; анализ аутсайдеров; разработка плана улучшения работы МО региона; оценка предложенного плана улучшений; внедрение разработанного плана.

Как отмечено выше, оперируем лишь натуральными значениями потребления ресурсов x1-x4 и выпуска y1-y3: x1 - количество коек; x2 - общее количество фактических ставок врачей; x3 - общее количество фактических ставок среднего и младшего медицинского персонала; x4 - общее количество фактических ставок не медицинского персонала; y1 - количество законченных случаев оказания медицинской помощи амбулаторным больным;

y2 - количество дней, проведенных больными в стационаре; y3 - количество проведенных лабораторных проб и инструментальных исследований [3]. При этом не требуется задавать весовые коэффициенты для указания важности показателей.

Произведено решение указанных задач по данным из годовых отчетов по форме №30 ряда МО Воронежской области, вычислены оценки эффективности их деятельности. Полученные оценки по модели «на вход» позволили определить рейтинг каждой МО в части использования имеющихся ресурсов, а оценки по модели «на выход» - рейтинг эффективности работы каждой МО в части количества оказанных населению медицинских услуг. На рис. 3 показан фронт Парето, соответствующий границе эффективности использования ресурсов 32-х МО. Цифры на графике соответствуют порядковому номеру МО.

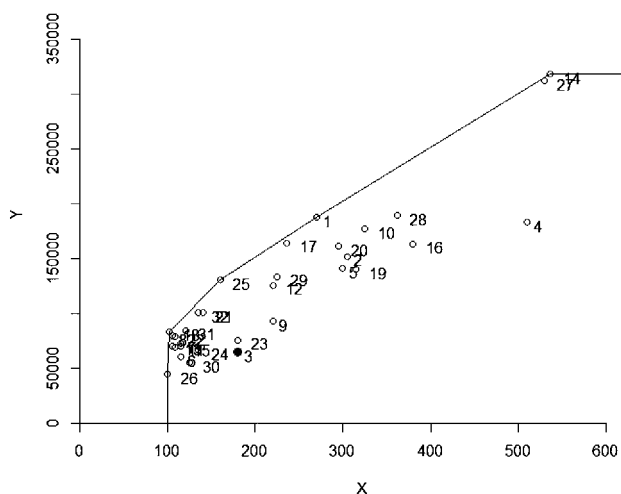


Рис. 3. Показатели эффективности МО, полученные на основе модели DEA по данным годового отчета по ф. №30

Номера МО, расположенные на границе эффективности, например, 26, 25, 1, 14, относятся к эффективным МО. К аутсайдерам относятся МО, у которых координаты номеров существенно отступают от границы эффективности.

Для построения списка аутсайдеров следует сократить список МО путем исключения номеров эффективных МО. Далее требуется повторить расчет по модели DEA по сокращенному списку МО и сформировать фронт Парето.

На основе промежуточных расчетных данных, получаемых в ходе расчета по модели DEA, возможно проведение анализа для каждой МО. В частности, для аутсайдеров имеется возможность вычисления в пространстве входных ресурсов x_1 - x_4 расстояния до эффективного МО, что позволит определить цели совершенствования деятельности МО-аутайдера (т.е. найти пути достижения уровня лидера) (рис. 3.)

Результатом расчета показателей эффективности с использованием метода анализа среды функционирования DEA может являться один интегральный показатель для каждой из МО. Они ранжируются по значениям этого показателя.

В методе DEA знания экспертов можно использовать для учета относительной важности показателей. Однако применение экспертных знаний не является обязательным, что значительно снижает степень субъективизма при определении рейтинга МО.

В целом, методология анализа среды функционирования позволяет определять количественную меру эффективности деятельности МО, определить эталонные МО для каждой неэффективной МО, находить наилучшие направления повышения эффективности, определять зоны устойчивости МО, отслеживать динамику и выявлять тенденции в развитии МО. В результате появляется возможность получения количественных оценок эффективности управленческих решений в деятельности МО, позволяющих более обоснованно разрабатывать оптимальные стратегии развития МО региона.

В заключение отметим, что методы анализа среды функционирования DEA имеют ряд преимуществ в сравнении со ставшими уже традиционными методами анализа, такими как анализ показателей деятельности и методами регрессионного анализа. АСФ позволяет получить легко интерпретируемую визуализацию данных и определить направление для поиска улучшений в функционировании МО. Этот способ оценки функционирования может быть полезен руководителям регионального здравоохранения для планирования и контроля деятельности.

Приведенные выше результаты расчета позволяют сделать вывод о целесообразности применения предложенных методов оценки эффективности МО.

Литература

1. Дуганов М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях / М.Д. Дуганов. – М.: ИЭПП, 2007. – 112 с.
2. Кадыров Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2011. – 469 с.
3. Кочуров Е.В. Оценка эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений: сравнительный анализ методов и моделей / Е. В. Кочуров // Вестник СПбГУ. Сер. 8. – 2005. – № 3. – С. 110-128.
4. Экономические методы управления в здравоохранении / В.В. Уйба, В.М. Чернышев, О.В. Пушкарев, О.В. Стрельченко, А.И. Клевасов. – Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс», 2012. – 314 с.
5. Cooper W.W., Seiford L.M. and Tone K. Data envelopment analysis: a comprehensive text with models, applications, references and DEA-solver software – Springer. New York, 2007. – 490 p.
6. Extension of Data Envelopment Analysis with Preference Information: Value Efficiency / T. Joro, P.J. Korhonen. – Springer, 2015. – 191 p.
7. Jacobs R., Smith P.C., Street A. Measuring Efficiency in Health Care Analytic Techniques and Health Policy // Cambridge University Press, Edinburgh. – New York, 2006. – 243 p.
8. Ozcan Y., Tone K. Health Care Benchmarking and Performance Evaluation: An Assessment using Data Envelopment Analysis (DEA). – Springer, 2014. – 329 p.

Для корреспонденции:

Данилов Александр Валентинович – директор ТФОМС Воронежской области, канд. мед. наук, доцент кафедры «Общественное здоровье, экономика и управление в здравоохранении» Института дополнительного профессионального образования Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко.

Усов Юрий Иванович – канд. техн. наук, доцент, начальник управления информатизации и информационной безопасности ТФОМС Воронежской области.

Адрес: 394026, г. Воронеж, Московский проспект, 4

Тел.: 7 (473) 252-19-66, 7 (473) 259-96-38; Факс: 7 (473) 259-35-58; e-mail: vrn@omsvrn.ru

For correspondence:

Alexander V. Danilov, MD., PhD – Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Voronezh region, Assistant Professor of the Chair for Public Health, Economics and Management in Medical Care of the Institute of Advanced Professional Education of the N.N. Burdenko Voronezh State Medical University

Yury I. Usov, PhD in Tech. Sc. – Associate Professor, Head of the Department for Information and Information Security of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Voronezh Region

Address: Moskovsky pr. 4, Voronezh, 394026, Russia

Tel.: 7 (473) 252-19-66, 7 (473) 259-96-38; fax: 7 (473) 259-35-58; e-mail: vrn@omsvrn.ru

УДК 614.2

Совершенствование оказания медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования пациентам с цереброваскулярными болезнями в Московской области

А.Н. Гуров, С.М. Смбалян, Е.Ю. Огнева

ФУВ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»



А.Н. Гуров



С.М. Смбалян



Е.Ю. Огнева

Резюме

В статье анализируется информационное обеспечение программ, направленных на снижение заболеваемости, летальности и смертности населения от цереброваскулярных болезней, в том числе инсультов, повышение качества медицинской помощи, сохране-

ние здоровья и качества жизни пациентов.

Ключевые слова: цереброваскулярные болезни, инсульт, заболеваемость, смертность, обязательное медицинское страхование.

Abstract

Upgrading of organizational technologies for improvement of availability of high-tech medical care to cardiosurgical patients by the example of the Moscow Region

A.N. Gurov, S.M. Smbatyan, E.Yu. Ogneva

The M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute

The article analyzes the information support of programs aimed at a reduction of morbidity and mortality of population due to cerebral vascular diseases including insults, improvement of the medical care quality,

maintenance of health and quality of life of patients.

Key words: cerebral vascular disease, insult, morbidity, mortality, obligatory medical insurance.

Актуальность

Медико-социальная значимость цереброваскулярных заболеваний (ЦВБ) обусловлена их влиянием на состояние здоровья и качество жизни населения, значительной распространенностью и высокой смертностью. Смертность от инсульта в России остается одной из наиболее высоких в мире. Показатели смертности населения от заболеваний сосудов головного мозга в России в 4 раза выше, чем в Канаде и США [1]. В России ежегодно регистрируется около 100 тыс. повторных инсультов и проживают свыше 1 млн человек, перенесших инсульт [5]. Острые нарушения мозгового кровообращения являются одной из причин стойкой утраты трудоспособности населения как в России, так и во всем мире.

Материалы и методы

В соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), сосудистые заболевания головного мозга составляют группу цереброваскулярных болезней, в которую входят субарахноидальное кровоизлияние, внутримозговое и другое внутричерепное кровоизлияние, инфаркт мозга, инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт, другие цереброваскулярные болезни и пр.

Был проведен расчет показателей на основе данных ежегодных отчетных статистических форм №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» и №14 «Сведения о деятельности стационара». Были рассчитаны и проанализированы показатели общей заболеваемости (по обращаемости) взрослого населения Московской области, показатели частоты госпитализации (госпитализированной заболеваемости) и показатели больничной летальности при ЦВБ. По материалам службы государственной статистики по Московской области (Росстат) проанализированы показатели смертности от болезней системы кровообращения, ЦВБ и отдельных заболеваний, формирующих данную группу, среди всего населения.

Результаты исследования

Динамика заболеваемости (по обращаемости) болезнями системы кровообращения взрослого населения Московской области имеет тенденцию к снижению: в 2012 г. – 190,7 в расчете на 1000 населения, в 2014 г. – 187,2 ‰. Этот показатель в МО несколько меньше, чем в РФ – 276,0 ‰ и в ЦФО – 275,4 ‰. Заболеваемость ишемической болезнью сердца из года в год в МО снижается: в 2012 г. – 48,9 ‰, в 2014 г. – 48,1 ‰ (Рис. 1).

В 2014 г. в амбулаторно-поликлинические учреждения в связи с ЦВБ взрослым населением было сделано 209105 обращений, общая заболеваемость (по обращаемости) ЦВБ, рассчитанная на 1000 чел. населения, составила 35,3 ‰, в том числе отдельными заболеваниями: субарахноидальное кровоизлияние – 0,1 ‰, внутримозговое и другое внутричерепное кровоизлияние – 0,2 ‰, инфаркт мозга – 1,5 ‰, инсульт, не уточненный как кровоизлияние

или инфаркт – 0,6 ‰, другие цереброваскулярные болезни – 31,2 ‰, из них церебральный атеросклероз – 16,8 ‰. Следовательно, среди всех ЦВБ ведущей причиной общей заболеваемости (по обращаемости) взрослого населения являются другие ЦВБ, включающие церебральный атеросклероз и другую хроническую патологию. Общая заболеваемость (по обращаемости) инсультом взрослого населения составляет 2,4 ‰.

При динамическом анализе за пятилетний период тенденция к снижению уровня общей заболеваемости выявлена при всей острой патологии (инсультах). В 2014 г. по сравнению с 2010 г. общая заболеваемость (по обращаемости) снижена: при субарахноидальном кровоизлиянии – в 1,9 раза, инсульте, не уточненном как кровоизлияние или инфаркт – в 1,8 раза, внутримозговом и другом внутричерепном кровоизлиянии – в 1,4 раза, инфаркте мозга – в 1,1 раза. Показатели общей заболеваемости при хронической цереброваскулярной патологии в течение пяти лет изменялись волнообразно. Наиболее высокий уровень общей заболеваемости при церебральном атеросклерозе и других ЦВБ отмечен в 2013 г. – 32,6 ‰ (17,9 ‰ в 2010 г.). В 2014 г. наблюдалось снижение заболеваемости, но минимальных значений в анализируемом периоде достигнуто не было.

Частота госпитализации взрослого населения (госпитализированная заболеваемость) при ЦВБ в 2014 г. составила 9,4 на 1000 населения, в том числе при внутримозговом и другом внутричерепном кровоизлиянии – 0,5 ‰, при субарахноидальном кровоизлиянии – 0,07 ‰, при инфаркте мозга – 3,4 ‰, при инсультах, не уточненных как кровоизлияние или инфаркт – 0,1 ‰. Самая высокая частота госпитализации взрослого населения отмечена при других цереброваскулярных болезнях, состоящих из хронических заболеваний – 5,2 ‰. В абсолютных цифрах в 2014 г. в стационары МО по поводу ЦВБ госпитализировано 55528 пациентов в возрасте 18 лет и старше (в том числе по поводу инсульта – 24195), умерло 7200 (в т.ч. от инсульта – 6677), выписано после перенесенного ин-



Рис. 1. Динамика уровня заболеваемости (по обращаемости) болезнями системы кровообращения взрослого населения МО, в том числе ишемической болезнью сердца в 2012–2014 гг. в расчете на 1000 населения

сульта – 17518 пациентов. Среди взрослых пациентов, госпитализированных по поводу болезней системы кровообращения (БСК), пациенты с ЦВБ составили 23,9%, соответственно среди умерших в стационаре от БСК – 43,9%.

Важным показателем, характеризующим качество лечения больных, является больничная летальность. В результате анализа установлено, что в 2014 г. больничная летальность взрослого населения (18 лет и старше) в стационарах медицинских организаций МО от всех болезней системы кровообращения составила 7,1 % к числу выбывших пациентов (выписано + умерло) из стационара, от цереброваскулярных болезней – 13,0%. При отдельных заболеваниях, входящих в число ЦВБ, больничная летальность была высокой: при внутримозговом и другом внутричерепном кровоизлиянии – 53,3%, при субарахноидальном кровоизлиянии – 29,8%, при инфаркте мозга – 23,0%.

Динамика показателей больничной летальности от болезней системы кровообращения, в том числе ЦВБ, представлена в табл. 1.

Данные таблицы свидетельствуют, что в динамике за 2010-

Таблица 1
Больничная летальность взрослого населения в медицинских организациях Московской области от болезней системы кровообращения за 2010-2014 годы в % к числу выбывших пациентов (выписано + умерло) из стационара

Наименование болезни	Код по МКБ-10	2010	2011	2012	2013	2014
Болезни системы кровообращения	I00- I99	6,9	6,7	7,1	7,6	7,1
в том числе:						
цереброваскулярные болезни	I60- I69	13,4	13,4	13,3	12,7	13,0
из них						
субарахноидальное кровоизлияние	I60	23,7	28,5	33,1	33,9	29,8
внутримозговое и другое внутричерепное кровоизлияние	I61, I62	53,9	56,8	54,6	54,2	53,3
инфаркт мозга	I63	21,9	22,0	21,8	22,8	23,0
другие цереброваскулярные болезни	I67	2,0	1,9	1,7	1,6	1,7

Таблица 2
Динамика показателей смертности всего населения Московской области от болезней системы кровообращения в 2012 – 2014 г. (на 100 тыс.)

Причины смерти	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Болезни системы кровообращения (БСК)	872,7	844,7	806,0
в том числе:			
цереброваскулярные болезни (ЦВБ)	231,7	220,8	201,0
из них: инсульты	173,7	164,5	153,6



Егорьевская Центральная районная больница. Сосудистый центр

2014 гг. показатели больничной летальности взрослого населения не имели четкой тенденции к снижению на протяжении всего анализируемого периода.

В 2014 г. среди причин смертности всего населения от болезней системы кровообращения ЦВБ составили 25,4%, населения трудоспособного возраста – 16,9%. Интенсивные показатели смертности всего населения в динамике за 2011-2014 гг. представлены в табл. 2.

Из представленных данных видно, что с 2012 г. в Московской области отмечается снижение показателей смертности от БСК и ЦВБ. Смертность от инсультов имеет выраженную тенденцию к снижению начиная с 2011 года.

Снижение роста числа инсультов можно объяснить усилением профилактических мероприятий у лиц «группы риска инсульта». Во многих районах активно функционирует школа «Семь шагов от инсульта», открыты кабинеты «Профилактики гипертонической болезни», проводится обучение пациентов из группы риска, активно используется ультразвуковое исследование сосудов. В настоящее время большое число медицинских организаций МО могут осуществлять специализированную помощь больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными МЗ РФ, и системой маршрутизации пациентов с ОНМК, созданной в здравоохранении Московской области [3, 4].

Другим важнейшим направлением в этой области является первичная профилактика инсульта, предупреждение развития новых случаев заболевания в целях реализации поручения Президента РФ В.В. Путина по реализации программы года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В Московской области были разработаны планы мероприятий по информированию населения о главных факторах риска и формах ведения здорового образа жизни (ЗОЖ), а также первых признаках сосудистой катастрофы и алгоритме действий в случае инфаркта или инсульта, которые реализуются в течение 2015 года.

Таким образом, требуется осуществление комплекса дорогостоящих мер по совершенствованию помощи больным с инсультом в Московской области и одновременное осуществление мероприятий по первичной профилактике цереброваскулярных заболеваний.

С 2013 г. в МО были открыты специализированные отделения для оказания помощи населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями, были открыты первичные сосудистые отделения (ПСО) в Клину, Серпухове и Коломне. В настоящее время сеть ПСО расширилась и для оказания неотложной специализированной медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения открыты и функционируют 6 региональных сосудистых центров («Мытищинская ГКБ», ГБУЗ «Подольская ГКБ», «Красногорская ГБ № 1», «ЦГКБ г. Реутов», «Жуковская ГКБ», «Егорьевская ЦРБ») и 10 первичных сосудистых отделений («ЦРБ г. Серпухова», МУЗ «Клинская ГБ»,



Региональный сосудистый центр при Мытищинской городской клинической больнице



«Коломенская ЦРБ», «Видновская РКБ», «Можайская ЦРБ», «Чеховская РБ №2», Сергиево-Посадского района «Районная больница», «Дмитровская ГБ», «Тучковская больница» Рузского района).

В 1 квартале 2015 г. дополнительно были открыты региональные сосудистые центры в «Люберецкая РБ № 2» и «Долгопрудненская ЦГБ», готовятся к открытию региональные сосудистые центры в «Домодедовская ЦГБ», г. Королев «МБУЗ ГБ № 1» и «Коломенской ЦРБ».

В 2015 г. планируется открытие РСЦ на базе «Ногинская ЦРБ», 3 ПСО на базе «Наро-Фоминская РБ № 1», «Волоколамская ЦРБ», «Истринская РКБ».

В 2016 г. планируется открытие 1 РСЦ на базе «Одинцовская ЦРБ» (преобразование из ПСО), 3 ПСО на базе



Пост мониторинга реанимационного зала Регионального сосудистого центра Мытищинской ГКБ



Реанимационный зал Регионального сосудистого центра Мытищинской ГКБ

«Химкинская ЦГБ», «Пушкинская РБ им. проф. В.Н. Розанова», «Воскресенская РБ №1».

В 2017 г. планируется открытие 5 ПСО на базе «Щелковская РБ №1», г. Королева Московской области «ГБ №1», г.о. Балашиха «ЦРБ», «ГБ» г.о. Железнодорожный и Шатурская ЦРБ».

