

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

2 – 2016

Прямая линия с Президентом Российской Федерации
В.В. Путиным

Итоговое заседание коллегии Министерства здравоохранения
Российской Федерации



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 2, 2016**

**«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

№ 2, 2016

Рецензируемый научно-практический журнал

Издание находится на перерегистрации в ВАК

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

А. Гуяффрида – 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. Лангенбрюннер – Ведущий экономист Всемирного банка по вопросам здравоохранения, доктор наук экономики и здравоохранения (США)

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

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

И.В. Соколова – Заместитель председателя ФОМС

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

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

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

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

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

Главный редактор:

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

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

Журнал издаётся ООО «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 01.06.2016 года. Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм. Объем: 70 полос

Адрес редакции: ООО «Издательство «Офтальмология»

127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А. Тел.: (499) 488-87-03

E-mail: iol.buh@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», 2016

Выходит 1 раз в два месяца с 2006 года

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

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

Подписной индекс журнала «Обязательное медицинское

страхование в Российской Федерации» в каталоге

«Газеты. Журналы» Агентства «Роспечать» – 36347

**«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION»**

№ 2, 2016

Peer-reviewed scientific practical journal

The edition is in the re-registration at the Higher Attestation Commission of the Ministry of Education and Science of Russia

EDITORIAL BOARD:

Chairman of Editorial Board

N.N. Stadchenko – PhD (Economic Sc.), Chairman of the Federal Compulsory Health Insurance Fund (FCHIF)

Deputy Chairman of Editorial Board

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

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 FCHIF 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 FCHIF 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 01.06.2016, Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 70 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: iol.buh@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», 2016

It is issued 1 time every second month since 2006

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

Registration number ПИ № ФС77-23840 of March 28 2006

Subscription index of the Journal «Obligatory Medical Insurance

in Russian Federation» in the Catalogue «Newspapers. Journals

of the Agency «Rospechat» – 36347

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

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

Министр здравоохранения Российской Федерации
В.И. Скворцова посетила с рабочим визитом
Республику Крым и город Севастополь. 6

Председатель Федерального фонда обязательного
медицинского страхования Н.Н. Стадченко
приняла участие в открытии первого цикла подготовки
страховых представителей страховых медицинских
организаций 9

В Москве открылось Координационное бюро
Международной ассоциации социального обеспечения
для Евразии 10

Новые кадровые назначения 11

Награжден Памятным знаком «За заслуги в сфере
обязательного медицинского страхования Российской
Федерации» 11

ИТОГОВАЯ КОЛЛЕГИЯ МИНЗДРАВА РОССИИ

Об итогах работы Министерства здравоохранения
Российской Федерации в 2015 году и задачах на 2016 год.
Доклад министра здравоохранения В.И. Скворцовой
на итоговом заседании коллегии Министерства
здравоохранения Российской Федерации
20 апреля 2016 года 12

НАШИ ПУБЛИКАЦИИ

Председатель Федерального фонда
обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко:
Нагрузки на бюджет возрастают, но объемы
запланированной медицинской помощи останутся
прежними 20

ГБУЗ «НИИ - ККБ № 1 им.проф.С.В. Очаповского» - 200 лет

Министр здравоохранения Российской Федерации
В.И. Скворцова поздравила ГБУЗ «Научно-исследовательский
институт - Краевая клиническая больница № 1 имени
профессора С.В. Очаповского» с 200-летием 24

РАЗВИТИЕ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

М.Д. Богатырева, И.В. Долгова
Реализация программ «Земский доктор»
и «Сельский фельдшер» в Алтайском крае
как одно из ключевых направлений по повышению
доступности первичной медико-санитарной
помощи сельскому населению

M.D. Bogatyreva, I.V. Dolganova
The implementation of the program "Village Doctor"
and "Rural Paramedic" in the Altai Territory as one
of the key areas to improve an availability to the primary
health care for the rural population 34

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*А.В. Данилов, Б.А. Ермаков,
Т.Б. Каташина, Л.А. Гришина*
Концепция территориальной модели ОМС, предусматривающей
соплатежи взрослых трудоспособных неработающих граждан

*A.V. Danilov, B.A. Ermakov,
T.B. Katashina, L. A. Grishina*
Concept of the Territorial Compulsory Health Insurance
Model Providing Co-payments by Able-Bodied
Unemployed Adults 40

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

И.В. Успенская, О.Н. Селявина
К вопросу диспансеризации определенных
групп взрослого населения

I.V. Uspenskaya, O.N. Selyavina
Towards the matter of prophylactic medical examinations
of certain groups of the adult population 48

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование
и социальная политика в СМИ 54

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ 65

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского
страхования от 26 февраля 2016 г. № 28 «О Комиссии Федераль-
ного фонда обязательного медицинского страхования для рас-
смотрения вопросов предоставления работникам единовременной
субсидии на приобретение жилого помещения на 2016 год» (66)

Прямая линия с Президентом Российской Федерации В.В. Путиным

14 апреля 2016 г., Москва



В прямом эфире телеканалов «Первый», «Россия 1», «Россия 24», радиостанций «Маяк», «Вести FM» и «Радио России» вышла 14-я специальная программа «Прямая линия с Владимиром Путиным». Нововведением этой «прямой линии» стали видеовопросы. В ходе «прямой линии» были проведены включения из Крыма, Сахалина, Воронежской области, Томска и Тулы. За время телеэфира глава государства ответил на 80 вопросов. Продолжительность программы составила 3 часа 40 минут. Всего в рамках программы поступило более трёх миллионов вопросов.

Среди тем-лидеров – это внутривнутриполитические, внутриэкономические и социальные вопросы. И очень много звонков поступило по теме здравоохранения, лекарственного обеспечения.

Отвечая на вопрос Дмитрия из Москвы (в аптеках нет недорогих отечественных лекарств. Почему так получается, что на полках лежат только дорогие импортные препараты?), В.В. Путин пояснил, что Пра-

вительство осуществляет программу развития национальной фармацевтической промышленности. «На эту программу предусмотрено 148 миллиардов рублей. В 2016 году – 16 миллиардов. Действительно, примерно на

2,5 процента произошло сокращение отечественных дешёвых лекарств. Но это сокращение касается наименований препаратов, а по химической формуле таких сокращений нет, то есть появляются аналоги. Эта часть дешёвой продукции, особенно если она входит в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, регулируется государством.

На вопрос директора завода медицинских препаратов «Озон» г. Жигулевска Самарской области Виталия Олейникова (что лучше – субсидировать или отпускать цены на лекарства? Сдерживание прайвительством роста цен, по сути, приводят к тому, что производить эти лекарственные препараты производителю становится невыгодно, т.к. сырьё, оборудование и прочие составляющие приобретаются за рубежом за валюту)

В.В. Путин отметил, что если цены на лекарства резко поднять, то они уже не будут дешёвыми. Президент заверил, что в течение полутора-двух месяцев Правительство примет решение о возможных путях для исправления ситуации в этом вопросе.

Отвечая на вопрос Константина Хабенского, народного артиста России, основателя Благотворительного фонда, который помогает детям с тяжёлыми заболеваниями головного мозга (о внесении дополнений в закон о посещении родителями ребенка или молодых лиц до 18 лет в палатах интенсивной терапии и о помощи тяжелобольным детям, нуждающимся в аппаратах



искусственной вентиляции лёгких на дому), В.В. Путин подчеркнул: «Пребывание в реанимации родственников, конечно, это чувствительная тема. Закон не запрещает, действительно, находиться родственникам в реанимации, но руководители лечебных заведений чаще всего не разрешают. Тоже понятно почему — это, как правило, не индивидуальные палаты, и рядом там находятся люди, которые тоже нуждаются в особом внимании. И если пребывание других людей как-то нарушает покой других пациентов, то в этом случае администрация лечебного заведения принимает решение о соответствующих ограничениях. Переговорю на этот счёт с Вероникой Игоревной, попрошу её продумать, как можно хотя бы методически повлиять на изменение ситуации к лучшему, провести соответствующую работу. Второй вопрос связан просто с бюджетным финансированием. И там, где есть в стационарах приборы искусственной вентиляции лёгких, пациентам предлагают пользоваться услугами стационаров. По мере того, как возможности региональных и федерального бюджетов будут расти, Минздрав будет решать эту задачу».



Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова посетила с рабочим визитом Республику Крым и город Севастополь

15-16 апреля 2016 г.



В рамках запланированных мероприятий министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова приняла участие в открытии фельдшерско-акушерских пунктов в селах Зеленом и Семенном Нижнегорского района Республики Крым. На церемонии открытия присутствовали заместитель председателя Совета министров Республики Крым А.Н. Пашкунова, заместитель председателя Государственного Совета Республики Крым К.М. Бахарев, министр здравоохранения Республики Крым А.И. Голенко, другие официальные лица.

Фельдшерско-акушерские пункты оснащены современным медицинским оборудованием, необходимым для диагностики, лечения и проведения ряда лабораторных исследований. К ним подведены все коммуникации, оборудована противопожарная и охранная системы. Теперь доврачебная первичная медицинская помощь стала ближе и доступнее более чем трем тысячам сельских жителей Крыма.

В.И. Скворцова отметила успехи Республики Крым в переходе на российскую систему здравоохранения и выразила надежду на то, что медицинским работникам открывшихся фельдшерско-акушерских пунктов будет приятно трудиться в комфортных условиях. К тому же, как подчеркнула министр, открытие новых ФАПов позволит улучшить показатели по вакцинации, диспансеризации населения и в целом окажет положительное влияние на качество и доступность медицинской помощи жителям Крыма.

О значимом прогрессе в качестве и доступности медицинской помощи для жителей республики сообщила А.Н. Пашкунова, подчеркнув, что за последние 25 лет это самое знаковое событие в медицинской отрасли Крыма.

Модульные ФАПы были открыты в рамках Федеральной целевой программы «Социально-экономическое развитие Республики Крым и г. Севастополя до 2020 года». В ближайшее время открытие фельдшерско-акушерских пунктов в Крыму будет активно продолжаться. В 2016 году ФАПы откроются в населенных пунктах Белогорского,



Ленинского, Первомайского, Советского районов и г. Феодосии. В 2017 году планируются ввести в эксплуатацию еще 22 фельдшерско-акушерских пункта.

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова посетила ГБУЗ «Ялтинская городская больница № 1» в поселке Ливадия, которая является одной из 15 медицинских организаций Крыма, отремон-

тированных и оснащенных новым медицинским оборудованием в рамках Программы модернизации здравоохранения Республики Крым. Вместе с главой Республики Крым С.В. Аксеновым министр осмотрела помещения хирургического и реанимационного отделений больницы, ознакомилась с ходом строительных работ будущего объекта «Многофункциональный республиканский медицинский центр при городской больнице № 1 г. Ялта».

Высокотехнологичный медицинский центр будет включать несколько операционных блоков с самым современным медицинским оборудованием и реанимационное отделение на 7 коек. Проект реализуется за счет средств Федеральной целевой программы «Социально-экономическое развитие Республики Крым и г. Севастополя до 2020 года». На эти цели выделен 1 млрд рублей.

«Помимо основной лечебной функции, этот центр будет выполнять и образовательную функцию. Он станет учебной базой для повышения квалификации специалистов по хирургии, работающих в Крыму: кардиохирургов, нейрохирургов, сосудистых хирургов, специалистов в

ортопедии и травматологии. Эти специалисты необходимы для оказания экстренной и плановой помощи на полуострове», – сообщила министр.

Строительство высокотехнологичного медицинского центра на базе ГБУЗ РК «Ялтинская городская больница № 1» планируется завершить до конца 2016 года.



Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова, губернатор г. Севастополя С.И. Меняйло и директор Департамента здравоохранения г. Севастополя Ю.Э. Восканян приняли участие в открытии первой модульной подстанции скорой медицинской помощи, установленной в густонаселенной части города.

«Сегодня мы открываем первую модульную подстанцию скорой медицинской помощи в районе, где проживает свыше 30 тысяч человек. Ежегодно на пульт скорой помощи на Северной стороне поступает около 10 тысяч вызовов. Эта подстанция призвана улучшить работу выездных бригад на Северной стороне», - сообщила В.И. Скворцова. Министр отметила, что помещение модульной подстанции достаточно оборудовано, в нем находится комната отдыха для медицинского персонала и водителей машин скорой помощи, предоставлены условия для правильного содержания лекарственных препаратов, включая наркотические. У мобильной подстанции в пользовании имеются новые автомобили, один из них реанимобиль, оснащенный всем необходимым для проведения интенсивной дыхательной и сердечно-сосудистой терапии. На строительство и оснащение модульной подстанции было выделено 8 млн рублей. Площадь модульной подстанции составляет 145 кв. м. Подстанция функционирует в круглосуточном режиме.

В.И. Скворцова посетила переоборудованную Городскую больницу №5 «Центр охраны здоровья материнства и детства» г. Севастополя, осмотрела кабинет МРТ, отделение детской реанимации, операционный блок.

Министр провела рабочее совещание с руководителями медицинских учреждений г. Севастополя. В.И. Скворцова обратила особое внимание на то, что в настоящее время произошла детализация дорожной карты дальнейших действий по совершенствованию системы здравоохранения в г. Севастополе. Дорожная карта впредь будет корректироваться еженедельно, а не ежемесячно, как это было ранее. Изменения коснутся также вопросов кадровой политики, улучшения работы первичного звена, скорой медицинской помощи и внедрения высоких технологий.

Говоря об имеющихся положительных изменениях в системе здравоохранения г. Севастополя, министр отметила заметный прогресс в модернизации и развитии



здравоохранения города. За минувший год закуплено 1927 единиц медицинской техники из запланированных 1948, что составляет 99% от плана, 75% медицинской техники введено в строй и используется для диагностики и лечения пациентов. К концу текущего года будет завершен капитальный ремонт 25% общей площади всех городских медицинских объектов. Работа в сфере здравоохранения ведется непрерывно, и, в результате по итогам первого квартала текущего года, снижение смертности среди населения Севастополя составило 9%. Но, как подчеркнула В.И. Скворцова, основная работа еще впереди.

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко приняла участие в открытии первого цикла подготовки страховых представителей страховых медицинских организаций

11 апреля 2016 г., Москва

Открытие первого цикла подготовки страховых представителей страховых медицинских организаций состоялось на кафедре социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

В открытии цикла приняли участие заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Н.А. Хорова, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко, директор Научно-исследовательского института социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования А.В. Решетников, проректор по научной деятельности Первого МГМУ им. И.М. Сеченова С.Б. Шевченко.

Заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Н.А. Хорова отметила, что российское здравоохранение продолжает переход на страховые принципы. Формирование пациентоориентированной модели является последовательным шагом в этом направлении. Согласно реализуемой концепции страховых представителей создается трехуровневая система «страховых поверенных». Страховые медицинские организации за счет собственных средств будут проводить обучение специалистов различного функционального профиля: от оператора контакт-центра до высококвалифицированного врача-эксперта. Это делается для того, чтобы работа по защите прав застрахованных велась на новом уровне.

О том, что президент Российской Федерации В.В. Путин на форуме Общероссийского народного фронта поставил задачу – усилить роль СМО, напомнила председатель Федерального фонда ОМС Н.Н. Стадченко. Кроме того, перед новым институтом страховых поверенных ставится задача приобщать широкие массы застрахованных к участию в профилактических мероприятиях.

– Мы уверены, что знания, которые будут получены на обучающем цикле в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М. Сеченова, будут успешно внедрены в практику, – подчеркнула Н.Н. Стадченко. – СМО не должны являться какими-то посредниками в передаче финансовых средств в лечебные учреждения, их главная задача – защита прав застрахованных. Руководство ФОМС возлагает большие надежды на курсантов, которые пройдут обучение в Первом МГМУ. Именно они начнут по-другому организовывать работу с застрахованными в СМО, когда вернуться в свои регионы.



Начало работы страховых представителей, в соответствии с дорожной картой, запланировано на 1 июля 2016 года, а введение третьего уровня этого механизма обеспечения прав пациентов намечено на 1 января 2018 года. Экспертами третьего уровня будет проводиться анализ показателей здоровья прикрепленного к СМО контингента, им также доверят контроль за результатом диспансерного наблюдения, организацию экспертиз по жалобам застрахованных.

По словам академика РАН А.В. Решетникова, директора НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования, на базе которого организованы курсы, в занятиях первого цикла примут участие свыше 90 специалистов страховых медицинских организаций, представители территориальных фондов обязательного медицинского страхования всех федеральных округов и более 40 преподавателей российских медицинских вузов. По итогам успешного завершения обучения курсанты получат удостоверения государственного образца. В рамках своей деятельности по защите интересов застрахованных граждан страховые представители должны будут сопровождать пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи, курировать ход лечения, оказывать им правовую поддержку, инициировать и организовывать экспертизы качества оказанной медицинской помощи.

Состоялись лекции и занятия, проведенные известными учеными Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. Тематика их касалась как современного состояния системы ОМС, так и оценки факторов ее развития. Много внимания уделялось правовым основам здравоохранения и системы медицинского страхования, правам граждан в области охраны здоровья.

В Москве открылось Координационное бюро Международной ассоциации социального обеспечения для Евразии

15 марта 2016 г., Москва

В Москве состоялось открытие нового Координационного бюро Международной ассоциации социального обеспечения для Евразии в целях расширения присутствия Ассоциации в регионе.

В церемонии открытия приняли участие генеральный секретарь МАСО Ханс-Хорст Конколеwski, председатель правления Пенсионного фонда Российской Федерации А.В. Дроздов, заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.А. Карчевская, представители и руководители организаций социального обеспечения всего региона Евразии, а также от Европейской сети МАСО (IEN), которая базируется в ZUS (Польша) и является координационной структурой для Европы.

Координационное бюро МАСО для Евразии будет поддерживать деятельность Ассоциации, направленную на совершенствование администрирования и работы организаций социального обеспечения в крупнейшем с географической точки зрения регионе МАСО и будет содействовать проведению целевых мероприятий для членских организаций МАСО в Евразийском регионе.

Новое Бюро будет функционировать при поддержке Пенсионного фонда Российской Федерации и осуществлять сотрудничество с организациями социального обеспечения Российской Федерации, Армении, Беларуси, Грузии, Казахстана, Киргизской Республики, Республики Молдова, Таджикистана, Туркменистана, Украины и Узбекистана. Основной рабочий язык – русский.

Господин Конколеwski в приветствии открытия нового офиса в Москве отметил, что в сложной и постоянно меняющейся обстановке, когда социальное обеспечение претерпевает стремительную трансформацию, новое Бюро – это дополнительный инструмент сотрудничества и обмена знаниями и опытом между организациями, имеющими общие проблемы. «Существенная заинтересованность Пенсионного фонда Российской Федерации в деятельности новой структуры говорит о первоочередном внимании, уделяемом вопросам социального обеспечения в регионе на самом высоком уровне», – сообщил г-н Конколеwski.

Председатель правления Пенсионного фонда Российской Федерации А.В. Дроздов подчеркнул значимый потенциал новой структуры. «Наличие тесных исторических связей между странами Евразии означает, что сотрудниче-



ство и обмен опытом в области социального обеспечения являются не только необходимыми, но и естественными. Открытие Бюро по связям МАСО предоставит новые возможности для укрепления социального обеспечения в регионе», – заявил он.

«На Экономическом форуме, который проходил в феврале 2016 года в Красноярске, отмечалось и представителями бизнес-сообщества и научными кругами, что социальные расходы – это вклад в человеческий капитал, это вклад и в экономику страны. Сегодня мы сталкиваемся с национальными, демографическими вызовами, экономическими проблемами. Все Руководства МАСО направлены на повышение качества жизни граждан. Деятельность в рамках МАСО позволяет Российской Федерации выражать свои позиции на международной арене, а у нас огромный опыт, в т.ч. по профилактике заболеваний», – сообщила С.А. Карчевская. Она также отметила важность вебинара МАСО по актуарным расчетам, который состоялся в ноябре 2015 года, выразила надежду на получение практического опыта актуарных расчетов в области медицинского страхования других стран и пожелала Бюро продуктивной работы, отметив, что Бюро должно стать площадкой, которая поможет обсуждать вопросы сферы социального обеспечения.

Для представителей членских организаций МАСО из стран Евразии, был проведен круглый стол, на котором рассматривались проблемы социального обеспечения и конкретные приоритеты стратегии МАСО для региона.

Новые кадровые назначения

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия)



Горохов Александр Васильевич, 1967 г.р., назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия) на основании Указа Главы Республики Саха (Якутия) от 14 марта 2016 г. № 990.

Горохов А.В. в 1986-1988 гг. проходил службу в рядах Советской Армии, в 1993 г. окончил Медицинский институт Якутского государственного университета им. М.К. Аммосова по специальности «Лечебное дело», в 2003 г. окончил Финансово-экономический институт Якутского государственного университета им. М.К. Аммосова по специальности «Финансы и кредит».

С 1993-1995 гг. - клиническая ординатура в Медицинском институте Якутского государственного университета им. М.К. Аммосова по специальности «Внутренние болезни» (терапия).

С 1995-2010 гг. - врач-кардиолог отделения реанимации, врач-статистик организационно-аналитического отдела, заместитель генерального директора по организационно-методиче-

ской работе, заместитель генерального директора по экономическим вопросам ГУ «Республиканская больница № 1 - Национальный центр медицины».

С 2010-2016 гг. – министр здравоохранения Республики Саха (Якутия).

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

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



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

Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2015 году и задачах на 2016 год

Доклад министра здравоохранения В.И. Скворцовой на итоговом заседании коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации 20 апреля 2016 года



Главным результатом деятельности здравоохранения в 2015 году явился рост продолжительности жизни на полгода до 71,39 года, что в значительной мере связано со снижением смертности лиц трудоспособного возраста – за год на 4,5%, или более чем на 21 тыс. человек, из которых более 18 тыс. – молодые мужчины. Разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин за год сократилась до 10,8 года, по сравнению с 11,2 – в предыдущем году и 11,6 – в 2011 году. Но само сохранение такой дистанции между продолжительностью жизни мужчин и женщин – безусловно, это серьезнейший вызов, и в то же время это как раз акцентирует наше внимание на огромном резерве в борьбе со смертностью лиц трудоспособного возраста, прежде всего, мужчин.

В связи с ростом продолжительности жизни существенные изменения произошли в возрастной структуре населения страны. Вклад старших возрастных групп в общую смертность вырос практически до 75% против 73% в 2014 году и 71% в 2011 году.

Для сохранения и усиления тенденции к снижению общей смертности при таких особенностях возрастной структуры населения был разработан и внедрен комплекс дополнительных мер, направленных на предотвра-

щение смертности населения от всех основных причин, включивший, в том числе регулярный (еженедельный и ежемесячный) мониторинг основных показателей доступности и качества медицинской помощи.

Реализация с апреля 2015 года этого комплекса дополнительных мер позволила закончить год со снижением смертности на 3 800 человек.

В январе–феврале текущего 2016 года тенденция к снижению смертности сохранилась: умерло на 4 910 человек меньше в сравнении с аналогичным периодом прошлого года.

Особый вклад в снижение общей смертности и увеличение продолжительности жизни и рождаемости вносит снижение младенческой, детской и материнской смертности. В 2015 году по всем этим показателям достигнуты исторические национальные минимумы. Россия выполнила 4-ю и 5-ю Цели развития тысячелетия ООН.

Младенческая смертность за год снизилась на 12,2% до 6,5 на 1 000 родившихся живыми, а по сравнению с 2012 годом – на 24%. Хотелось бы отметить, что за 2 месяца текущего года она стала еще ниже – 6,1.

Материнская смертность, по оперативным данным ведомственного мониторинга, снизилась на 11%, а с 2011 года – почти вдвое.

Более 20 тыс. детей родилось с помощью современных технологий экстракорпорального оплодотворения, это больше на 9%, чем в 2014 году, и на 56% – по сравнению с 2012 годом.