В 2018 г. планируется открытие 4 ПСО на базе «Электростальская ГБ», «Каширская ЦРБ», «Давыдовская РБ» Орехово-Зуевского муниципального района и «Зарайская ЦРБ».

Таким образом в Московской области будет создана современная система помощи пациентам с ОНМК, что обеспечит достижение показателей смертности населения

от болезней системы кровообращения, определенных в Указе Президента РФ от 07.05.2012 г. № 598 (2015 г. – 802,8 в расчете на 100 тыс. населения, в 2016 г. 750,0, 2017 – 705,0, в 2018 г. – 649,0 в МО в 2014 г. был показатель – 806,0, а в 2013 – 849,8 в расчете на 100 тыс. населения) и эффективное использование финансовых средств системы обязательного медицинского страхования.

Самый доступный эффективный метод помощи пациентам с ОНМК – тромболитическая терапия при ишемическом инсульте, которым в настоящее время владеют специалисты неврологических отделений ПСО и РСЦ в медицинских организациях МО.

Развитие сети специализированных отделений предусматривает не только обучение персонала, формирование коллективов мультидисциплинарных бригад, оснащение современным диагностическим и лечебным оборудованием, но и изменение подхода к лечению больных с инсультом, внедрение современных методов консервативной и хирургической помощи, использование ранней реабилитации и вторичной профилактики.

В настоящее время стационарная реабилитационная помощь пациентам с ОНМК (2-й этап) оказывается в МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, МОЦВЛиР (Ховрино) и больнице в Петрово-Дальнем (филиал Красногорской ГБ № 1). Имеются 2 федеральных учреждения – ФГБУЗ «Центральная клиническая больница восстановительного лечения Федерального медико-биологического агентства» «Голубое» и ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» МЗ РФ «Перхушково», оказывающие стационарную реабили-

литационную помощь в рамках ОМС. Данные структуры с оказанием помощи всем нуждающимся в реабилитации не справляются. Для развития сети реабилитационных учреждений предлагаем рассмотреть создание таких учреждений в Раменском районе (г. Жуковский), Наро-Фоминском районе (п. Селятино), Ступинском м.р. (п. Малино).

Выводы

Несмотря на положительную динамику заболеваемости, летальности, смертности cerebrovasкулярными болезнями населения Московской области, в последние годы упомянутые показатели все еще остаются выше средних значений, предусмотренных «Дорожной картой» развития здравоохранения МО до 2018 г. С целью их быстрой

шего снижения со стороны органов и учреждений здравоохранения требуется безусловное выполнение всех мероприятий, намеченных государственной программой «Здравоохранение Подмосковья» до 2020 г. и Приказом МЗ МО от 6 февраля 2015 г. № 163 о проведении Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Особое внимание отводится дальнейшему расширению сети сосудистых центров и первичных сосудистых отделений, совершенствованию их работы и повышению качества лечения пациентов с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения, созданию службы медицинской реабилитации для подобных пациентов. По-прежнему высоко значение первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, организации качественного диспансерного наблюдения больных, своевременного выявления и коррекции факторов риска, здорового образа жизни. Расчет и постоянный мониторинг статистических показателей на уровне региона, медицинского округа МО и муниципального образования даст возможность оценить эффективность реализации мероприятий по снижению заболеваемости, летальности и смертности от ЦВБ в Московской области.

Литература:

1. Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения / Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова. - М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2011. - 192 с.
2. Гуров А.Н., Смбалян С.М. Вопросы ответственности медицинских работников в системе обязательного медицинского страхования

// Обязательное медицинское страхование Российской Федерации. - № 1. - С. 50-57

3. О порядке взаимодействия между медицинскими организациями при оказании медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Московской области (МО)/ приказ Министерства здравоохранения МО от 07.07.2014 г. № 889 (в ред. от 05.08.2014) // <http://www.garant.ru>
4. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения / Министерство здравоохранения Московской области Приказ от 15 ноября 2012 г. № 928 // <http://www.garant.ru/>
5. Сковцова В.И. Медицинская и социальная значимость проблемы инсульта // Качество жизни. Медицина. - 2004. - № 4 (7). - С. 2-6.



Мытищинская ГКБ. Кардиологическое отделение

Для корреспонденции:

Гуров Андрей Николаевич - д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья ФУВ МОНКИ, тел.: +7(495) 684 45 87. e-mail: angurov1@mail.ru

Смбалян Сиран Мануковна - д-р мед. наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФУВ МОНКИ;

Огнева Екатерина Юрьевна - заместитель директора МОНКИ

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского (МОНКИ)

Адрес: 129110 Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, корп. 3

For correspondence:

Andrey N. Gurov, MD, PhD, Doctor of Med. Sc. - Head of the Chair for the Organization of Public Health of the Faculty for Advanced Medical Training at the M.F. Vladimirovsky Moscow Regional Research Clinical Institute

Tel.: +7 (495) 684-45-87; e-mail: angurov1@mail.ru

Smbatyan S.M., MD, PhD, Doctor of Med. Sc., - Professor of the Chair for the Organization of Public Health of the Faculty for Advanced Medical Training at the M.F. Vladimirovsky Moscow Regional Research Clinical Institute

Tel.: +7 (495) 631-72-88; e-mail: smbiran@mail.ru

Ekaterina Y. Ogneva - Deputy Director of the MONIKI

Address: Ul. Scepkina 61/2, korp.3, Moscow 129110, Russia

Tel.: +7 (495) 684-58-14; e-mail: e.ogneva@monikiweb.ru

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

МИНФИН: КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДУСЛУГ ПОВЫСИТ СТОИМОСТЬ ПОЛИСОВ ДМС

В системе ДМС возможен такой же подход к контролю качества медицинских услуг, как и в ОМС, однако необходимы серьезные изменения на законодательном уровне, считают аналитики.

Организация системы контроля качества медицинских услуг, оказываемых по ДМС, может повысить стоимость полисов, считает замдиректора департамента финансовой политики Минфина РФ Вера Балакирева. Об этом эксперт сообщила РИА Новости в кулуарах страхового форума в Сочи «Вызовы года-2015».

«Контроль качества может повысить цены только на продукт, который в рамках ДМС. ОМС бесплатно», - заявила Балакирева. По ее словам, качество медицинских услуг страховые компании контролируют только в системе ОМС. В системе ДМС прямой функции контроля нет, только на уровне медкомиссии.

Данная тема начала активно обсуждаться после заявления президента России Владимира Путина о том, что работающие в здравоохранении страховые компании должны контролировать качество медицинских услуг.

На данный момент практика и нормативно-правовая база таковы, что страховые компании эту функцию не выполняют, заявил Путин, выступая на пленарном заседании форума ОНФ «За качественную и доступную медицину». Он отметил, что страховые медицинские организации должны быть не посредниками, а именно страховщиками.

Контроль по системе ОМС

«Страховые медицинские организации на протяжении всего периода существования системы ОМС (более 20 лет) осуществляют работу по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и несут ответственность за эту работу в соответствии с законодательством и заключенными договорами», - рассказала РИА Новости заместитель гендиректора по организации ОМС страховой компании «Согласие-М» Ольга Крылова.

В соответствии с действующим законодательством (Федеральный закон №326-ФЗ от 29.11.2010г.), страховщиком в ОМС является Федеральный фонд ОМС (ФОМС), он входит в число субъектов ОМС. «Страховые медицинские организации - участники системы ОМС осуществляют отдельные полномочия страховщика в соответствии с указанным федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом ОМС и страховой медицинской организацией», - пояснила Крылова.

Одним из таких полномочий, по ее словам, является контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля.

«Осуществление этой функции в обязательном порядке прописано в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенном между СМО и медицинской организацией (МО)», - подчеркнула Крылова.

Эксперт добавила, что результатом этой работы являются суммы средств (санкции, штрафы, наложенные на медицинские организации по результатам контроля), возвращенные в систему ОМС. «Например, по компании «Согласие-М» за 2014 год такая сумма по Москве составила 11,3 миллиона рублей, что составило 3,7% от сумм, оплаченных медицинским организациям за оказанную медицинскую помощь», - уточнила эксперт.

«Контроль качества медуслуг, оказанных застрахованным лицам, - одна из основных функций медицинских страховых компаний. Большой штат высококвалифицированных врачей-экспертов, имеющих сертификат для проведения экспертиз в системе обязательного медицинского страхования, ежедневно осуществляют контроль качества медуслуг, выявляя ошибки на различных этапах обследования и лечения застрахованных лиц», - добавила заместитель гендиректора СПАО «Ингосстрах» Татьяна Кайгородова.

Она пояснила, что такой контроль проводится как на основании анализа медицинской документации, так и непосредственно при очном контакте с пациентом, а поводом для экспертизы может стать и обращение застрахованного о проведении экспертизы качества оказанного ему лечения. «Компанией «Ингосстрах-М» в 2014 году было проведено более миллиона различных видов медицинских экспертиз», - отметила Кайгородова.

Кроме того, так как ОМС для граждан бесплатны, вся экспертная работа в системе обязательного медицинского страхования, по ее словам, проводится за счет собственных средств страховых компаний.

Контроль в системе ДМС: решение проблемы

По мнению Балакиревой, в системе ДМС возможен такой же подход к контролю качества медицинских услуг, как и в ОМС, и он приветствуется. Однако, по ее словам, здесь много технических моментов, связанных с тем, как организовать взаимодействие между медуслугами, фондами обязательного медицинского страхования, комиссиями, которые контролируют качество оказания медуслуг.

«Информация должна быть встречной, поскольку ДМС - это некая дополнительная услуга к тому, что оказывается в рамках ОМС. Наверное, это реальная и совершенно возможная вещь. Вопрос чисто технологический: как выстроить взаимодействие. Как сделать так, чтобы эта информация где-то аккумулировалась и можно было соотнести качество услуг по ОМС и ДМС в отношении этого единственного пациента», - отметила Балакирева.

ДМС занимает относительно небольшой процент от рынка медицинского страхования, однако, по мнению некоторых страховщиков, работающих в этом сегменте, проблемы, связанные с контролем качества предоставляемых медуслуг при работе с лечебными учреждениями, существуют.

«Далеко не всегда мы можем сказать, каким образом расходуются средства, направляемые нами на оплату медицинских услуг, получаемых нашими клиентами, не в достаточной мере контролируем их качество. Существующая законодательная база не предусматривает такого рода контроль со стороны страховых компаний. Медицинские учреждения в договорах предъявляют ограничения, как по объему проверок, так и отведенному на них времени», - заявила РИА Новости вице-президент группы «Ренессанс страхование» Марина Тихонова.

По ее мнению, страховщики не только могут, но и должны оказывать влияние на качество оказываемых услуг и их ценообразование, стать полноправным рыночным участником рынка медицинского страхования. «Необходимы серьезные изменения на законодательном уровне, единая нормативная база, унификация цен и прейскуранта услуг», - заключила Тихонова.

«Надо выработать подходы, выработать комиссии, выработать критерии к видам направлений помощи. Комиссии по разным направлениям оказания помощи, разные квалификации. Квалификация страховщиков тоже нужна для того, чтобы качество услуги оценить, а специалистов страховой компании включать в состав комиссии», - считает Балакирева.

РИА Новости, Москва,
(10 сентября 2015 12:55)

У НАС МНОГО ПАРАЛЛЕЛЕЙ

Посол Мексики в РФ рассказал о прочности отношений между нашими странами

В интервью «Российской газете» посол Мексики в РФ Рубен Бельтран рассказал о том, что у наших двух стран много общего, несмотря на большие, в тысячи километров, расстояния между ними.

Это интервью готовилось к печати, когда пришло сообщение о трагической гибели в Египте группы мексиканских туристов, попавших под обстрел во время экскурсии. «РГ» выражает глубокие соболезнования посольству Мексики в РФ и всему мексиканскому народу в связи с трагедией.

Господин посол, в этом году отмечается 125-летие установления дипломатических отношений между Мексикой и Россией. Не могли бы вы обозначить главные вехи развития двусторонних связей между нашими странами в историческом ракурсе?

РУБЕН БЕЛЬТРАН: Первые контакты между нашими странами начались в колониальную эпоху в конце XVIII века. Затем после обретения независимости Мексикой разные правительства пытались добиться признания со стороны Российской империи, но, несмотря на уже имевшие место торговые и научные связи, политической составляющей в них еще не было. Пока, наконец, в 1890 году при Александре III не были установлены дипломатические отношения с правительством Порфирио Диаса и наши страны не обменялись посланниками.

Мексика и Россия, каждая пережив революцию, подходят к 1920 годам с новым правительством. Мексика стала первой страной не только Латинской Америки, но и всего Западного полушария, признавшей Советский Союз в 1924 году. Примечательный факт: первой в мире женщиной-послом стала Александра Коллонтай, получившая назначение именно в Мексику. Другим значимым событием стал приезд в нашу страну Сергея Эйзенштейна, который снимал здесь свой фильм «Да здравствует Мексика!». Он заложил основы школы мексиканского кинематографа, которая сохранилась до сих пор.

В 1930-е годы на короткий срок были прерваны дипломатические отношения с СССР, поскольку тогдашним мексиканским властям не нравилось влияние, которое Сталин хотел оказывать на местное рабочее движение. Однако разрыв длился недолго. Отношения были восстановлены уже в 1942 году в самый разгар Второй мировой войны, в которой Россия и Мексика были союзниками по борьбе с фашизмом. Таким образом, наши страны могут похвастаться 73 годами непрерывных дипломатических отношений. Для сравнения: в этом году Аргентина отмечает 130-летие со дня установления дипотношений с Россией, однако они прерывались на более длительный срок.

Любопытно, что в истории наших стран можно найти немало параллелей. К примеру, в Мексике в течение 70 лет у власти находилась одна и та же Институционно-революционная партия / ИРП/. В 1980-е годы в стране начинаются избирательные реформы, которые продолжают в следующем десятилетии. 1997 год ознаменовался тем, что впервые на выборах мэра мексиканской столицы победу одержал кандидат от оппозиции. А в 2000 году избрание Висенте Фокса на пост главы государства положило конец 70-летию правлению ИРП.

Сегодня наши страны входят в состав Группы двадцати и АТЭС. Помимо того мы отмечаем глубокое сходство наших позиций в рамках ООН.

Какие мероприятия запланированы к празднованию 125-летней годовщины дипломатических отношений между нашими странами?

РУБЕН БЕЛЬТРАН: Множество мероприятий мы уже провели и продолжаем готовить. Я приведу лишь два

примера. В июне мы организовали Дни Мексики в Екатеринбурге, которые продлились целую неделю. В их рамках в общей сложности состоялось 22 мероприятия, в том числе конференции, показы фильмов, выставки живописи и фотографий, дегустации мексиканской еды, встречи предпринимателей и политических деятелей, семинар по туризму. Затем в июле в Сочи у нас прошел фестиваль культуры Viva Mexico, участие в котором за 10 дней приняли 140 мексиканских артистов, танцоров, музыкантов и певцов. В ближайшее время мы планируем открыть в Москве выставку работ известного художника Влади Кибальчица, сына революционера Виктора Сержа, который вместе с семьей эмигрировал в Мексику. Также планируется выпуск марок и проведение выставок архивных документов, посвященных 125-летию установления дипломатических отношений.

А как бы вы оценили нынешнее состояние дипломатических отношений между Россией и Мексикой?

РУБЕН БЕЛЬТРАН: В первую очередь я бы выделил две вещи. С одной стороны, наши отношения длиной в 125 лет характеризуются прочностью и неподверженностью конъюнктурным колебаниям. В то же время необходимо придать нашим связям большую экономическую составляющую.

Когда я приступил к исполнению своих обязанностей посла Мексики в России два с половиной года назад, товарооборот между нашими странами составлял порядка 1,6 млрд долларов. Теперь он превышает 2 млрд. Однако этот показатель может быть и больше с учетом того, что Россия занимает 9-е место в мировой экономике, а Мексика - 14-е. С другой стороны, интересно, что Мексика ищет новые возможности. И в настоящее время она осуществляет инвестиции в России. Совсем недавно мы заложили первый камень в строительство в Ульяновске моторного завода лидирующей мексиканской компании Nemaк, на котором будет налажено производство головок цилиндров. Мы также заложили первый камень в сооружение предприятия по производству кукурузной муки в подмосковном Ступино.

Нечасто латиноамериканские страны в эти времена вкладывают средства в России. Мексика - единственная страна Латинской Америки, закупившая 30 самолетов Sukhoi Superjet, которые используются нашей компанией Interjet для перевозки пассажиров по стране и за ее пределами.

Кроме того, сейчас открываются новые возможности для участия в различных конкурсах, объявленных после реформ, которые активно проводит президент Мексики Энрике Пенья Ньето.

Например, после энергетической реформы компании Lukoil и Ретех подписали меморандум о взаимопонимании, который может вылиться в конкретные инвестиции. Я считаю, что энергетическая сфера имеет хорошие перспективы. Так, госкорпорация «Росатом» и Министерство энергетики Мексики недавно также подписали соглашение. Представляет интерес и фармацевтическое направление.

Идея заключается в том, чтобы мексиканские фармацевтические компании осуществляли инвестиции в России?

РУБЕН БЕЛЬТРАН: Согласно информации, которой мы располагаем, Россия импортирует свыше 70 процентов всех лекарств. Фармацевтическая отрасль Мексики считается одной из наиболее передовых. Я полагаю, что нам необходимо изучать самые разные возможности, однако решения должны принимать частные компании. Что касается контроля фармацевтической продукции, Coferpris - орган, отвечающий за регулирование и сертификацию медицинских препаратов в Мексике, очень близок к подписанию со своим российским аналогом Росздравнадзором соглашения, которое будет способствовать согласованию правил и упрощению доступа на рынок медицинской продукции.

Что нужно улучшить в отношениях между нашими странами?

РУБЕН БЕЛЬТРАН: Необходимо модернизировать договорно-правовую базу. К примеру, между нашими странами существует множество договоренностей, некоторые из которых были подписаны еще в советские годы. Правительства двух стран с обеих сторон занимаются пересмотром по меньшей мере 20 соглашений в самых различных областях.

Меры по ограничению ввоза сельхозпродукции из США и Европы в ответ на антироссийские санкции способствовали увеличению товарооборота между РФ и Мексикой?

РУБЕН БЕЛЬТРАН: Мы готовы к увеличению поставок, однако опять-таки все зависит от интереса частных компаний. Наше видение по выстраиванию отношений с Россией основывается на долгосрочном стратегическом партнерстве. Нет смысла бросаться поставлять больше курятины или помидоров. Наша экспортная платформа очень сильна и не зависит от конъюнктуры. Я также хотел бы отметить, что Мексика не верит в санкции. Торговля не подчиняется подобным вещам. Мексика принимает решения, руководствуясь вопросами торговли, а не политики.

Вы много путешествовали по стране. Каково Ваше впечатление о России, ее людях и обычаях?

РУБЕН БЕЛЬТРАН: В России я еще не повидал всего, что хотел. Я действительно много поездил по стране, побывал в Санкт-Петербурге, Владивостоке, Екатеринбурге, Казани, Иркутске, Уфе. Разумеется, совершил тур по Золотому кольцу России. Мне повезло в том, что нахожусь там, где хочу. И, честно скажу, я влюблен в Россию. Это замечательная страна. Я восхищаюсь ее историей, природой, искусством, литературой. Мне очень нравится русская еда, и я себя прекрасно чувствую в России.

*Автор: Дмитрий Фоминых
Российская газета, Москва,
(15 сентября 2015 6:00)*

ЭКСПЕРТЫ ИЗ ТОМСКА ИЗОБРЕЛИ НОВЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА

Команда специалистов из Биологического института ТГУ Петра Щетинина разработала новый лекарственный препарат, позволяющий лечить людей от сердечно-сосудистых заболеваний.

Такую информацию инициаторы наблюдений сообщили после проведения комплекса лабораторных и клинических опытов. Оказалось, что медикамент под названием диборнол помогает больным восстанавливать деятельность сердца. Ученые пришли к выводу, что новшество рационально используется в терапии и предупреждении тяжелых состояний. Петр Щетинин, автор проектов, сообщил, что отныне у специалистов появилась возможность избавлять людей от инфаркта миокарда, а также ишемической болезни сердца.

Согласно сведениям, комплекс доклинических опытов был реализован на базе Томского НИИ фармакологии и регенеративной медицины. Сотрудник из исследовательского центра Российской Федерации сформировал уникальный состав панацеи, который может стать настоящим спасением для пациентов с сердечными недугами. Если своевременно начать использование диборнола, вероятность полного выздоровления увеличивается в несколько раз.

Для получения официального разрешения научные работники уже подали все необходимые документы в Министерство здравоохранения России. Команда врачей надеется, что вакцина спасет жизнь миллионов людей.

*Healthvesti.com, Москва,
(15 сентября 2015 12:22)*

ИНЖИНИРИНГ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ МОЗГА - БУДУЩЕЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДВИЖЕНИЯ

Биомедицинский кластер Фонда «Сколково» организовал круглый стол на эту тему и поддержал в качестве партнера крупный международный форум по нейрохирургии, который прошел 13 и 14 сентября 2015 года в Москве, в НИИ нейрохирургии им академика Н.Н. Бурденко РАМН.

Проблематика создания интерфейса «мозг-компьютер» имеет практическое медицинское применение: конечная цель медиков состоит в том, чтобы научить мозг управлять, например, кибернетическими протезами вместо утраченных конечностей. И эта задача сводится к проблеме как направлять волевые импульсы нейронов на совершение полезного действия с помощью искусственных устройств. В биомедицинском кластере «Сколково» проблематикой нейроинтерфейса мозг-компьютер занимается Александр Каплан и его компания «Инноватех». Один из наиболее заметных мировых нейрохирургов, заведующим отделением анестезиологии и реаниматологии, про-

фессор Школы медицины им. Кека Университета Южной Калифорнии Владимир Зельман, который является членом Консультативного научного совета «Сколково». Он, как и А. Каплан, также выступил на круглом столе «Интерфейс мозг-компьютер». Эта область знаний неразрывно связана с задачей добиться максимального сопряжения нейроинтерфейса с экзоскелетом, а значит, есть сфера деятельности и для таких команд, как «ЭкзоАтлет».

Эрик Сорто, мексиканский юноша, ставший парализованным в 6 лет из-за шальной пули, в 21 год, благодаря достижениям в области нейрохирургии и компьютерных технологий, смог начать двигать кибер-рукой.

Конечная цель – помочь людям вернуться к полноценной жизни

Пожалуй, наиболее известным художественным персонажем, который прошел все муки ада, но получил-таки кибернетический организм, управляемый собственным мозгом, является Алекс Мерфи, полицейский из фильма RoboCop Пола Верховена. Пример Мерфи в этой публикации приведен не «для красного словца». В этом персонаже кинохудожник, быть может, сам того не ожидая, обрисовал основные аспекты и проблематику кибернетической нейрохирургии и смежных специальностей. Речь идет о медицине, а это значит, что к помощи будущих специалистов-медиков, которые способны предоставить протезы, управляемые импульсами мозга, будут обращаться люди, потерявшие способность двигаться, борющиеся за жизнь, причем, за полноценную жизнь.

Инжиниринг искусственных ощущений

Этим пациентам, как сказал один из выступавших на конференции, будут нужны два ключевых вида медицинской помощи: первый - помочь снова начать двигаться и второй - начать чувствовать, ощущать и осознавать, что они двигаются. А это значит: ощущать обратную связь с конечностью или другой частью тела, моментально понимать, в какой момент времени конечность совершает ту или иную работу, где в пространстве она точно находится, каков точно процент полезной работы, совершенный ей и т.д. В сложнейшей, до сих пор не изученной динамике волновых движений нейронов, им нужно помочь заново прочувствовать мозгом сложное многообразие процесса движения. Чарльз Лью сказал, что речь идет о том, чтобы научить мозг снова управлять своим (новым кибернетическим) телом, как учится делать это только появившийся на свет ребенок с телом, которое «подарили» ему родители.

В докладе Чарльза Лью и Владимира Зельмана, которые сотрудничают в Университете Кека в Калифорнии (а вообще сейчас в США создается целая нейрохирургическая сеть), был показан пациент, который, как и полицейский Мерфи, стал жертвой криминала: мексиканский мальчик Эрик Сорто, эмигрировавший с родителями в США и попавший под пулю в неблагополучном районе Лос-Анджелеса, был парализован и полностью потерял

способность двигать конечностями. И вот мы видим на экране, как он начинает двигать механической рукой, управляя собственным мозгом, сигналы с которого сканируются сложной системой инвазивных датчиков. Он не просто двигает ей, а управляет, нацеливая кибернетическую кисть, перемещая ее в трехмерном пространстве в определенных направлениях. И это речь о человеке, с детства не имевшего возможность двигаться. Травма, тяжкий вред здоровью, принесенный третьими лицами, последствия инсульта и других болезней, иные причины - количество пациентов, обращающихся за помощью за реабилитацией функций мозга, не уменьшается. Как сказал на семинаре директор НИИ нейрохирургии им Бурденко Александр Потапов, в их институте ежедневно 15 операционных работают в три смены.

Все эти люди хотят, чтобы им помогли уже сегодня. И для выступавших на круглом столе светил, таких как Чарльз Лью, Владимир Зельман, Алексей Кровошапкин или Александр Каплан задача является медицинской и инженерной. Чарльз Лью назвал процесс адаптации мозга к компьютерному интерфейсу «инжинирингом искусственных ощущений» (engineering of artificial sensation). А это значит, что им предстоит создать действующие и помогающие людям устройства исходя из тех возможностей, которые уже есть, создать здесь и сейчас. А для этого необходимо расширить границы наших представлений о том, что такое помощь человеку, нуждающемуся в реабилитации нейронных сетей своего мыслящего аппарата.

И, как уверен Чарльз Лью, решения могут лежать в плоскости самых неожиданных открытий, и они в любом случае будут носить комплексный характер. Он сравнил эти достижения с открытием воздухоплавания: «Мы думали, что, чтобы летать, нужно сделать крылья, прикрепить их к спине и махать ими как можно сильнее. Но полет человека произошел благодаря совсем другим открытиям, и человек улетел намного выше птицы». И еще одна мысль, казалось бы, очевидная, но вместе с тем звучавшая красной нитью: технологии датчиков, сенсоров, легких и энерго-экономных электродвигателей, новые материалы и, конечно, достижения в ИТ-отрасли (особенно все, что касается управлением big data, ибо наш мозг проделывает огромное количество операций, позволяя телу оперировать в 3D пространстве) - все эти достижения в комплексе приведут ко все более впечатляющим результатам. А значит, возможности медицины помочь человеку расширятся.

*Автор: Олег Никишенков
Сколково (sk.ru), Москва,
(16 сентября 2015 14:00)*

МЕДУСЛУГИ: ОЦЕНКИ РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Что не устраивает жителей нашей страны в сфере медицинских услуг и как они отзываются о государственных больницах и поликлиниках? Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) провел опрос, чтобы выяснить это. Большинство наших сограждан (60%) признались, что в случае болезни идут в государственные поликлиники. О своих правах по полису ОМС знает также большая часть респондентов.

Прежде всего они информированы о том, что наличие полиса дает возможность получить первичную медико-санитарную и скорую медицинскую помощь (по 71%), а также консультации узких специалистов (57%).

При этом две трети россиян (65%) оценивают качество медицинских услуг, которые предоставляются в государственных больницах и поликлиниках, в целом как низкое (чаще это отмечают люди с высоким достатком - 69%, нежели малоимущие - 59%).

В числе наиболее актуальных проблем российского здравоохранения, по мнению населения, - низкое качество медицинских услуг (50%) и недостаточный уровень профессиональной подготовки врачей (49%). Реже всего участники опроса жалуются на неэффективную работу страховых компаний, участвующих в системе ОМС (9%).

Около (38%) в случае болезни не обращаются в гос-поликлинику, объясняя это плохой организацией работы медучреждений. Среди причин называют большие очереди - 16%, невозможность записаться на прием - 8% и т. д. Кроме этого, возникает недоверие к медперсоналу (жалуются на некомпетентность - 10%, равнодушие врачей - 6%, грубость - 5% и т.д.). А некоторые не считают свои болезни серьезным поводом для посещения врача (16%).

Сказали о том, что обращаются к услугам платной медицины, лишь 8% опрошенных. Самолечением занимаются четверть респондентов - 25%. Пожилые люди ответили, что чаще посещают государственные поликлиники (71% старше 60 лет и 52% от 18 до 34 лет). А молодежь, напротив, пытается справиться с болезнями своими силами (31% от 18 до 34 лет и 17% старше 60 лет). К народным целителям идет только 1% респондентов. А 4% участников опроса при недомогании не предпринимают никаких действий, пуская все на самотек.

Опрос проведен среди 1600 человек в 130 населенных пунктах в 46 областях, краях и республиках России.

*Новости@Rambler.ru, Москва,
(22 сентября 2015 10:21)*

В РОССИИ ВВОДИТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ СТАНДАРТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

12 сентября 2015 года медицинскому сообществу была представлена информация об исследованиях, связанных с введением в лечебный процесс терапии острого коронарного синдрома антикоагулянтов, что явилось абсолютно новым для российской кардиологии способом вторичной профилактики ишемических событий.

Сердечно-сосудистые заболевания являются самой частой причиной смерти населения планеты: по данным ВОЗ, за один год от ССЗ умирают 17,5 миллиона человек. В Российской Федерации, по словам министра здравоохранения Вероники Скворцовой, за последние 10 лет удалось почти в 2 раза снизить смертность от этого вида заболеваний - с 1200 случаев на 100 тысяч населения до 650 случаев. Однако, несмотря на достигнутые успехи, Россия пока отстает по этим показателям от развитых европейских стран. В связи с этим введение новых клинических рекомендаций, позволяющих снижать смертность от этой группы заболеваний, является одним из самых актуальных направлений современной медицины.

О новых возможностях, которые могут позволить снизить количество смертельных исходов и улучшить результаты вторичной профилактики у пациентов после перенесенного инфаркта миокарда, эксперты рассказали на пресс-конференции, посвященной вопросам профилактики смерти после острого коронарного синдрома.

Руководитель лаборатории клинических проблем артериальной гипертензии Института кардиологии им. А.Л. Мясникова профессор Елизавета Панченко пояснила, что термин «острый коронарный синдром» используется в случаях, когда диагностической информации недостаточно для окончательного суждения о наличии или отсутствии очагов некроза в миокарде. Понятие «острый коронарный синдром» включает в себя ряд заболеваний, связанных с обструкцией коронарных артерий, в частности нестабильную стенокардию и инфаркт миокарда. Таким образом, ОКС - это рабочий диагноз в первые часы заболевания. Статистика нынешних регистров показывает, что каждый пятый пациент, переживший острый коронарный синдром, погибает в течение 5 лет. Причем более 70% смертей происходит не в стационаре, где больным оказывается своевременная помощь, а уже после того, как пациент переходит на амбулаторное лечение.

В основе инфаркта миокарда, рассказала профессор Панченко, лежит тромбоз, в результате которого перекрывается коронарная артерия. Сам тромб состоит из тромбоцитов и связывающего их фибрина, поэтому в лечении острого коронарного синдрома важны два вида лекарств: препараты, влияющие на тромбоциты (антиагреганты), и препараты, влияющие на образование фибрина (антикоагулянты). К сожалению, отметила профессор Панченко, использование двойной антитромбо-

цитарной терапии далеко не идеально. Больные, которые получали такую терапию, в 10% случаях переносят повторные ишемические события в течение ближайшего года после события.

Огромную популярность в XX веке приобрел варфарин, продолжила Панченко. Лечение варфарином позволяет достаточно эффективно предотвращать ишемические события, однако его применение имеет высокий риск дополнительных кровотечений. Кроме того, из-за длительности начала и окончания действия варфарина управление дозировкой сильно затруднено, его применение требует постоянного контроля: не менее раза в месяц пациент должен контролировать показатели крови в лабораторных условиях. В результате больные часто прекращают применение варфарина.

Именно потому важным прорывом современной медицины явилось появление новой группы пероральных препаратов, одним из представителей которых является антикоагулянт ривароксабан. Эти препараты обладают более быстрым и предсказуемым действием, чем варфарин. Так, по результатам исследования, добавление ривароксабана к стандартной терапии позволило снизить на 32% риск смерти от всех причин у пациентов после ОКС. Впрочем, риск кровотечений при терапии новым препаратом все же остается, однако при этом количество внутримозговых кровотечений со смертельным исходом не превышает количество случаев в контрольной группе, использующих плацебо. Кроме того, в группе больных, перенесших инфаркт миокарда, и без инсульта или транзиторной ишемической атаки в анамнезе вероятность данного побочного эффекта еще ниже.

Ведущий научный сотрудник лаборатории клинической кардиологии физико-химической медицины ФМБА России Игорь Явелов отметил, что поиски альтернативы варфарина велись на протяжении всего XX века, так как лекарство оказалось очень непростым в использовании и для врача, и для больного. Оно накладывает множество ограничений, связанных с необходимостью лабораторного контроля. Кроме того, лекарство должно быть очищено от других препаратов и приниматься в строгих диетических рекомендациях, из-за чего общая приверженность больных к лечению крайне низка.

К сожалению, исследования нового антикоагулянта показали, что не все сферы применения варфарина перекрываются новыми препаратами. Кроме того, заметил Явелов, в ряде случаев эти лекарства взаимоисключают друг друга и могут вызвать высокий риск кровотечения. Однако уже сейчас выявлены группы больных, таких как пациенты с мерцательной аритмией или тромбоэмболией легочных артерий, где терапия новыми антикоагулянтами уже на первых этапах лечения оказывается такой же эффективной, как и сложный режим применения варфарина с последующим подбором дозы и длительным лечением. И самое главное, что использование лекарства в виде таблеток оказалось не только существенно более безопасным, но и более дешевым для стационара.

Разумеется, сказал Явелов, основным способом лечения большинства пациентов с инфарктом миокарда является стентирование, однако оперативное вмешательство ни в коем случае не отменяет медикаментозной терапии, которая еще больше повышает выживаемость больного. Назначение препарата, сказал он, не зависит от типа и наличия реваскуляризации: «Было стентирование или не было - это не имеет значения. Здесь важно только наличие самого инфаркта».

Профессор кафедры кардиологии и общей терапии Государственной медицинской академии управления делами президента РФ Дмитрий Затеищikov дополнил, что новая методика применения комбинированного перорального лечения с использованием малых доз антикоагулянта больным в стационаре прошла длительный период исследований, к которым было привлечено 15 тысяч пациентов. Исследования продолжались в среднем в течение года, а в ряде случаев - в течение двух и более лет. Причем изучались не все больные, а только пациенты с высоким риском неблагоприятного течения заболевания. Результатом этих исследований стала статистически достоверная картина частоты смертности от инфаркта и инсульта и частоты крупных кровотечений и смертей, которые развились не в связи с операциями коронарного шунтирования.

К сожалению, добавил Затеищikov, новая терапия в 2,8 раза увеличивает риск кровотечений. Одновременно он подтвердил слова Панченко о том, что риск смертельных, в том числе смертельных внутримозговых, кровотечений в сравнении с плацебо не увеличился. «Кроме того, несмотря на повышение риска кровотечения, - сказал Затеищikov, - уменьшилась общая смертность больных. Так, на каждую тысячу пролеченных пациентов предотвращается 14 смертей от сердечно-сосудистых причин, 7 тромбозов стента и 16 смертей от любых причин. При этом мы получаем 12 крупных кровотечений на каждую тысячу больных, но польза от лечения значительно превышает риски от побочных эффектов». В соответствии с этими данными новая терапия постепенно вводится в клинические рекомендации.

Новая терапия не станет методикой, применимой ко всем больным с острым коронарным синдромом, которая будет автоматически назначаться в любом случае лечения болезни, добавил он. Существуют критерии риска, по которым больные не включались в группы исследования. Сюда не подходят люди с высоким риском кровотечения и больные с инсультом либо транзиторной ишемической атакой в анамнезе, а также пациенты, которым требуется длительное применение антикоагулянтов в гораздо более высокой дозе, например больные с мерцательной аритмией.

В настоящее время, добавил Затеищikov, возможность использования ривароксабана отмечена в российских рекомендациях по лечению инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ. Кроме того, новые стандарты опубликованы Министерством здравоохранения

этим летом, куда препарат также включен. В дальнейшем есть основания полагать, что такая терапия уже осенью будет рекомендована и для других случаев инфаркта (без подъема сегмента ST). Новая терапия, по словам Затеищикова, введена в систему финансирования по линии ОМС, а сам антикоагулянт ривароксабан включен в перечень жизненно важных лекарственных средств, а также вошел в перечень федеральной программы «Обеспечение необходимыми лекарственными препаратами» (ОНЛП), по которому с марта 2015 года особые категории граждан - инвалиды, ветераны Великой Отечественной войны и др. - будут иметь возможность получать его за счет средств федерального бюджета.

*Ярослав Агафонников,
РИА АМИ (ria-ami.ru), Москва,
(21 сентября 2015 14:34)*

ЭКСПЕРТЫ СНГ ДОРАБОТАЮТ ДОКУМЕНТЫ ПО СОТРУДНИЧЕСТВУ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

29-30 сентября 2015 года в Исполнительном комитете СНГ в Минске (ул. Кирова, 17, зал 303) состоялось заседание экспертной группы по доработке проекта Протокола о внесении изменений и дополнений в Соглашение о сотрудничестве в области охраны здоровья населения от 26 июня 1992 года и проекта Концепции сотрудничества государств - участников Содружества Независимых Государств в области противодействия онкологическим заболеваниям.

В частности, в Соглашении планируется закрепить нормы, согласно которым договаривающиеся стороны будут обязаны осуществлять оперативный обмен информацией в области общественного здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения при возникновении чрезвычайных ситуаций, имеющих международное значение, и о принимаемых ответных мерах, принимать согласованные меры, направленные на предупреждение завоза, распространения и ликвидацию на территориях стран СНГ инфекционных и массовых неинфекционных болезней (отравлений), продукции (товаров), опасных для здоровья человека, последствий чрезвычайных ситуаций, а также актов терроризма с применением биологических агентов, химических и радиоактивных веществ.