Важно отметить, что благодаря активным мерам по психологической поддержке беременных женщин и организации службы доабортного консультирования в женских консультациях и родильных домах, за 2015 год на 8% снизилось число аборт (это 67 тысяч родившихся детей), а по сравнению с 2011 годом – на 24,5%, или на 242 тыс.



Участники итоговой коллегии Минздрава России в зале заседания

Таким образом, с 2013 года – третий год подряд – мы сохраняем положительный естественный прирост населения, который в прошедшем году превысил 32 тыс. человек.

Положительных демографических результатов, несмотря на сложную финансово-экономическую ситуацию, позволила добиться наша слаженная работа по повышению доступности медицинской помощи разных видов и форм оказания. В 2015 году в этом направлении было сделано несколько принципиально важных шагов.

Впервые, как сказала в своем вступительном слове Ольга Юрьевна Голодец, проведено прикрепление каждого застрахованного в ОМС не только к медицинской организации первичного уровня, но и к конкретному специалисту – врачу или фельдшеру, что подразумевает формирование персональной профессиональной ответственности. По состоянию на март 2016 года, из 146,9 млн застрахованных были прикреплены к специалистам более 97%. Эту работу необходимо завершить в ближайшее время.

Введена система еженедельного мониторинга ключевых показателей работы каждого участкового терапевта и врача общей практики по каждому из 60 тыс. терапевтических участков, что позволило точно выявлять

проблемы в обеспечении основным объемом первичной медико-санитарной помощи, включая профилактику, и оперативно на них реагировать.

Отдельное внимание было уделено территориальному планированию медицинской инфраструктуры. Впервые за постсоветский период были пересмотрены и утверждены требования к размещению медицинских подразделений в первичном звене, в том числе в удаленных районах и сельской местности. Эти требования теперь базируются не только на численности проживающего населения, но и на расстоянии до ближайшей медицинской организации с учетом нормативно закреплённого предельного времени ожидания разных видов медицинской помощи.

Для оптимизации территориального планирования министерством создана геоинформационная система, использование которой позволяет выявлять и адресно устранять риски сниженной доступности медицинской помощи.

2015 год внес свой вклад в создание трехуровневой системы оказания медицинской помощи, которая, в целом выстроена уже в 70 субъектах Российской Федерации. Наша задача – в 2016 году доформировать правильную организацию медицинской помощи в каждом регионе страны.

Именно первый и второй уровни оказания медицинской помощи преимущественно определяют её доступность – как в каждодневной жизни, так и в экстренных жизнеугрожающих ситуациях.

В 2015 году были введены требования по медицинскому обеспечению населенных пунктов с численность населения менее 100 человек. По переписи 2010 года, это более 82 тыс. населенных пунктов! В них, согласно нормам приказа, должны быть сформированы домохозяйства с возможностью оказания первой помощи и обеспечением экстренной связью, а также предусмотрено оказание первичной медико-санитарной помощи путем выездных форм работы – мобильными медицинскими бригадами с использованием портативных медицинских комплексов для плановых медицинских осмотров – не реже 2 раз в год. Установлены требования и к созданию в каждом регионе круглосуточной медицинской службы, связанной со всеми домохозяйствами и экстренными медицинскими службами.

В 2015 году в регионах функционировали уже более 9 тыс. домохозяйств (за год увеличение числа почти на 11%) и работало более 3 тыс. мобильных медицинских бригад (за год рост на 8%), которые обследовали более 760 тыс. человек. Однако очевидно, что этого недостаточно. В текущем году мы должны охватить плановым медицинским наблюдением жителей всех малонаселенных пунктов.

Особое наше внимание было уделено развитию инфраструктуры сельской медицины. Из 800 объектов, построенных и введенных в 2015 году, было 557 новых ФАПов и 58 офисов врачей общей практики. Отремонтировано за год 310 сельских медицинских подразделений.

В результате за год доля сельских медицинских подразделений, требующих капитального ремонта, сократилась на 39%, а находящихся в приспособленных зданиях и помещениях – на 17%.

За период с 2011 года в стране почти в 2,5 раза увеличилось число отделений врача общей практики и в 1,6 раза – число сельских амбулаторий.

Общее число отделений врача общей практики за 2015 год увеличилось на 184, сельских амбулаторий – на 367, сельских здравпунктов – на 214. При этом, несмотря на строительство новых ФАПов, их общее число несколько снизилось (на 0,7%), что отражает ускоренное развитие врачебной помощи на селе.

Важно отметить увеличение доли профилактических амбулаторных посещений на селе, которая в прошедшем году впервые превысила аналогичный показатель у городских жителей.

Существенно выросло и число межрайонных медицинских организаций второго уровня, оказывающих населению экстренную специализированную помощь при жизнеугрожающих состояниях, в течение «золотого часа», независимо от места проживания, в том числе в сельской местности.

Так, число сосудистых центров за год увеличилось на 8,3%, а по сравнению с 2012 годом – на 88,6%. Общее число первичных и региональных сосудистых центров составило 543, что и позволило нам внедрить на территории всей страны современные технологии диагностики и лечения ишемической болезни сердца и нарушений мозгового кровообращения.

Число травмоцентров за год повысилось на 20%, а с 2012 года – на 125%. В настоящее время оно превысило 1500.

Важнейшее направление нашей деятельности – обеспечение доступности высокотехнологичной медицинской помощи. Объемы оказанной ВМП с 2013 года были увеличены на 63% (с 505 тыс. до 823,3 тыс. человек), а за 10 лет – в 13,7 раза. При этом технологии ВМП активно внедряются в регионах: в 2015 году ВМП оказывалась уже 800 медицинскими организациями, что на четверть больше, чем в 2014 году.

Так, в 2015 году проведено более 126 тыс. стентирований сосудов (тогда как еще в 2014 году проводилось лишь 97 тыс.). В 20% случаев острого коронарного синдрома стентирование было проведено в экстренном порядке – в течение первых трёх часов с момента госпитализации.

Высокотехнологичная помощь пополнилась самыми современными сложнейшими уникальными технологиями.

Наряду с доступностью медицинской помощи, важнейшим направлением нашей совместной работы является создание системы управления её качеством.

В 2015 году совместно с Росздравнадзором и главными внештатными специалистами Минздрава России был проведен анализ правоприменительной практики порядков оказания медицинской помощи, по результатам которого они были актуализированы и дополнены. Впервые были разработаны и приняты порядки оказания паллиативной и гериатрической помощи, порядки по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни.

Подготовлен проект федерального закона о введении административной ответственности должностных лиц за нарушения порядков оказания медицинской помощи.

За год аппаратом главных внештатных специалистов Минздрава России и всем экспертным сообществом была завершена работа по созданию базового пула 1200 национальных клинических рекомендаций или протоколов лечения по основным классам заболеваний, охватывающих более 90% нозологических форм – основных причин заболеваемости и смертности населения.

Данная работа продолжается в рамках формирования критериев качества оказания медицинской помощи по каждой группе заболеваний с поэтапным переходом на автоматизированную систему электронного бенчмаркинга.

С учетом критериев качества оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций были пересмотрены и административные регламенты Росздравнадзора по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской помощи.

В рамках этого направления контроля, службой в 2015 году проверено более 6 тыс. медицинских организаций. К сожалению, приходится констатировать, что нарушения качества медицинской деятельности выявлены в 48% проверенных организаций.

Нам всем предстоит огромный совместный труд по повышению качества оказываемой медицинской помощи и приведению её в соответствие с современными международными требованиями.

В этой работе особая роль принадлежит ведущим федеральным центрам, главным профильным специалистам Минздрава России, федеральных округов и всех субъектов Российской Федерации, а также обновлённому в 2015 году в каждом регионе страны экспертному сообществу.

Постоянный контроль за этим важнейшим направлением со стороны организаторов здравоохранения всех уровней является абсолютно необходимым условием нашего успеха.

Безусловно, качество оказываемой медицинской помощи, прежде всего, зависит от качества подготовки главной движущей силы российского здравоохранения – более чем двухмиллионной армии медицинских специалистов.

В последние 3 года была проведена системная работа по обновлению образовательных программ разных уровней и профилей, определению и внедрению новых стандартизованных подходов к оценке качества подготовки медицинских работников.

Для выравнивания образовательного потенциала медицинских вузов и повышения эффективности корпоративной системы подготовки Минздравом России в 2015 году были созданы 13 научно-образовательных медицинских кластеров, которые приступили к активной работе.

С 2016 года мы внедряем аккредитацию медиков как принципиально новую систему допуска к профессиональной деятельности, основанную на применении профессиональных стандартов, клинических рекомендаций и процедур, разработанных совместно с профессиональным медицинским и образовательным сообществом.

Поэтапное внедрение аккредитации позволит уже в этом году допустить к профессиональной деятельности по единым на всей территории страны требованиям лиц, получивших высшее образование по специальностям «Стоматология» и «Фармация».

С 2017 года мы начнем аккредитацию выпускников по всей группе специальностей «Здравоохранение и медицинские науки», а затем планомерно перейдем к аккредитации всех медицинских работников.

Приведение уровня подготовки медиков к единым требованиям осуществляется через разработанную систему непрерывного медицинского образования. Созданный в этих целях Портал непрерывного медицинского образования обеспечивает уже сегодня доступ врача к реестру дополнительных образовательных программ, где предоставлена возможность формирования индивидуального плана обучения, выбора образовательной программы, включающей в том числе симуляционные тренинги, стажировки, циклы повышения квалификации. Частью системы непрерывного медицинского образования является и внедряемый с прошлого года образовательный сертификат. Полностью система непрерывного медицинского образования охватит всех медицинских работников к 2021 году.

Медицинские работники решают важнейшую стратегическую задачу по сохранению жизни и здоровья граждан. Их социальный статус и оплата труда должны соответствовать той высокой роли, которую они играют в обществе.

По данным Росстата, с 2012 года среднемесячная заработная плата врачей, среднего и младшего медицинского персонала увеличилась соответственно на 40,5, 39,7 и 60,7%. В целом, по итогам 2015 года, среднемесячная заработная плата врачей составила 47,9 тыс. рублей, среднего персонала – 27,0 тыс. рублей; младшего – 16,8 тыс. рублей.

Вместе с тем проведенный в 2014 году анализ показал, что при достаточно высоких номинальных показателях средних зарплат в большинстве субъектов Российской

Федерации сложилась неоптимальная их структура, в которой доля окладов не превышала 30%. В 2015 году регионам было рекомендовано увеличить долю выплат по окладам в структуре заработной платы до 55–60%.

На сегодняшний день в 58 из 85 регионов параметры оплаты труда уже приближены к рекомендованным значениям. Если в 2014 году в оплате труда врачей и провизоров размер должностных окладов во многих субъектах РФ не достигал 4 тыс. рублей, то сейчас таких регионов не осталось. Средняя величина должностных окладов увеличилась в 1,5–2 раза.

Предпринятые меры позволили не только увеличить гарантированный уровень оплаты труда в здравоохранении, но и снизить часто абсолютно субъективную и несправедливую дифференциацию в уровнях заработных плат медицинских работников одних и тех же специальностей и квалификации в однотипных учреждениях здравоохранения. Данную работу все регионы обязаны завершить в течение текущего года.

Эффективность работы отрасли напрямую зависит и от уровня подготовки управленческих кадров. В 2015 году Минздравом России совместно с образовательным экспертным сообществом проведена масштабная подготовка «управленцев», курирующих финансово-экономическую деятельность в медицинских организациях субъектов Российской Федерации, работающих в системе ОМС. В первую очередь, это коснулось заместителей главных врачей по финансово-экономической деятельности и директоров медицинских организаций.

Более 3 тыс. специалистов прошли обучение по эксклюзивной программе, разработанной при участии ведущих специалистов в области управления и экономики здравоохранения. Впервые в качестве итоговой аттестационной работы был использован анализ финансовой деятельности конкретной медицинской организации и выработка на основе полученных знаний механизмов повышения ее эффективности.

Важное значение для качественного осуществления деятельности врачей имеет не только достойная зарплата, но и привлекательность условий труда, соответствие рабочего места требованиям современности.

Именно поэтому отдельным направлением, которое мы развивали в 2015 году, было сокращение бремени непрофильной работы врача посредством внедрения информационных технологий, сокращения перечня документов, требуемых к заполнению, а также перераспределения некоторых обязанностей между врачом и медицинской сестрой.

К настоящему времени информатизировано около 380 тыс. рабочих мест врачей, что составляет 57% от необходимого количества. В 2016 г. количество автоматизированных рабочих мест планируется увеличить до 70%.

Полностью пересмотрен перечень документов, заполняемых врачами. Так, в 2015 году были признаны утратившими свою актуальность более 20 федеральных

мониторинговых систем, остальные – в настоящее время проходят экспертную оценку на предмет возможности их отмены.

Значимым результатом нашей кадровой политики стало увеличение числа врачей – за год более чем на тысячу человек и уменьшение кадрового дисбаланса. Увеличилось число и молодых специалистов в возрасте до 36 лет.

Выросло число врачей, работающих на селе: по сравнению с 2012 годом, – на 5,5 тыс. чел. (или на 11,3 %); обеспеченность врачами на селе на 10 тыс. сельского населения также увеличилась на 9%. Только благодаря программе «Земский доктор», с 2012 года было привлечено на село более 19 тыс. врачей.

В 2015 году впервые за последние годы удалось увеличить число врачей по таким всегда дефицитным специальностям, как «онкология» (394 специалиста), «патологическая анатомия» (49 чел.), «психиатрия» (125 чел.) и закрепить положительную динамику по специальностям «анестезиология-реанимация» (898 чел. за год пришло в отрасль) и «рентгенология» (393 чел.).

В результате мы обеспечили снижение коэффициента совместительства у врачей, который с 2006 года не снижался ниже 1,54, а в 2015 году составил 1,43.

Основным механизмом устранения кадрового дисбаланса является целевая подготовка, эффективность которой в 2015 году превысила 86%.

Однако, не во всех регионах этот показатель одинаково высок. Развитие эффективной целевой подготовки остаётся одной из приоритетных задач отрасли на 2016 год.

Огромное значение в сохранении жизни и здоровья наших граждан имеет развитие профилактического направления. 2015 год был обозначен Президентом Российской Федерации как Национальный год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В рамках разработанного комплексного плана мы продолжили реализацию масштабной программы диспансеризации населения – системы целенаправленных скринингов для выявления наиболее значимых с точки зрения смертности и заболеваемости состояний.

Первый этап диспансеризации прошли 22,5 млн чел., из которых более 6 млн чел. (или 27%) были направлены на второй этап – углубленного обследования. Совместно мы боролись за эффективность диспансеризации против приписок и формализма.

Все, у кого были выявлены заболевания (48% обследованных), получили требуемую медицинскую помощь и поставлены на диспансерное наблюдение.

У трети «практически здоровых» обследованных были выявлены факторы риска развития заболеваний, борьба с которыми в рамках комплексной программы «Формирование здорового образа жизни» также стала одним из наших главных приоритетов.

Вместе с тем важнейшим условием эффективности всего комплекса профилактических мер является развитие ответственности каждого человека за своё здоровье и здоровье своей семьи.

Нам необходимо внедрять дополнительные меры по мотивированию людей к сохранению своего здоровья, а также работодателей – к сохранению здоровья работающих.

Это сфера межведомственного взаимодействия и взаимодействия с общественными, профсоюзными организациями, ассоциациями производителей, всем гражданским обществом.

Позвольте еще раз произнести слова благодарности О.Ю. Голодец за то, что Ольга Юрьевна возглавила уже в текущем 2016 году рабочую группу Правительственной комиссии по охране здоровья граждан по межведомственному формированию здорового образа жизни и популяционной профилактике заболеваемости.

Особую значимость приобретает и развитие санаторно-курортного лечения, как оздоровительного, так и реабилитационного. Это одна из наших задач на ближайшую перспективу. И подробно мы ее, я так надеюсь, будем рассматривать на следующей итоговой коллегии.

Крайне важно также, чтобы те, кто уже перенес серьезные заболевания и получил стационарное лечение, продолжали принимать предписанные им лекарственные препараты в амбулаторных условиях. В нашей стране приверженность лекарственной терапии в рамках вторичной профилактики заболеваний – очень низка, не превышает 40%, тогда как в большинстве европейских стран она составляет около 70%.

При отсутствии приверженности терапии риск повторного острого сосудистого нарушения в течение первого года после инсульта, инфаркта миокарда или сосудистой операции превышает 50%, а экономическое бремя лечения и повторных оперативных вмешательств составляет миллиарды рублей.

С учетом ограничений семейных бюджетов в текущий период времени особую значимость приобретает обеспечение возможности амбулаторного приема лекарств, масштабирование накопленного в ряде регионов позитивного опыта по частичному государственному возмещению стоимости амбулаторной лекарственной терапии у населения из групп риска.

Говоря о доступности лекарственных средств, в целом необходимо отметить, что наша работа была сосредоточена на нескольких принципиальных направлениях.

Первейшей задачей было сдерживание роста цен на лекарства и медицинские изделия в условиях валютных колебаний и сложностей в экономике. В целях оперативного контроля было принято решение об осуществлении Росздравнадзором, наряду с ежемесячным мониторингом, еженедельного выборочного анализа цен.

В среднем по Российской Федерации, за 2015 год уровень розничных цен на ЖНВЛП амбулаторного сегмента увеличился на 8,8%, госпитального сегмента – на 8,9%. При этом рост цен на лекарственные препараты, не входящие в ЖНВЛП, составил в среднем 19,5%, что подтверждает эффективность действующей системы регулирования цен.

Такое регулирование, однако, было бы невозможно без актуализации ограничительных перечней лекарств и медицинских изделий.

В декабре 2015 года Правительством был утвержден перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2016 год, расширенный с 608 до 646 международных непатентованных наименований, или (с учетом конкретных лекарственных форм, дозировок и фасовок) – до более чем 23,5 тыс. ассортиментных позиций.

Впервые перечень сформирован по новому порядку, обеспечивающему максимальную открытость и вовлеченность экспертного сообщества в создание этого важного документа.

Пересмотрены и расширены также составные части перечня ЖНВЛП – перечень лекарственных препаратов для обеспечения отдельных категорий граждан и минимальный ассортимент лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи.

В целях контроля за ценами на имплантируемые в организм человека медицинские изделия, в 2015 году впервые был сформирован аналогичный перечень, включающий 205 видов медицинских изделий (23% от общего количества имплантируемых). Правительством определен Порядок контроля цен на данную категорию изделий.

В целях сохранения уровня лекарственного обеспечения, в 2015 году дополнительно в рамках антикризисных мер в регионы было направлено 16 млрд рублей, которые позволили сформировать необходимые товарные запасы лекарственных препаратов для обеспечения потребностей до 6 месяцев.

Эффективным механизмом снижения влияния негативных явлений в экономике на лекарственное обеспечение стала централизация закупок, которую уже внедрило более 44% субъектов РФ.

На сегодняшний день доля рецептов, принятых на отсроченное обеспечение, на территории страны не превышает 0,02%.

Текущий год требует от нас ещё большей концентрации ресурсов и экономии государственных средств!

Централизованная закупка лекарств, ориентир на воспроизведённые дженериковые формы, строгое соблюдение клинических рекомендаций и перечня ЖНВЛП – это обязательные требования к организации лекарственного обеспечения населения в каждом субъекте Российской Федерации.

Тем более, что нам предстоит существенно расширить охват необходимым лечением определенных групп населения, в том числе ВИЧ-инфицированных.

В 2015 году был подготовлен ряд важных нормативных правовых актов, направленных на совершенствование системы государственного контроля качества лекарственных средств и медицинских изделий, в том числе вводящих уголовную ответственность за оборот незарегистрированных и недоброкачественных лекарственных средств и медицинских изделий.

В связи с этим необходимо особо упомянуть разработанную совместно с экспертным сообществом и введенную в действие с 1 января 2016 года Государственную фармакопею РФ XIII издания. Такого масштабного пересмотра фармакопеи в нашей стране не было с 1968 года.

Отдельно следует сказать об обеспечении доступности наркотических анальгетиков. За прошедший период была существенным образом пересмотрена вся нормативно-правовая база в этой области.

Упрощены требования по хранению, перевозке, учету наркотических средств и психотропных веществ, упрощены требования к выписке рецептов, увеличены запасы рецептурных бланков, срок их действия, увеличены нормы выписки лекарств, разработаны методические рекомендации и учебные пособия по фармакотерапии хронического болевого синдрома, в том числе у детей.

С 2013 по 2015 годы более чем на треть (на 317) увеличилось количество аптек, осуществляющих отпуск населению наркотических анальгетиков, и на 68% – почти на 1 300 объектов, на которых возложена функция по отпуску наркотических средств и психотропных веществ физическим лицам.

В Росздравнадзоре открыта «горячая линия» для приема обращений о нарушении порядка выписки обезболивающих препаратов. Всего с момента создания «горячей линии» в Росздравнадзор поступило около 2 тыс. обращений, которые были отработаны в течение суток.

Благодаря нововведениям в законодательстве и жесткому контролю за их исполнением со стороны Росздравнадзора, обеспеченность неинвазивными обезболивающими препаратами выросла за 2015 год на 90%.

Однако в ряде регионов эта проблема ещё остра.

Необходимо приложить дополнительные усилия и обеспечить всех страдающих быстрым эффективным обезболиванием.

В Российской Федерации более 20 лет назад задан курс на страховую модель финансового обеспечения оказания медицинской помощи гражданам.

В рамках исполнения поручения Президента по окончательному переходу на страховые принципы обязательного медицинского страхования усилена роль и ответственность страховых медицинских организаций, которые становятся реальными участниками процесса организации медицинской помощи, способными влиять на состояние здоровья населения.

Активное участие страховых медицинских организаций должно осуществляться через уполномоченных лиц по работе с гражданами – страховых представителей, которые призваны обеспечивать не только защиту прав застрахованных на медицинскую помощь, но и сопровождение организации профилактических мероприятий, формирование здорового образа жизни у застрахованных лиц.

Для реализации указанных задач сформированы функциональные обязанности страховых представителей, утверждены обучающие программы и определены

базовые вузы для их подготовки, сформированы списки слушателей на обучение.

В апреле 2016 г. на федеральном уровне проведен первый обучающий цикл страховых представителей, целью которого является подготовка высококвалифицированных специалистов для индивидуальной работы с застрахованными лицами в сфере обязательного медицинского страхования.

Вторым важным направлением оптимизации системы ОМС в 2015 году стало совершенствование тарифной политики, которое было направлено на внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи, в том числе в стационарных условиях.

В целях снижения неэффективных расходов в стационарных условиях продолжилось внедрение механизма оплаты медицинской помощи на основе клинико-статистических групп (КСГ). На протяжении последних четырех лет модель КСГ совершенствовалась путем расширения и увеличения количества групп, включения в них новых диагностических исследований и методов лечения. Общее количество групп заболеваний в 2015 году, по сравнению с 2013 годом, увеличилось почти в 1,5 раза и составило 258, а в 2016 году – составляет уже 426 (308 групп для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и 118 групп – для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров).

В 2016 году значительно увеличилось количество КСГ для оплаты медицинской помощи, оказанной детскому населению, а также по профилю медицинской реабилитации.

Сегодня можно уверенно говорить о том, что система ОМС становится привлекательной для негосударственных медицинских организаций, доля которых в числе медицинских организаций, участвующих в реализации программы госгарантий, составляет уже 25%.

Продолжается и работа по развитию инструментария государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения.

В 2015 году приказом Минздрава России утвержден Комплекс мер, направленных на развитие инфраструктуры и государственно-частного партнерства в здравоохранении, которым предусмотрены мероприятия по совершенствованию законодательства Российской Федерации, организационные и практические меры по развитию этой сферы.

В конце 2015 года состоялось коммерческое «закрытие» первой федеральной концессии в здравоохранении, реализуемой на основании распоряжения Правительства Российской Федерации.

Реализация данного проекта позволит создать импортозамещающие производства медицинских изделий из уникальных российских материалов, обеспечить создание новых рабочих мест, налоговые поступления в размере 2,6 млрд рублей в бюджеты разных уровней, а также дополнительный доход в виде концессионной

платы, исключая расходы федерального бюджета на содержание неиспользуемой в настоящее время инфраструктуры.

В Правительство Российской Федерации внесен согласованный с Минэкономразвития России проект постановления Правительства по реализации второго пилотного проекта – заключения инвестиционного соглашения на базе имущества Пермского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера.

На разных этапах подготовки в Минздраве России и подведомственных министерству учреждениях находятся более 20 инвестиционных проектов с использованием различных механизмов государственно-частного партнерства с планируемым объемом инвестиций более 10 млрд. рублей.

Хочу подчеркнуть: указанные проекты не предусматривают бюджетного софинансирования и государственных гарантий.

Реализация требования ВОЗ о предоставлении каждому человеку не просто качественной медицинской помощи, а помощи максимального качества, основанной на достижениях медицинской науки, требует развития биомедицины – области знаний, сочетающей достижения фундаментальных и прикладных исследований, базирующейся на внедрении современных геномных и постгеномных, регенеративных, когнитивных, компьютерных, роботизированных и других технологий.

Для решения этой задачи, в рамках исполнения майского Указа Президента Российской Федерации, Минздравом России была разработана Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года. Для ее реализации создан Научный совет, включающий 14 научных медицинских платформ, представленных ведущими научными коллективами и экспертами, который осуществляет межведомственное взаимодействие, формирование приоритетов, координацию научной и инновационной медицинской деятельности.

Такой межведомственный формат работы приносит свои плоды.

Получены серьезные научные результаты в таких областях как нейро- и когнитивные технологии, нейрокомпьютерные сопряжения, в том числе для реабилитации пациентов с тяжелыми нарушениями двигательных функций, молекулярно-генетические технологии в онкологии, технологии, базирующиеся на стыке иммунологии, молекулярной биологии и геной инженерии, технологии активного долголетия.

Уже готовы к внедрению в практическое здравоохранение разработанные биомедицинские клеточные продукты для лечения ишемического инсульта, заместительной терапии инсулин-зависимого диабета, технологии выращивания искусственного хряща, реконструкции уретры и др.

Мы надеемся, что принятие Государственной Думой в этой весенней сессии закона «О биомедицинских кле-

точных продуктах» позволит начать легальное практическое применение этих передовых технологий.

По наиболее перспективным разработкам Министерством внедрен механизм административно-организационного сопровождения, что позволило добиваться прорывных результатов в очень сжатые сроки и, таким образом, быстро решать важнейшие государственные задачи.

Яркий тому пример – разработка в течение 15 месяцев Федеральным научно-исследовательским центром эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Гамалея двух российских вакцин против лихорадки Эбола.

Аналогичные проекты осуществляются в области создания противовирусных препаратов и тест систем, производства отечественных сенсорных приборов и биодетекторов, работающих в автономном режиме без участия человека.

Решается задача полной самостоятельности Российской Федерации в области производства иммунобиологических препаратов.

Для внедрения инновационных продуктов в широкую медицинскую практику (через включение их в программу государственных гарантий) проводится анализ их клинико-экономической эффективности путем внедрения механизма клинической апробации, законодательные основы которого также были заложены в 2015 году.

Успехи российского здравоохранения не могли остаться незамеченными на международном уровне.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, Россия вошла в тройку ведущих стран по эффективности мер, направленных на снижение бремени неинфекционных заболеваний.

Сегодня наша страна является одним из признанных лидеров на этом направлении. За последние три года мы оказали поддержку 24 странам в рамках глобальной программы ВОЗ по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний.

В 2015 году завершена пятилетняя программа участия Российской Федерации в Мускокской инициативе по охране здоровья матери и ребенка. Всего за 5 лет в рамках реализации данной инициативы нами подготовлено более 1200 медицинских специалистов для 18 стран мира.

С 2014 года наша страна единогласно избрана председательствующей в Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе

против табака, а российское антитабачное законодательство приводится в пример в качестве одного из наиболее комплексных и эффективных.

Высоко оцениваются наши успехи в борьбе с туберкулезом. В следующем году в Москве запланировано проведение глобальной министерской конференции ВОЗ по борьбе с этим заболеванием.

Нам есть что предложить нашим зарубежным партнерам и в плане лекарственного обеспечения. В начале 2016 года новая российская трехкомпонентная вакцина против гриппа зарегистрирована ПАОЗ и будет доступна на рынке 44 стран Центральной и Латинской Америки в объеме до 90 млн доз в год. В Гвинее в ближайшее время начинается пострегистрационное применение российской вакцины против лихорадки Эбола.

Здравоохранение – самая чувствительная и значимая отрасль для каждого человека и одновременно – основополагающая стратегическая отрасль для всей страны. Она всегда есть и будет «на острие» истории и судьбы народа.

Именно поэтому медицина и организация здравоохранения должны постоянно совершенствоваться, создавая условия для постоянного роста качества и доступности медицинской помощи и укрепления здоровья наших граждан.

2016 год должен стать ещё одной вехой в этом движении вперёд.

Позвольте поблагодарить всех участников и почетных гостей нашей Итоговой коллегии, Администрацию Президента, Правительство Российской Федерации, нашего куратора – вице-преьера Ольгу Юрьевну Голодец, всех коллег – федеральных министров и руководителей агентств и контрольно-надзорных служб, комитеты Государственной Думы и Совета Федерации, всю армию медицинских работников, ученых, преподавателей и организаторов здравоохранения за огромный самоотверженный труд на благо России и россиян!

Позвольте пожелать, чтобы наша работа, направленная на сохранение жизни и здоровья других людей, а по сути, являющаяся служением, требующим самоотдачи и посвящения, придала в новом рабочем году каждому врачу, фельдшеру, медицинской сестре жизненных сил и душевной крепости, уверенности в собственной востребованности и значимости.

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко: Нагрузки на бюджет возрастают, но объемы запланированной медицинской помощи останутся прежними

20 апреля 2016 г., Москва



Минздравом России подготовлены изменения в порядок финансирования высокотехнологичной медицинской помощи для федеральных медицинских организаций. Если они будут приняты, то вступят в силу с 2017 г.

Предложенные поправки в законодательство разрешат Федеральному фонду ОМС напрямую финансировать такие клиники за ВМП, которая еще не включена в базовую программу обязательного медицинского страхования. Как говорится в комментарии министерства по заявленному новшеству, указанный законопроект не изменяет объемы и характер финансирования, а со-

вершенствует логистику финансовых потоков, создавая единый прозрачный канал финансирования. О том, как будет работать система финансирования здравоохранения в этом году и планах по ее совершенствованию рассказала в интервью Медицинской газете председатель Федерального фонда ОМС Н.Н. Стадченко.

Наталья Николаевна, сложная экономическая ситуация предполагает вынужденный пересмотр отдельных статей расходов и федерального, и региональных бюджетов. Фонд ОМС – внебюджетный, и, на первый

взгляд, сокращение его не коснется. Но нагрузка на бюджет ФОМС, тем не менее может возрасти, если часть «бюджетных» видов погрузится в систему ОМС, как, например, психиатрия. Что Вы можете сказать по этой ситуации?

Несмотря на непростую экономическую ситуацию, утвержденный федеральным законом бюджет Федерального фонда на 2016 г. не предусматривает сокращение расходов на оказание медицинской помощи. Регионы Российской Федерации получают субвенцию на финансовое обеспечение МП, включенной в базовую программу ОМС, в размере 1 458,6 млрд руб., что на 44,4 млрд больше, чем в 2015 г. Подушевой норматив также немного, но увеличится: с 8 260,7 руб. до 8 439 руб.

Погружения новых видов медицинской помощи в систему ОМС в 2016 г. не предполагается – они и так все в базовой программе. Что касается перечня заболеваний, то расширение его базовой программы на этот год не предусмотрено.

Однако нужно помнить, что статьей 8 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» органам государственной вла-

Разработка собственной модели клинико-статистических групп заболеваний началась в России в 2012 г. Основная цель перехода на оплату медицинской помощи по КСГ – внедрение единой тарифной политики и снижение неэффективных расходов медицинских организаций. Кроме того, разработчики ставили задачу ухода от прежнего экстенсивного способа оплаты «поштучно» за услугу к оплате за законченный случай заболевания.

Методика определения стоимости лечения в условиях стационара с использованием КСГ сначала отработывалась на базе медицинских учреждений трех субъектов Российской Федерации: Кировской, Липецкой и Томской областей. В разработке первой российской классификации групп заболеваний активное участие принимали представители экспертного сообщества. Помощь специалистов позволила учесть все объективные критерии, влияющие на стоимость медицинской помощи, и способствовала внедрению новых организационных и экономических технологий в российском здравоохранении.

Ежегодно, с 2013 по 2015 гг., в модель КСГ вносились изменения, совершенствующие новый механизм финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях. Группировка КСГ в 2013 г. вклю-

Несмотря на непростую экономическую ситуацию, утвержденный федеральным законом бюджет Федерального фонда на 2016 г. не предусматривает сокращение расходов на оказание медицинской помощи. Регионы Российской Федерации получают субвенцию на финансовое обеспечение МП, включенной в базовую программу ОМС, в размере 1 458,6 млрд руб., что на 44,4 млрд больше, чем в 2015 г.

сти субъектов предоставлено право введения в территориальные программы дополнительных объемов страхового обеспечения к страховым случаям, входящим в базовую программу ОМС. Но при условии выделения соответствующих средств в систему ОМС из бюджета субъекта Российской Федерации.

Эта норма касается и расширения видов медицинской помощи, и дополнительных условий ее оказания, и перечня заболеваний, лечение которых осуществляется за счет средств ОМС. Ряду субъектов РФ удастся сохранять такую практику и в нынешних экономических условиях. Например, Московская, Калининградская и Тюменская области погрузили в территориальные программы ОМС лечение таких заболеваний, как туберкулез и психиатрия.

Сегодня стационарная помощь в большинстве регионов оплачивается с помощью метода клинико-статистических групп (КСГ). Как Вы считаете, существующая модель приобрела законченный вид или она еще будет совершенствоваться?

чала 187 групп заболеваний, а с 2016 г. их стало 426. Для медицинской помощи, оказываемой в стационарах – 308 и еще 118 – для лечения в условиях дневных стационаров. Основные отличия обновленной модели – это добавление КСГ для профиля «медицинская реабилитация», значительное увеличение количества групп для медицинской помощи детскому населению, оптимизация применения поправочных коэффициентов. Вводились коэффициенты учета трехуровневой системы оказания медицинской помощи и различных условий ее оказания, создающие предпосылки для развития стационарзамещающих технологий и повышения доступности сложных медицинских технологий.

В 2015 г. уже 43 региона внедрили новый способ оплаты. При этом в каждом федеральном округе было выбрано по одному пилотному региону, на базе которого проводилась детальная апробация российской модели КСГ.

С этого года данный метод применяется уже в 63 субъектах Российской Федерации, что позволяет сделать вывод о перспективе внедрения ее в качестве единой системы оплаты стационарной медицинской помощи.

Вместе с тем любая схема КСГ, и российская в том числе, требует регулярного обновления. Это обусловлено необходимостью постоянного обеспечения сдерживания неэффективных расходов в системе оплаты медицинской помощи, реагирования на изменения государственных приоритетов в сфере охраны здоровья граждан, повышения доступности медицинской помощи.

Амбулаторная медицинская помощь оплачивается согласно подушевому нормативу. С развитием различных направлений профилактической медицины увели-

С 2013 г. профилактические мероприятия финансируются в рамках базовой программы ОМС, при этом расширился список категорий граждан, подлежащих диспансеризации. В прошлом году диспансеризацию прошли 30,3 млн человек, в 2014 г. – 40,3 млн человек (на 32,8% больше). В 2015 г. ей было охвачено 45,1 млн человек.

чивается и количество медицинских услуг, погружаемых в амбулаторный ПН финансирования (диспансеризация, пренатальный скрининг и т.д.). Как Вы оцениваете адекватность подушевого способа оплаты в таких обстоятельствах

Статья 12 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает приоритет профилактики в этой сфере.

С 2006 по 2012 г. финансирование профилактических мероприятий осуществлялось за счет средств межбюджетных трансфертов, выделяемых из федерального бюджета. Диспансеризации подлежали определенные группы взрослого населения, проводилась диспансеризация детского населения. Охват диспансерными осмотрами в 2012 г. составил 28,8 млн человек.

С 2013 г. профилактические мероприятия финансируются в рамках базовой программы ОМС, при этом расширился список категорий граждан, подлежащих диспансеризации. В прошлом году диспансеризацию прошли 30,3 млн человек, в 2014 г. – 40,3 млн чел. (на 32,8% больше). В 2015 г. ей было охвачено 45,1 млн человек.

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи установлены нормативы финансовых затрат на одно посещение в амбулаторных условиях, в том числе и с профилактической целью.

С установкой на развитие профилактических направлений здравоохранения, нормативы объемов и финансовых затрат на эти цели постоянно увеличиваются. Норматив объема профилактической медицинской помощи вырос с 2,04 обращений на 1 застрахованного в 2013 г. до 2,35 в 2016 г., финансовые затраты за счет средств ОМС на 1 посещение увеличились соответственно

с 266,3 руб. до 358,7 руб. в 2016 г., прирост финансовых средств на обеспечение мер профилактики составил 34,7%.

Но говорить об оплате диспансерных мероприятий по подушевому нормативу не совсем правильно. Подавляющее большинство регионов оплачивают диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры по законченному случаю, с учетом проведения всех необходимых этапов, как и рекомендуется Минздравом России в ежегодных информационных письмах, разъясняющих порядок формирования территориальных программ го-

сударственных гарантий. Так что, по сути, способ оплаты профилактических мероприятий мало чем отличается от оплаты медицинской помощи в стационарных условиях. И там, и там используются способы оплаты, ориентированные на результат, на эффективное использование имеющихся в системе средств.

Наталья Николаевна, что можно сказать об объемах высокотехнологической медицинской помощи на 2016 г., которая будет оплачиваться системой ОМС?

Впервые высокотехнологичная медицинская помощь была включена в базовую программу ОМС в 2014 году. 459 наиболее растиражированных методов ВМП стали оплачиваться за счет субвенций Федерального фонда ОМС. Это стентирование коронарных сосудов, имплантация кардиоводителя ритма, эндопротезирование суставов, применение генно-инженерных биологических лекарственных препаратов при лечении системных заболеваний, комплексное хирургическое лечение глаукомы и другие.

С 2016 года в базовую программу обязательного медицинского страхования включено уже 513 методов ВМП. Добавлены сложнейшие операции и способы лечения поджелудочной железы и печени, хирургические вмешательства при заболеваниях надпочечников, медицинская помощь по офтальмологии, урологии, лечение эндокринологических заболеваний. Дополнительно введен новый хирургический профиль: детская хирургия в период новорожденности.

Президент России поставил задачу в полтора раза увеличить объемы высокотехнологичной помощи к 2017 г. Это поручение уже перевыполнено, причем досрочно – с 505 тыс. случаев оказания ВМП в 2014 г. до 816, по предварительным данным, на 1 января 2016 года.

Ежегодно увеличивается и объем средств на оказание ВМП вне базовой программы ОМС. Если в 2015 г. выделялось 82 млрд руб., то в 2016 г. мы запланировали увеличение на 18% – до 96,7 млрд. руб. В любом случае, рисков снижения плановых показателей оказания высокотехнологичной медицинской помощи мы не ожидаем.

В прессе в последнее время звучат предложения ввести обязательный взнос для трудоспособного, но неработающего населения, как это сделано в Беларуси. Как Федеральный фонд относится к таким инициативам?

Но есть категория лиц трудоспособного возраста, занимающихся трудовой деятельностью без оформления договоров. Они имеют доход, но плательщиками взносов в социальные фонды при этом не являются. По различным экспертным оценкам таких «нелегалов» у нас порядка 8-12 миллионов. Все эти граждане согласно законодательству считаются неработающими, и уплата страховых взносов за них – обязанность субъекта РФ, в котором они проживают. Главы территорий, безусловно, озабочены этим вопросом, потому что это создает серьезную дополнительную нагрузку на региональные бюджеты.

Впервые высокотехнологичная медицинская помощь была включена в базовую программу ОМС в 2014 году. 459 наиболее растиражированных методов ВМП стали оплачиваться за счет субвенций Федерального фонда ОМС. Это стентирование коронарных сосудов, имплантация кардиоводителя ритма, эндопротезирование суставов, применение генно-инженерных биологических лекарственных препаратов при лечении системных заболеваний, комплексное хирургическое лечение глаукомы и другие.

С 2016 года в базовую программу обязательного медицинского страхования включено уже 513 методов ВМП. Добавлены сложнейшие операции и способы лечения поджелудочной железы и печени, хирургические вмешательства при заболеваниях надпочечников, медицинская помощь по офтальмологии, урологии, лечение эндокринологических заболеваний. Дополнительно введен новый хирургический профиль: детская хирургия в период новорожденности.

В соответствии с законодательством Российской Федерации страховые взносы на ОМС работающих застрахованных граждан уплачивает работодатель, а за неработающих застрахованных лиц (дети и пенсионеры, зарегистрированные безработные и студенты, другие неработающие граждане) страховые взносы вносят субъекты Российской Федерации за счет своих бюджетных средств.

В сегодняшней сложной экономической ситуации расходы территориальных бюджетов на страховые взносы за ОМС таких «неработающих» становятся достаточно критичными, и мы считаем вполне логичным обсуждение в Правительстве России вариантов решения данной проблемы. В том числе, рассматривается и опыт Беларуси.

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова поздравила ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского» с 200-летием

31 марта 2016 г., Краснодар



Поздравить Краевую клиническую больницу с юбилеем приехали министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко, глава Республики Адыгея Аслан Тхакушинов, ректор Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова С.Ф. Багненко, ректор Кубанского государственного медицинского университета С.Н. Алексеевко, коллеги кубанских медиков из многих регионов страны.

Торжественная часть мероприятия началась с приветственного слова министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой. Она обратилась к коллективу больницы со словами: «Мы гордимся больницей, где лечатся люди со всей страны. Я вижу здесь дух настоящего отечественного клиницизма». Министр отметила, что краевая клиническая больница сегодня – это фактически федеральный центр с восемнадцатью кафедрами по всем основным направлениям, принимающая более десяти тысяч человек в год в стационарном отделении. Слова благодарности В.И. Скворцова адресовала главно-

му врачу В.А. Порханову, благодаря таланту и харизме которого больница стремительно развивается.

Губернатор края В.И. Кондратьев в своем выступлении подчеркнул, что кубанцам очень повезло в том, что регион имеет на своей территории подобный научный центр. «Первая клиническая – намного больше, чем просто больница. Для всей Кубани – это надежда на жизнь. А люди со всей России едут сюда, потому что знают – в Первой краевой не откажут, возьмутся даже за самый сложный случай. Это современный многопрофильный медицинский центр, работающий по международным стандартам, располагающий собственной санитарной авиацией, новейшей медицинской техникой и специалистами самой высокой квалификации», – отметил глава региона.

В.И. Кондратьев обратил внимание присутствующих на то, что высокотехнологичная медицина требует средств, и край ежегодно вкладывает в отрасль здравоохранения четверть своего бюджета. «На здоровье мы никогда не будем экономить. И в этом году, несмотря на кризис, финансирование здравоохранения Краснодарского края будет увеличено еще на 10%, – подчеркнул губернатор.



Приветственное выступление губернатора Краснодарского края В.И. Кондратьева



ГБУЗ «Научно-исследовательский институт - Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского»



Почетные грамоты Министерства здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова вручила лучшим медицинским работникам ГБУЗ «Научно-исследовательский институт - Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского»

Председатель Законодательного собрания Краснодарского края В.А. Бекетов отметил, что 50 лет назад здравоохранение Кубани было совсем иным по обеспеченности кадрами и по материальному оснащению. Сегодня все изменилось в технологическом и эстетическом плане, много сделано, чтобы здравоохранение края работало эффективно.

Торжественная часть мероприятия завершилась награждением работников ГБУЗ «НИИ – ККБ № 1 им. проф. С.В. Очаповского». Почетные грамоты Министерства здравоохранения Российской Федерации вручила В.И. Скворцова. Губернатор В.И. Кондратьев поздравил одиннадцать сотрудников больницы с присвоением Почетного звания заслуженного работника здравоохранения Кубани. Еще 12 медицинских специалистов получили Почетные грамоты и благодарственные письма Законодательного собрания Краснодарского края.

Главному врачу ККБ№ 1 В.А. Порханову за многолетний добросовестный труд, большой вклад в развитие здравоохранения

Краснодарского края, медицинской науки и подготовку высококвалифицированных специалистов была вручена Почетная грамота Совета Федерации Федерального собрания Российской Федерации.

Для участников и гостей мероприятия состоялся большой праздничный концерт ведущих вокальных и хореографических коллективов Краснодарского края.



Награды от Краснодарского края вручил губернатор В.И. Кондратьев



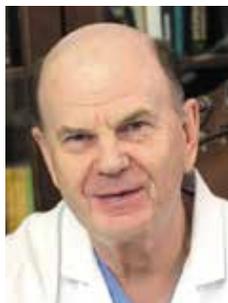
Председатель Законодательного собрания Краснодарского края В.А. Бекетов вручил Почетную грамоту Совета Федерации Федерального собрания Российской Федерации главному врачу ГБУЗ «Научно-исследовательский институт - Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского» В.А. Порханову



Выступление Кубанского хореографического ансамбля

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

За активную работу в становлении и развитии системы обязательного медицинского страхования Российской Федерации, проявленные при этом высокий профессионализм, новаторство и инициативу, и в связи с 200-летием ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского»:



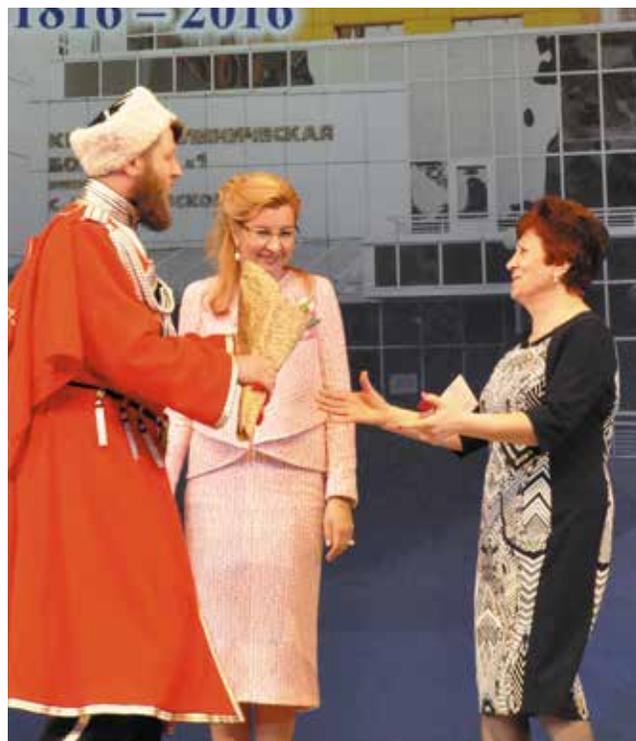
Порханов Владимир Алексеевич – главный врач ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского»;



Будникова Людмила Исмаиловна – заместитель главного врача по экономическим вопросам ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского»;



Шелестова Инга Александровна – заместитель главного врача по поликлиническому разделу работ ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского».



Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко вручила Памятный знак «За заслуги в сфере обязательного медицинского страхования Российской Федерации» руководству ГБУЗ «Научно-исследовательский институт - Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского»



Главный врач ГБУЗ «Научно-исследовательский институт - Краевая клиника № 1 имени профессора С.В. Очаповского» В.А. Порханов

В рамках мероприятия, посвященного юбилею Краснодарской краевой клинической больницы № 1 состоялась научная конференция.

Об истории, достижениях и перспективах ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиника № 1 имени профессора С.В. Очаповского» доложил главный врач, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор В.А. Порханов.

Ведущие ученые и хирурги лечебного учреждения в своих докладах ознакомили участников конференции с развитием кардиохирургии в Краснодарском крае, поделились опытом пересадки печени, рассказали о перспективах развития анестезиологической службы, о роли лучевой диагностики в современной больнице. Были обсуждены робототехнические операции в урологической практике и вопросы эндоваскулярной диагностики и лечения в ГБУЗ «НИИ – ККБ № 1».

Еще раз окунуться в историю становления больницы, узнать о тех людях, кто стоял у её истоков, о достижениях больницы участники и гости смогли, просмотрев специально подготовленный к юбилею фильм «Клиника номер один. Два века на страже здоровья».



Участники научной конференции в зале заседания

Становление Краевой клинической больницы № 1 неразрывно связано с историей г. Екатеринодара-Краснодара: с первых дней его образования еще в статусе военной крепости казачьих полков по настоящее время. Официальным Днем рождения лечебного учреждения считается 31 марта 1816 года. Именно в этот день состоялось торжественное открытие Екатеринодарского военного госпиталя, который строился почти 5 лет. Через 60 лет Указом императора Александра II он был преобразован в войсковую больницу на 100 мест.

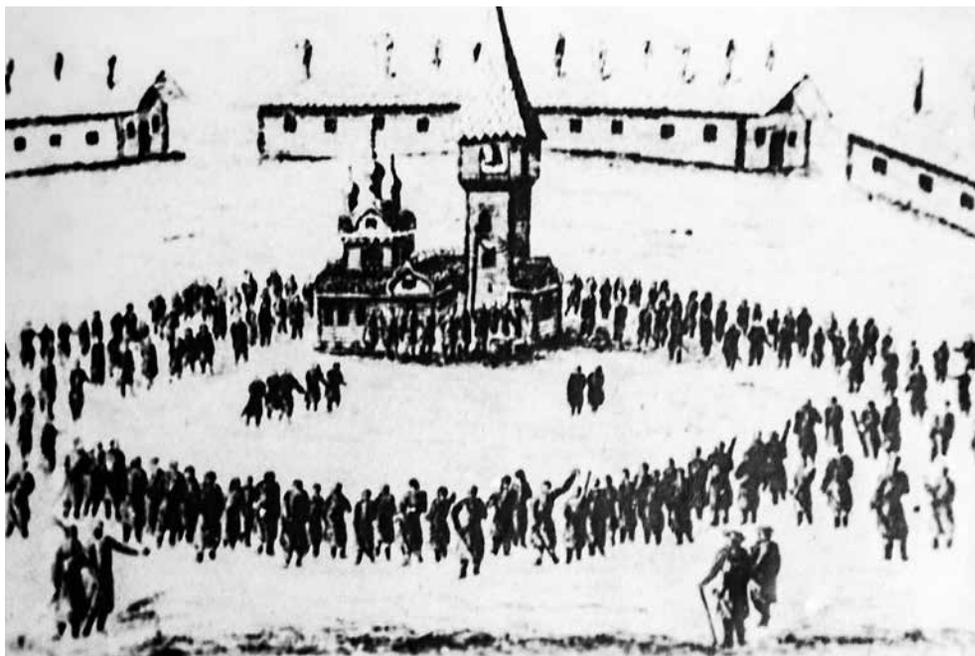
В тяжелые годы Великой Отечественной войны сотрудники больницы мужественно сражались на фронтах, самоотверженно трудились в тылу во имя Победы. Однако во время фашистской оккупации Краснодара больница подверглась значительному разрушению. После освобождения города усилиями сотрудников лечебное учреждение довольно быстро приводится в порядок.

В 1948 году клиника преобразуется в первую на Кубани Краевую клиническую больницу. В память о профессоре С.В. Очаповском, 36 лет бесменно руководившем глазным отделением, больнице присваивается его имя.

К началу XXI века ГБУЗ ККБ № 1 становится мощным многопрофильным центром с большим комплексом медицинских услуг по наиболее важным направлениям профилактики, диагностики и лечения. Некоторые из них уникальны для Юга России и оказываются только в Краснодарском крае.

В 2004 году Краевая клиника объединяется с Центром грудной хирургии. Учреждение возглавляет главный торакальный хирург Краснодарского

края, заведующий кафедрой онкологии с курсом торакальной хирургии КубГМУ, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор В.А. Порханов. После реорганизации больница получает мощный импульс развития: открываются новые направления оказания специализированной медицинской помощи: вертебрология, сосудистая хирургия, рентгенохирургия, кардио- и торакальная хирургия. На базе учреждения создаются специализированные



Казачья крепость



Профессор С.В. Очаповский в окружении сотрудников



Урологическая операция с применением роботизированной системы «Да Винчи»



Транспортировка больного из удаленного района в краевой центр

центры: уронефрологический, нейроневрологический и травматолого-ортопедический.

В 2007 году Краевая клиническая больница № 1 первая в крае получает право оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь наравне с ведущими федеральными клиниками по направлениям: сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия, травматология и ортопедия. В дальнейшем новые технологии применяются в офтальмологии, урологии, абдоминальной и челюстно-лицевой хирургии.

В конце 2014 года Краснодарская краевая клиническая больница № 1 стала научно-исследовательским институтом. Статус клиника получила благодаря уникаль-

ным научным разработкам и внедрению самых передовых высокотехнологичных методов лечения и диагностики.

Например, сегодня в активе клиники – уникальная методика тканевой инженерии для выращивания трахеи. Кроме того, в настоящее время здесь ведутся исследования по биоинженерному созданию искусственного легкого, диафрагмы, пищевода и кожи.

На сегодняшний день ГБУЗ «НИИ-ККБ № 1 им. проф. С.В. Очаповского» является крупнейшим лечебным учреждением Юга России со стационаром на 1710 коек (из них – 237 реанимационных). В его

стенах работают 4,6 тысяч специалистов: благодаря их труду ежегодно более 100 тысяч пациентов получают высококвалифицированную медицинскую помощь. Клиника гарантирует полный спектр современного лечения: от «стандартного» до наукоемкого. Пациентам нет необходимости ехать в федеральные центры страны: все необходимое лечение они получают в своем регионе и абсолютно бесплатно – расходы берет на себя краевой бюджет.

Мощный консультативно-диагностический комплекс больницы представлен поликлиникой, ведущей прием жителей со всего края и других регионов России, и 17 диагностическими подразделениями различной направленности. Прием пациентов осуществляется врачами по 52 специальностям. Число посещений неуклонно растет, и сегодня оно приблизилось к 3 тысячам человек в сутки.

Из года в год клиника наращивает объемы хирургической помощи. За последние 5 лет общее количество операций выросло на треть и в 2015 г. составило около 70 тысяч. Каждая четвертая операция – высокотехнологичная.

Слово «Спасибо» в этих стенах звучит часто. И часто здесь сравнивают жизнь «до» и «после». А как иначе, если врачи вернули к жизни человека. То, что может показаться фантастикой, для врачей больницы – их работа.

При возникновении сложных случаев специалисты клиники незамедлительно выезжают в нужный район, а местные врачи регулярно повышают свой профессионализм в НИИ-ККБ № 1. Кардио- или нейрохирурги, травматологи, токсикологи, торакальные хирурги и другие специалисты готовы прийти на помощь своим коллегам из муниципальных учреждений здравоохранения в любое время суток.

ГБУЗ НИИ-ККБ № 1 занимает в России:

- 1-е место по количеству операций на легких;
- 1-е место по количеству симультанных операций;
- 1-е место по числу операций при травмах сосудов;
- 1-е место по количеству коронарографий;
- 1-е место по количеству высокотехнологичных операций на глазах;
- 2-е место в России по числу трансплантаций сердца, уступая только ведущему федеральному Центру трансплантологии;
- 2-е место по количеству проводимых аортокоронарных шунтирований;
- 2-е место по общему количеству артериальных реконструкций и реконструктивных операций на сонных артериях;
- 3-е место в России по числу кардиохирургических операций на открытом сердце с применением искусственного кровообращения;
- Краевая клиническая больница № 1 – в тройке лидеров по количеству операций на позвоночнике с имплантацией металлоконструкций.

В экстренных случаях, когда счет идет на минуты, пациентов доставляют по воздуху. Вертолет санавиации приземляется прямо на крышу больницы. С его помощью за три года удалось спасти 800 жизней. И это далеко не предел.

В больнице занимаются пересадкой легких, почек, печени, поджелудочной железы. Около ста трансплантаций в год — это один из лучших показателей в России.

Полтора года хирурги бок о бок трудятся с роботом. Электронным напарником врач управляет с помощью джойстика. Вместо разреза небольшие проколы. Недавно здесь, впервые в России, с помощью робота пациенту была пересажена почка.

По количеству пересадок органов НИИ-ККБ № 1 им. проф. С.В. Очаповского входит в тройку лидеров Российской Федерации и опережает остальные региональные клиники России почти в 2,5 раза.

НИИ-ККБ № 1 является клинической базой 18 кафедр Кубанского государственного медицинского университета. Полторы сотни сотрудников больницы имеют ученую степень. В учреждении регулярно проводятся научно-практические конференции как краевого, всероссийского, так и международного уровня. Сегодня у кубанских врачей есть все – и знания, и опыт, и высокие технологии. Им удается буквально творить чудеса – каждый день, каждую минуту. Как результат, сотрудники ГБУЗ «НИИ-ККБ № 1 им. проф. С.В. Очаповского» четырежды удостоивались премии «Призвание» в разных номинациях. В многолетней истории Премии – это уникальный случай, свидетельствующий об одном: на Кубани отечественное здравоохранение достигло наивысшего уровня развития.

Объемы медицинской помощи в год:

- 713 тыс. амбулаторных посещений, в том числе по ОМС – 650 420 посещений на сумму – 580 458,5 тыс. рублей;
- 102 тыс. пролеченных пациентов (из них 25% – по экстренным показаниям);
- пролеченных в стационарных условиях за счет средств ОМС – 67 167 пациентов на сумму – 3 610 746,6 тыс. руб, из них при оказании высокотехнологичной помощи – 6 122 пациента на сумму – 725 732,6 тыс. руб.;
- 61 тыс. операций, среди которых 22 тыс. – высокотехнологичная медицинская помощь и 80-100 – трансплантаций органов;
- 110 тыс. КТ-исследований;
- 17,5 тыс. МРТ-исследований;
- более 650 тыс. УЗ-исследований;
- 24 тыс. консультаций тяжелых больных в районах края;
- 3 тыс. выездов врачей для оказания медицинской помощи в районы края;
- 1500 тяжелых и крайне тяжелых больных из больниц края эвакуировано «на себя».

УДК 614.2

Реализация программ «Земский доктор» и «Сельский фельдшер» в Алтайском крае как одно из ключевых направлений по повышению доступности первичной медико-санитарной помощи сельскому населению

М.Д. Богатырева¹, И.В. Долгова²

¹Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края;

²Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности



М.Д. Богатырева



И.В. Долгова

Резюме

В статье подведены основные итоги работы и направления деятельности ТФОМС Алтайского края, органа управления здравоохранением и Администрации Алтайского края по реализации федеральной программы «Земский доктор» и региональной программы «Сельский фельдшер». Представлена система мер по улучшению качества и доступности медицинской помощи сельскому населению путем укрепления кадрового звена центральных районных больниц и фельдшерско-акушерских пунктов. Приведены резуль-

таты, достигнутые регионом в ходе выполнения программ по привлечению медицинских кадров.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, качество медицинской помощи, центральная районная больница, медицинские кадры, отдаленные сельские районы, доступность медицинской помощи, укрепление материальной базы, фельдшерско-акушерский пункт, программа «Земский доктор», Сибирский федеральный округ, сельское здравоохранение.

Abstract

The implementation of the program "Village Doctor" and "Rural Paramedic" in the Altai Territory as one of the key areas to improve an availability to the primary health care for the rural population

M.D. Bogatyreva¹, I.V. Dolganova²

¹The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Altai territory;

²The General Administration of Altai Territory for Health and Pharmaceutical Activities

The article summarizes the main outcomes of the work and activities of the TFOMI of the Altai Territory, the health authority and the Administration of Altai Territory on the implementation of the Federal program «Village Doctor» and the regional program «Rural Paramedic». There is presented a system of measures to improve the quality and availability of health care for the rural population by strengthening the staff level of central regional hospitals

and obstetric stations. The article cites the results achieved by the region in the implementation of programs to attract medical personnels.

Key words: primary health care, quality of health care, central regional hospitals, medical staff, remote rural areas, the availability of medical care, strengthening of material facility base, obstetric station, village doctor, the Siberian Federal District, rural healthcare.



В Алтайском крае, также как и по всей стране, федеральная программа «Земский доктор» реализуется с 2012 года. С 2013 года обеспечение одновременных компенсационных выплат медицинским работникам осуществляется в равных долях - за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования и бюджета субъекта, где на эти цели ежегодно предусматриваются необходимые средства.

Говоря о проделанной работе, необходимо отметить, что Алтайский край – крупный агропромышленный регион с численностью населения 2,4 млн человек. Административно-территориальное устройство представлено 59 сельскими районами и 11 городами. При этом удельный вес сельских жителей в крае составляет 44%, это 7 место в Российской Федерации и 1 место в Сибирском федеральном округе.

В целях достижения приоритетной задачи доступности качественной медицинской помощи любому жителю региона вне зависимости от места его проживания, в крае сформировалась соответствующая сеть сельских медицинских организаций, и прежде всего, это центральные районные больницы со значительным количеством обособленных подразделений первичной медико-санитарной и доврачебной помощи. В их числе 59 центральных районных больниц, 5 районных и 9 участковых больниц, 195 врачебных амбулаторий и 894 фель-

дшерских здравпункта и фельдшерско-акушерских пункта.

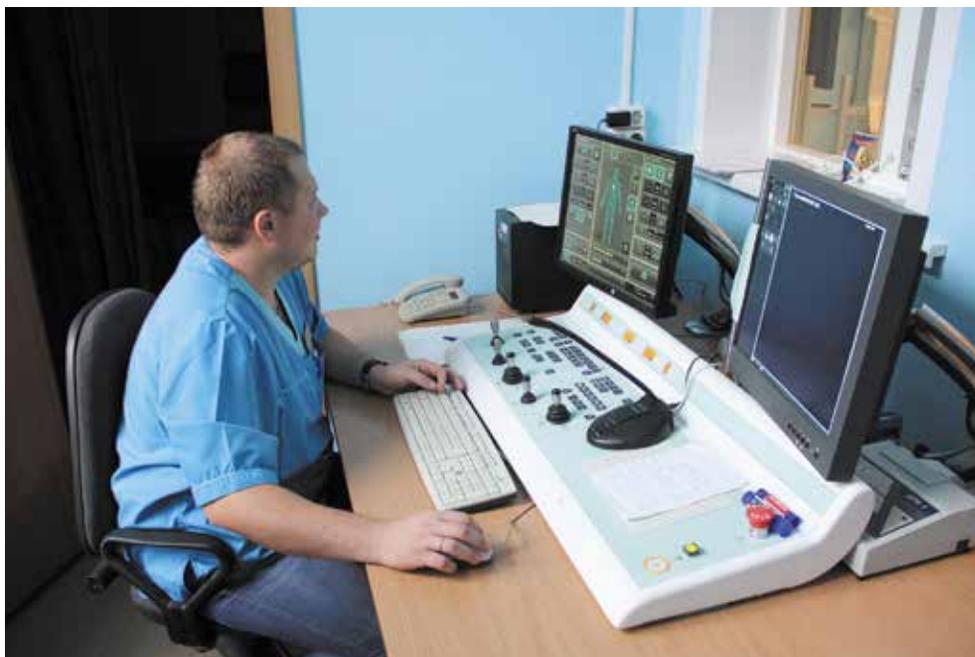
Обширная сеть медицинских организаций требует определенных усилий по обеспечению кадрами. Исходя из данной специфики, соответственно, и определены основные приоритеты Администрации Алтайского края по развитию социальной инфраструктуры и решению вопросов кадрового обеспечения системы здравоохранения.

Для организации доступной и качественной медицинской помощи населению края в течение последних лет в Алтайском крае реализован целый комплекс мер, направленных, в том числе на устранение дефицита кадров в сфере здравоохранения и,

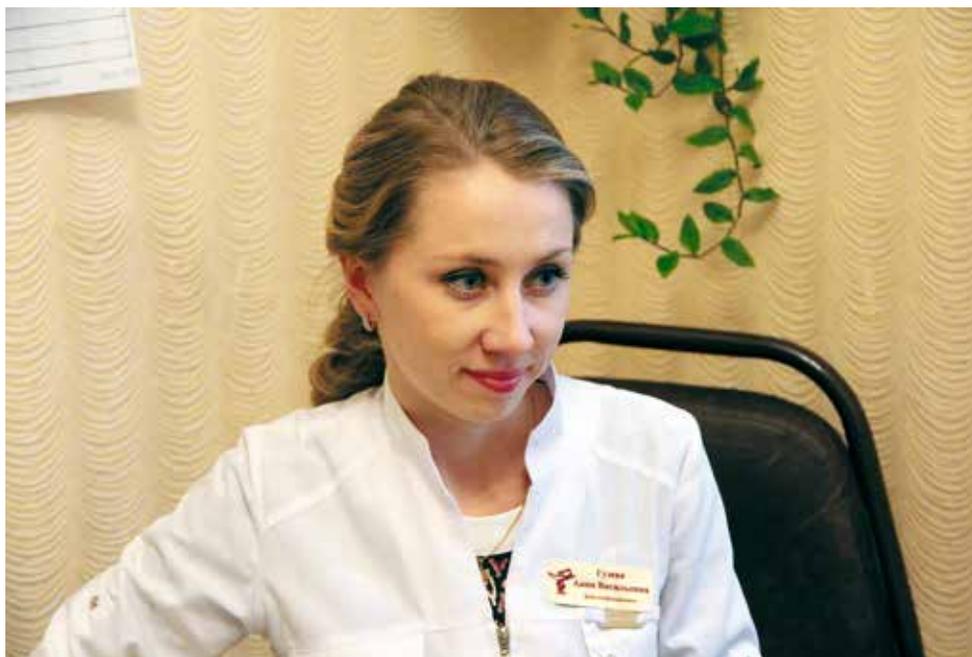
прежде всего, это федеральная программа «Земский доктор» и региональная программа «Сельский фельдшер».

В Алтайском крае по программе «Земский доктор» за период с 2012 по 2015 годы в сельские медицинские организации края трудоустроились 693 молодых врача, в том числе 142 молодых специалиста в 2015 году.

Основную часть участников программы «Земский доктор» составили выпускники Алтайского государственного медицинского университета, 44 молодых специалиста переехали в край из других регионов Российской Федерации. Из их числа на работу в сельские населенные пункты направились 92,6% молодых врачей и 7,4% молодых специалистов трудоустроились в рабочие поселки, расположенные на территории Алтайского края.



Врач-рентгенолог Илья Пономаренко. По программе «Земский доктор» приехал в Кулундинскую ЦРБ (Алтайский край) с семьей



Молодой специалист, участник программы «Земский доктор», врач-инфекционист Кулундинской ЦРБ (Алтайский край) Анна Гузева

В рамках участия в программе «Земский доктор» в сельские медицинские организации прибыли специалисты по наиболее остро востребованным специальностям: терапия – 152 врача, педиатрия – 58 врачей, хирургия – 48 врачей, акушерство и гинекология – 46 врачей, анестезиология и реаниматология – 47 врачей, стоматология – 36 врачей, неврология – 39 врачей, офтальмология – 23 врача, другие узкие специальности – 139 врачей.

Процесс укомплектования медицинских организаций края кадрами в рамках программы «Земский доктор» проходит при активной регулирующей роли отраслевого ведомства. С этой целью ежегодно управлением по здравоохранению края определяются территории, наиболее остро нуждающиеся в определенных специалистах, которые в дальнейшем рекомендуются участникам программы.

Анализируя районы по числу прибывших медицинских специалистов,

в крае одним из лидеров реализации программы «Земский доктор» стал Кулундинский район. На начальном этапе программы, в 2012 году, в Кулундинскую ЦРБ приехали 2 врача. В настоящее время в Кулундинской центральной районной больнице по программе трудоустроилось 22 врача – это практически половина врачебного персонала больницы.

Что касается других районов, то в каждом из них также есть новые кадры. Например, в Петропавловскую ЦРБ за последние несколько лет на работу по программе «Земский доктор» приехали 2 врача-терапевта, врач-инфекционист, заведующий гинекологическим отделением, заведующий лабораторией, врач

клинической лабораторной диагностики, заведующий детским отделением, врач-педиатр. В Поспелихинский район по программе «Земский доктор» приехали 6 врачей. В их числе участковый терапевт и врач функциональной диагностики.



Участковый терапевт Ирина Киташева приехала по программе «Земский доктор» в Поспелихинскую ЦРБ (Алтайский край) в сентябре 2015 года

В Советский район благодаря программе «Земский доктор» за три года переехали на работу 10 молодых врачей. Еще трое специалистов приступили к работе в октябре 2015 года – это анестезиолог-реаниматолог, невролог, эпидемиолог. Во всех районах пациенты положительно отзываются о молодых докторах.

Проблема кадрового дефицита в сельских медицинских организациях не ограничивается только врачами. На селе ощущается и острая нехватка средних медицинских работников. С целью привлечения специалистов на работу в фельдшерско-акушерские пункты в Алтайском крае за счет средств краевого бюджета с 2014 года реализуется программа «Сельский фельдшер». В соответствии с ней единовременные компенсационные выплаты в размере 500 тысяч рублей из краевого бюджета предоставляются фельдшеру в возрасте до 35 лет, который прибыл на работу в фельдшерско-акушерский пункт и обязуется там проработать в течение пяти



Участница программы «Сельский фельдшер» Ольга Лободина работает в фельдшерско-акушерском пункте с. Покровка Ключевского района (Алтайский край)

лет. Программа «Сельский фельдшер» позволила решить вопросы материальной поддержки в отношении фельдшеров и средних медработников и, несмотря на напряженный краевой бюджет, будет продолжена в 2016 году.

За период реализации программы в фельдшерско-акушерские пункты, которые не укомплектованы медицинскими работниками и находятся отдаленно от центральных районных больниц, трудоустроено 43 фельдшера. Из числа трудоустроенных 63% фельдшеров приступили к работе после окончания образовательных учреждений и 37% переехали на работу в фельдшерско-акушерские пункты из городских медицинских организаций.

Для медицинского обслуживания жителей небольших сел в Алтайском крае не только сохранили сельские лечебные учреждения, и в том числе разветвленную сеть ФАПов, но и качественно ее преобразовали. С этой целью в 2012 году в рамках программы «Устойчивое



Новый фельдшерско-акушерский пункт в с. Красноярское Поспелихинского района (Алтайский край) открылся в ноябре 2015 года



Фельдшерско-акушерский пункт с. Акулово Первомайского района (Алтайский край). Прием пациентов

развитие сельских территорий до 2020» было принято решение о строительстве быстровозводимых модульных ФАПов с жильем для медицинских работников. За время реализации программы уже построено 15 ФАПов, в том числе, в 2015 году введено в эксплуатацию 7 фельдшерско-акушерских пунктов.