Кроме того, предлагается изменить статьи Соглашения, регламентирующие выход или присоединение к нему других государств.

Поправки в Положение о Совете по сотрудничеству в области здравоохранения Содружества Независимых Государств вносятся в связи с принятием Общего положения об органах отраслевого сотрудничества СНГ. Согласно им функции секретариата Совета будут возложены на орган госвласти государства - участника Содружества, руководитель которого председательствует в Совете, совместно со структурным подразделением Исполкома

СНГ. Заседания Совета будут проходить не два, а один раз в год. Председательствовать в Совете будет каждая из стран поочередно в порядке русского алфавита.

Вторым документом, который рассмотрят эксперты в Минске, станет проект Концепции сотрудничества государств - участников Содружества Независимых Государств в области противодействия онкологическим заболеваниям.

Документ определяет основные принципы согласованных действий в сфере профилактики, ранней диагностики и лечения онкозаболеваний, а также меры медицинского, экономического, правового и социального характера, направленные на сохранение, укрепление здоровья человека, поддержание его активной долголетней жизни.

При этом основными направлениями сотрудничества в данной сфере станут разработка приоритетных направлений и проведение совместных исследований в области онкологии, оптимизация использования и внедрение в практику работы научных, технических и других достижений в деле профилактики, ранней диагностики и лечения рака, взаимодействие в обучении, переподготовке и повышении квалификации специалистов, организация и проведение международных форумов по актуальным вопросам онкологии.

Концепция предусматривает ряд организационных и практических мер, направленных на противодействие онкологическим заболеваниям.

Кроме того, в проекте Концепции прописаны меры по улучшению качества обучения и повышению квалификации специалистов, проведению научных исследований и контролю за онкоэпидемической ситуацией в государствах.

После окончательного согласования экспертами проекты Протокола и Концепции будут в установленном порядке внесены на рассмотрение Совета глав правительств Содружества.

*Герман Напольский
Evrasesnews.ru, Москва,
(27 сентября 2015 19:20)*

ВЕРОНИКА СКВОРЦОВА: РОССИЯ ВСТУПИЛА В ЭТАП АКТИВНОГО РАЗВИТИЯ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В Нью-Йорке состоялась 70-я сессия Генассамблеи ООН. RT встретился в США с министром здравоохранения Российской Федерации Вероникой Скворцовой. Она рассказала о том, как приняли российскую делегацию, а также об успехах страны в борьбе с неинфекционными заболеваниями, курением и алкоголизмом.

«Именно наше мероприятие посвящено проблеме, в которой Россия является признанным лидером, и атмос-

фера была прекрасной. Каждый из выступающих благодарил РФ за инициацию тех вопросов, которые впервые вошли в политическую повестку дня. И для нас было очень приятно, что мы были инициаторами обсуждения проблем здорового образа жизни и неинфекционных заболеваний и в 2011 году и сегодня», - сказала Скворцова.

При этом, по ее словам, когда ВОЗ подвела итоги динамики показателей эффективности развития ситуации в странах по неинфекционным заболеваниям, Россия попала в тройку лучших. США не попали даже в десятку лучших стран по этому показателю, отметила министр.

«Мы существенно шагнули вперед с 2011 года», - подчеркнула она.

По словам главы Минздрава РФ, все страны отметили, что за Россией - не только лозунги, но и результаты, а также разработка эффективных механизмов реализации тех задач, что были поставлены 5 лет назад.

Она пояснила, что неинфекционные заболевания - это сосудистые, онкологические, неврологические заболевания, болезнь Альцгеймера, сахарный диабет и другие. «С конца 20 века неинфекционные заболевания стали лидерами смертности, 68% всех смертей на Земле ежегодно происходит из-за неинфекционных заболеваний, причем треть этих смертей - это предотвратимые смерти», - подчеркнула Скворцова.

Министр здравоохранения добавила, что 21 век усугубил ситуацию, и теперь речь, по сути, идет о глобальной проблеме неинфекционных заболеваний. «Именно поэтому неинфекционные заболевания вошли в цели стабильного развития, которые объявляет Генассамблея ООН с 2015 по 2030-е годы. Важнейшее направление - это снижение предотвратимой смертности на 30% до 2030 года», - сказала она.

Говоря о ситуации внутри страны, Скворцова рассказала, что менее чем за 10 лет, с 2006 года в России общая смертность снизилась на 14%, а смертность от неинфекционных заболеваний - на 17%. При этом среди лиц трудоспособного возраста количество смертей уменьшилось на 25%, смертность от инсультов снизилась в 2 раза.

«Важно сказать, что формирование здорового образа жизни является важным вкладом в проблему снижения смертности, - подчеркнула глава Минздрава. - За последние 3-5 лет мы сумели впервые за 25 лет снизить потребление табака в России на 17% благодаря мощной антитабачной компании. Мы также снизили потребление алкоголя, и у нас за три года на 19% снизилось число больных алкоголизмом».

Ситуация развивается позитивно, отметила она. Но, как многие отмечают, сейчас заканчивается «период начала» и Россия вступает в этап самого активного поступательного развития.

Что касается онкологии, главным результатом последних двух лет, по словам Скворцовой, является существенное повышение активной выявляемости - она уже превысила 50%. При этом если онкологические заболевания

выявляются во время диспансеризации, то 70% случаев - это первая-вторая стадии, то есть абсолютно излечимые, добавила министр.

«Второй момент: все современные международные протоколы лечения онкологических заболеваний мы внедрили - это касается и хирургического лечения, и химиотерапии. Более того, химиотерапия полностью вошла в программу государственной гарантии, и она должна полностью оплачиваться каждому больному онкологическими заболеваниями», - подчеркнула Вероника Скворцова.

*Russia Today (russian.rt.com), Москва,
(26 сентября 2015 5:26)*

РЕНАТ АКЧУРИН: «НУЖНО ВОЗРОЖДАТЬ МАССОВУЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ И ИНСТИТУТ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ»

Несмотря на явные успехи последних лет, кривая сердечно-сосудистых заболеваний вновь поползла вверх, что стало особенно заметно в 2015-м, который объявлен годом борьбы с этими недугами.

По уровню летальных исходов в результате осложнений от них наша страна обретается в числе «лидеров». Причем в 40 процентах случаев гибнут сограждане наиболее трудоспособного возраста.

Мы беседовали с академиком РАН, президентом Международного хирургического общества имени М. Дебейки, лауреатом Госпремии СССР и РФ - легендарным кардиохирургом Ренатом Акчуриным.

культура: Мировая кардиология развивается, поражая воображение. Так, недавно американским ученым удалось в лабораторных условиях вырастить первое в истории настоящее человеческое сердце из стволовых клеток, взятых из тканей кожи. С другой стороны, инженеры все ближе подбираются к конструированию технических систем, заменяющих наш «пламенный мотор». Что можно сказать о перспективах подобных био- и техноподходов?

Акчурин: А вы видели это выращенное, я уж не говорю про механическое, сердце воочию? Я лично - нет, только интересные сообщения слышу. Надо понимать, что создание любого полноценно работающего человеческого органа - задача, мягко говоря, непростая. Тем более - сердца. Ведь каждый из них находится в сложнейшей гармонии со всеми системами организма. В любом случае, пройдет еще немало лет, прежде чем удастся приблизиться к цели. Хотя в техническом направлении мы видим огромный прогресс, произошедший всего за несколько десятилетий. Не последнюю роль здесь сыграют нанотехнологии, новые материалы, не вызывающие тромбозов и эмболии. Однако у человеческого организма все-таки, как мне кажется, гораздо больше измерений, нежели у сегодняшних инженерных подходов к нему.

культура: В нулевые много писали о таких передовых методах в кардиологии, как ударно-волновая терапия, неинвазивная контрпульсация, лечение стволовыми клетками и магнитным полем. Какие из этих технологий широко пошли в практику?

Акчурин: Могу определенно сказать, что, например, ударно-волновая терапия для лечения сердечно-сосудистых недугов - тупиковое направление. Она «антипатолофизиологична». Просто некоторые западные компании, поставившие на рынок это оборудование, активно спродюсировали медийный шум вокруг самого метода и тех медиков, которые взялись его применять. Впрочем, и у неинвазивной контрпульсации я не вижу будущего. Невозможно «выдавить» из человека здоровье. Пациент - не кукла, которую можно надувать и спускать. Очень жалко, что некоторые наши врачи, забыв о школе великого физиолога Ивана Павлова, также повелись на моду. Совсем другое дело - аутостволовые клетки, то есть взятые из тканей самого пациента. Думаю, их имплантация сможет эффективно помогать больным с тяжелой неконечной стадией сердечной недостаточности, а также хирургам - в борьбе с серьезными последствиями послеоперационных инфекций, большими раневыми процессами. Но надо, чтобы этим занимались системно - по общегосударственной программе, а не от случая к случаю в разных институтах и клиниках. Ведь программа требовала бы и определенных профессиональных и юридических прерогатив для врачей, использующих такой метод. Повторюсь, речь идет именно о собственных клетках пациентов и ни в коем случае - об эмбриональных, получаемых в абортариях. Кроме этической неприемлемости, последний вариант, с чисто биологической точки зрения, чреват заражением чужими болезнями, генетическими отклонениями.

культура: В качестве перспективного медицинского хай-тека часто называются нанотехнологии, лазеры и ультразвук. Недавно в Израиле была проведена уникальная операция: стентирование коронарной артерии с использованием растворяющегося стента. Насколько Вы заинтересуетесь новыми веяниями?

Акчурин: Стараюсь отслеживать все новинки и тренды. Ультразвуковое направление в разных областях медицины было сильно развито в СССР. Еще в 1972 году была присуждена Госпремия за использование ультразвука при «сварке» костей. Одним из соавторов этого метода был известный ректор Первого меда Владимир Иванович Петров. Ультразвуковые волны сегодня пытаются использовать и для разрушения тромбов в сосудах. Так же, как и вибрацию, лазерные импульсы. Но здесь все гораздо сложнее: раздробить тромб - это полдела, нужно предотвратить дальнейший тромбоз. Ведь тромб оседает на поврежденную стенку сосуда, и необходимо как-то подлечить ее, чем-то «замазать». У нас в свое время с Владимиром Торчилиным (известный ученый-биохимик. - «Культура») возникла интересная задумка - переносить меченные радиоактивным железом молекулы гепарина

(вещество, препятствующее свертыванию крови) в точку, где шит сосуд, и удерживать их там некоторое время магнитом снаружи тела. Идея была отличная! Уверен, она была бы воплощена в жизнь, если бы наши реформаторы не развалили науку, и в частности, торчилинскую лабораторию в 90-х. Он вынужден был уехать в Штаты. К сожалению, сам я воплотить эту идею не могу - нужна хорошая экспериментальная база, госпрограмма исследований.

культура: А каков нынче баланс между классическим шунтированием и стентированием? Доводилось читать в популярной прессе, что первый метод вот-вот уйдет в историю...

Аккурин: Мне как практикующему хирургу бывает забавно слышать такие «продвинутые» прогнозы. Понимаешь, что отдельные люди и человечество в целом способны ошибаться очень сильно. В политических и экономических сферах такие вот ошибки приводят к голоду и войнам. Поверьте: в кардиохирургии еще долго придется прибегать к ангиопластике сосудов, то есть расширению их с помощью стентов, а также к шунтированию, то есть созданию обходного пути для кровотока с помощью сосудов, вырезанных из другого участка тела (шунтов). Причем между использованием того и другого будет сохраняться нынешний паритет. Кстати, сегодня все чаще приходится иметь дело с больными, у которых в пораженных сосудах стоит уже много стентов, не справляющихся со своей задачей. Их приходится убирать вместе со всеми бляшками и пришивать шунты.

культура: Уменьшается ли сегодня в России разрыв между высокотехнологичной медициной в специализированных центрах и первичным лечебным звеном? Евгений Чазов утверждает, что эффективная работа на уровне районной поликлиники может снизить смертность в стране наполовину.

Аккурин: Я давно не контактирую с первичным лечебным звеном, работая в научно-исследовательском медицинском учреждении, поэтому не могу здесь дать качественную экспертную оценку. Евгений Иванович абсолютно прав, указывая на важнейшую не только терапевтическую, но и просветительскую роль районных врачей, на необходимость возвращения к массовой диспансеризации населения, успешно проводившейся в Советском Союзе. Никакой «семейный доктор», якобы по всем проблемам, не заменит профильных специалистов поликлиники. Кроме того, этот путь России совершенно не подходит как массовый. За каждой семьей врача некрепишь. А вот советский институт участковых врачей надо возрождать в полном объеме. Надо признать, основная масса больных в специализированные центры поступает и сегодня по направлению из районных поликлиник. Для качественного улучшения этого процесса, на мой взгляд, давно назрела необходимость в создании электронной базы, где отражался бы рейтинг специализированных клиник, говорящий о том, какая из них лучше подготовлена к лечению тех или иных не-

дугон. Причем список этот должен динамично меняться каждый год.

Кроме того, нужно усиливать в СМИ, особенно по центральным каналам телевидения, социальную пропаганду вреда курения и злоупотребления алкоголем.

культура: Каковы, на Ваш взгляд, главные риски отечественной кардиологии в контексте общих проблем здравоохранения? Что бы Вы при этом назвали явными достижениями?

Аккурин: В числе последних отмечу борьбу с артериальной гипертензией. Была всесторонне прослежена связь сосудистой гипертензии и целой цепочки катастроф в организме, которые приводят к инвалидности и к смерти. Здесь хорошо сработал союз между неврологами и кардиологами. Благодаря усилиям нынешнего министра здравоохранения Вероники Скворцовой в придачу к федеральным центрам сердечно-сосудистой хирургии появились чисто сосудистые центры, где на потоке проводится ангиография (контрастное рентгенологическое исследование кровеносных сосудов. - «Культура»), являются критические больные и выполняется первичная хирургическая помощь. Явным прорывом стало и заметное снижение смертности у детей с врожденными пороками, которое удалось достичь после строительства ряда современно оснащенных перинатальных центров.

Среди недоработок назвал бы, например, серьезное отставание России в лечении хронической тромбоэмболии легочной артерии. Это серьезное заболевание с высоким уровнем летальности. А в более широком плане много нерешенных проблем с лечением возрастного атеросклероза сосудов головного мозга, артериальной гипертензии, наконец, ишемической болезни сердца и мозга.

Конечно, это общемировые заболевания, но в России вопрос стоит особенно остро: ведь народ у нас по-прежнему много курит и пьет, дено и ночно потребляет всевозможные жиры, нарушает любые режимы. Из-за санкций или по другим причинам, но импорт одного из самых вредных для сосудов жира - пальмового масла - ныне резко вырос. И это настоящая беда. Нужны draconic measures, чтобы остановить эту тенденцию! Я в 90-е годы много оперировал на острове Маврикий, где пальмовое масло в ходу. Так вот, там я сталкивался с массовым атеросклерозом независимо от возраста и пола, связь которого с пищевым рационом четко прослеживалась.

культура: Медики сходятся во мнении, что в 90-х здоровье нации оказалось на угрожающе низком уровне. С начала нулевых ситуация постепенно выправлялась, но, увы, недавно глава Минздрава констатировала, что смертность в большинстве регионов вновь растет...

Аккурин: Ситуация действительно тревожная. Понятно, что разные слои населения испытывают большие стрессовые нагрузки, связанные с экономическими и социальными проблемами, нарастанием в мире политического напряжения. Как медик могу сказать, что нет альтернативы совершенствованию системы национального

здравоохранения, увеличению и улучшению структуры его финансирования. Самое пристальное внимание надо обратить также на подготовку будущих врачей. Мы не имеем права допустить падения квалификации, которое, к сожалению, намечилось.

культура: Всего три года назад Российский конгресс кардиологов собрал одновременно президентов 14 европейских национальных кардиологических обществ. Звучали тезисы о «глубокой интеграции российской кардиологии в мировое профессиональное сообщество». Изменилась ли ситуация сегодня после активизации противоборства Запада с Россией?

Аккурин: Я уверен, что наши профессиональные и дружеские связи с зарубежными коллегами не пострадали и не прервутся. Говорю об этом уверенно, поскольку регулярно с ними общаюсь. Не почувствовал я никакого охлаждения отношений - ни в Лондоне на конгрессе Европейского общества кардиологов в этом году, не вижу этого и по своей переписке с американскими врачами.

культура: В середине 80-х годов Вы стажировались в США у самого Майкла Дебейки, хорошо знаете и европейскую медицинскую систему. Стоит ли у них чему-то учиться? В одном из интервью Вы признавались, что жить и работать в Америке Вам тогда не слишком понравилось...

Аккурин: Да мне и сегодня не понравилось бы в США: у них иное мышление, часто непривычные нам человеческие реакции. В профессиональном же плане - у них совсем другая медицина. В американских муниципальных клиниках откровенно мало специалистов по медицинским направлениям. У моей жены, например, возникла там острая пищевая аллергия с высыпанием на коже. Так вот, ее консультировал по этому поводу лор-врач, который по совместительству также считался аллергологом. Такая комбинация довольно далеких друг от друга специализаций не несет ничего хорошего. Что, собственно, и подтвердилось позже: супругу вылечили аллергологи из 2-го меда Москвы.

культура: Так у нас сегодня тоже сливают врачебные профессии, соединяют, «оптимизируют», государственные лечебные заведения. Зато рядом возникают коммерческие центры, где один медик может за хорошие деньги проконсультировать чуть ли не по всем болезням. А потом послать на аппаратную диагностику в те же специализированные государственные центры...

Аккурин: По-моему, это и есть та недопустимая коммерциализация здравоохранения, о которой говорил Владимир Путин на недавнем форуме ОНФ по медицинской тематике. Повторюсь, в СССР была фантастически эффективная система диспансерного наблюдения, которую надо возродить во что бы то ни стало. Речь идет о диспансеризации ревматиков, туберкулезников, язвенников, гипертоников, больных сахарным диабетом. Государство ведь за этим следило, выделяло средства; вот и казалось, что это само собой разумеется и так будет всегда. Ныне нам нужно, как в известном триллере,

«вспомнить все». При этом мы должны понять, что западная подготовка врачей отнюдь не лучше той, что была у нас в Отечестве.

культура: В 1996-м Вы провели знаменитую операцию шунтирования Борису Ельцину. Считаете ли Вы ее своей вершиной или были и более значимые?

Аккурин: То, что мне доверили оперировать главу государства, стало, конечно, потрясающей удачей. Тогда собрался целый консилиум зарубежных консультантов - светил хирургии. Кроме Майкла Дебейки, был его помощник Джордж Нун, немцы Аксель Хаверик и Тортон Валерс. Все они очень помогли, но в особенности, разумеется, Дебейки. Что касается сложности операции, то были и потруднее. Я хорошо запомнил, как однажды пришивал обе кисти солдату, который потерял их, заснув на железнодорожных путях. Мне пришлось тогда, почти не отрываясь, просидеть, оперируя у микроскопа, 25 часов. В другой раз я пришивал семилетней девочке четыре пальца, отрезанные в пионерлагере хлеборезкой. Это была тончайшая работа! Представляете, насколько мне было приятно, когда она пришла уже 17-летней девушкой, держа этими пальцами огромный букет цветов! Была и пианистка, которую я оперировал в июне, а в августе она вышла на работу, и никто не узнал, что она лишилась пальцев. Эти операции положили начало другому подходу к коронарной микрохирургии в России. Однако, по совести говоря, отечественным приоритетом это нельзя назвать: мы внимательно изучали опыт китайских ученых 6-го народного госпиталя в Шанхае, которые первыми начали реплантацию кистей и пальцев.