Наряду с программами «Земский доктор» и «Сельский фельдшер» в Алтайском крае принимаются и другие меры, направленные на сохранение и развитие кадрового потенциала системы здравоохранения, повышение его профессионального уровня. Так, по инициативе губернатора Алтайского края с администрациями муниципальных образований края подписано соглашение о реализации мер социальной поддержки в отношении молодых специалистов в сфере здравоохранения и приняты муниципальные программы по кадровому обеспечению медицинских организаций. В рамках указанных

программ за счет местных бюджетов помимо ежемесячных выплат интернам и студентам, обучающимся по целевому направлению, предусмотрено предоставление жилья, единовременная материальная помощь при трудоустройстве молодых специалистов и другие меры поддержки медицинских работников. Особенно актуальными являются такие муниципальные программы для малых городов с численностью населения до 50 тысяч. Кроме того, введены региональные доплаты врачам-специалистам и медицинским сестрам стационарных отделений, а также молодым врачам, работающим в медицин-

ских организациях сельской местности, рабочих поселков и малых городов.

За период 2012-2014 гг. из средств краевого бюджета дополнительно направлено 61,9 млн рублей на подготовку врачей и средних медицинских работников, проведение конкурсов «Лучший врач года» и «Лучший средний



Фельдшерско-акушерский пункт с. Целинное Ключевского района (Алтайский край)

медицинский работник», а также санаторно-курортное лечение медицинских работников.

Социальная поддержка медицинских работников, и в первую очередь, в рамках программ «Земский доктор» и «Сельский фельдшер» выражается в позитивных изменениях показателей укомплектованности медицинских организаций врачами и средними медицинскими работниками, что позволяет улучшить доступность и качество оказания медицинской помощи сельским жителям и напрямую отражается на показателях их здоровья. Благодаря программе «Земский доктор», специалисты самых востребованных врачебных специальностей приехали работать во все центральные районные больницы Алтайского края, и сегодня некоторые ЦРБ по уровню обеспеченности медицинскими кадрами не уступают городским медицинским организациям.

Вместе с тем, задача по привлечению профессиональных кадров на село остается в числе приоритетных направлений деятельности Администрации Алтайского края, Территориального фонда ОМС и Главного управления Алтайского края по здравоохранению. Важную поддержку в начатой работе, безусловно, окажет продление на 2016 год компенсационных выплат медицинским работникам, увеличение возраста участников программы до 50 лет и доли софинансирования указанных выплат из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования до 60%.

Нормативные документы:

1. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
2. Постановление Администрации Алтайского края от 26.03.2013 № 172 «Об осуществлении в 2013 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников в сельских населенных пунктах или рабочих поселках».
3. Постановление Администрации Алтайского края от 27 марта 2014 г. № 148 «Об осуществлении в 2014 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников в сельских населенных пунктах или рабочих поселках».
4. Постановление Администрации Алтайского края от 29.04.2015 № 161 «Об осуществлении в 2015 году единовременных компенсационных выплат отдельным категориям медицинских работников в сельских населенных пунктах или рабочих поселках».
5. Указ Губернатора Алтайского края от 12.08.2014 № 122 «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат фельдшерам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2014 году на работу в фельдшерско-акушерские пункты, расположенные в сельских населенных пунктах Алтайского края».
6. Указ Губернатора Алтайского края от 03.04.2015 №29 «Об осуществлении единовременных компенсационных выплат фельдшерам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2015 году на работу в фельдшерско-акушерские пункты, расположенные в сельских населенных пунктах Алтайского края».

Для корреспонденции:

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

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края (ТФОМС Алтайского края)

Адрес: 656049, г. Барнаул, пр-т Красноармейский, д. 72

Тел.: (8-3852) 63-29-79, факс: (8-3852) 63-68-36. E-mail: general@tfoms22.ru

Долгова Ирина Викторовна – начальник Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности

Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности

Адрес: 656031, г. Барнаул, пр. Красноармейский, 95а

Тел.: (8-38532) 62-77-66, факс: (8-38532) 62-80-98. E-mail: krayzdrav@zdravalt.ru

For correspondence:

M.D. Bogatyreva – Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Altai territory

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Altai territory (TFOMI of the Altai territory)

Address: Pr. Krasnoarmeysky 72, Barnaul, 656049 Tel.: (8-3852) 63-29-79, Fax: (8-3852) 63-68-36. E-mail: general@tfoms22.ru

I.V. Dolganova – Head of the General Administration of Altai Territory for Health and Pharmaceutical Activities

The General Administration of Altai Territory for Health and Pharmaceutical Activities

Address: Pr. Krasnoarmeysky 95a, Barnaul, 656031

Tel.: (8-38532) 62-77-66, Fax: (8-38532) 62-80-98. E-mail: krayzdrav@zdravalt.ru

УДК 614.2

Концепция территориальной модели ОМС, предусматривающей соплатежи взрослых трудоспособных неработающих граждан

А.В. Данилов¹, Б.А. Ермаков², Т.Б. Каташина³, Л.А. Гришина³

¹Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Воронежской области;

²ГБОУ ВО «Сочинский государственный университет», Сочи;

³ГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко», Воронеж



А.В.Данилов



Б.А.Ермаков



Т.Б.Каташина



Л.А.Гришина

Резюме

В данной публикации представлена разработанная авторами концепция территориальной модели ОМС, предусматривающая со-платежи на ОМС взрослых трудоспособных неработающих граждан (ВТНГ) в контексте особенностей ее внедрения на территории Воронежской области. В основе концепции лежит дифференциация доступа к услугам в объеме территориальной программы государственных га-

рантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи контингенту ВТНГ в зависимости от внесения со-платежа на ОМС с использованием в качестве основного идентификатора застрахованного в системе ОМС лица «бинарного» полиса ОМС.

Ключевые слова: взрослые трудоспособные неработающие граждане (ВТНГ), соплатежи, «бинарный» полис ОМС.

Abstract

Concept of the Territorial Compulsory Health Insurance Model Providing Co-payments by Able-Bodied Unemployed Adults

A.V. Danilov, B.A. Ermakov, T.B. Katashina, L.A. Grishina

Territorial Compulsory Health Insurance Fund for the Voronezh Region; Sochi State University, State Budget Educational Institution for Higher Education, Sochi;

Voronezh State Medical University Named After N.N. Burdenko, State Budget Educational Institution for Higher Education, Voronezh.

This publication presents a concept of the territorial compulsory health insurance system developed by the authors. This system provides for co-payments by able-bodied unemployed adults (ABUA) in the context of its implementation in the Voronezh region. The concept is based on the differentiated access of the able-bodied unemployed adults to the universal health care guaranteed

by the state, depending on the co-payments made to the compulsory health insurance system. Such insured persons are to be identified by the compulsory health insurance system as holders of binar compulsory health insurance policies.

Key words: able-bodied unemployed adults (ABUA), co-payments, binar compulsory health insurance policy.

Введение

В опубликованных Минфином РФ «Основных направлениях бюджетной политики на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» отмечается, что в целях обеспечения сбалансированности финансовой системы обязательного медицинского страхования предлагается введение соплатежей пациентов за часть видов медицинской помощи для всех неработающих граждан, определённых пунктом 5 статьи 10 Федерального закона № 326-ФЗ [2], кроме детей, пенсионеров и зарегистрированных безработных из расчета 18% от тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения, установленного федеральным законом [11]. Согласно данным Росстата, в России работают только 41,5 млн человек, включая пенсионеров. Неработающих в стране больше – примерно 42,8 млн. Из них 29,1 млн работают без оформления и еще как минимум 13,7 млн человек не работают без уважительной причины [12]. Сегодня страховые взносы в систему ОМС за неработающих граждан платят региональные бюджеты. Но по расчетам Минфина РФ, с 2017 года нынешних доходов ОМС для финансирования системы здравоохранения уже не хватит, так как отчисления в территориальные фонды ОМС за счет взносов работодателей в ситуации экономического кризиса будут сокращаться. Правительство РФ должно уже сейчас обдумать, какие меры следует предпринять для того, чтобы в этих условиях не произошло резкого снижения

качества оказания медицинской помощи. Независимо от возможных сроков начала реализации инициативы Минфина РФ, а у нее, судя по всему, нет альтернативы, необходимо четко представлять, как она может быть реализована на территориальном уровне, дабы максимально учесть региональную специфику и избежать ненужных издержек в процессе внедрения в императивном порядке. Для Воронежской области с численностью населения 2 331,1 млн чел., при доле неработающего населения 63,39%, фиксирующейся на протяжении достаточно длительного периода времени [9], данный вопрос является крайне актуальным [10].

Цель

Целью данной публикации является изложение разработанной авторами концепции территориальной модели ОМС, предусматривающей соплатежи на ОМС взрослых трудоспособных неработающих граждан (ВТНГ) в контексте особенностей ее внедрения на территории Воронежской области.

Материал и методы

В октябре 2015 года на площадке Территориального фонда ОМС Воронежской области состоялся круглый стол, в ходе которого была обсуждена концепция территориальной модели ОМС, предусматривающей соплатежи на ОМС ВТНГ. 5 апреля 2016 года директор ТФОМС Воронежской области Александр Данилов представил доклад «О территориальной модели ОМС, предусматри-



Круглый стол на тему «Концепция территориальной модели ОМС, предусматривающей соплатежи взрослых трудоспособных неработающих граждан» с участием ТФОМС Воронежской области, государственных органов исполнительной власти Воронежской области, организаций - держателей персональных данных жителей Воронежской области



Международная научно-практическая конференция «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» в ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко». На фотографии слева направо: член-корреспондент РАН, профессор В.О. Щепин, д.м.н., профессор А.Л. Лиденбратен, директор ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», академик РАН Р.У. Хабриев, докладывает к.м.н., директор ТФОМС Воронежской области А.В. Данилов

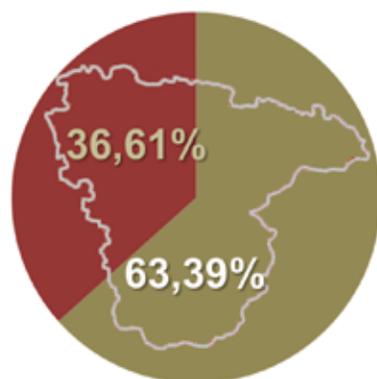
вающей соплатежи взрослых трудоспособных неработающих граждан» на международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» в ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко». В ходе обсуждения концепции и развернувшейся дискуссии участниками «круглого стола» и научно-практической конференции были высказаны замечания и предложения, позволившие доработать концепцию, основные положения которой изложены в публикации.

Результаты и обсуждение

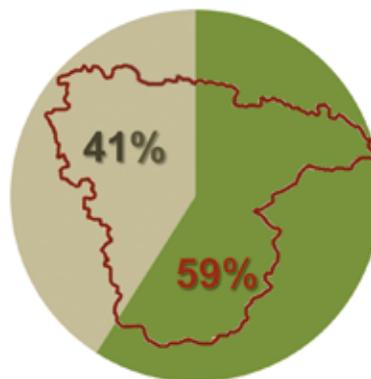
В ближайшие годы ряд стран, в число которых входит и РФ, столкнутся с проблемой возрастающей потребности в услугах здравоохранения и медико-социальной помощи. В этих условиях улучшение деятельности системы здравоохранения следует искать не только в наращивании расходов, но и в реформировании финансирования данной сферы, в том числе - выборе источника дополнительного финансирования медицинской помощи, способного повлиять на ее эффективность. Как показывает международный опыт, личные платежи не только способны покрыть часть государственных гарантий медицинской помощи, но могут содействовать переходу к более эффективной системе здравоохранения, ориентированной на менее затратные виды помощи (амбулаторное лечение, стационарозамещающие технологии и т.п.) Примерно в половине стран Западной Европы в системе общественного здравоохранения предусматривается

соучастие пациентов в расходах в случае первичного приема и примерно в половине – соучастие в расходах в процессе стационарного и специализированного амбулаторного лечения. При этом практически везде суммы, доплачиваемые пациентами, ограничены установленными максимально допустимыми размерами. Во многих странах, где населению обещают полностью бесплатную медицинскую помощь, также используются соплатежи населения. В ряде бывших социалистических стран уже введена такая система. Так, в секторе первичной помощи соплатежи действуют в Эстонии, Чехии, Хорватии, Кыргызстане, Латвии, Литве. В секторе вторичной помощи в Венгрии и Латвии установлены небольшие доплаты за стационарную помощь. Интересен опыт реформирования общественной системы здравоохранения Кыргызстана – страны со схожими стартовыми условиями, где все население (кроме льготных категорий) вносит соплатежи на ОМС. Соплатежи были введены и в Грузии, где всегда практиковалась неформальная оплата за любую медицинскую услугу. Также стоит обратить особое внимание на опыт союзной Белоруссии, где Указом Президента РБ с трудоспособных, но официально неработающих граждан, для предупреждения их социального иждивенчества взимается специальный сбор. В то же время в РФ подобного практического опыта не имеется, что создает немалые сложности, прежде всего в самом отношении к проблеме. В свое время, в порядке эксперимента на территории г. Сочи предпринимались отдельные по-

Структура населения Воронежской области



- доля неработающего населения
- доля работающего населения



- обеспеченность населения электронными документами (полисы ОМС + УЭК)
- бумажные полисы ОМС

пытки введения соплатежей на ОМС ВТНГ, однако они носили локальный характер и действовали на протяжении непродолжительного временного интервала, хотя продемонстрировали достаточно высокую экономическую эффективность и не вызвали социального напряжения среди указанного контингента [7, 8]. Однако противники данной идеи категорически отрицают саму возможность введения соплатежей, ссылаясь на нарушение 41 статьи Конституции РФ, согласно которой каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, которая оказывается гражданам бесплатно в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений [1]. Бесплатность здесь возводится в некий абсолютизм. При этом полностью игнорируются нормы статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», гласящей, что каждый гражданин РФ имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования [3]. Ключевое значение здесь имеет наполнение программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (как по объему услуг, так и по финансовому обеспечению) и ее утверждение с определенной периодичностью на федеральном и региональном уровнях [4, 6]. Очевидно, что

наполнение программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не может не зависеть от текущей экономической ситуации. По нашему мнению, именно через дифференциацию доступа к услугам в объеме территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, возможно обеспечение внедрения механизма соплатежей на ОМС ВТНГ. Оставляя анализ аргументов «за» или «против» за рамками данной публикации, хочется обратить внимание на один принципиальный момент: как сторонники, так и противники идеи соплатежей отмечают ее наиболее слабое место – отсутствие механизма взимания оплаты. С нашей точки зрения, механизм такой есть. В его основе лежит принцип дифференциации доступа к услугам в объеме территориальной программы ОМС контингенту ВТНГ в зависимости от внесения соплатежа на ОМС с использованием в качестве основного идентификатора лица застрахованного в системе ОМС «бинарного» полиса ОМС.

Как известно, термин «бинарный» происходит от слова «bi» — два, и обозначает двоичный, двухкомпонентный. Таким образом, бинарный полис ОМС – это документ, подтверждающий право гражданина РФ на получение бесплатной медицинской помощи в объеме программы ОМС, разделенной на два основных компонента (А и Б). Модель бинарного полиса ОМС, представлена на рис. 1.

Компоненты А и Б подразумевают определенные объемы бесплатной медицинской помощи, регламентированные соответствующими перечнями. Так, перечень А

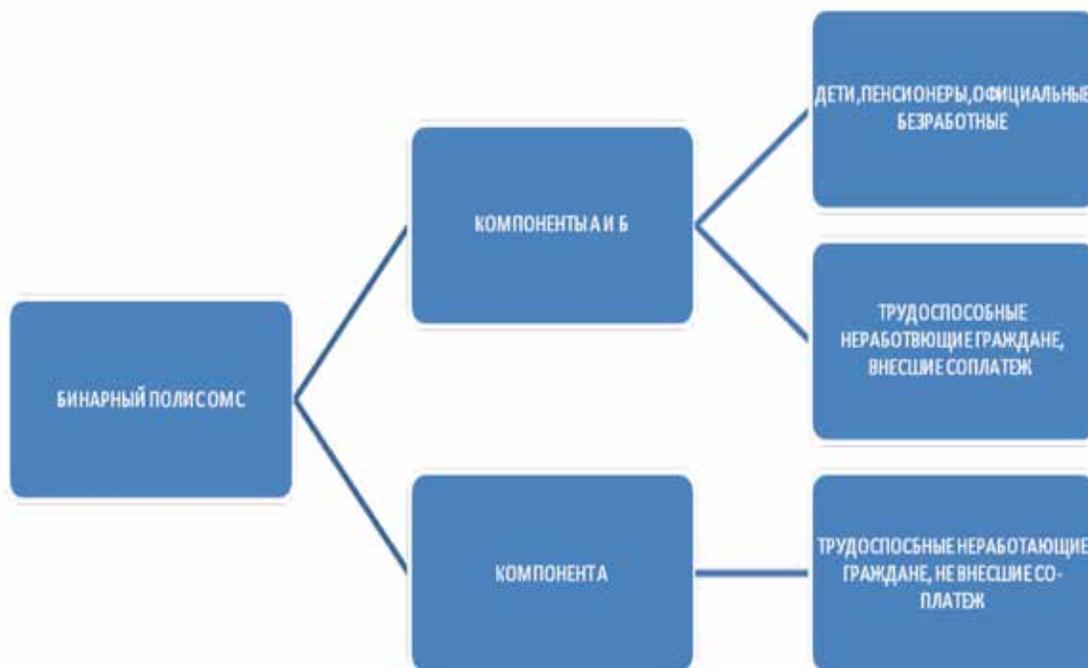


Рис. 1. Модель бинарного полиса ОМС

включает всю жизненно важную медицинскую помощь, а Б - остальные услуги, предусмотренные территориальной программой ОМС. Право на получение услуг по компоненту А распространяется на всех граждан независимо от их социального статуса, что сразу снимает возражения противников данной идеи, усматривающих ущемление прав граждан, предусмотренных 41 статьей Конституции РФ. За право получения услуг в объеме компонента Б ВТНГ должны будут вносить соплатеж в размере, предлагаемом Минфином РФ. Таким образом, речь идет о едином полисе ОМС, выдаваемом всем гражданам РФ независимо от их социального статуса.

Введение в оборот «бинарного» полиса ОМС подразумевает включение в механизм информационного взаимодействия, помимо традиционных участников (ТФ ОМС, СМО, МО), региональных структур Пенсионного фонда РФ и Федеральной налоговой службы РФ в рамках функциональной схемы, приведенной на рис. 2.

Предполагается, что основу модели информационного взаимодействия будет составлять персонифицированная база данных ПФ РФ со сведениями о СНИЛС граждан трудоспособного возраста. Данная база на условиях специального соглашения передается территориальному фонду ОМС, который выступает администратором информационной системы взаимодействия субъектов и участников территориальной системы ОМС по обмену персональными данными о гражданах региона, относящихся к категории взрослого трудоспособного населения (далее базе данных о статусе застрахованных

взрослых трудоспособных граждан). ФНС РФ (также на основе специального соглашения) с определенной периодичностью обеспечивает предоставление актуальных сведений о перечислении работодателями всех форм и видов собственности НДФЛ и других налогов, уплачиваемых субъектами, применяющими упрощенную систему налогообложения. Территориальный фонд ОМС обеспечивает формирование персонифицированной базы ВТНГ, за которых не производятся налоговые платежи и, соответственно, не делаются отчисления в фонды ОМС. СМО и МО, участвующие в реализации территориальной программы ОМС, на основе специальных соглашений в режиме онлайн получают доступ к базе ВТНГ с целью формирования реестра лиц, для которых предусмотрено взимания соплатежа на ОМС, с последующим подключением после оплаты взноса к полису ОМС компонента Б, в следующих случаях:

- при первичном оформлении полиса ОМС взрослому трудоспособному неработающему гражданину;
- при замене ранее выданного полиса ОМС взрослому трудоспособному неработающему гражданину;
- при обращении в МО за медицинской помощью взрослого трудоспособного неработающего гражданина, имеющего ранее выданный полис ОМС, но не имеющего права на получение медицинской помощи по компоненту Б без внесения соответствующего соплатежа.

Для граждан, относящихся к категории ВТНГ, в рамках данной информационной системы полис ОМС должен играть роль идентификационного инструмента, позволя-

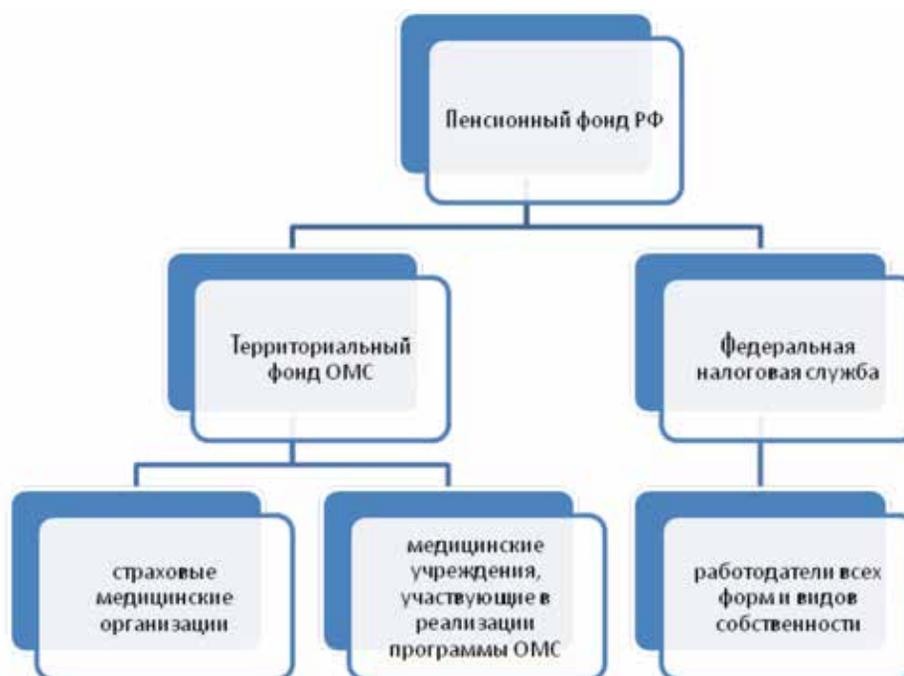


Рис. 2. Функциональная схема информационного взаимодействия субъектов и участников территориальной системы ОМС по обмену персональными данными о взрослом трудоспособном неработающем населении региона

ющего СМО или МО через доступ к базе данных получить сведения о текущем статусе застрахованных. Данная база разделена на два компонента: граждане, не внесшие соплатеж и имеющие право на получение бесплатной медицинской помощи только в объеме компонента А территориальной программы ОМС, и граждане, внесшие соплатеж и имеющие право на получение бесплатной медицинской помощи в полном объеме территориальной программы ОМС. Основное требование к «бинарному» полису ОМС – наличие микрочипа с возможностью хранения информации о текущем статусе ВТНГ и сроке действия компонента Б исходя из даты внесения соплатежа. В рамках переходного периода возможна иная технология взаимодействия, в основе которой должен лежать постоянный обмен информацией о статусе каждого ВТНГ в момент обращения за получением им медицинских услуг в МО, участвующие в реализации территориальной программы ОМС. Общая схема информационного обмена субъектов и участников ОМС при работе с «бинарными» полисами ОМС представлена на рис. 3.

При этом:

- ПФ РФ не регулярно передает ТФОМС базу данных СНИЛС на каждого взрослого трудоспособного гражданина (или обеспечивает возможность доступа к такой базе данных). Основным моментом – данная база регулярно индексируется ПФ РФ на основе данных, получаемых от ФНС РФ.

- ТФОМС формирует базу данных ВТНГ и обеспечивает доступ к ней СМО, участвующих в реализации ТП ОМС.
- При получении (замене, обмене) полиса ОМС, граждане, относящиеся к категории ВТНГ, вносят соплатеж, после чего оформляют у страховщика «бинарный» полис ОМС со сроком действия компонента Б в календарный год, сведения о чем передаются в ТФОМС.
- В отдельных случаях (перечень нуждается в уточнении, но чаще всего это спорные вопросы) СМО вправе напрямую обращаться в ПФ РФ для оперативного уточнения текущего статуса взрослого трудоспособного гражданина.