культура: Помните, сколько всего операций Вы провели?

Аккурин: Недавно попытался подсчитать: получилось около 12 000. Некоторые из бывших моих пациентов периодически приходят - я чувствую, что у меня есть как бы огромная семья...

культура: Какими профессиональными и человеческими качествами должен обладать хирург?

Аккурин: Главным, кроме профессионализма, должно быть железное спокойствие. Даже в самых экстренных ситуациях ничего нельзя предпринимать, не обдумав. Если ты дашь пролезть в твое сердце страху, то не сможешь больному. Ну а тот, в свою очередь, обязан доверять лечащему врачу. И интересоваться своим здоровьем - то есть помогать тактике лечения. Конечно, нужны врачу и общая культура с образованностью - иначе он не сможет стать сильным мастером своего дела. Могу, правда, признаться, что ходить в театр, смотреть кино, читать художественную литературу удается не часто: работа хирурга такова, что к концу дня сил не остается почти ни на что.

культура: Имеет ли для Вас какое-либо значение вера? Ведь врач постоянно сталкивается со страданиями, смертью. Пытались ли Вы найти дорогу к Богу?..

Аккурин: Пытаюсь постоянно, стараюсь понять для себя это измерение. Не могу сказать, что точно определился. Скорее, нахожусь в процессе.

культура: Чем Вам представляется человеческое сердце - просто насосом или вдобавок вместилищем некой духовной субстанции?

Акчури: Насчет «вместилища» не знаю, но сам чувствую: сердце - божественное создание. Сила и способность этого «насоса» переносить запредельные нагрузки и потрясения просто изумляют. Что-то есть в этом органе, что превосходит известные нам физиологические характеристики. Разумеется, я говорю о сердце, интегрированном в сложнейшие системы регуляции всего организма. Это относится не только к человеку. Поистине внутренняя «инженерия» любого живого существа достойна восхищения!

культура: Ренат Сулейманович, Вы - состоявшийся человек, явно оставивший след в истории страны и в личной биографии тысяч людей. Есть ли какая-то цель, которую считаете еще не достигнутой?

Акчури: Цели рождает текущее время. Каждый раз, когда иду в операционную, я знаю, что меня ждет совершенно уникальная работа. Из этого возникает цель - спасти конкретного человека. Я знаю, что могу помочь, когда у пациента поражены сразу несколько систем и предстоит комбинированная операция. С удовольствием работаю в одной команде с онкологами, когда одновременно удаляется опухоль и оперируется сердце. Разумеется, я бы хотел заглянуть в будущее, когда удастся вырастить или сконструировать сердце-трансплантат. Но это, скорее, мечта. А более реальной целью для меня является та, чтобы мои внуки пошли вслед за мной по медицинскому пути. Дети, к сожалению, выбрали другие профессии... Но насильно толкать их в хирургию тоже не буду - пусть сами выберут судьбу и призвание.

*Автор: По инф. Portal-kultura.ru
Мои года (moi-goda.ru), Иркутск,
(29 сентября 2015 6:11)*

МИНЗДРАВУ ПРЕДЛОЖИЛИ ВОССОЗДАТЬ ВЫТРЕЗВИТЕЛИ

Как выяснили «Известия», общественный совет при МВД предлагает вернуть вытрезвители и законодательно закрепить их деятельность в структуре Минздрава.

Глава совета, член Общественной палаты, адвокат Анатолий Кучерена отмечает, что, проанализировав ситуацию, сложившуюся в России с оказанием нетрезвым гражданам медпомощи, общественники пришли к выводам, что срочно необходимо постановление правительства или закон, который позволит создать на базе Минздрава специализированные центры. Однако эксперты опасаются, что отрезвлять будут не только медики, но и полицейские. В Минздраве инициативу главы общественного совета при МВД не комментируют.

Анатолий Кучерена рассказал «Известиям», что вопрос о возрождении вытрезвителей в России стал обсуж-

даться на совете после того, как была проанализирована ситуация с оказанием неотложной помощи нетрезвым.

- Мы пришли к выводам, что срочно необходимо постановление правительства или закон, который позволит создать на базе Минздрава специализированные центры, где будут оказывать такую помощь, - говорит общественник.

Он считает, что законодательно необходимо определить, кто именно будет доставлять нетрезвых граждан (в зависимости от степени опьянения - домой или в специализированные центры).

- Это будут представители скорой помощи или волонтеры добровольческих благотворительных служб, как это происходит в Европе и Америке, - поясняет Анатолий Кучерена. - Особенно полезны волонтеры зимой, когда подвыпившие могут уснуть прямо на улице и замерзнуть.

По словам главы общественного совета при МВД, после того как в 2011 году система вытрезвителей прекратила существование в связи с принятием закона «О полиции», граждан в состоянии сильного алкогольного опьянения и алкогольной комы стали доставлять в больницы.

- Но тогда выяснилось, что финансирование этой деятельности спустили на местные бюджеты, не выделив отдельных ресурсов. Получилось, что наркологическую помощь стали оказывать за счет финансирования нужд регионального здравоохранения, - говорит Кучерена.

В результате практически сразу после того как заботу о нетрезвых передали Минздраву, в этом ведомстве стали говорить, что систему нужно восстановить. В частности, об этом говорил в 2012 году главный нарколог Минздрава Евгений Брюн.

- Мы долго сопротивлялись закрытию вытрезвителей, - заявлял он. - Мы аргументировали свою позицию тем, что это не больные, а нарушители общественного порядка. В системе МВД обязательно нужны вытрезвители, чтобы изымать с улиц правонарушителей в алкогольном опьянении.

В свою очередь, глава Минздрава Вероника Скворцова предложила вернуть систему медицинских вытрезвителей, ликвидированную четыре года назад, но не в МВД, а создать для этого какую-нибудь структуру. Об этом она заявила в марте 2015 года на расширенном заседании комитета Совета Федерации по социальной политике:

- Наша принципиальная позиция, которую озвучивали еще предыдущие команды Министерства здравоохранения и социального развития, - необходимость сохранения той системы, которая была всегда. Это должны быть вытрезвители - специальная система, которая дает возможность человеку быть вне опасности, не замерзнуть на улице, не попасть в какую-то сложную ситуацию. Но быть эти вытрезвители должны не в системе Минздрава, а оплачивать их должен сам гражданин.

Проведенный «Левада-Центром» социологический опрос показал, что инициативу по восстановлению вытрезвителей граждане поддерживают. Социологи 21-24

августа 2015 года опросили 800 человек в 134 населенных пунктах страны. Опрос показал, что 80% респондентов высказались за возрождение системы вытрезвителей, против инициативы - всего 14%, еще 6% затруднились с ответом.

Директор Института наркологического здоровья нации Олег Зыков уверен, что вытрезвители не должны быть в системе МВД и оплачивать их должен сам гражданин.

- Я считаю, что эти учреждения должны быть в системе Минздрава. Главное, чтоб отрезвляли россиян только медики, без вмешательства полицейских, - поясняет Олег Зыков.

По его словам, закрытие вытрезвителей осенью 2011 года произошло в большей степени из-за того, что власть поняла, что этот институт был несостоятельным в своей основе, поскольку в нем были смешаны две функции - медицинская и правоохранительная.

- Я долгое время входил в правительственную комиссию по профилактике правонарушений и готовил материалы для правительства, на основании которых принималось решение о закрытии вытрезвителей. Если в советских вытрезвителях обворовывали, то в российских еще насиловали и пытали, - рассказывает «Известиям» Зыков.

Он утверждает, что граждане, попадавшие в вытрезвитель, оказывались в замкнутом пространстве, где не могли себя защитить.

- Один из вопиющих случаев, который я разбирал как член Общественной палаты, произошел в Арзамасе весной 2009 года. Там некий милиционер зверски изнасиловал женщину. Суд позже приговорил его 6,5 года тюрьмы. В январе 2010 года в городе Томске в вытрезвителе милиционером был смертельно ранен журналист МК Константин Попов. Суд приговорил милиционера-убийцу к 12 годам тюрьмы, - отмечает директор Института наркологического здоровья нации.

Олег Зыков уверен, что возрождать в стране вытрезвители, чтобы они снова превратились в места смерти, нельзя. По его мнению, решение проблемы стоит разделить на три части. Первая - это когда человек просто пьян, то за ним должна выехать специальная служба по перемещению домой (аналоги существуют в разных странах, например, «Красный нос» в Канаде).

- Вторая часть - это когда человеку требуется лечение. Его доставляют в отделение неотложной наркологической помощи, которое есть пока только в Томске, а должны быть созданы во всех городах страны при наркологических диспансерах, - считает Олег Зыков. - А вот полиция должна появляться только в третьем варианте - когда человек в алкогольном опьянении совершает противоправное действие, его доставляют в отделение. Туда полицейские должны будут вызвать специалистов службы по перемещению, которые и определяют его состояние. Если опьянение не опасно для жизни, то он может остаться в полиции, а если ему требуется медицин-

ское вмешательство, тогда его в сопровождении стража порядка отправят в отделение неотложной наркологической помощи.

Напомним, что в России медвытрезвители были ликвидированы осенью 2011 года по указу президента Дмитрия Медведева, подписанному им в 2009 году, «О мерах по совершенствованию деятельности МВД».

Как утверждают эксперты Всемирной организации здравоохранения, в России зарегистрировано 2,5 млн алкоголиков, то есть людей, которым диагноз алкоголизм поставлен официально.

По данным Минздрава, каждый гражданин России в среднем за год потребляет 14 л алкоголя. Причем эта статистика учитывает и грудных младенцев, так что реальная цифра потребления взрослыми алкоголя, считают эксперты, значительно выше. Согласно данным МВД, из-за отсутствия отлаженной системы экстренной медицинской помощи нетрезвым в стране только за прошлый год погибли от отравления алкоголем и наркотиками около 45 тыс. человек.

Справка «Известий» Первый вытрезвитель в России появился еще в 1902 году в Туле и назывался он «Приют для опьяневших». Организовал это заведение тульский врач Федор Архангельский, чтобы «дать бесплатное помещение, уход и медицинскую помощь тем лицам, которые будут подбираемы чинами полиции или иным способом на улицах Тулы в тяжелом и бесчувственно пьяном виде и которые будут нуждаться в медицинской помощи».

В чьи руки попадут пьяницы, еще только предстоит решить.

*Автор: Александр Раскин
Известия, Москва,
(7 октября 2015 6:00)*

В РОССИИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НОВАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ ОНКОБОЛЬНЫХ

В Москве состоялось специальное экспертное совещание, на котором был представлен доклад о развитии ситуации в системе финансирования онкологической службы и российской онкологии в целом.

Доклад получил высокую оценку, так как отвечает призыву Всемирной организации здравоохранения развивать новые подходы в медицине, которые должны быть ориентированы на пациента, и вместе с тем объединять различные сектора экономики, что позволит решать медицинские проблемы путем разделения финансового бремени между этими секторами.

В частности, такое разделение привходящих финансовых потоков позволит радикально изменить состояние детской онкологии, которая, с одной стороны, демонстрирует общую ситуацию с доступностью лечения в онкологии, а с другой - имеет свои позитивные особенности, в

частности, намного лучше поддается лечению. К сожалению, в терапии этого вида заболеваний существует серьезная объективная проблема, с которой сталкиваются и российские врачи, и их пациенты, - слабая возможность использования мировых технологий, которые являются общепризнанными международными стандартами лечения и должны быть доступны любому пациенту. Причина этого - недостаток финансирования лечебных программ. И вопрос не в том, как и почему сложилась такая ситуация, а в том, какими путями проблема может быть решена. Об этом говорил заместитель председателя правления Ассоциации онкологов России Дмитрий Борисов на пресс-конференции, посвященной вопросам повышения доступности лечения детей с онкологией, проблемам дефицита финансирования, возможностям системы добровольного страхования. По его словам, практически половина всех средств, которые затрачиваются на онкологию, приходит из благотворительных фондов, хотя в масштабах страны суммы, выделяемые на борьбу с этими заболеваниями, не являются заметной проблемой. Тем не менее в рамках государственного финансирования на долю детского здравоохранения приходится весьма скромная сумма, хотя судьба детей должна являться особо значимым вопросом любого государства.

Решением этой проблемы должна стать система страхования, которая в нашей стране мало используется в рамках повышения доступности медицинской помощи. Обязательное медицинское страхование, сказал Борисов, в основном связано с тарифами и фиксированным бюджетом. Оно мало ориентировано на нужды врачей, на интересы пациентов и на достижение реального результата - излечение больного. Тем не менее, сказал Борисов, цивилизованная система страхования должна учитывать стоимость риска и объем необходимых услуг. Именно такие программы в нашей стране смогут обеспечить наиболее быстрый и эффективный результат в получении адекватной помощи детям, больным различными онкологическими заболеваниями, так как, к счастью, детская заболеваемость намного ниже взрослой. По словам Дмитрия Борисова, в России ежегодно диагностируется 500 тысяч случаев новых онкологических заболеваний, из них всего 3,5 тысячи случаев детской онкологии, однако практически каждая семья, которая сталкивается с проблемой детских раковых заболеваний, вынуждена искать финансовую помощь на стороне, так как государственный бюджет не в состоянии полностью покрыть расходы на лечение. Как правило, такие семьи обращаются в благотворительные фонды, которые начинают сбор денег - на это уходит время, которое для маленького пациента является вопросом жизни.

В этом случае наиболее эффективной оказывается новая программа добровольного страхования, которая способна обеспечить не только простую финансовую поддержку, но и уникальное экспертное сопровождение. Это значит, что с момента фиксации страхового случая с

клиентом начинают работать врачи экспертного уровня, психологи, юристы. Таким образом, система будет направлена на то, чтобы максимально обеспечить эффективность лечения пациента, дать врачам возможность использовать все методы мировой терапии и быструю финансовую защиту. Программа, сказал Борисов, уже начала свою работу, причем охватывает не только детскую, но и взрослую онкологию. В скором времени она получит поддержку Минздрава России в рамках программ государственно-частного партнерства.

Первый заместитель генерального директора по развитию и продажам «ВТБ Страхование» Олег Меркулов дополнил, что программа по страхованию на случай диагностирования онкологического заболевания будет максимально доступной для всех социальных слоев. Минимальная годовая стоимость полиса для детей составляет менее трех тысяч рублей. Максимальная годовая сумма страховки, куда включаются все случаи травмы ребенка, - 12 тысяч рублей, что, по мнению Меркулова, вполне доступно для рядовых граждан. Добровольное страхование не только избавляет родителей от поисков благотворительных фондов, но и максимально сокращает время получения денег, сведя его до пяти рабочих дней после подтверждения диагноза. При этом для оформления страхования не требуются никаких медицинских справок, кроме декларации страхуемого о его здоровье или здоровье его ребенка.

Одна из форм предусматривает семейное страхование. В этом случае страхование двух взрослых членов семьи позволяет бесплатно застраховать троих детей, причем дети вписываются без справок об официально зарегистрированных родственных связях со взрослыми. «Застрахованными могут быть дети в гражданских семьях, не вписанные в паспорта, и даже племянники - для страхования это неважно», - сказал Олег Меркулов. Система поддержки начинает работать с первого обращения родителей в центр и продолжается все время, пока такая помощь будет необходима. Она будет работать как для детей, так и для их родителей, в случае если онкологическое заболевание обнаружится у взрослого.

По словам Меркулова, у разработчиков программы возникли опасения, что система ДМС перекроет сферу государственных гарантий. Однако в результате выяснилось, что эта программа выгодна обеим сторонам, так как, с одной стороны, больной получает возможность использовать помощь государства, а с другой стороны, имеет свободные средства для решения собственных проблем, а также возможность выбора в месте и форме оказания медицинской помощи. Кроме того, как показала практика, эта программа оказалась удобной как для пациентов, так и для медицинского сообщества.

Программа, сказал Меркулов, является уникальной для Российской Федерации и пока не имеет аналогов. При этом за два с половиной года она претерпела несколько редакций, которые учитывали потребности медицинского сообщества, возможность лечения за ру-

бежом, увеличения медицинской поддержки и лекарственного обеспечения.

Главный внештатный детский специалист онколог Минздрава России, академик РАН Владимир Поляков подтвердил, что государственных средств, отпущенных на лечение ребенка, катастрофически не хватает. Государственная квота на лечение онкологического больного составляет порядка 130 тысяч рублей и предполагает обеспечение ребенка химиотерапией, поддерживающей терапией, переливанием крови и т.д. Полноценное лечение, сказал он, стоит примерно в 10 раз больше. Кроме того, необходимо дополнительное лекарственное обеспечение для снятия осложнений, вызванных химиотерапией, что, естественно, выливается в гораздо большие суммы. Поэтому помощь фондов и страховых компаний имеет громадное значение. Причем их преимущество состоит не только в размере выделяемых сумм, но и в оперативности закупок лекарственных препаратов, так как сроки тендерных закупок на государственном уровне до сих пор остаются серьезной проблемой.

К сожалению, отметил Олег Меркулов, самая большая проблема распространения страхования - отсутствие информации о самой возможности излечения от рака. Большинство людей не видят смысла в онкостраховании, так как воспринимают раковые заболевания как приговор, хотя в настоящее время, согласно официальной статистике на 2015 год, на 1-й и 2-й стадиях онкологии в детстве излечиваются почти 80% больных, на 3-й и 4-й стадиях - 50-70%.

Впрочем, за два с лишним года количество застрахованных пациентов превысило 80 тысяч человек, и это число растет. Максимальная сумма выплат на сегодняшний день составляет от 700 тысяч до полутора миллиона рублей, однако в будущем сумма выплат будет увеличена до размеров, которых должно будет хватить на эффективное лечение современными методиками и медикаментами.

*Ярослав Агафонников
РИА АМИ (ria-ami.ru), Москва,
(14 октября 2015 16:36)*

«ЭТО ЛОТЕРЕЯ, В КОТОРУЮ ИГРАЕТ ПРИРОДА»

Как якутский врач Надежда Максимова оказалась на переднем крае мировой генетики.

Почему в мире растет число генетических заболеваний? Что общего в генах якутов и марокканцев? Как может наука противостоять опасным мутациям в геноме россиян? «Огонек» попросил рассказать об этом одного из самых ярких отечественных генетиков, заведующую учебно-научной лабораторией «Геномная медицина» Северо-Восточного университета им. Аммосова Надежду Максимова

Проекты по исследованию генов человека — одни из самых масштабных, дорогих и популярных в современной науке: в них действительно участвуют ученые всего мира. Причина? Многие видят в генах тот самый код, разгадав который, можно будет всерьез изменить качество жизни.