Процедура оформления полиса ОМС представляется следующей. Первичное оформление «бинарного» полиса ОМС (начиная с определенной даты) производится страховщиком на основании утвержденного перечня документов, к которым для категории взрослого трудоспособного населения прибавляется справка о социальном статусе, выдаваемая уполномоченным органом (наиболее целесообразно – подразделения ПФ РФ). В случае отнесения лица, обратившегося к страховщику за полисом ОМС, к категории ВТНГ, возникает необходимость предоставления банковской квитанции о перечислении соплатежа установленного на текущий год размера независимо от даты обращения. Оплата квитанции может осуществляться через любой банк на реквизиты получа-

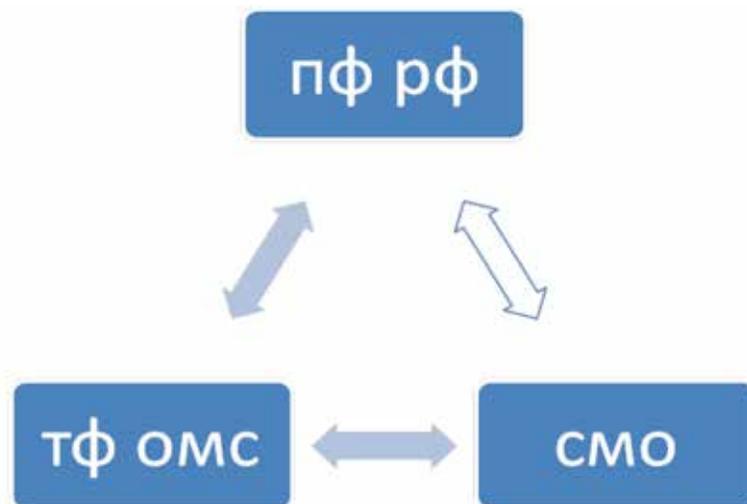


Рис. 3. Общая схема информационного обмена субъектов и участников ОМС при работе с «бинарными» полисами ОМС

теля платежа в лице ТФ ОМС. По прошествии календарного года, в случае отсутствия оплаты взноса на следующий год действие компонента Б в базе данных аннулируется. При замене ранее выданного полиса ОМС в случае замены страховщика процедура аналогична выше описанной. В случае обращения за медицинской помощью гражданина, относящегося к категории ВТНГ, имеющего выданный ранее полис ОМС обычной категории и нуждающегося в предоставлении соответствующих медицинских услуг, отнесенных к перечню Б, в случае отсутствия подтверждения статуса работающего или официального безработного в течение 3 дней, персонал медицинского учреждения предлагает либо оплатить их через кассу с соблюдением всех предусмотренных в таких случаях юридических процедур, либо обратиться к страховщику за получением «бинарного» полиса ОМС.

При использовании модели информационного взаимодействия субъектов ОМС на основе единой базы данных застрахованных с присвоением каждому уникального номера возможно внесение изменений о статусе трудоспособного гражданина (добавление компонента Б) непосредственно в базе данных ТФ ОМС с обеспечением оперативного доступа к ней СМО и медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС. Процедура уточняется исходя из особенностей модели информационного взаимодействия субъектов ОМС, принятой на конкретной территории. Таким образом, для обеспечения работы механизма, реализующего модель территориальной системы ОМС, предусматривающую соплатежи на обязательное медицинское страхование ВТНГ, в случае принятия соответствующего решения потребуются:

- ввести в оборот «бинарный» полис ОМС на базе соответствующей электронной карты, снабженной микрочипом;

- предусмотреть в качестве информационной среды облачные хранилища данных с использованием одного из доступных сервисов (облако Mail.ru, Google Drive, сервисы OneDrive, Copi.com, MEGA и др.);
- дифференцировать территориальную программу ОМС на перечни А и Б;
- утвердить форму справки о социальном статусе взрослого трудоспособного гражданина и единую форму квитанции на оплату соплатежа;
- внести изменения в Правила ОМС [5] и модель информационного взаимодействия субъектов ОМС, предусматривающие возможность внесения сведений о статусе ВТНГ (добавление компонента Б) непосредственно в базу данных ТФ ОМС с обеспечением оперативного доступа к ней СМО и медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС

Заключение

Предложенная концепция не исчерпывает возможных подходов к реализации механизма соплатежей на ОМС ВТНГ. Однако заложенный в ней принцип дифференциации доступа к услугам в объеме территориальной программы ОМС в зависимости от внесения ВТНГ соплатежа на ОМС с использованием в качестве основного идентификатора «бинарного» полиса ОМС представляется достаточно жизнеспособным и может быть апробирован в рамках реализации «пилотного» проекта. Воронежская область, ввиду высокого уровня информатизации территориальной системы ОМС и большого удельного веса неработающего населения в структуре застрахованных по ОМС граждан, могла бы выступить одним из «пилотных» регионов. По нашему мнению, период дискуссий на данную тему необходимо завершать и переходить к практическим действиям. В деле решения абсолютно на-

зревшей проблемы соплатежей на ОМС, с точки зрения социальной справедливости и экономических реалий, необходим «брак между идеалами и интересами».

Литература

1. Конституция РФ
2. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
3. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
4. Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 N 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»
5. Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 N 158 н.
6. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов на территории Воронежской области (утв. постановлением правительства Воронежской области от 25 декабря 2014 г. N 1206)
7. Ермаков Б.А. О механизме возмещения расходов муниципальных учреждений здравоохранения за услуги, оказанные взрослому трудоспособному населению в объеме территориальной программы ОМС//Вестник ОМС, 2000, №5. с.8-15
8. Ермаков Б.А. Организация и финансовое обеспечение муниципального здравоохранения курортных регионов//Сочи: РИЦ СГУТиКД, 2002. 200 с.
9. Косолапов В.П., Сыч Г.В., Фролов М.В., Ласточкина Г.В. Анализ демографической ситуации в Воронежской области за период 2010-2013г.г./Системный анализ и управление в биомедицинских системах, 2014, с.694-701.
10. Здоровье – на солидарной основе//Коммуна, 8 декабря 2015 г., № 14 (26530)
11. Официальный сайт Минфина РФ. – Режим доступа: http://minfin.ru/common/upload/library/2014/07/main/ONBP_2015-2017.pdf
12. Официальный сайт Росстата. – Режим доступа: http://gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/wages/labour_force/#

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

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

Ермаков Борис Анатольевич – профессор кафедры управления и технологий в туризме и сервисе ГБОУ ВО «Сочинский государственный университет», доктор мед. наук, профессор, академик АМТН

Адрес: 354000, г. Сочи, ул. Пластунская, 94. Тел.: 7 (988) 231-60-07; e-mail: borisermakovsochi@gmail.com

Каташина Татьяна Борисовна – начальник отдела защиты прав граждан и организации контроля объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС 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

Адрес: 394026, г. Воронеж, Московский проспект, 4. Тел.: 7 (473) 252-03-96; e-mail: zpz-ktb@omsvrn.ru

Гришина Людмила Александровна – руководитель организационно-правового управления ГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»

Адрес: 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10. E-mail: jurist@vsmaburdenko.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

Address: 4 Moskovsky pr., 394026, Voronezh, Russia. Tel.:+ 7 (473) 252-19-66, 7 (473) 259-96-38; fax: +7 (473) 259-35-58; e-mail: vrn@omsvrn.ru

Boris A. Ermakov, MD, Grand Ph.D., – professor, member of the Academy of Medical and Technical Sciences - Professor of the Department of Management and Technologies in Tourism, Sochi State University, State Budget Educational Institution for Higher Education.

Address: 94, Plastunskaya street 354000, Sochi, Russia. Tel.:+7 (988) 231-60-07; e-mail: borisermakovsochi@gmail.com

Tatiana B. Katashina - MD., PhD – Head of the Department for the Protection of Rights of the Insured, Control of Scope and Quality of Medical Care Provided in the Mandatory Health Insurance System in 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

Address: 4, Moskosky prospekt, 394026, Voronezh, Russia. Tel.:+7 (473) 252-03-96, e-mail: zpz-ktb@omsvrn.ru

Liudmila A. Grishina – Head of the Procedural & Institutional Department of the Voronezh State Medical University Named After N.N. Burdenko, State Budget Educational Institution for Higher Education.

Address: 10, Studencheskaya Street, 394036, Voronezh, Russia; e-mail: jurist@vsmaburdenko.ru

УДК 614.2

К вопросу диспансеризации определенных групп взрослого населения

И.В. Успенская¹, О.Н. Селявина²

¹Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области

²ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11» г. Рязань



И.В. Успенская



О.Н. Селявина

Резюме

В статье представлено обоснование актуальности, цель и задачи исследования, ожидаемые результаты научного исследования организации и оплаты в системе ОМС диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, диспансеризация определенных групп взрослого населения, неинфекционные заболевания.

Abstract

Towards the matter of prophylactic medical examinations of certain groups of the adult population

I.V. Uspenskaya¹, O.N. Selyavina²

¹The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Ryzan region;

²The Clinical City Hospital No. 11, Ryazan.

The article presents a rationale for the relevance, purposes and objectives of the study, the expected results in the scientific research of organization and payment of prophylactic medical examination of certain groups of the adult population in the system of obligatory health insurance.

Key words: primary health care, prophylactic medical examination of certain groups of the adult population, non-infectious diseases.

Актуальность

В современных условиях профилактика хронических неинфекционных заболеваний, к которым относятся онкологические, хронические бронхо-легочные заболевания, болезни системы кровообращения и сахарный диабет, является приоритетной стратегической задачей Российского здравоохранения. Проблема остается чрезвычайно актуальной, поскольку, смертность от этой патологии в России значительно превышает показатели стран Европейского Союза (ВОЗ, 2006). Основные классы хронических неинфекционных заболеваний в России составляют большую часть в структуре общей заболеваемости и смертности (около 75,0%). Среди причин смертности болезни системы кровообращения занимают 53,2%, онкологические заболевания – 15,4% (Министерство здравоохранения РФ «Об итогах работы Министерства здравоохранения РФ в 2013 г. и задачах на 2014 г.» Москва, 2014). Экономический ущерб только от этих заболеваний превышает 1 трлн рублей в год.

Генеральная Ассамблея ООН в сентябре 2011 г. на своей 66-й сессии приняла политическую декларацию по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний (далее – НИЗ). Политическая декларация (в пунктах 61 и 62) поручила ВОЗ разработку глобальной системы мониторинга НИЗ. ВОЗ в 2012 г. провела активную работу в этом направлении, что позволило вместе с государствами-членами ООН согласовать набор из 25 индикаторов, на основе которых будет осуществляться глобальный мониторинг НИЗ.

Еще одним достижением ВОЗ стало согласование 9 глобальных целей по профилактике и контролю НИЗ, рассчитанных до 2025 года. Эти цели направлены на сокращение преждевременной смертности от НИЗ, чрезмерного употребления алкоголя, употребления табака, потребления пищевой соли, повышение уровня физической активности, снижение распространенности артериальной гипертензии, сахарного диабета и ожирения, лекарственное лечение НИЗ и развитие медицинских технологий в этой области. Цели гармонично объединили в себе меры популяционной и рискованной стратегий профилактики НИЗ, установив основным ориентиром для государств-членов сокращение преждевременной смертности от НИЗ на 25,0% к 2025 г. [1].

ВОЗ выделяет три основных элемента стратегии функционирования первичной медико-санитарной помощи в отношении профилактики и борьбы с НИЗ:

- 1) четкий алгоритм и механизм выявления факторов риска НИЗ и целенаправленное корректирующее воздействие на них;
- 2) механизм раннего выявления НИЗ путем массового скрининг-обследования населения;
- 3) механизм подтверждения диагноза НИЗ объективными методами исследования, поведения лечения с последующим динамическим наблюдением.

Особый акцент делается именно на коррекцию факторов риска. Европейским обществом кардиологов со-

вместно с Европейской ассоциацией кардиоваскулярной профилактики и реабилитации профилактическое консультирование пациентов с факторами риска НИЗ в целях содействия их коррекции отнесено к рекомендациям I класса с высшим уровнем доказательств [4].

Популяционная и рискованная стратегия профилактики НИЗ в РФ нашла отражение в диспансеризации взрослого населения. По мнению ряда авторов, в условиях дальнейшего реформирования здравоохранения эффективным методом профилактики наиболее распространенных заболеваний является диспансеризация (Вахистов Ш.М. с соавт., 2010; Щепин О.П. с соавт., 2010).

Диспансеризация в России имеет многолетнюю историю. Программа всеобщей диспансеризации населения была принята в 1986 г. (приказ Минздрава СССР от 30.05.1986 № 770), согласно которой в поликлиниках были созданы отделения и кабинеты профилактики, увеличена численность участковых терапевтов и педиатров, улучшено лабораторно-инструментальное оснащение. Всеобщая диспансеризация 80-х гг. ограничивалась периодической (1 раз в год) констатацией наличия (появления) или отсутствия заболеваний у лиц, подлежащих диспансеризации. При этом практически не затрагивались вопросы первичной профилактики неинфекционных заболеваний, выявления соответствующих факторов риска и оздоровления диспансеризируемых, в связи с чем диспансеризация в тот период потерпела фиаско.

Все последующие попытки возродить диспансеризацию также были безуспешными в связи с отсутствием процедуры коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, что сводило на нет усилия по предотвращению развития хронических заболеваний и снижению смертности населения. Ведь известно, что более трех четвертей смертей от хронических неинфекционных заболеваний можно предотвратить путем устранения факторов риска их развития [2].

С 2011 г. федеральным законодательством разделены понятия «диспансерного наблюдения» и «диспансеризации», определенной как «комплекс мероприятий, в т.ч. медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения» [6]. В соответствии с подзаконным актом – приказом Минздрава РФ от 03.12.2012 № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» – на региональном уровне, начиная с 2013 года, проводилась диспансеризация взрослого населения по принципиально новому порядку, особенностями которого являлись:

- территориально-участковый принцип организации;
- проведение в два этапа;
- конкретизация «факторов риска»: повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, гипергликемия, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела и ожирение;

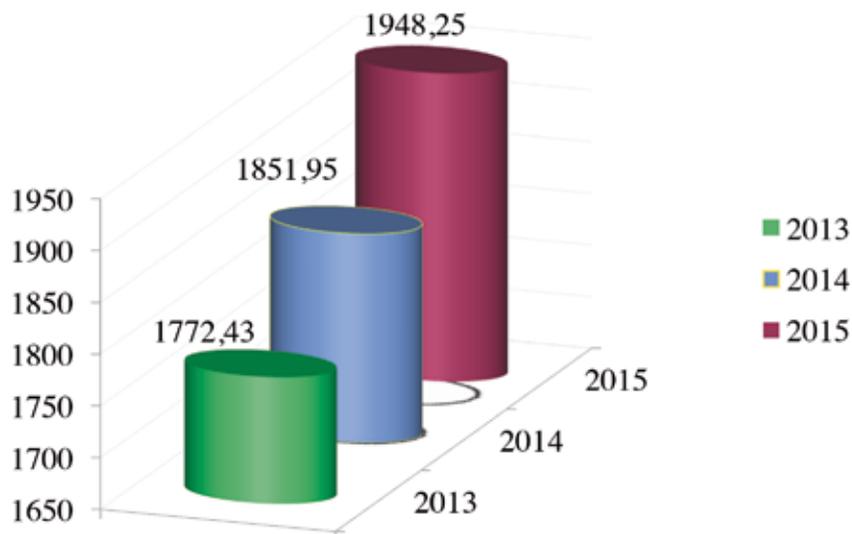


Рис. 1. Динамика средней стоимости законченного случая диспансеризации определенных групп взрослого населения (2013-2015 гг.), в руб. (на примере Городской клинической больницы № 11 г. Рязани)

- дифференцированный набор инструментально-лабораторных методов исследования в целях повышения вероятности раннего выявления наиболее часто встречающихся для данного пола и возраста заболеваний.

В настоящее время диспансеризация проводится в соответствии с одноименным приказом Минздрава РФ от 03.02.2015 № 36ан, который предполагает изменение и дополнение ранее утвержденного перечня инструментальных и лабораторных исследований для каждой возрастной категории граждан при проведении диспансеризации, изменение перечня и показаний для осмотра специалистами, принимающими участие во II этапе диспансеризации, внесение изменений в критерии определения групп состояния здоровья граждан. Также уменьшено количество учетно-отчетных форм для запол-

нения при проведении диспансеризации, что уменьшает нагрузку на медицинский персонал при проведении диспансеризации.

Государственную программу диспансеризации взрослого населения в России можно охарактеризовать как глобальный эксперимент в отношении всего взрослого населения страны. Диспансеризация является неотъемлемой частью первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в регионах в рамках территориальных программ ОМС.

Оплата диспансеризации в Рязанской области осуществляется из средств ОМС по принципу «за законченный случай диспансеризации» [5]. Стоимость первого этапа рассчитывается дифференцированно в зависимости от объема исследований, утвержденного для конкретного пола и возраста. Оплата второго этапа диспансеризации осуществляется в зависимости от набора

Таблица

Сведения о результатах проведения диспансеризации взрослого населения в ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11» г. Рязани

Год	Прошло диспансеризацию, чел.	Всего оплачено реестров-счетов в рамках диспансеризации, тыс. рублей	В том числе				Средняя стоимость 1 случая диспансеризации
			в рамках I этапа		в рамках II этапа		
			кол-во случаев	тыс. рублей	кол-во случаев	тыс. рублей	
2013	16873	29906,1	18873	24287,3	10083	5618,8	1772,43
2014	16261	30172,0	16261	26220,2	6288	3951,8	1851,95
2015	16030	31230,4	16030	26311,6	7459	4918,8	1948,25

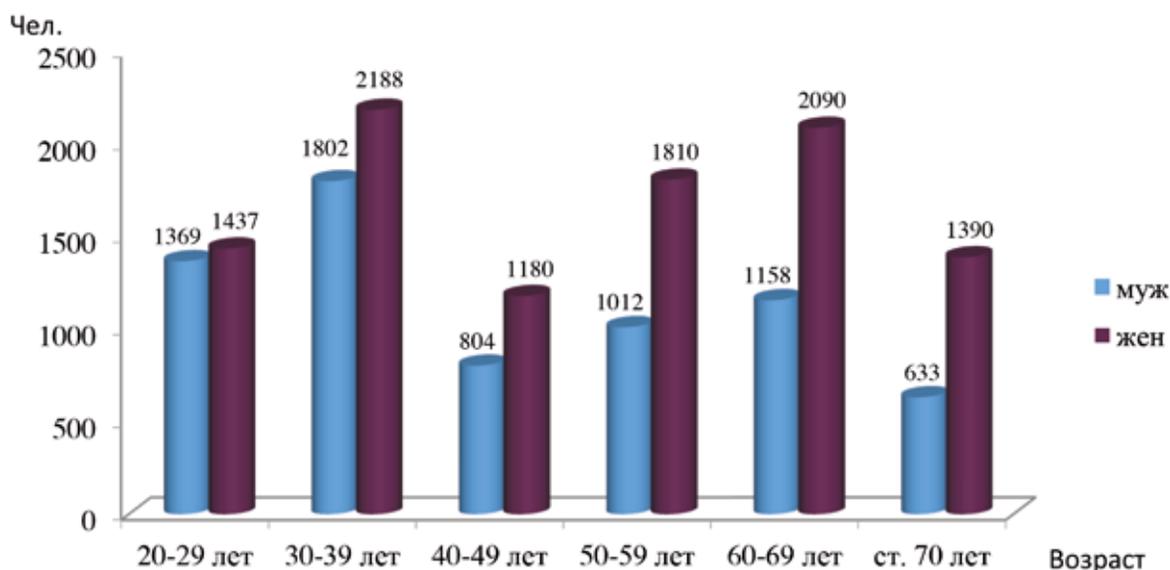


Рис. 2. Распределение по полу и возрасту населения, прошедшего диспансеризацию в Городской клинической больнице № 11 г. Рязани

произведенных пациенту исследований и консультаций специалистов в соответствии с медицинскими показаниями.

Стоимость I этапа диспансеризации для взрослого населения, утвержденная на территории Рязанской области на 2013 г., составляла от 838,88 руб. до 2425,37 руб. в зависимости от пола и возраста. В 2014 г. данные показатели аналогичны. В 2015 г. стоимость I этапа диспансеризации для взрослого населения составила от 1000,3 руб. до 2900,74 рублей.

Средняя стоимость законченного случая диспансеризации, которая складывается из средств, затраченных на диспансеризацию одного пациента, за период 2013-2015 гг. имеет тенденцию к росту, что целесообразно представить на примере Городской клинической больницы № 11 г. Рязани, где с 2013 по 2015 гг. ежегодно проходит диспансеризацию около 16 тыс. человек (рис. 1, табл.).

Средняя стоимость законченного случая диспансеризации в отдельно взятой медицинской организации сложилась исходя из возрастного-полового состава населения, прошедшего диспансеризацию.

Как следует из доклада заместителя министра здравоохранения РФ Яковлевой Т.В. на заседании Правительства РФ «Основные итоги диспансеризации населения РФ на 01.10.2013 г.», диспансеризация, путем коррекции факторов риска у лиц из II группы здоровья, вызовет потенциальное снижение риска смерти на 20,0-30,0% у 4,8 млн из каждых 10 млн осмотренных, а диспансерное наблюдение за лицами с III группой здоровья с назначением медикаментозного лечения – потенциальное снижение риска на 30,0-40,0% – у 1-1,4 млн из каждых 10 млн подлежавших диспансеризации. Экономический

эффект за счет предотвращенных случаев смерти на каждые 10 млн. осмотренных человек за 10 лет составит 7,7 млрд рублей [3].

Достичь ожидаемого социального и экономического эффекта возможно только при условии соблюдения ежегодного охвата диспансеризацией не менее 23,0% населения, качественного выполнения всех этапов диспансеризации и последующей планомерной коррекции факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у пациентов.

Расходование государственных средств, при выполнении любых целевых программ, в т.ч. программы диспансеризации, предполагает обязательную оценку их эффективности, под которой следует понимать как медико-социальную, так и экономическую эффективность.

Медико-социальная эффективность диспансеризации в отношении конкретного гражданина – это предотвращение заболеваний, с обеспечением активного труда, жизни в обществе, удовлетворенность диспансеризацией. В отношении отрасли в целом – это увеличение продолжительности предстоящей жизни населения, снижение уровня показателей смертности и инвалидности, удовлетворенность общества системой оказания медицинской помощи. Снижение уровня заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями, инвалидизации и смертности взрослого населения. Повышение результативности работы врачей-терапевтов и медицинских организаций.

Экономическая эффективность – это соотношение полученных результатов и произведенных затрат. Можно предположить, что ресурсы, затраченные на проведение диспансеризации, значительно меньше эффекта экономии средств от предотвращенной патологии.

Последнее возможно доказать в ходе научных исследований данного вопроса, с обоснованием медико-социальной и экономической эффективности диспансеризации взрослого населения.

Цель и задачи

В связи с этим целью нашего исследования явилось научное обоснование методов повышения результативности и эффективности диспансеризации взрослого населения, с разработкой комплекса мероприятий, оптимизирующих ее организацию.

Задачи исследования:

- 1) дать оценку организации диспансеризации взрослого населения;
- 2) провести анализ доступности диспансеризации взрослого населения в современных условиях и удовлетворенности населения диспансерной помощью;
- 3) научно обосновать методы повышения результативности и эффективности диспансеризации взрослого населения на примере многопрофильной объединенной ГБУ РО «Городской клинической больницы № 11»;
- 4) разработать комплекс мероприятий по совершенствованию организации диспансеризации взрослого населения с целью повышения ее эффективности и результативности.