Вот лишь последние из исследований: буквально недавно завершился 1000 Genomes Project — масштабное исследование по расшифровке геномов тысячи человек разных национальностей, в ходе которого ученые так увлеклись, что расшифровали на полторы тысячи геномов больше «обещанного». Удалось это благодаря новым технологиям, которые ощутимо ускорили работу.

Тут же стартовал новый проект — International Genome sample Resource: чтобы описать различные варианты одних и тех же генов у тысяч людей и выяснить, какие из этих отличий порождают болезни, ученые намереваются включить в исследование неохваченные народы из Африки и Восточной Азии. Ведь до сих пор каждая находка гена, «ответственного» за болезнь, — это большой научный прорыв, потому что дает серьезный шанс победить заболевания, которые до сих пор были однозначно неизлечимы. Врач-генетик Надежда Максимова за несколько лет «вышла на след» трех (!) таких заболеваний.

— Надежда Романовна, вы открыли два новых генетических заболевания, а еще одно описываете в настоящее время. Это стоит рассматривать как научный прорыв или, скорее, как констатацию — общее количество мутаций в геноме россиян в принципе увеличилось?

— В целом россияне не сильно отличаются от жителей других стран — количество генетических заболеваний растет везде, но по разным причинам. Сегодня известно свыше 6 тысяч генетических заболеваний, и только 2 тысячи из них соотнесены с мутациями в конкретных генах. Для оставшихся 4 тысяч пока гены, вызывающие эти заболевания, не определены, и диагноз ставится исключительно исходя из картины заболевания. Тем не менее новые молекулярно-генетические методы исследования постепенно позволяют связывать уже известные болезни с конкретными генами — когда это происходит, тогда и объявляют о регистрации новой болезни.

В то же время появляются и новые мутации — так, в Якутии мы сейчас готовим публикацию о неизвестной до сих пор болезни. Вообще, открывать генетические болезни проще среди так называемых генетически изолированных популяций — части того или иного народа, которая в силу каких-то причин долго жила обособленно, размножалась и прошла через так называемое горлышко перевернутой бутылки, или эффект родоначальника (пример дрейфа генов, возникающий, когда несколько семей создают новую популяцию, что способствует случайному закреплению в ее генофонде одних возможных структурных состояний гена и утрате других. — «О»). Такие популяции есть в Финляндии, в канадском Квебеке, где с XVII века живут выходцы из Франции времен кар-

динала Ришелье, есть очень старая популяция германо-язычных евреев-ашкенази в Центральной Европе. Очень многие заболевания и новые гены были открыты именно в таких обособленных популяциях. Затем, если врачи наблюдали похожую картину болезни у человека другой нации, достаточно было проверить у него наличие мутации в гене и поставить диагноз.

— *А в России много обособленных популяций?*

— Да. Самые яркие в этом отношении — чувашская и якутская популяции.

— *Как в принципе выявляют новое генетическое заболевание?*

— Выставить диагноз нового генетического заболевания сложно, этому предшествует длительная клиническая и научная работа. Нашим открытиям, например, предшествовала почти 25-летняя работа медико-генетической консультации, которая организовывала экспедиции в районы. В якутские села генетики поначалу ездили в составе бригад с другими врачами, а потом самостоятельно. На месте мы осматривали людей с наследственной патологией и приглашали их вместе с семьями на дообследование в город. Все это и дало основу для дальнейших исследований. Затем, на втором этапе, ученым нужно полностью прочесть, то есть секвенировать, геном больного и — в идеале — найти ген, который отвечает за ту или иную «поломку». Но это только в случае, если за заболевание отвечает один ген. Увы, как правило, все не так просто.

— *Генетическими болезнями болеют родственники?*

— Вовсе нет. Мы находили патологии у людей из совершенно разных, не родственных семей. Представляете, люди разные, а маркеры в крови — одинаковые. В этом случае генетики говорят об особом «эффекте основателя» — если попросту, довольно давно жил человек, у которого произошла подобная мутация, он оставил большое потомство, и дефект распространился. Сегодня люди являются носителями этого гена и, как правило, даже не подозревают об этом. Чтобы болезнь дала знать о себе, носитель должен встретить другого человека с такой же скрытой мутацией и родить ребенка.

— *То есть все-таки должны встретиться родственники, пусть и очень далекие.*

— Да, но не в обыденном понимании. Иначе почти всех людей на Земле можно было бы назвать родственниками. В принципе, в геноме абсолютно любого человека можно найти от 5 до 10 скрытых мутаций, и поэтому, по большому счету, никто не застрахован от рождения больного ребенка. Это своего рода лотерея, в которую играет природа.

— *Выходит, с точки зрения генетической безопасности лучше всего жениться людям из разных народов, чтобы не «сталкивать» похожие геномы?*

— Считается так. С другой стороны, когда дети рождаются от представителей смешанных наций, у них страдают некие адаптационные механизмы, и они в большей мере подвержены разным недугам, например аллергиче-

ским реакциям. Так что однозначно ничего утверждать не следует.

Охотник за генами

— *А какие генетические болезни вы открыли?*

— Еще в 1990-е к нам начали приходить на консультацию больные с особыми симптомами — дети рождались маленького роста, с большим животом, с короткими ручками и ножками. Они росли, но в течение жизни их рост не превышал 130 сантиметров. Мы пытались вместе с эндокринологами лечить их гормоном роста, но это не особенно помогало. Тогда мы стали просто брать кровь у них и их родственников и складывать ДНК на хранение. Напомню вам, что в России вплоть до середины 2000-х годов не было возможностей проводить полномасштабные исследования с ДНК. Поэтому мы говорили больным, что, может быть, когда-нибудь разгадаем причину их болезни. Сейчас в нашем банке наследственной патологии свыше 15 тысяч образцов. Они хранятся в больших морозильниках при минус 80 градусах. Доказано: в таких условиях ДНК может храниться около 10 лет и только потом начинается деградировать.

Тогда же мы стали составлять реестр патологий и рисовать огромные, на несколько листов, родословные пациентов, находя их родственников, о которых они не догадывались. Оказалось, такой сбор информации — прекрасная подготовительная работа, потому что когда появилась возможность провести анализ, нам не пришлось собирать всех больных одновременно.

— *Возможность работать с геномом, насколько я знаю, вам предоставили японцы?*

— Да. Ведь прочтение генома — процедура дорогостоящая. В Японии она стоит 2-3 тысячи долларов, у нас из-за таможенных и прочих сложностей цена возрастает в пять раз. В 2004-м я выиграла грант Японского фонда международного обмена для молодых ученых. В рамках этого гранта мы работали по договору с коллегами из НИИ мозга Университета Ниигаты: они предоставили все оборудование и реактивы, а я непосредственно выполняла работу — искала в расшифрованном геноме ту самую «поломку». В это же время появилась занятная публикация: ген заболевания найден и, что удивительно, у темнокожих больных из Марокко и Туниса. Мы проверили наших пациентов и поняли: в их заболевании действительно участвует тот же ген, что у марокканцев, но мутация в нем другая. Причем, что важно для генетиков, она повторялась в 39 случаях из 40. В итоге наше открытие вошло во Всемирную базу генетических заболеваний (OMIM) под названием «якутский синдром низкорослости».

— *Каким образом регистрируется новое заболевание?*

— Нужно опубликоваться в одном из уважаемых англоязычных журналов по медицинской генетике, которые регулярно штудируют представители реестра OMIM (медицинская база данных, в которой собирается информация об известных заболеваниях с генетическим

компонентом и генах, ответственных за их развитие.— «О»). Они же проверяют, не было ли аналогичного открытия ранее, а затем вносят заболевание под разными символами. Номер этого заболевания начинается с двойки — 273750 (ему присвоено название 3-М-синдром, он же «синдром якутской низкорослости»). Номер нашего второго открытого заболевания начинается с шестерки — как вообще ранее не описанная болезнь.

— Как вы ее обнаружили?

— По клинике. Такие дети рождались нормальными, но к 6-7 месяцам начинали проявляться разного рода симптомы — атрофировались зрительные нервы, развивался иммунодефицит. В итоге нам удалось найти мутацию в конкретном гене. Мы назвали новое заболевание по первым буквам его симптомов, получился SOPH-синдром. В 2010 году мы опубликовали работу об этом в Journal of Medical Genetics, и довольно быстро к нам стали приходить письма, что таких больных нашли во Франции и в Англии. Это подтверждение того, что мы все сделали правильно.

— Можно ли говорить о том, как и когда возникает то или иное генетическое заболевание?

— Причин может быть много. Если в какой-то местности наблюдается рост генетических патологий, медики обязаны посмотреть, нет ли там опасных производств. Но в принципе дело обстоит так: сказать, что точно стало толчком мутации, мы не можем, а вот понять по анализу ДНК, когда она впервые возникла, вполне реально. Сейчас мы как раз изучаем на этот счет новую и очень тяжелую болезнь, при которой дети доживают максимум до 3 лет из-за необратимого нарушения обмена веществ. Из 13 обнаруженных нами пациентов сегодня живы двое. Родители одного из них организовали поиск средств в интернете, чтобы отправить ребенка на обследование в Японию.

Это, кстати, отдельная проблема: переправить анализы, например, в Москву очень сложно (кровь везти надо в термосе, встряхивать нельзя, потому что разрушаются ферменты). А за границу по законам РФ мы в принципе не можем вывезти для исследования ни анализы, ни ДНК. В итоге оказалось, что проще вывезти самого ребенка. Сейчас мы уже провели полное секвенирование генома в Университете Осаки и нашли конкретную мутацию в гене. Думаю, это большой шаг на пути к лекарству.

— А в принципе медикам по силам сегодня лечить генетические заболевания?

— Из почти 6 тысяч таких болезней лечить можно от силы 10-15. Такое лечение признано самым дорогим в мире — оно обходится от 20 до 100 млн рублей в год и связано, как правило, с ферментными замещениями. В ряде случаев точная постановка диагноза позволяет корректировать состояние, замедлять прогрессию болезни и смягчать симптомы. Но все равно главным лечением считается профилактика. Это значит, что, когда у человека в роду были генетические заболевания, ему обязательно перед тем, как планировать семью, нужно сделать тест, чтобы выяснить, не является ли он скрытым

носителем опасных генов, и, в случае выявления подобных, взвешенно принимать решение о своих дальнейших действиях.

— Проверка генов стоит дорого. По идее, такие тесты должны входить в систему ОМС?

— Да, но сегодня они платные по всей России. В среднем анализ на конкретную мутацию обходится в 1,5 тысячи рублей. Некоторой альтернативой может быть создание биочипов — тестов, которые по капле крови диагностируют сразу несколько заболеваний. При этом биочипы могут учитывать специфику региона и включать в себя наиболее опасные для данной популяции генетические болезни. В Якутске мы, например, выиграли грант федеральной целевой программы Министерства образования РФ и создали тестовый чип, который диагностирует сразу пять генетических заболеваний, включая недавно открытые, за те же 1,5-2 тысячи. В результате исследований мы уже выявили, что каждый сотый якут является носителем SOPH-синдрома, каждый 33-й — 3-М-синдрома.

— А насколько реальны разговоры о кардинальном лечении генетических заболеваний — о редактировании генома?

— Есть разные мнения, но судя по тому, сколько было открыто в этом направлении в последние годы, мы можем ожидать появления первых работающих технологий лет через 20. С точки зрения медицинской генетики — это почти завтра.

География недугов

Контекст

Популяции, которые являются носителями особых заболеваний, можно встретить по всему миру. Вот наиболее частые генетические недуги, вызванные «поломкой» того или иного гена. По мнению врачей, именно эти болезни будут излечены в первую очередь после появления методов безопасного редактирования генома

1) Болезнь, или хорей Хантингтона
(Великобритания, частота 1 человек на 5000)

Постепенная атрофия нейронов головного и спинного мозга, приводит к хаотичным движениям мышц, нарушению познавательных, интеллектуальных и эмоциональных функций.

2) Фенилкетонурия

Турция (1:2600), Ирландия (1:4500), Норвегия (1:13000)

Из-за отсутствия особого фермента не удаляются продукты распада белков, из-за чего токсические вещества влияют на мозг и приводят к слабоумию. При соблюдении строгой диеты без мяса, рыбы и молочных продуктов человек остается абсолютно здоровым.

3) Синдром холестаза-лимфатического отека
Норвегия (1:10 000)

Хронический застой желчи в печени.

4) Болезнь Тея — Сакса

США (среди евреев-ашкенази — 1:4000), Канада (среди франко-канадцев 1:2500)

Прогрессирующая дегенерация нервной системы с задержкой интеллектуальных и неврологических функций.

5) Гиперлипотеинемия

Европейская часть России (славянское население — 1:500)

Повышенное содержание жиров в плазме крови, риск образования атеросклеротических бляшек в сосудах, ишемическая болезнь сердца, инфаркт.

6) Муковисцидоз

Чехия (1:9100), Великобритания (1:2700), Италия (1:2500)

Одно из самых распространенных моногенетических заболеваний белой расы. Накопление густой слизи в легких и желудочно-кишечном тракте. Нужно постоянно принимать меры, чтобы выводить слизь из организма, иначе возникают бактериальные инфекции, способные вызвать тяжелые воспаления.

7) Болезнь Вильсона

Италия, Китай (1:8000)

Проблемы с усвоением меди, что приводит к тяжелой-шим болезням центральной нервной системы и внутренних органов.

8) Остеопетроз (мраморная болезнь костей)

Россия (среди чувашей, марийцев — 1:3500)

*Коммерсант.Огонек, Москва,
(19 октября 2015 0:00)*

РОССИЯ ВЫПОЛНИЛА ЧЕТВЕРТУЮ И ПЯТУЮ ЦЕЛИ РАЗВИТИЯ ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ ООН

Прошедший в июне 2015 года седьмой саммит глав государств БРИКС в Уфе под девизом «Партнерство стран БРИКС - мощный фактор глобального развития» показал необходимость укрепления диалога между странами-участницами содружества, интенсификации взаимного партнерства на основе принципов солидарности, равенства, взаимопонимания и взаимовыгодного сотрудничества.

Об этом заявила министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова, выступая на 5-й встрече министров здравоохранения стран БРИКС в которой приняли участие представители профильных министерств Российской Федерации, Бразилии, Индии, Китая и ЮАР. Активизация взаимодействия по вопросам здравоохранения, сказала она, является важным компонентом международной повестки, которая оказалась в центре внимания участников встречи. «У нас есть немало вопросов представляющих общий интерес, - отметила она. - И это создает прочную основу для развертывания широкого диалога между нашими странами».

За последние годы сотрудничество стран БРИКС в области здравоохранения значительно интенсифицировалось. Активному диалогу способствовали встречи на полях всемирной Ассамблеи здравоохранения, кро-

ме того, большое количество встреч в прошло в рамках в председательства России. В этом ключе Россия намерена предложить партнерам не только придать большую системность и целенаправленность действиям по приоритетным направлениям в области здравоохранения, но и активизировать сотрудничество со Всемирной организацией здравоохранения. «Мы не раз подчеркивали и признавали роль ВОЗ в работе по важнейшим вопросам, связанным со здоровьем, - сказала Скворцова, - а также по сохранению ее позиции в качестве координирующего органа в области глобального здравоохранения». Руководящие органы стран БРИКС, добавила она, нередко выступают с близкими ВОЗ позициями по наиболее принципиальным пунктам. В связи с этим, необходимо выработать общие политические тренды на площадке ВОЗ с их дальнейшим внедрением в национальные системы здравоохранения. Особенно важным аспектом международного сотрудничества, по мнению Скворцовой, является борьба с неинфекционными заболеваниями, которые, по данным ВОЗ, остаются лидирующими причинами смертности в мире. Наибольшее количество смертей в Российской Федерации вызвано сердечно-сосудистыми заболеваниями, борьба с которыми является одним из государственных приоритетов. В настоящее время в России сформирована система мер, направленных на профилактику, диагностику и лечение этих заболеваний в нашей стране: в частности, принята государственная программа развития здравоохранения, направленная на комплексное решение задач по сокращению бремени неинфекционных заболеваний. Для решения проблемы сосудистой инвалидности и смертности во всех регионах страны была сформирована оптимальная структура оказания медицинской помощи при острых сосудистых катастрофах, что позволило снизить смертность от сосудистых причин в Российской Федерации более чем в 2 раза.

Действенной мерой, позволяющей выявлять заболевания в ранней форме, является диспансеризация населения, сказала Скворцова. Она позволяет не только выявить заболевания на ранней и излечимой стадии, но и определить круг лиц с повышенным риском заболевания до стадии клинической манифестации. За два первых года широкомасштабных мероприятий, напомнила Скворцова, была осмотрена половина населения страны, что составляет более 75 миллионов человек. При этом новый подход к профилактическим мероприятиям подразумевает использование дифференцированного обследования, разного смыслового наполнения тестирования в разных возрастных группах населения с учетом различий вероятности развития тех или иных заболеваний, а также медицинской и экономической целесообразности проведения отдельных видов исследования.

Другим действенным способом сохранения здоровья населения страны Скворцова назвала усиление мер по поддержке общественного здоровья и формированию здорового образа жизни. В четырнадцатом году, сказала

она, этот показатель превысил 29 миллионов человек, а на сегодняшний день около трети населения страны систематически занимаются физкультурой и спортом.

Важным фактором оздоровления населения страны явились меры по реализации антитабачной кампании, проводимой на территории РФ. Впервые за последние 25 лет уровень потребления табака в России снизился на 17%, сообщила Вероника Скворцова. «Мы можем с уверенностью сказать, что меры, приписанные в конвенции и закрепленные в законе в Российской Федерации, работают», - сказала она. - В связи с этим мы с удовлетворением отмечаем, что тема совместных усилий по борьбе с потреблением табака находит свое отражение в повести заседания экспертов по здравоохранению в странах БРИКС».

Третьим пунктом целей устойчивого развития, продолжила Скворцова, является безопасность дорожного движения. В этой связи, глава Минздрава рассказала, что за период реализации федеральных целевых программ по безопасности дорожного движения с 2007 года количество дорожно-транспортных происшествий снизилось на четверть, а за 8 месяцев текущего года - еще на 14%.

Широкомасштабные мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний, смертности от внешних причин и формированию здорового образа жизни позволили добиться положительных демографических результатов, подытожила Скворцова. По итогам 2014 года ожидаемая продолжительность жизни увеличилась до исторического национального максимума: в среднем до 71 года, причем у женщин - до 76,5 лет, и, согласно данным текущего года, тенденция по увеличению продолжительности жизни будет продолжена.

Существенно снизились показатели материнской и детской смертности: в 4,5 и 3 раза соответственно по сравнению с уровнем 1990 года. В 2014 году по этим показателям, а также по показателям младенческой смертности был достигнут исторический минимум. «Если основным результатом 2012 года явилось приближение к перекрестку рождаемости и смертности, завершившему 20-летний период активной убыли населения в РФ», - сказала Вероника Скворцова, - то в 2014 году мы преодолели перекрест и вышли на естественный прирост населения, превысивший 30000 человек, выполнив, таким образом, четвертую и пятую цели развития тысячелетия ООН».

Ярослав Агафонников
РИА АМИ (ria-ami.ru), Москва,
(30 октября 2015 17:54)

«МЫ ОЩУТИЛИ ГРОМАДНЫЙ ПРИТОК ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ»

Министр здравоохранения Крыма - об успехах, неудачах и вызовах переходного периода

За полтора года приписки Крыма к «родной гавани» в республиканском Минздраве успели поработать четыре

министра, три из которых получили отставку «в связи с неудовлетворительными результатами деятельности». Нынешний руководитель ведомства Александр Голенко, служивший крымской медицине всю свою сознательную жизнь и наконец месяц назад, 30 сентября, ее возглавивший, рассказал Vademecum о некоторых особенностях островной индустрии здравоохранения и трудностях ее интеграции в российскую систему отраслевых координат.

- Прежде чем откликнуться на призыв в республиканскую администрацию, вы более 20 лет проработали в керченском Управлении здравоохранения. Не жалко было расставаться с родным городом?

- Я действительно много лет работал в Керчи, прошел путь от медбрата до начальника управления здравоохранения, все этапы: и врач-ординатор, и заведующий, и главный врач больницы, и главный детский врач города, и заместитель председателя горисполкома. Мне и раньше предлагали работу в министерстве, но, вы правы, я не хотел уезжать из своего родного города. Но когда меня позвали в непростой для моей родины момент - во время присоединения Крыма - я решил, что мой опыт действительно может пригодиться. К тому же мне было интересно - новое масштабное дело. Я видел и вижу все трудности, потому мне и хочется в нынешней ситуации - при таком внимании, при таком финансовом ресурсе, что есть сегодня в системе здравоохранения Крыма, - постараться как можно более эффективно, профессионально управлять отраслью. Нам предстоит решить нетривиальную задачу - встроить нашу систему, в целом неплохую, в новые хозяйственные условия, в новые законы управления.

- А кто вам в 2014 году предложил должность замминистра?

- Приглашает и назначает на должности в администрации глава республики - Сергей Аксенов. Министра и заместителя министра он назначает самостоятельно, а руководителей медорганизаций согласовывает.

- Как было устроено крымское здравоохранение до вхождения республики в состав России?

- В последние годы финансирование модели, по которой конституция Украины гарантировала гражданам бесплатное оказание медицинской помощи, в Керчи прекратилось практически полностью. Приходилось работать в таких условиях, что 82% средств, направляемых из бюджета на здравоохранение, - это была заработная плата, 12% - коммунальные платежи. Таким образом, на гарантированное обеспечение бесплатной медицинской помощи оставалось 6-8%. Конечно, это была фикция. Даже питание в стационарах не оплачивалось.

Когда гражданин попадал в больницу, он мог получить бесплатно только помощь медицинского работника. При этом он вынужден был покупать медикаменты, оплачивать диагностические исследования - у нас бесплатными были питание и медикаменты только для ветеранов войны. Упадок в отрасли не вина медицинских работников, профессия потеряла престиж с того момента, как

люди стали ассоциировать медицину с тем, что приходится платить деньги в больнице. И врачи у них стали называться «рвачами». Ну если делается в городе миллион анализов и на эти цели не выделяется ни одной гривны, то за счет чего они делаются? За счет граждан.

- Как и что менялось в системе здравоохранения после присоединения?

- Мы ощутили громадный приток денежных средств на обеспечение гарантий государства по доступности медицинской помощи и ее качеству. Мы получили деньги на приобретение медикаментов, в том числе для льготной категории граждан при амбулаторном лечении, на обеспечение бесплатного питания в стационарах, чего у нас никогда не было. С 2015 года мы перерегистрировали все свои медицинские организации по российскому образцу.

У нас была система семейной медицины в первичном звене, а надо было возвращаться к территориально-участковому принципу, который действует в РФ. Кроме того, и это самое главное, мы с 2015 года вынуждены были перейти в систему ОМС, что полностью изменило нашу модель здравоохранения. Что еще важно, мы поменяли систему управления здравоохранением в республике, что, может быть, в тот момент было преждевременным. Ликвидировались городские и районные управления здравоохранения, отделы, и таким образом, без целевого увеличения организационной структуры, мы получили громадное количество средств, которые толком не могли освоить, - не знали как и не сумели использовать. Организационных мощностей не хватило.

- Но насколько мне известно, крымским территориям в переходный период помогли управленцы из российских регионов?

- Да, конечно. Каждой области, каждому району был назначен шеф, куратор от правительства того или иного субъекта РФ. Бахчисараю - от Татарстана, Керчи - от Тулы, Симферополю - от Санкт-Петербурга, Севастополю - от Москвы. Очень помогли крымскому министерству министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, первый замминистра здравоохранения РФ Игорь Каграманян. Всем мы очень благодарны - за громадную помощь в становлении каждой области.

Еще в прошлом году по Крыму в качестве машин скорой помощи ходили «газели», теперь у нас санавиация - чуть ли не еженедельно вылетают самолеты, которые возят людей на срочные оперативные вмешательства в центральные клиники, в том числе Москвы и Санкт-Петербурга. Только что в Пензу двух пациентов увезли. У нас никогда такого не было. На этой неделе тоже ребенок с пороком сердца отправится в центр на лечение.

- А как полуостров погружается в ОМС?

- Тот путь, который Россия проходила в страховой медицине 23 года, мы должны были буквально пролететь, рванув с места. Пришлось переучиваться, всех переучивать и ошибки совершать. Невозможно было научиться на чужом опыте. Это было слишком быстрое погружение - его пока не оценили ни сами медицинские работники,

ни власть. Здесь, на мой взгляд, придется особое внимание уделить документальному оформлению. А для этого нужны время, грамотные кадры и система информатизации. Раньше человек шел не в поликлинику, а сразу в аптеку - и просто покупал лекарства. А теперь тот же льготник, прежде чем получить бесплатный препарат, должен пойти на прием, получить рецепт, а врач должен отчитаться - это целая бюрократическая система, как в любом страховом случае. Медорганизация должна уметь это делать, потому что теперь она не просто получатель бюджетных средств, а исполнитель услуг. И ФОМС ее контролирует, и Росздравнадзор, и федеральный Минздрав, и республиканский, а исполнитель - один. Медицинская организация. Для нас это пока очень сложно.

- Какие ошибки предшественников вам особенно не хочется повторять? В чем, на ваш взгляд, основные сложности переходного периода?

- Нам еще в 2014 году следовало больше внимания уделять персональному обучению специалистов - экономистов, бухгалтеров, управленцев. Принципы оказания медицинской помощи в Украине и России очень схожи, а вот модели управления здравоохранением заметно отличаются. Нам пришлось перерегистрировать 141 медицинское учреждение. Мы проводили слияние разделенных до этого реформой здравоохранения Украины медучреждений первичного звена и стационарной помощи. Были вынуждены возвращаться к организации многопрофильных больниц. Это были задачи первой очереди. Во-вторых, мы полностью меняли систему финансирования. И во многих ситуациях российский законодатель идет нам навстречу.

- Как происходит адаптация крымского законодательства и правоприменения к российскому?

- Глава республики Сергей Аксенов согласовывает проблемные моменты непосредственно с правительством и даже с Президентом России. Вместе они решают вопросы так, чтобы максимально упростить жизнь граждан во вновь созданном субъекте РФ. Представьте, как сложно одновременно адаптировать все законодательство: если тупо следовать букве закона, мы вообще не имеем права здесь работать. Дипломы не соответствуют, двери не сертифицированы, медикаменты и оборудование не зарегистрированы. Все, вплоть до гражданских паспортов, не соответствовало закону. Но паспорта мы, слава богу, быстро и радостно обменяли.

Изменились стандарты и порядок оказания медицинской помощи. Сертификатов специалистов, например, в Украине нет, а в России они требуются. Сами специальности были одни, стали другие. И, проводя гармонизацию регламентов, приходится предвидеть массу нюансов и тонкостей. За последнее время мы приняли столько нормативно-правовых актов, сколько за последнее десятилетие не принимали.

- А как гармонизация идет на практике?

- У нас в пять-шесть раз увеличилось количество обращений граждан, ожидания у людей большие. Они полу-

чили страховые полисы, то есть возможность бесплатной медицинской помощи, которой они не имели никогда. И нам нужно было обеспечить ожидания граждан. Притом что силы у крымской медицины остались те же: та же нехватка кадров, медицинское оборудование еще не успели приобрести, пропускная способность поликлиник прежняя. Случился затор. Человек, который не лечился раньше, решил получить бесплатно медицинскую помощь. И хорошо, что мы на сегодняшний день уже сделали очень многое для того, чтобы справиться с наплывом пациентов.

За год куплено 160 машин скорой помощи, 40% парка полностью обновлено. Куплены УЗИ и рентгеновские аппараты. Мы обеспечиваем поставку медикаментов для льготных категорий граждан - по федеральной и региональной льготе, детей до трех лет.

В октябре по программе «Земский доктор» с 20 врачами были подписаны договоры, в соответствии с которыми люди на обустройство на новом месте получают по 1 миллиону рублей. На следующий год мы просим средства еще минимум на 50 человек - на молодых врачей, которые убеждены: жизнь дается один раз, и ее надо прожить в Крыму.

- Высокотехнологичная медпомощь у вас пока не оказывается. Многих жителей республики удастся направить в центральные российские клиники?

- У нас 2,5 тысячи человек за 2015 год уже получили бесплатную ВМП за счет федеральных средств. Крымчане направлялись в клиники Москвы, Санкт-Петербурга, Тюмени, Саратова, даже в Ханты-Мансийск. Операции на сердце, замена суставов, протезирование, операции на головном мозге, на позвоночнике, оперативное лечение сложных онкозаболеваний. Да, это все то, что мы пока сами сделать не можем. Спасибо за то, что мы используем федеральные средства и средства фонда ОМС, чтобы наши граждане могли эту помощь получить в других регионах. ВМП в Крыму раньше никто не получал вообще. Об этом надо говорить.

- За полтора года управленческая команда в отрасли обновилась полностью?

- Значительно обновился руководящий состав больниц. В министерстве тоже была ротация кадров. О том, как проходил набор новых людей, я сказать ничего не могу - я в этом процессе не участвовал, поскольку сам оказался в том наборе 26 декабря 2014 года. Фактически я с Нового года работал. За девять месяцев три должности поменял - замминистра, первый заместитель и министр.

- В отрасли на слуху проблемы «Крым-Фармации». Как вы намереваетесь их решать?

- Притом что сеть не испытывает дефицита средств - только на обеспечение лекарствами льготников в 2015 году направлено более 1,5 млрд рублей - «Крым-Фармация» недостаточно эффективно использует средства. В прошлую пятницу, 23 октября, я уволил руководителя этого государственного предприятия, которое сейчас находится в убытке. Мы начали проверку сети. По итогам решим, как ее развивать. Пока у

«Крым-Фармации» 123 пункта реализации лекарственных средств, будем заключать договоры с ФАПами - у нас их 544, чтобы в каждом из них можно было начать реализацию медикаментов. По той же схеме будем развивать в отдаленных районах пункты первичной медпомощи в домовых хозяйствах.

- Осталась ли в зоне ответственности крымского Минздрава санаторно-курортная инфраструктура?

- В наше управление попала сеть из 33 санаториев. Из них 16 - противотуберкулезные учреждения, со своей спецификой. Конечно, наши санатории - с обветшалой материально-технической базой, не прибыльные, а бюджетные и дотационные. Планы на них разные. Мы пытаемся привлечь к этой теме все заинтересованные стороны - федеральные власти, коллег из регионов, частных инвесторов. Задача понятна - обустроить санатории так, чтобы в них оздоравливались не только крымчане, но и все граждане России.

Нехватка специалистов критическая. Даже если мы закупим медицинское оборудование, самое что ни на есть высокотехнологичное, - оно без голов и рук докторов останется простым железом.

Автор: Тимофей Добровольский
Vademecum (vademec.ru), Москва,
(2 ноября 2015 13:21)

СИБИРСКИЙ РЕЗИДЕНТ «СКОЛКОВО» НАУЧИТ ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ОРГАНИЗМ САМОСТОЯТЕЛЬНО БОРОТЬСЯ С РАКОМ

Ученые предполагают использование технологии при всех стадиях заболевания

Новосибирский резидент «Сколково» разрабатывает технологию лечения рака, в основе которой использование возможностей иммунитета пациента, сообщил ТАСС директор компании «Лаборатория дендритных клеток» Андрей Каличкин.

Для борьбы с раковыми опухолями ученые планируют использовать дендритные клетки - клетки иммунной системы, функция которых заключается в распознавании чужеродных для организма веществ и передачи информации клеткам, ответственным за их уничтожение, пояснил он.

Персональный метод лечения

«Мы берем опухоль пациента, а также его кровь. Из крови выделяем дендритные клетки. В лабораторных условиях обучаем дендритные клетки реагировать на опухоль. Затем эти, уже «обученные» клетки вводим обратно пациенту. Таким образом, дендритные клетки начинают борьбу с опухолевыми клетками непосредственно в организме пациента. Этот метод лечения можно назвать персональным, так как в процессе используются материалы самого пациента», - сказал собеседник.

По словам Каличкина, разработку компания ведет совместно с НИИ клинической иммунологии СО РАМН. В настоящее время исследователи проводят клинические исследования по лечению рака молочной железы. В дальнейшем эту технологию можно будет применять для лечения других онкологических заболеваний. В ближайшей перспективе разработчики планируют исследовать эффективность дендритных клеток в борьбе с разновидностями рака кишечника и рака легких, продолжил он.

«Мы предполагаем использование технологии при всех стадиях заболевания. Конечно, наибольшую сложность представляют запущенные стадии, но мы пытаемся справиться и с этой задачей», - подчеркнул Каличкин.

Подобных технологий в России в настоящее время нет. Завершить все работы и начать применение нового средства против рака молочной железы в клиниках разработчики планируют в 2016 году. Однако, отметил собеседник агентства, исследования, связанные с другими онкологическими заболеваниями, потребуют существенных вложений, и компания участвует в ряде конкурсов на получение грантов, в том числе, фонда «Сколково».

Исследования бесплатные, набора пациентов нет

Для привлечения дополнительных средств разработчики решили прибегнуть к краудфандингу, рассказав о своем проекте на специализированном ресурсе Planeta.ru. На данный момент там удалось собрать чуть более 150 тыс. рублей из требуемых 2 млн рублей.

Однако, пояснил Каличкин, после набора пациентов-добровольцев для клинических исследований и выхода проекта на краудфандинг-платформу появились сообщения о том, что можно осуществить предзаказ на новое лекарство от рака.

«Хочу подчеркнуть, что сейчас «Лаборатория дендритных клеток» не продает вакцину, не продает очередь на ее приобретение, не существует системы предзаказа. Клинические исследования также являются бесплатными для пациентов, и в настоящий момент набор пациентов не ведется. Любые сообщения об этом являются обманом», - заявил он.

*ТАСС, Москва,
(6 ноября 2015)*

СОБЯНИН: В МОСКВЕ ПОЯВЯТСЯ КЛИНИКИ, КОТОРЫЕ БУДУТ РАБОТАТЬ ПО СТАНДАРТАМ ВОЗ

«Это специализированная зона, в которой будут создаваться клиники и куда будут приезжать врачи, которые будут работать по лицензии и технологиям своей страны», - сообщил Сергей Собянин

Медицинский кластер с клиниками, которые будут работать по стандартам Всемирной организации здравоохра-

нения (ВОЗ), появится в Москве, сообщил мэр столицы Сергей Собянин.

Он прочел лекцию студентам Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ и ответил на их вопросы.

Один из них касался создания в Москве клиники мирового уровня. По словам Собянина, «реализуется специальный проект медицинского кластера в Сколково».

«Это будут клиники, которые будут работать по ВОЗовским стандартам, не по российским, - пояснил мэр. - Это специализированная зона, в которой будут создаваться клиники и куда будут приезжать врачи, которые будут работать по лицензии и технологиям своей страны».

На вопрос о реставрации и сохранении памятников мэр сообщил, что за последнее пять лет в городе привели в порядок более 600 исторических зданий.

Интересующихся развитием в Москве ресторанного бизнеса Собянин проинформировал, что число только летних кафе в столице удвоилось за последние три года, а для бизнесменов максимально упрощена процедура организации такого дела. По словам мэра, развитию этого бизнеса способствует и благоустройство улиц, после которого число пешеходов увеличивается в разы.

Один из вопросов касался инвестиций, и на него мэр ответил, что городские власти стараются распределять инвестиции равномерно, «чтобы они шли и в спальные районы, создавались рабочие места, современные торговые центры» и работали не только на нужды девелоперов, но и на создание комфортных условий для жизни горожан.

*ТАСС, Москва,
(10 ноября 2015)*

САМОЗАНЯТЫМ ПОРА ПЛАТИТЬ ЗА МЕДСТРАХОВКУ САМИМ

Самозанятым пора платить за медстраховку самим, уверен сенатор Валерий Рязанский. Почему регионы должны тратить далеко не лишние деньги на медицинское обслуживание тех, кто работает, но уклоняется от налогов?

Правительство готовит законопроекты, ужесточающие контроль за уплатой взносов в Фонд обязательного медицинского страхования. Больше всего вопросов у экспертного сообщества возникает к отдельным категориям неработающих граждан.

НЕ ПРОСТО ЦИФРЫ

На 2016 год бюджет Фонда обязательного медицинского страхования составит около 1,7 триллиона рублей. Он формируется из двух компонентов: за работающих взносы платит работодатель (5,1 процента от зарплаты), за неработающих - субъекты Федерации. Но если

с первой категорией граждан все просто и понятно, то с неработающими россиянами дела обстоят значительно сложнее. И это при том что этих граждан намного больше. По состоянию на 1 апреля этого года россиян, получивших медстраховку «через работодателей», около 60,5 миллиона. Тех, за кого пришлось платить региональным бюджетам, больше 83 миллионов. Кто же относится к этой категории граждан и почему перечисление страховых взносов за этих людей стало для регионов таким болезненным вопросом?

ТЁМНЫЕ ЛОШАДКИ

Во-первых, увеличился сам тариф, сегодня он составляет 8400 рублей на человека в год. Но возмущает регионы вовсе не эта сумма, а состав группы, за которую приходится платить. Да, сюда входят дети, неработающие пенсионеры, учащиеся-очники, зарегистрированные в службах занятости безработные, опекуны или один из родителей, сидящий с ребенком в возрасте до трех лет, граждане, занятые уходом за инвалидами. К этим людям вопросов нет никаких. Однако действующее законодательство расширяет этот перечень следующей формулировкой «и иные категории граждан, не работающие по трудовому договору, за исключением военнослужащих» (последние подлежат специальному страхованию и обслуживаются за счет бюджета Министерства обороны или иных силовых ведомств). И вот здесь начинаются проблемы.