Исследуемые явления: заболеваемость, накопленная заболеваемость, болезненность и патологическая пораженность населения хроническими заболеваниями; распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний; модернизация регионального здравоохранения; доступность и удовлетворенность пациентов диспансерной помощью; оплата первичной медико-санитарной помощи в системе ОМС.

Материал и методы

Под объектом исследования мы понимали диспансеризацию взрослого населения; под предметом исследования мы понимали организацию диспансеризации определенных групп взрослого населения; единицами наблюдения явились медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь; пациенты; врачи-специалисты, в т.ч. врачи по гигиеническому воспитанию населения; законченный случай диспансеризации. Применяемые методы исследования: контент-анализ научной литературы и нормативной правовой документации; статистический метод, выкопировка данных из первичной документации, сравнительный, графический; математический; аналитический; социологический; метод экспертных оценок; метод экономического анализа.

Для проведения исследования нами были разработаны анкеты для анонимного опроса лиц, подлежащих диспансеризации, и анкеты медицинских работников. Изучались медицинские карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у), учетно-отчетная медицинская документация.

Использовались программные средства, персональный компьютер.

Результаты и обсуждение

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые будет:

- дана оценка организации диспансеризации взрослого населения, с учетом оценки полноты назначения и выполнения консультаций врачей-специалистов и инструментально-лабораторных методов исследования на II этапе диспансеризации в зависимости от возраста пациентов и медицинских показаний;
- проведен анализ доступности диспансеризации взрослого населения и удовлетворенности населения диспансерной помощью в новых экономических условиях;
- научно обоснованы методы повышения результативности и эффективности диспансеризации взрослого населения на примере многопрофильной объединенной больницы;
- разработан комплекс мероприятий по совершенствованию организации диспансеризации взрослого населения с целью повышения ее эффективности и результативности.

По итогам исследования ожидается, что:

- выявленные тенденции показателей здоровья населения, регулярно проходящего диспансеризацию (1 раз в 3 года) в типичном регионе России, будет возможно экстраполировать на иные субъекты РФ, с использованием для планирования профилактической работы;
- выявленные потребности населения разных возрастных групп в объемах медицинской помощи на II этапе диспансеризации будет возможно использовать при планировании первичной медико-санитарной помощи в рамках территориальных программ ОМС;
- результаты медико-социологического исследования удовлетворенности пациентов диспансерной помощью, в качестве обратной связи, будет возможно использовать при оптимизации диспансеризации на региональном уровне;
- комплекс мероприятий по совершенствованию организации диспансеризации взрослого населения целесообразно использовать в целях повышения ее эффективности и результативности.

Вывод

Разработанный на основе научного исследования комплекс мероприятий по совершенствованию организации диспансеризации взрослого населения, с оплатой в территориальной системе ОМС, может быть рекомендован к внедрению на федеральном уровне для применения в сфере общественного здоровья, организации здравоохранения, с использованием в учебном процессе на профильных кафедрах медицинских университетов.

В настоящее время проводится научное исследова-

ние на региональном уровне, результаты которого будут опубликованы на страницах журнала «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации».

Литература

1. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения 2011 г; 89:547-547A Maher D. Ford N.
2. Московская декларация / Первая всемирная министерская конференции по здоровому образу жизни и борьбе с неинфекционными заболеваниями. - 28-29 апреля 2011г., [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.minzdrav.ru/health/зож/71>.
3. Доклад заместителя министра здравоохранения РФ Т.В. Яковлевой на заседании Правительства РФ «Основные итоги диспансеризации населения РФ на 01.10.2013 г.» [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.gnicpm.ru>.
4. Рекомендации Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза по лечению дислипидемий. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2012; приложение № 1.
5. Успенская И.В. Финансирование и способы оплаты в сфере медицинских услуг / Экономист лечебного учреждения, 2013. - №7. - С. 28-49.
6. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Для корреспонденции:

Успенская Ирина Владимировна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области по экономическим вопросам; д.м.н., профессор курса социальной гигиены и организации здравоохранения ФДПО кафедры общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФДПО ГБОУ ВПО «Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова» Минздрава России.

Тел.: (4912) 75-56-79; 906-545-89-21, E-mail: uspenskaya.iv@tfoms-rzn.ru
Адрес: 390044, г. Рязань, ул. Костычева, д. 5, кв. 7

Селявина Ольга Николаевна – заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11» г. Рязани, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФДПО ГБОУ ВПО «Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова» Минздрава России.

Тел.: (4912) 41-59-01; 910-614-98-15, E-mail: o.selyavina@mail.ru
Адрес: 390048, г. Рязань, ул. Зубковой, д. 22, кв. 122

For correspondence:

Irina V. Uspenskaya, MD, PhD – Deputy Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Ryazan region for economic matters; Professor of the course in social hygiene and health care organization of the Chair of Public Health, the organization of nursing care with a course of social hygiene and organization of health care of the I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, associate Professor;

Tel.: (4912) 75-56-79; 906-545-89-21, E-mail: uspenskaya.iv@tfoms-rzn.ru
Address: Ul. Kostycheva 5, kv.7, Ryazan, 390044.

Olga N. Selyavina – Deputy Chief Doctor for outpatient care of the Clinical City Hospital No. 11 in Ryazan, Assistant of the Chair for Public Health, the organization of nursing care with a course of social hygiene and organization of health care of the I.P. Pavlov Ryazan State Medical University

Tel.: (4912) 41-59-01; 910-614-98-15, E-mail: o.selyavina@mail.ru
Address: Ul. Zubkovoy 22, kv.122, Ryazan, 390048.

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Российские ученые предлагают лечить atopический дерматит фуллеренами

В Институте иммунологии ФМБА России аллергию предлагают лечить углеродными наноматериалами. Эксперименты на мышах показали, что симптомы искусственно вызванного atopического дерматита заметно ослабляются после подкожного введения водной дисперсии фуллеренов.

«Использование фуллеренов является перспективным альтернативным подходом для терапии аллергического воспаления», - говорится в свежей научной статье ученых на страницах Journal of Nanobiotechnology.

Болезнь

Atopический дерматит - это хроническое воспалительное заболевание кожи, которое чаще всего проявляется у детей и характеризуется обильными высыпаниями, а также утончением и сухостью кожных покровов. Он может осложняться вирусными или грибковыми инфекциями, с легкостью поселяющимися в ослабленной коже, и часто сопряжен с астмой и аллергическим насморком. Сам atopический дерматит тоже имеет аллергическую природу, то есть связан с нарушением работы иммунной системы организма и активизируется в ответ на специфические раздражители.

За последние 30 лет заболеваемость atopическим дерматитом на 2-10% процента выросла у взрослых, и на 10-30% - у детей. Впрочем, на уровне других аллергических заболеваний это еще скромные показатели: по оценкам, к 2020 году каждый второй ребенок на планете будет иметь ту или иную форму аллергии.

Фуллерены как лекарства

Сейчас основной причиной развития atopического дерматита считается окислительный стресс: иммунные клетки соединительной ткани начинают сверх нормы производить вещества-оксиданты, которые повреждают и разрушают клетки эпидермиса. Именно поэтому для лечения atopического дерматита ученые из Института иммунологии ФМБА России предлагают использовать фуллерены - молекулы-наносферы из 60 атомов углерода, которые, по данным многих работ, обладают хорошими антиоксидантными свойствами. Так, в статье 2012 года прием фуллеренов внутрь увеличивал продолжительность жизни крыс почти в два раза, что объяснялось как раз возможностью фуллеренов связывать свободные радикалы.

Эксперимент на мышах

В эксперименте российских ученых лекарственные возможности фуллеренов исследовали на подопытных мышах, которых исследователи разделили на четыре группы.

В трех из них у грызунов провоцировали atopический дерматит, нанося на кожу белок альбумин, который вызывал аллергическую реакцию. Параллельно мышам одной группы также обрабатывали фуллеренами, мышам второй его вводили подкожно, а мышам третьей не получали никакого лечения. Животные из четвертой, контрольной, группы в процессе эксперимента не взаимодействовали ни с фуллеренами, ни с альбумином.

Оказалось, что симптомы вызванного atopического дерматита значительно снижаются с применением фуллеренов, и особенно эффект заметен при подкожном введении. В этом случае у мышам значительно падал уровень иммуноглобулина IgE (при atopическом дерматите уровень этого белка, отвечающего за мощный ответ иммунной системы на аллерген, повышен) и менялись другие характерные показатели. Положительный эффект от лечения показал и гистологический анализ.

Однозначно объяснить положительный эффект лечения углеродными наноструктурами ученые пока не могут, но медицинские анализы грызунов показали, что применение фуллеренов, прежде всего, вызвало корректировку иммунного ответа клеток кожи на аллергены.

Параллельно с этой работой появляется все больше исследований о вреде нанообъектов: благодаря своему размеру, они легко проникают сквозь клеточные мембраны и взаимодействуют с различными органеллами и ДНК. Поэтому токсичность своих образцов исследователи проверили в отдельной серии экспериментов на мышах, где в качестве показателя здорового развития животных были выбраны темпы набора веса: результаты фуллереновой и контрольной групп оказались одинаковыми.

Ученые объясняют, что созданные ими фуллерены безопасны для клеток благодаря специальной технологии синтеза. Он проводится в несколько этапов и в результате получается стабильная взвесь (дисперсия) крупных агрегатов фуллеренов в воде: таким частичкам, собранным из нескольких фуллеренов, попасть внутрь клетки уже гораздо сложнее. Кроме того, поверхность этих агрегатов получается электрически нейтральной, а токсичность фуллеренов в других описанных случаях часто связывают именно с зарядом поверхности.

Результаты работы опубликованы в Journal of Nanobiotechnology.

*Михаил Петров, ТАСС, Москва,
(10.02.2016)*

ФСО рассказала про кремлевскую медицину в первые годы советской власти

Гриф «Секретно» снят с периода становления кремлевской медицины. Федеральная служба охраны (ФСО) подго-

товила к изданию книгу о медицинском обеспечении высокопоставленных жителей Московского Кремля «Медицина и власть. Лечсанупр Кремля». В ней на основе ранее не публиковавшихся документов описываются события почти вековой давности, когда советская власть, разрушив прежние порядки, налаживала новый уклад.

Кремлевская прописка

Сейчас в это трудно поверить, но в начале XX века Московский Кремль был весьма густо населен. «19 марта 1918 года в Кремль из гостиницы «Националь» переехал Владимир Ленин, за ним последовали и другие советские руководители и служащие, разместились аппараты высших органов государственной власти», - рассказал корр.ТАСС официальный представитель ФСО, доктор исторических наук Сергей Девятков. По его словам, в 1918-1919 на территории Кремля находилось еще и множество учреждений и организаций. Причем «вновь прибывшие» соседствовали с прежними жителями - монахами и монахинями из Чудова и Вознесенского монастырей, придворными и дворцовыми служащими.

Новые обитатели Кремлевского холма заняли все сколько-нибудь пригодные для проживания помещения. Это и знаменитые архитектурные памятники, включая Большой Кремлевский, Теремной и Потешный дворцы, Сенат (нынешний Первый корпус) и не сохранившиеся до настоящего времени Малый (Николаевский) дворец, Кавалерские, Офицерский, Гренадерский, Кухонный и Синадальный корпуса. Жилыми стали даже Константиновская, Тайницкая и другие башни, соборы и монастыри, а также колокольня Ивана Великого. Например, в здании Рабоче-крестьянского правительства, в котором находилась квартира Ленина, более 260 жильцов занимали полуподвал.

«Уже к середине лета 1918 года в Московском Кремле постоянно проживало более 1100 человек, 450 из которых появились здесь после революции. Только в Большом Кремлевском дворце к концу 1918 года официально прописались 59 человек. За 1919 год из Кремля выселили более 1000 человек, прописав в него четыре сотни новых жителей. К концу 1920 года в Кремле официально проживало более 2100 человек», - сообщил Девятков. В рабочие дни «население» Кремля увеличивалось - на работу приходили служащие (более 2000 человек) и посетители.

Резкое сокращение кремлевского населения произошло после убийства Сергея Кирова в 1934 г., в итоге к январю 1936 г., помимо охраняемых лиц и их семей, личной охраны прописку в Кремле имели 92 семьи. В годы Великой Отечественной войны квартиры в Кремле имели лишь 239 человек (68 семей).

«В июле 1955 года был открыт свободный доступ по билетам в Московский Кремль для экскурсантов, поэтому стало очевидным, что постоянно жить в Кремле советские руководители не могут, тем более, что стоящий тогда во главе государства первый секретарь ЦК КПСС Никита Хрущев никогда здесь и не проживал», - отметил Девятков. Главным «долгожителем» Кремля он назвал Ворошилова, обитавшего здесь с 1925 по 1962 год.

Представитель ФСО считает, что за десятилетия на территории закрытого от посторонних глаз кремлевского «города» сложился уникальный уклад жизни, который изменялся в зависимости от нужд его жителей и требований момента. «Очень важной задачей было создать комфортную инфраструктуру и безопасную среду обитания, обеспечить должный уровень медицинского обслуживания не только для представителей высшего партийно-государственного руководства, проживавших в Кремле, но и для всех его жителей», - подчеркнул он.

Начало кремлевской медицины

Переехав в Кремль в марте 1918 г., советское руководство застало новую резиденцию в плачевном состоянии. После артиллерийского обстрела осенью 1917 г. пострадали практически все кремлевские постройки, власти выделили на реставрацию 450 тысяч рублей, но общее состояние оставалось запущенным. «На улицах была несусветная грязь. Уже в конце марта было по-апрельски тепло, и по улицам Кремля разливались настоящие озера талой воды, побуревшей от грязи и мусора. На обширном плацу, раскинувшемся между колокольней Ивана Великого и Спасскими воротами, образовалось такое болото, что не проберешься ни пешком, ни вплавь», - писал в воспоминаниях Павел Мальков, служивший комендантом Кремля в 1918-1920 гг. Москва переживала острый экономический и хозяйственный кризис, которому сопутствовали дефицит, голод и инфекционные болезни - эпидемии холеры, тифа, дизентерии. «В таких условиях решение санитарных проблем и организация эффективной медицинской помощи для жителей Московского Кремля становились для советского руководства не менее актуальными, чем удержание власти в стране», - уверен Девятков.

В октябре 1918 при ВЦИК была организована амбулатория, которую к концу года преобразовали в приемный покой, и больница на 10 коек. В течение 1919 года количество коек постепенно увеличилось до 30. На базе приемного покоя и были затем образованы Кремлевская больница и амбулатория.

Однако для того времени самой острой была проблема антисанитарии. В апреле 1919 года управделами СНК Бонч-Бруевич писал наркому здравоохранения Николаю Семашко: «Кремль оказался в таком ужасном запущенном положении, что как будто бы эта часть какой-нибудь завоеванной страны, где туда и обратно проходило бесконечное количество войск, что и было на самом деле».

Проведенный специальной комиссией санитарный осмотр здания правительства показал, что даже состояние кабинета Ленина не выдерживало критики: «В кабинете тов. Ленина также чистота весьма не достаточна, на шкафах, печках и на листах пальм, находящихся в кабинете, масса пыли, и по углам у потолка затянута паутиной... В коридоре стоит сломанный железный шкаф с пеплом, пылью, костями из под мяса...»

В конце 1918 - начале 1919 гг. всю страну охватила эпидемия сыпного тифа. Пришлось создать и Управление

Санитарного надзора Кремля «для борьбы с заразными болезнями и поддержания санитарно-гигиенического благоустройства». На первом же заседании было решено регистрировать всех прибывающих в Кремль и провести тщательный санитарный осмотр всей территории.

Мойте руки, товарищи!

Лично Ленин подписал «Санитарные правила для жителей Кремля», предписывающие «соблюдать личную чистоту и в помещениях». Правила обязывали всех вновь приезжавших в Кремль «вымываться в бане и сдать свои носильные вещи дезинфектору». Игнорирование правил грозило немедленным выселением из Кремля и преданием суду «за нанесение общественного вреда».

В апреле 1919 года в Кремле появилась собственная аптека, начала работать пароформалиновая японская камера для дезинфекции белья, а также было закончено оборудование кремлевских бань и парикмахерской. В июне 1919 года была введена в действие кремлевская механическая прачечная.

Для жителей Кремля наибольшую опасность представляли эпидемии инфекционных болезней. Большую роль играла тотальная дезинфекция: людей, помещений, автомобилей, телефонов. Только за шесть майских дней 1919 г. Санитарное управление провело 110 дезинфекционных мероприятий в Кремле. Стала распространяться практика прививок: за два месяца 1919 г. в Кремле привили от оспы 2575 человек.

Летом 1920 года появилась угроза холерных заболеваний, и Управление Санитарного надзора Кремля наметило план действий: «В случае обнаружения холерных заболеваний произвести поголовную вакцинацию населения. Немедленно поставить кипятильники в Арсенале и др. местах. В местах наибольшего скопления народа у Троицких ворот и др. поставить или кипятильники или чаны с кипящей водой».

Через год после переезда из Петрограда управляющий делами Совета Народных Комиссаров Владимир Бонч-Бруевич писал руководителю Управления Санитарного надзора Кремля Якову Левинсону о проблемах в Кавалерском корпусе, где проживали высокопоставленные руководители: «Обращаю Ваше внимание на колоссальное количество тараканов в Кавалерском Корпусе на Дворцовой улице». Как вспоминал Бонч-Бруевич, под личным руководством Левинсона «санитары промыли все коридоры кремлевских зданий; всюду запахло дезинфекцией, были расставлены плевательницы и урны, и эти мелочи, несомненно, подтянули жителей Кремля в санитарном отношении». Так что сам Ленин заметил: «А знаете, я вижу результаты работы санитарно-врачебной организации. Уже в Кремле можно ходить, не затыкая нос там, где раньше совершенно невозможно было пройти».

Решить проблему с мусором и отходами помогло появление в Кремле мусоросжигательной печи в каменном сарае рядом с подвальным этажом Гренадерского корпуса, в котором были устроены баня и прачечная.

Для наведения порядка на территории в практику вошли субботники для всего кремлевского населения. «Великий почин» этому демонстративно 1 мая 1920 года положил сам Ленин.

Жителям Кремля пришлось столкнуться и с такой напастью, как... крысы. В январе 1922 года комендант Кремля Рудольф Петерсон гневался: «Несмотря на мои категорические требования уничтожения крыс в Кремле, количество крыс все увеличивается... В последний день зарегистрировано 9 случаев укуса крысами спящих курсантов». Экономический ущерб, причиняемый крысами в Кремле, точно не учтен, но по приводимым в книге данным, количество уничтожаемых ими продуктов - не менее нескольких сот пудов в год. В 1922 году даже прошло специальное совещание по борьбе с крысами. На борьбу с грызунами было выделено 100 тысяч рублей.

Санитарному управлению приходилось обеспечивать порядок при проведении важных государственных мероприятий в Кремле, на которые съезжались до двух тысяч человек. В книге приводится, например, опись поврежденных после окончания IV конгресса Коминтерна (1922 г.): «Александровский зал был превращен в подобие сарая: ковры были засыпаны окурками, подсолнухами и массой бумаги, в то время как пепельницы и корзины для бумаг бывали почти пусты. На шелковой мебели в Парадных комнатах люди валялись с грязными ногами и тому подобное... В Андреевском зале от падения пюпитра с трибуны от колонны сбита мраморная облицовка... В Андреевском коридоре на мраморных подоконниках от окурков местами появилась ржавчина..., во многих местах отбили золоченую лепнину, большое количество мягкой мебели поломали, на мебельных чехлах в большом количестве оказались жирные пятна, а ковры и паркет залили краской».

Кремлевская больница

«Идея организации собственных лечебных учреждений в Кремле появилась из-за необходимости, во-первых, противодействовать крайне тяжелой общей санитарно-эпидемиологической ситуации в городе в первые после-революционные годы, а, во-вторых, создать качественную систему медицинского обслуживания кремлевских жителей, в первую очередь высшего руководства государства», - отметил Девятов.

Еще в 1918 году в Кремле был открыт небольшой зубо-врачебный кабинет для оказания экстренной стоматологической помощи. Создание главных лечебных учреждений Кремля относится к октябрю 1918 года, когда в Потешном дворце (памятнике архитектуры середины XVII века между Комендантской и Троицкой башнями) разместились больница и амбулатория. Первоначально больница была рассчитана на 10 коек, но уже в первый год работы их число значительно увеличилось - к концу 1920 года в Кремлевской больнице было уже 50 мест. Задачей амбулатории являлось выявление больных среди работников госучреждений, населения Кремля и лиц, приезжавших в Кремль, и оказание им срочной медицинской помощи. В 1919 году

при амбулатории создается глазной кабинет и аптека; для кремлевских детей был специальный врач-педиатр. Первым руководителем больницы стала Александра Канель, занимавшая эту должность 15 лет.

Ответственные советские работники, прописанные в Кремле, были прикреплены к Кремлевской больнице, остальные жители - к кремлевской амбулатории. Для первых устанавливались особые условия. Так, в феврале 1922 года появилось решение о выдаче членам ВЦИК пособия на лечение в размере 100 рублей по золотому курсу одновременно и до 50 рублей ежемесячно при длительной болезни.

В 1924 были утверждены правила оказания медицинской помощи на дому, право на которую предоставлялось высшим руководителям государства независимо от жительства и имевшим прописку в Кремле.

Отдельная глава в книге посвящена кремлевской аптеке, организованной в 1919. Тогда в ней работало всего три человека во главе с провизором Кауфманом. При крайне тяжелой экономической и хозяйственной ситуации, в которой находилось Советское государство в тот период, создание своей аптеки в Кремле было не роскошью, а необходимостью. «К нам постоянно обращаются с мольбами дать то или иное лекарство, так как аптеки в городе сокращаются. Есть надежда, что мы в состоянии будем постепенно снабдить нашу аптеку всем нужным, а то вот, когда умирал т. Свердлов, в течение почти 5 часов не смогли достать ни одной подушки с кислородом в городе...», - писал Бонч-Бруевич наркому здравоохранения. А в мемуарах отмечал: «Не прошло и нескольких дней, как у Кауфмана точно из-под земли появились всевозможные порошки, микстуры, всякие лекарства, препараты, грелки...» Буквально сразу аптека, расположенная в Потешном дворце, перешла на круглосуточный режим работы.

«Кремлевская аптека была, безусловно, лучшей аптекой в те годы в Москве, да и во всей Советской России», - уверен Девятов. В 1925 году аптека вместе с Кремлевской больницей и амбулаторией были переведены с территории Кремля на улицу Воздвиженка.

«Пересмотреть лиц, находящихся в родственных отношениях»

Санитарное управление Кремля подвергалось неоднократным «перестройкам». Например, в мае 1928 года на заседании Секретариата ЦК ВКП(б) рассматривалось постановление «О ненормальных условиях работы в Санитарном Управлении Кремля». В частности, администрации Санупра Кремля предлагалось «пересмотреть работающих в Санупре лиц, находящихся в родственных отношениях, главным образом, среди высшего состава с точки зрения законности их оставления на работе», а также «обеспечить усиление аппарата Санупра Кремля и его учреждений коммунистами, в первую очередь стремясь к замене беспартийных членами партии во главе административно-хозяйственных отделов».

В 1924 году прошла реорганизация Санитарного управления Кремля. Так как его основное назначение заключа-

лось в обслуживании ответственных партработников, то все лечебные учреждения Кремля (Кремлевская больница, включая помощь на дому и консультации, Кремлевская амбулатория, Кремлевская зубамбулатория, Кремлевская аптека, а также физиотерапевтическая лечебница) освобождались от обслуживания других категорий больных. Только в экстренных случаях Кремлевской амбулатории разрешался прием сотрудников гражданских учреждений, находящихся в Кремле. Общее количество прикрепленных составляло 6367 человек.