Во-первых, когда уточняли граждан, застрахованных в Фонде обязательного медицинского страхования, но неработающих, мы поняли, что персонализированного учета здесь нет. По сути, регионам просто выставляется «счет». К примеру, работодатель заплатил взносы за 300 тысяч ваших жителей, заплатите еще за 500 тысяч. И все - в этом списке нет ни фамилий, ни адресов. В результате появилась целая прослойка людей, как правило, самозанятых, работающих, к примеру, репетиторами, нянями, сиделками, сторожами, получающих доход, но не перечисляющих государству из этих денег ни копейки - ни в виде налогов, ни в виде взносов в социальные фонды. И региональные чиновники их никак не могут вычислить: для этого нужно подойти к каждому человеку и спросить, работает он или нет, если работает, то по какой форме занятости. Но как проверить «по головам» все население России? Мало того что это очень трудно, так наши граждане вообще не обязаны отвечать на такие вопросы.

Между тем это очень большая нагрузка на бюджет региона. Возьмем, к примеру, Курскую область. Здесь неработающего населения 696 тысяч, работающего - 432 тысячи. Давайте представим себе, что если из числа неработающих категория самозанятых составляет хотя бы 20 тысяч человек, то за них из бюджета региона придется платить около 170 миллионов рублей. А эти деньги могли бы быть потрачены на другие цели.

ЗАКОН И ПРАКТИКА

Найти выход из этой ситуации очень непросто.

С одной стороны, мы не можем нарушить право россиян выбирать форму занятости самостоятельно (у нас нет закона о тунеядстве).

С другой - есть Конституция, в которой прописана обязанность государства обеспечить бесплатную медицинскую помощь каждому гражданину страны. Единственный вариант - попытаться обязать россиян самостоятельно оплачивать взносы в социальные фонды в тех объемах, которые установлены законом. В конце концов, происходящее сегодня просто несправедливо по отношению к тем, кто добросовестно оплачивает медицинское страхование. Не очень понятно, почему одни люди на это тратятся, а другие пользуются бесплатным медобслуживанием, не неся при этом никакой финансовой и фискальной нагрузки. Первые шаги в этом направлении уже делаются. В Правительстве РФ разрабатываются законопроекты, предполагающие введение более жестких требований и регламентов по учету неработающего населения. Документы предусматривают усиление ответственности ведомств за персонифицированный учет (в первую очередь бывших сотрудников силового блока), а также взаимодействие между налоговой службой и пенсионной системой по выявлению лиц, за которых работодатель заплатил налоги на доходы физических лиц, но при этом «забыл» о взносах в систему обязательного медицинского страхования, в Пенсионный фонд и в Фонд социального страхования. Есть предложения рассмотреть возможность внесения такими гражданами социального взноса для обеспечения государственными формами страхования.

КАК ЗАБРАТЬ ДЕНЬГИ ИЗ ФОМС?

Бюджет Фонда обязательного медицинского страхования необходимо законодательно оградить от еще одной правовой коллизии. Уже не в первый раз Минфин пытается запросить средства из фонда в федеральный бюджет.

Комитет Совета Федерации по социальной политике считает, что это не только несправедливо, но и весьма сомнительно с точки зрения законности.

В таком случае каждый гражданин, платящий взносы в фонд, имеет право спросить: «Почему вы принудительно, меня не спросив, забрали в бюджет те деньги, что я платил за медицинскую страховку?»

В этом году в бюджете ФОМС уже предусмотрена передача в виде трансферта или субсидий в федеральный бюджет порядка 146 миллиардов рублей.

Однако когда мы этот бюджет обсуждали, то в виде поправки внесли туда статью, которая гласит: эти средства передаются в федеральный бюджет «только после выполнения всех публичных обязательств, связанных с медицинским обслуживанием граждан». Если публичные обязательства потребуют этих средств, то деньги должны пойти на медицинское обслуживание наших

граждан. И в федеральный бюджет можно будет перечислить только то, что останется. На сегодняшний день из этих 146 миллиардов рублей ФОМС не перечислил в бюджет ни рубля. И это справедливо, ведь проблем в медицине много - дорожают лекарства, не выполняется дорожная карта по повышению заработной платы прежде всего младшему медицинскому персоналу.

Что касается 2016 года, то в этот раз Минфин предлагает изъять из фонда 91 миллиард рублей. Комитет Совета Федерации по социальной политике выступает против такого решения.

Если же в этом есть крайняя необходимость, то мы предлагаем прописать в требованиях к бюджету такую же статью, что и в прошлый раз, «только после выполнения всех публичных обязательств». Тем более что в будущем году может возникнуть угроза невыполнения дорожной карты по повышению зарплаты медработникам по всем категориям - и по врачам, и по среднему, и по младшему медперсоналу. На это может не хватить порядка 41 миллиарда рублей.

Россиян, получивших медстраховку «через работодателей», около 60,5 миллиона. Тех, за кого пришлось платить региональным бюджетам, больше 83 миллионов

АНОНС

РЕГИОНЫ СОГЛАСНЫ ПЛАТИТЬ ВЗНОСЫ в фонды медицинского страхования за пенсионеров, но неработающим гражданам в полном расцвете сил такую привилегию за счет бюджета предоставлять не хотят.

*Автор: Валерий Рязанский Председатель Комитета
Совета Федерации по социальной политике
Парламентская газета, Москва,
(13 ноября 2015)*

НА БАЗЕ ДЕТСКОГО ХОСПИСА БЫЛ РАЗРАБОТАН ПЕРВЫЙ В РОССИИ КУРС ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

В январе 2016 года в Санкт-Петербургском государственном университете стартует 144-часовой курс для медицинских специалистов «Современные технологии паллиативной помощи», разработанный в том числе на базе Санкт-Петербургского Детского хосписа.

В процессе обучения специалисты, имеющие медицинское образование, смогут получить теоретические и практические знания по всем аспектам оказания паллиативной помощи взрослым и детям. Будут рассмотрены вопросы, касающиеся философии, этических и медицинских норм, юридических основ оказания паллиативной помощи, паллиативного сопровождения людей старшего возраста, пациентов с онкологическими и другими тяжелыми заболеваниями, профилактики профессионального

выгорания специалистов паллиативной медицины. Особое внимание будет уделено стандартам, протоколам и организационным аспектам оказания паллиативной помощи, говорится в сообщении пресс-службы Детского хосписа.

Отдельный цикл лекций будет посвящен особенностям паллиативной помощи детям, таким как медикаментозные и немедикаментозные способы лечения боли у детей, психологическая и духовная поддержка, социальное сопровождение пациентов и членов их семей, принципы работы стационарной и выездной служб паллиативной медицинской помощи.

Обучающиеся будут обеспечены необходимой литературой и получат возможность пройти практику в действующих учреждениях паллиативной помощи в Санкт-Петербурге - СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)» и СПб ГКУЗ «Хоспис № 2» для взрослых.

Паллиативная помощь, включающая в себя медицинский, психологический, социальный и духовный аспекты, направлена на улучшение качества жизни людей с неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями. Юридически она была закреплена в принятом в 2011 году Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». В 2015 году Министерством здравоохранения РФ был утвержден «Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям» и новая редакция «Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», обязывающие сотрудников паллиативных служб пройти специализированное обучение. В настоящий момент остро стоит проблема нехватки квалифицированных специалистов паллиативной медицины, поскольку паллиативная помощь не включена в образовательную программу медицинских вузов страны.

В связи с этим декан факультета стоматологии и медицинских технологий СПбГУ, доктор медицинских наук, профессор Юрий Щербук и генеральный директор Санкт-Петербургского Детского хосписа протоиерей Александр Ткаченко подготовили необходимые методические материалы и привлекли лучших специалистов для составления курса лекций по паллиативной помощи. Преподавателями курса станут сотрудники СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)», СПб ГКУЗ «Хоспис № 2» и СПбГУ, обладающие необходимыми знаниями и опытом.

Курс «Современные технологии паллиативной помощи», рассчитанный на врачей из разных регионов России, позволит обеспечить паллиативные службы профессиональными кадрами и поспособствует дальнейшему развитию этого относительно нового для российской медицины направления. По окончании курса слушатели получат сертификат установленного образца по специальности «паллиативная медицинская помощь».

Запись на курс будет открыта в ближайшее время на сайте Центра дополнительных образовательных программ Санкт-Петербургского государственного университета www.dop.spbu.ru.

Финансирование подготовки курса и оплату обучения специалистов, которые не имеют возможности оплатить курс самостоятельно, взял на себя Императорский фонд исследования онкологических заболеваний, говорится в сообщении пресс-службы Детского хосписа. Основной целью деятельности Фонда является содействие подготовке кадров для обеспечения доступной и качественной медицинской помощи онкологическим больным. Значительную часть пациентов паллиативных служб составляют люди с онкологическими заболеваниями. Ранняя диагностика и лечение онкозаболеваний является не менее важной проблемой, чем оказание качественной паллиативной помощи.

*Агентство Национальных Новостей (annews.ru),
Москва, (15 ноября 2015)*

ПРОФИЛАКТИКА БЕЗ ШТРАФОВ

Минздрав не поддерживает идею санкций для населения при отказе от диспансеризации

Как сообщили “Ъ” в пресс-службе Минздрава, ведомство не рассматривает возможность введения для россиян санкций при отказе от диспансеризации. Ранее с таким предложением выступил заместитель мэра Москвы Леонид Печатников.

Минздрав не рассматривает вопросы ограничения выдачи страховых полисов или отказа от их продления в ситуации, когда владелец полиса не прошел государственную диспансеризацию, сообщила “Ъ” пресс-служба ведомства. «Прохождение диспансеризации является добровольным», — подчеркнули в министерстве.

Напомним, ранее заместитель мэра Москвы Леонид Печатников заявил, что при смене человеком полиса ОМС диспансеризация в госучреждении должна быть обязательной. «Считаю, что нужно обменивать страховой полис раз в три года и, пока человек не прошел диспансеризацию, полис не менять», — заявил господин Печатников. По словам заместителя мэра, если человек

принципиально не хочет проходить диспансеризацию, медицинский полис должен стать для него платным. «Почему остальные должны платить за твое лечение, если ты сам не захотел беречь здоровье?» — пояснил он свою позицию (“Ъ” ранее допускал теоретическую возможность введения штрафов за отказ от диспансеризации как вариант оптимизации расходов на здравоохранение — см. “Ъ” от 22 ноября).

Программа диспансеризации была начата в 2012 году, к началу текущего года в ней приняло участие более 75 млн человек. По итогам 2014 года, по данным Минздрава, диспансеризацию прошли 40,1 млн человек, в том числе 22,4 млн взрослых и 17,7 млн детей. По итогам диспансеризации взрослых к первой группе здоровья (практически здоровых) было отнесено около 33% населения, ко второй группе (лиц с высоким риском смерти при скрытом течении болезни) — 21%, к третьей группе (лиц с хроническими заболеваниями) — 46% населения.

«Подход, предполагающий внедрение штрафов и платежей за государственную медицинскую помощь при отказе от диспансеризации, не является чем-то оригинальным — такие системы существуют во многих европейских странах», — сообщил “Ъ” представитель главы социального блока Ольги Голодец Алексей Левченко. Впрочем, по его словам, пока обсуждение этой возможности в правительстве не переходило в формальную стадию. В Минздраве отметили, что в ближайшее время хотели бы только улучшить процесс информирования граждан о необходимости пройти обследование — соответствующие изменения ведомство предлагает внести в правила медицинского страхования. Суть поправок состоит в том, чтобы обязать страховые медицинские организации формировать перечень своих клиентов, которым необходимо пройти диспансеризацию в этом году, информировать их об этом и контролировать объемы, сроки, качество и условия предоставления медицинской помощи, оказанной при диспансеризации.

*Анастасия Мануйлова
Коммерсантъ. Новости Online, Москва,
(25 ноября 2015)*



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

П Р И К А З

от 27 ноября 2015 г. № 239

г. МОСКВА

О внесении изменений в Методику расчета показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций, утвержденную приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26 декабря 2011 г. № 243

В целях совершенствования приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.12.2011 № 243 «Об оценке деятельности страховых медицинских организаций»
п р и к а з ы в а ю:

Внести изменения в Методику расчета показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций, утвержденную приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26 декабря 2011 г. № 243, согласно приложению.

Председатель

Н.Н. Стадченко

Приложение
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 27 ноября 2015 г. № 239

ИЗМЕНЕНИЯ

в Методику расчета показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций, утвержденную приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26 декабря 2011 г. № 243

1. Пункт 3 дополнить подпунктами 15-21 следующего содержания:

«15. Деятельность СМО по информированию и привлечению застрахованных лиц к прохождению профилактических мероприятий

16. Выполнение плана по профилактическим мероприятиям

17. Объем экспертиз качества медицинской помощи по случаям летальных исходов

18. Деятельность СМО по случаям непрофильной госпитализации пациентов с острым коронарным синдромом

19. Деятельность СМО по случаям непрофильной госпитализации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения

20. Деятельность представителей СМО в медицинских организациях

21. Охват медицинских организаций представителями СМО.».

2. Таблицу пункта 4 дополнить подпунктами 15-21 следующего содержания:

Показатель	Формула расчета	Комментарий
15. Деятельность СМО по информированию и привлечению застрахованных лиц к прохождению профилактических мероприятий	$CP_{\text{проф}} = R_{\text{проф}} / \Sigma PVD \times 100\%$, где $R_{\text{проф}}$ – сумма средств расходов на ведение дела, направленных СМО на информирование и привлечение застрахованных лиц к прохождению профилактических осмотров; ΣPVD – общая сумма средств на ведение дела, полученная СМО	Объем средств расходов на ведение дела, направленный на информирование и привлечение застрахованных лиц к прохождению профилактических мероприятий
16. Выполнение плана по профилактическим мероприятиям	$P_{\text{проф}} = Z_{\text{проф}} / ZP_{\text{проф}} \times 100\%$, где $Z_{\text{проф}}$ – численность застрахованных в СМО лиц, прошедших профилактические осмотры, $ZP_{\text{проф}}$ – численность застрахованных в СМО лиц, подлежащих профилактическим осмотрам в году	Доля граждан, прошедших профилактические мероприятия, к общему числу застрахованных СМО граждан, подлежащих профилактическим осмотрам в текущем году
17. Объем экспертиз качества медицинской помощи по случаям летальных исходов (в %)	$ЭКМП_{\text{ли}} = КЭКМП_{\text{ли}} / КС_{\text{ли}} \times 100\%$, где $КЭКМП_{\text{ли}}$ – количество страховых случаев, закончившихся летальным исходом при оказании медицинской помощи, по которым проведена целевая ЭКМП; $КС_{\text{ли}}$ – количество страховых случаев, закончившихся летальным исходом при оказании медицинской помощи	

Показатель	Формула расчета	Комментарий
18. Деятельность СМО по случаям непрофильной госпитализации пациентов с острым коронарным синдромом	$СЛ_{окс} = КРСЛ_{окс} / КСЛ_{окс} \times 100\%$, где КРСЛ _{окс} – количество случаев лечения с острым коронарным синдромом, госпитализированных в непрофильные медицинские организации, по которым проведена ЭКМП; КСЛ _{окс} – количество случаев лечения с острым коронарным синдромом в непрофильных медицинских организациях	Доля рассмотренных случаев лечения, по которым проведена ЭКМП, от общего количества случаев непрофильной госпитализации пациентов с острым коронарным синдромом
19. Деятельность СМО по случаям непрофильной госпитализации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения	$СЛ_{онмк} = КРСЛ_{онмк} / КСЛ_{онмк} \times 100\%$, где КРСЛ _{онмк} – количество случаев лечения с острым нарушением мозгового кровообращения, госпитализированных в непрофильные медицинские организации, по которым проведена ЭКМП; КСЛ _{онмк} – количество случаев лечения с острым нарушением мозгового кровообращения, в непрофильных медицинских организациях	Доля рассмотренных случаев лечения, по которым проведена ЭКМП, от общего количества случаев непрофильной госпитализации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения
20. Деятельность представителей СМО в медицинских организациях	$ПСМО = К_{конс} / К_{застр} \times 100\ 000$, где К _{конс} – количество предоставленных консультаций представителями СМО в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, на 100 000 застрахованных лиц в СМО; К _{застр} – количество застрахованных лиц в субъекте РФ	Оценка деятельности представителей СМО
21. Охват медицинских организаций представителями СМО (в %)	$ОХ_{мо} = К_{предст} / К_{мо} \times 100\%$, где К _{предст} – количество медицинских организаций, имеющих представителей СМО; К _{мо} – количество медицинских организаций в субъекте РФ	Оценка деятельности представителей СМО

3. Приложение № 2 дополнить строками следующего содержания:

«Сумма средств расходов на ведение дела, направленных СМО на информирование и привлечение застрахованных лиц к прохождению профилактических осмотров, руб.

Численность застрахованных в СМО лиц, прошедших профилактические осмотры, человек

Численность застрахованных в СМО лиц, подлежащих профилактическим осмотрам в текущем году, человек

Количество страховых случаев, закончившихся летальным исходом при оказании медицинской помощи, по которым проведена целевая ЭКМП, ед.

Количество страховых случаев, закончившихся летальным исходом при оказании медицинской помощи, ед.

Количество случаев лечения с острым коронарным синдромом, госпитализированных в непрофильные медицинские организации, по которым проведена ЭКМП, ед.

Количество случаев лечения с острым коронарным синдромом в непрофильных медицинских организациях, ед.

Количество случаев лечения с острым нарушением мозгового кровообращения, госпитализированных в непрофильные медицинские организации, по которым проведена ЭКМП, ед.

Количество случаев лечения с острым нарушением мозгового кровообращения в непрофильных медицинских организациях, ед.

Количество предоставленных консультаций представителями СМО в медицинских организациях, ед.

Количество медицинских организаций, имеющих представителей СМО, ед.».

4. Приложение № 3 дополнить строками следующего содержания:

«Сумма средств расходов на ведение дела, направленных СМО на информирование и привлечение застрахованных лиц к прохождению профилактических осмотров, руб.

Численность застрахованных в СМО лиц, прошедших профилактические осмотры, человек

Численность застрахованных в СМО лиц, подлежащих профилактическим осмотрам в текущем году, человек

Количество страховых случаев, закончившихся летальным исходом при оказании медицинской помощи, по которым проведена целевая ЭКМП, ед.

Количество страховых случаев, закончившихся летальным исходом при оказании медицинской помощи, ед.

Количество случаев лечения с острым коронарным синдромом, госпитализированных в непрофильные медицинские организации, по которым проведена ЭКМП, ед.

Количество случаев лечения с острым коронарным синдромом в непрофильных медицинских организациях, ед.

Количество случаев лечения с острым нарушением мозгового кровообращения, госпитализированных в непрофильные медицинские организации, по которым проведена ЭКМП, ед.

Количество случаев лечения с острым нарушением мозгового кровообращения в непрофильных медицинских организациях, ед.

Количество предоставленных консультаций представителями СМО в медицинских организациях, ед.

Количество медицинских организаций, имеющих представителей СМО, ед. ».

I. Рукопись

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

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

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

В работе необходимо указать:

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

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

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

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

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

II. Содержание

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

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

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

III. Ссылки

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

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

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

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

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

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

Примеры библиографических описаний:

Книга

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

Автореферат диссертации

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

Статья из сборника

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

Статья из журнала

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

Статья из зарубежного журнала

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

Сборник тезисов докладов международных конференций

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

IV. Иллюстрации

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

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

V. Авторские правки

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

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:

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