К 1924 году общая эпидемиологическая ситуация в городе и в Кремле значительно улучшилась, начался процесс постепенного сокращения числа кремлевских жителей. Дальнейшее развитие и совершенствование Кремлевской больницы требовало расширения помещений и материальной базы. Летом 1925 года принимается решение о переводе Кремлевской больницы в помещения, выделенные в конце 1924 года Санитарному управлению Кремля на улице Воздвиженка, дом № 6. Но в Кремле остались несколько медицинских пунктов для оказания экстренной помощи - в здании Советского правительства (Первый корпус) и в Кавалерском корпусе. Свой медпункт был и в построенном в 1934 году административном 14-м корпусе.

«К моменту переезда из Кремля Санитарное управление было уже серьезным многопрофильным учреждением. Обеспечение высококвалифицированного уровня медицинского обслуживания требовало дальнейшего расширения помещений, серьезной технической модернизации, нового оборудования. Реализовать все это в ограниченных возможностях кремлевской территории было уже затруднительно, тем более что Кремль являлся государственной резиденцией», - объясняет Девятов.

*Вероника Романенкова
ТАСС, Москва,
(17.02.2016)*

С 2017 года федеральные клиники и центры будут получать деньги на высокотехнологичную медпомощь, не включенную в базовую программу ОМС, напрямую из бюджета ФОМС. Эти субсидии будут направляться на основе госзадания

Правительство меняет порядок финансирования высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, которую оказывают в федеральных медучреждениях. Законопроекты с соответствующими изменениями кабмин внес в Госдуму. Если до сих пор эти виды ВМП финансировались из федерального бюджета за счет межбюджетных трансфертов из ФОМС, то сейчас предлагается делать это напрямую - из бюджета федерального фонда ОМС. Изменения начнут действовать с 2017 года. При этом софинансирование расходов субъектов РФ на ВМП, не включенную в базовую программу ОМС, тоже предлагается

сохранить - из бюджета ФОМС будут направляться субсидии Терфондам, а далее в виде межбюджетных трансфертов - бюджетам субъектов.

Так, в соответствии с законопроектом «О внесении изменений в ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» обособленные целевые средства на ВМП из бюджета ФОМС будут предоставляться федеральным клиникам в виде субсидии на финансирование государственного задания. Оно будет утверждаться федеральным органом исполнительной власти – учредителем медорганизации – на основании соглашения между Фондом, учредителем и самой клиникой. Форму соглашения о порядке и условиях предоставления субсидий, а также порядок его заключения должен утвердить Минздрав. Кроме того, целевые средства из бюджета ФОМС будут предоставляться бюджетам Терфондов ОМС на софинансирование расходов на ВМП в субъектах. Также изменения вносятся в статью 78 Бюджетного кодекса РФ – они должны создать правовые основания для предоставления субсидий федеральным медучреждениям на финансирование госзадания.

Как говорится в пояснительной записке к законопроектам, эти изменения должны способствовать увеличению числа россиян, получающих высокотехнологичную медпомощь.

Проекты федеральных законов были подготовлены Минздравом по поручению президента Владимира Путина, которое он озвучил в своем Послании Федеральному Собранию в декабре прошлого года. Напомним, тогда глава государства сказал о том, что необходимо создать в системе ОМС специальную федеральную часть для бесперебойного финансирования дорогостоящих высокотехнологичных операций в федеральных центрах и клиниках. Таким образом, с 2017 года все виды ВМП будут финансироваться целиком из средств ОМС. За государством останется по сути финансирование только социально значимых заболеваний (ВИЧ/СПИД, психические расстройства, туберкулез, наркология), а также «инновационная медицинская помощь» - иначе говоря, экспериментальные медицинские технологии.

*Доктор Питер,
(04.05.2016)*

Лев Кудяков: Необходимы единые правила для государственных и частных медицинских организаций

В Государственную Думу в скором времени будет внесен законопроект о телемедицине. РИА АМИ решил провести опрос и узнать мнение организаторов здравоохранения о том, в каком направлении должна развиваться нарождающаяся отрасль. На вопросы РИА АМИ ответил к.м.н., главный врач ОГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер» Лев Кудяков.

- Какие плюсы принесет законопроект, какие проблемы позволит решить?

- Безусловно, закон чрезвычайно нужный и актуальный. Прежде всего тем, что позволит узаконить сами технологии и пропишет общие правила игры. Проблемы легитимности, финансирования.

- Есть ли у вашего медицинского учреждения планы по использованию телемедицинских технологий?

- Мы активно используем телемедицинские технологии. Мы уже два года консультируем ЛПУ региона по морфологической и цитологической диагностике раковых заболеваний. Кроме того, ведутся телеконсультации пациентов, но менее активно. На старте проведение телеконсультаций по лучевой диагностике и УЗИ. Это особенно актуально для отдаленных районов.

- Считаете ли вы, что необходимо развивать интернет-предпринимательство в области телемедицинских технологий?

- В России отсутствует правовое поле для нормального интернет-предпринимательства. Для этого необходимы единые правила игры для государственных и частных медицинских организаций, реальный контроль деятельности учреждений, оказывающих услуги через интернет, защищенные каналы связи, прозрачные механизмы оплаты и финансового контроля, механизмы контроля квалификации исполнителей, условий и качества оказания услуг, авторизация, легитимность заключений. На сегодняшний день их нет.

- Существуют ли в настоящее время трудности при оказании телемедицинских услуг пациентам? Связаны ли эти трудности с правовой неопределенностью статуса?

- Трудности есть. Они связаны с выше перечисленными проблемами. Кроме того, осложняет работу задача сохранить конфиденциальность передачи информации: необходимость наличия закрытых каналов связи. А также сложностей добавляют недоступность интернета в отдаленных районах, качество связи, проблемы с оплатой услуг, легитимность заключений, проблема информированного согласия, авторизации консультантов.

*РИА АМИ,
(29.04.2016)*

Дружбу признали средством от боли

Дружба оказывает много положительных эффектов на здоровье, включая снижение риска развития деменции и заболеваний сердца. Кроме того, она позитивно влияет на продолжительность жизни. Новое исследование, проведенное учеными из Оксфордского университета, показало также, что люди, которые могут похвастаться большим количеством друзей, лучше переносят боль. Как полагают исследователи, все дело в эндорфинах, обладающих способностью уменьшать боль, аналогично опиатам, и влиять на эмоциональное состояние. Их связывают также с ощущением удовольствия. Эндорфины вырабатываются в организме, например, во время физи-

ческих упражнений. Они связываются с теми же самыми рецепторами в мозге, что и морфин, блокируя ощущение боли и дискомфорта от физических нагрузок.

Существует теория, которая говорит о том, что дружба дает такой же эффект.

Ученые проанализировали данные примерно 100 участников. Помимо основной информации о себе (например, возраста и пола) добровольцы предоставили сведения о двух своих близких кругах общения. В один из них входили друзья, с которыми добровольцы контактировали не менее раза в неделю, а другой составили те, с кем участники общались примерно раз в месяц.

Затем ученые попросили добровольцев выполнить трудное физическое упражнение: надо было опереться спиной на стену и присесть таким образом, чтобы колени были согнуты под прямым углом, замерев в этом положении как можно дольше.

Результаты этого эксперимента показали, что люди, у которых была более обширная сеть друзей, могли дольше выполнять данное упражнение. По мнению ученых, это указывало на то, что эти люди обладают более высоким болевым порогом и у них вырабатывается больше эндорфинов. Лучшее всего с тестом справились люди, у которых второй круг друзей (то есть тех, с кем они виделись ежемесячно) был больше.

По словам авторов исследования, при анализе, конечно, принималось в расчет то, что люди в более хорошей физической форме смогут выдерживать испытание в течение более продолжительного времени. Тем не менее, даже с учетом этого фактора, по болевому порогу все равно можно было «предсказать» количество социальных контактов людей.

*Российская газета, Москва, Елена Субботина,
(29.04.2016)*

Проведение реформы ОМС привело к активизации деятельности СМО и повышению конкуренции на рынке ОМС. Расширяется участие СМО в планировании объемов медицинской помощи в системе ОМС. Усилилась активность СМО в проведении экспертиз качества медицинской помощи

Действующая страховая модель развития системы обязательного медицинского страхования экономически эффективна и отвечает большинству предъявляемых к ней требований, говорится в Обзоре рынка ОМС в России, подготовленном Национальным агентством финансовых исследований (НАФИ).

Обсуждение доклада НАФИ прошло накануне в Госдуме при поддержке комитета ГД по экономической политике, инновационному развитию и предпринимательству.

Как отмечается в документе, бюджет Федерального фонда ОМС, который финансирует страховые услуги ОМС

населению через страховые медицинские организации (СМО), с 2012 года вырос на 796,733 миллиона рублей или на 89%. При этом в 2016 году прирост бюджета замедлился и составил 1,5% от бюджета 2015 года.

«Проведение реформы ОМС привело к активизации деятельности СМО и повышению конкуренции на рынке ОМС. Расширяется участие СМО в планировании объемов медицинской помощи в системе ОМС. Усилилась активность СМО в проведении экспертиз качества медицинской помощи», — говорится в обзоре.

По данным НАФИ, в настоящее время 73,9% рынка ОМС в РФ контролируют 10 крупнейших страховых медицинских компаний, остальные 49 компаний занимают 26,1% рынка.

«Существующее количество игроков на рынке ОМС способно обеспечить необходимый уровень конкуренции, при этом дает возможность надзорным органам обеспечить качественный контроль за их деятельностью», — считают в агентстве.

В обзоре отмечается, что в результате оптимизации больничной сети произошло сокращение больниц на 700 единиц, что привело к незначительному снижению числа больничных коек — на 5,4%. Одновременно на 1400 увеличилось число амбулаторно-поликлинических организаций и выросло число посещений в смену (на 4,7%).

В 2010-2014 годах смертность в РФ снизилась на 7,7% (с 14,2 до 13,1 на тысячу человек), заболеваемость же осталась на том же уровне. «В обеспеченности населения учреждениями здравоохранения в России не происходило никаких системных сдвигов и серьезных изменений. Таким образом, оптимизация больничной сети не привела к ухудшению качества обслуживания граждан», — полагают авторы доклада.

При этом показатели эффективности СМО в системе ОМС продолжают расти. Так, расходы СМО на ведение дела (РВД) стабильно снижаются: в 2016 году средняя их величина по РФ снизилась до 1,05% — на 0,36% меньше, чем в 2012 году.

По данным НАФИ, структура расходов СМО отвечает реалиям рынка и экономически обоснована. В 2015 году в структуре платежей СМО платежи, связанные с медико-экономическими экспертизами (оплата труда привлекаемых квалифицированных экспертов, построение ИТ-систем, проведение экспертиз), контролем качества и информированием населения, составили более 80% от РВД. При этом общий объем РВД составляет 1,1% от всех платежей СМО.

Авторы исследования также отмечают стабильно низкий уровень обоснованных жалоб на СМО. Их средний уровень в 2015 году находился на уровне 0,13% от общего числа застрахованных.

«Если речь идет о качестве медицинских услуг, конкуренция на рынке ОМС нам важна для того, чтобы страховые компании могли действительно грамотно работать с пациентом. Альтернативы страховой медицине нет, но при этом нужно создать прочный фундамент для дальнейшего развития, над чем мы и работаем в последние

годы» — отметила на круглом столе замглавы ФОМС Светлана Карчевская.

По мнению президента Межрегионального союза медицинских страховщиков (МСМС) Дмитрия Кузнецова, дальнейшее движение к рискованной модели страхования требует появления не только финансово устойчивых страховщиков, но и введения единых принципов организации работы страховых организаций по сопровождению застрахованных.

«Но и сама отрасль здравоохранения будет эффективна только тогда, когда станет финансово привлекательной, и этому не должны мешать постоянные колебательные движения в различных ведомствах и комитетах о том, каким образом надо направлять деньги в эту систему», — считает президент МСМС.

*РИА Новости, МОСКВА,
(19.04.2016)*

В Петербурге прооперировали сердце 5-дневного малыша с помощью 3D-моделирования

Кардиохирурги Петербургского педиатрического университета осваивают новую методику операций у детей с тяжелыми пороками сердца — с помощью 3D-моделирования. Как говорят петербургские врачи, в мире эту технологию в области кардиохирургии только начинают применять. В СПбГПМУ с ее помощью лечили 5-дневного малыша.

Новая технология дает многообещающий эффект и повышает качество операций у наиболее тяжелых пациентов, говорят петербургские врачи. Суть технологии в том, что перед серьезным хирургическим вмешательством врачи создают 3D-модель сердца конкретного ребенка.

- Внимательно изучив сердце ребенка с помощью компьютерной томографии, врачи, по результатам исследований, воссоздают точную копию сердца пациента, - рассказывают в СПбГПМУ. - Создав 3D-модель сердца ребенка, врачи изучают и планируют этапы операции на уже напечатанной модели, а затем проводят операцию на сердце пациента. Операция с предварительным 3D-моделированием - безальтернативный вариант в случаях с наиболее тяжелыми пороками сердца. Эта методика позволяет уточнить структуру потока крови внутри сердца, а также дает возможность получить полную детализацию органа, необходимую для планирования тактики хирургического лечения.

По новой технологии кардиохирурги Педиатрического университета уже провели первую операцию крошечному пациенту из Воркуты, который поступил в клинику на 5-е сутки жизни. У малыша был диагностирован сложный тип врожденного порока сердца - аномалия Таусиг-Бинг. Как правило, детям с таким диагнозом в 20-30% случаев требуется повторная операция. По словам врачей, новая технология 3D-моделирования позволит полностью исключить такую необходимость у детей с тяжелыми пороками сердца.

Также в числе преимуществ 3D-технологии кардиохирурги называют возможность наглядно рассказать родителям ребенка об имеющейся проблеме в его здоровье и плане операции, а также использовать 3D-модели пороков сердца для повышения квалификации молодых врачей.

Справка

Аномалия Таусиг-Бинга – редкий врожденный порок сердца (ВПС), относящийся к группе пороков с отхождением аорты и легочной артерии от правого желудочка (а не от двух желудочков) с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП).

Ученые разработали прототип принципиально нового лекарства для лечения аутоиммунных заболеваний (Независимая Газета, Москва, 05.04.2016)

Ученые из России, Германии и Великобритании разработали прототип принципиально нового лекарства для лечения аутоиммунных заболеваний, сообщается на сайте МГУ. Международная группа ученых при ключевом участии исследователей из МГУ сделала существенный шаг вперед на пути создания принципиально новых лекарственных препаратов для лечения аутоиммунных заболеваний, таких как болезнь Крона, псориаз и ревматоидный артрит. Работа ученых была опубликована в журнале PNAS. Ведущий автор работы – заведующий кафедрой биологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова и отделом молекулярной иммунологии в Научно-исследовательском институте физико-химической биологии им. А.Н. Белозерского МГУ Сергей Недоспасов – рассказал, что в экспериментах на мышцах был научно обоснован новый подход, который позволяет нейтрализовать у одного из важных белков организма «плохую» функцию (способствует развитию тяжелых заболеваний), сохранив его «полезную» функцию (борется с опухолями и защищает от туберкулеза). Новый тип биспецифических антител был назван MYSTI (Myeloid-Specific TNF Inhibitor), при их создании использовались «модули» антител из верблюда и ламы. «На основании этих результатов биомедицинская промышленность может сконструировать и испытать принципиально новые лекарства для терапии аутоиммунных заболеваний» – таков прогноз Недоспасова.

*Доктор Питер, Санкт-Петербург,
(06.04.2016)*

Российские ученые через 2-3 года создадут компактную ионную установку для лечения онкозаболеваний

Ученые компании «Протом» (Протвино Московской области) работают над созданием ионной установки для лечения онкобольных, аналогов которой в мире еще не существует. Об этом корр. ТАСС сообщил член-корреспондент РАН, гендиректор «Протома» Владимир Балакин.

«Российские ученые работают над новым поколением ионных установок, которые берут все идеи от протонной

установки, но переводятся на ионы. Пройдет 2-3 года, мы сделаем принципиально новую ионную установку, она будет более компактной, чем работает в Японии и Германии, что позволит ее тиражировать», - считает Балакин.

Часть онкологических опухолей не лечится лучевой терапией, так как клетки опухоли настолько не чувствительны к радиации, что скорее можно убить организм, чем опухоль. «Сначала американские ученые, а позже японские, поняли, что облучать надо ионами углерода, поскольку ядра имеют больший заряд и разрушают эти опухоли, таких опухолей около 20% и они никогда не лечились радиотерапией», - добавил Балакин.

Ионы углерода - это еще более передовая технология, в отличие от протонной установки для лечения рака. В ионной установке имеется отличительное преимущество - плотноионизирующее излучение, которое позволяет эффективно воздействовать на опухоль. В дальнейшей работе 10 протонных установок будет покрывать всего одна - ионная, чтобы излечивать все виды опухолей.

Ионных установок в мире создано около десяти, однако активно работающих всего 2-3. Японская ионная установка является дорогостоящей - около 800 млн долларов. Стоимость российской разработки пока не определена. В настоящее время степень ее готовности составляет 60%, но работы остановлены из-за проблем с финансированием. Переговоры ведутся в Минпромторге РФ. Планируется, что комплексы будут внедряться в российские радиологические центры.

Протонный комплекс

На сегодняшний день самой современной и внедряемой в радиологические центры России для лечения онкологии является протонная установка. Она также разработана учеными «Протома». Комплекс запущен 29 марта в Медицинском радиологическом научном центре им. А. Ф. Цыба (МРНЦ) в Обнинске (Калужская область).

«Ключевыми элементами комплекса являются малогабаритный синхротрон диаметром 5 метров и массой 20 тонн, не имеющий аналогов в мире, а также оригинальная система позиционирования пациента и планирования облучения. Комплекс позволяет проводить протонную терапию больных с опухолями различных локализаций, включая опухоли головного мозга, сарком основания черепа, опухоли головы и шеи, легких, молочной железы и других заболеваний», - пояснили корр. ТАСС в калужском центре, отметив, что создание и внедрение в медицинские центры такой установки является существенным шагом на пути к импортозамещению в области оказания высокотехнологичной медпомощи.

Компания «Протом» входит в десятку мировых разработчиков и производителей протонных терапевтических комплексов.

*Алевтина Зубрилина, ТАСС, Москва,
(04.04.2016)*

Элементы пластической хирургии необходимо включить в ОМС – эксперт

Руководитель Федерального научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России Николай Дайхес считает «в корне неверным» отделение пластической хирургии от системы государственной медицины.

«Мое четкое убеждение: элементы пластической хирургии должны войти в систему ОМС», - заявил Н. Дайхес в интервью «Интерфаксу».

Он привел в пример ситуацию, когда пациентам с серьезной травмой приходится делать серию операций, одна из которых входит в ОМС, а другая - нет.

«Поступила к нам больная с травмой носа: у нее сломана перегородка и поврежден наружный нос. Получается, что первая операция для женщины ничего не стоит, потому что оплачивается по схеме ОМС, а вот вторая - может быть сделана только на коммерческой основе», - говорит Н. Дайхес.

Подобные ситуации он назвал «абсурдными».

Согласно информации, размещенной на сайте учреждения, в структуре Федерального научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России есть научно-клинический отдел челюстно-лицевой и пластической хирургии.

*ИнтерФакс, Москва,
(04.04.2016)*

Милова: детей нужно учить распознавать инсульт и вызывать «скорую»

Волонтеры фонда ОРБИ проведут мастер-классы, на которых расскажут детям про инсульт, обучат их распознавать его симптомы и измерять давление. Директор по развитию фонда Екатерина Милова считает просветительскую работу с детской возрастной категорией очень актуальной.

Волонтеры фонда ОРБИ проведут мастер-классы, на которых расскажут детям про инсульт, обучат их распознавать его симптомы и измерять давление. Эти мероприятия организованы в рамках Недели добрых дел, которая проходит с 31 марта по 3 апреля в московском городе детских профессий «Кидбург». Директор по развитию фонда **Екатерина Милова** в блиц-интервью руководителю проекта «Жизнь без преград» Инне Волковой отметила острую необходимость такой просветительской работы.

– Почему решили обратиться к детской аудитории?

– Во-первых, дети восприимчивее к информации. Это у взрослых перегруз информацией, опытом, и далеко не все запоминается. А дети очень хорошо фиксируют в памяти.

Во-вторых, именно они чаще всего находятся с пожилыми людьми рядом. Несмотря на то, что инсульт молодеет, основная масса произошедших инсультов регистрируется у пожилых людей.

– У фонда это первый опыт работы с детьми?

– Во Всемирный день борьбы с инсультом 29 октября прошлого года в Забайкальском крае мы провели масштабную акцию для школьников региона. Более 150 волонтеров рассказывали ребятам о симптомах заболевания, устраивали флэшмобы. В итоге раздали 25 тысяч магнитов с информацией о симптомах инсульта.

– С какого возраста ребенок способен воспринимать вашу информацию?

– Примерно с первого класса, правда, дети наших сотрудников узнали и выучили симптомы инсульта гораздо раньше того, как сели за парту.

– Есть ли какая-то специальная подготовка у волонтеров, которые ведут мастер-классы?

– Мастер-классы для детей у нас проводят студенты-медики. В Кидбурге работать с детьми будут наши постоянные волонтеры — студенты Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

Нам кажется, что студентам легче найти общий язык с детьми, ведь они сами совсем недавно ими были. Кроме того, студенты-медики хорошо осведомлены о заболевании, знают, как правильно измерить давление, как распознать инсульт, и смогут ответить на все вопросы ребят в понятной и доходчивой форме.

– Как проходит мастер-класс?

– Мастер-класс в Кидбурге будет проходить в зоне больницы. Мы расскажем детям о нашем фонде, о том, что существует такая болезнь, как инсульт, и о том, почему важно знать его симптомы, чтобы вызвать во время скорую помощь. Также во время мастер-класса мы научим детей измерять давление.

– Как дети реагируют на информацию?

– Дети с любопытством слушают, стараются запомнить и повторить движения, и им очень нравятся наши магнитики с человечком, которые они получают.

– Как ребенку определить, что произошло с близким, и какие первые действия ему нужно совершить?

– Чтобы определить инсульт, необходимо запомнить три простых признака. Если рядом человеку стало плохо: попросите его улыбнуться — уголок рта будет опущен, поднять две руки — одна рука подниматься не сможет или поднимется чуть-чуть, и назвать имя — речь будет неразборчива. Если эти три симптома совпали, срочно вызывайте скорую.

РИА Новости, Москва,
(01.04.2016)

Ставропольские хирурги провели операцию по замене сустава пальца

Поврежденный сустав мизинца медики заменили на керамический — операция вошла в историю региональной медицины.

В Ставрополе хирурги провели уникальную операцию Рабазану Джуннадиеву, который во время ремонта машины раздробил сустав мизинца. Поврежденный сустав ставропольские хирурги заменили на керамический, сообщает ГТРК Ставрополье.

Ранее за такими операциями жители Ставрополя ездили в столичные клиники, теперь же, когда ставропольские хирурги освоили протезирование суставов пальцев, эти операции могут проводиться на региональном уровне. Чтобы научиться новой методике, хирургам краевой клиники пришлось стажироваться несколько месяцев, так как операция кропотливая и связана с микрохирургией, чтобы сохранить нервы и сосуды.

В случае с Рабазаном Джуннадиевым операция проводилась под местным наркозом. На такие же процедуры в крае уже образовалась очередь.

Свободная Пресса – Юг, Ставрополь,
(06.05.2016)

Рошаль: Советы Минфина по здравоохранению приведут к бунту

В интервью «МИР 24» детский врач, хирург, профессор, руководитель института и президент Национальной медицинской палаты рассказал о нынешних проблемах в здравоохранении и о том, как их пытаются решить.

Леонид Рошаль - один из самых известных врачей в мире. На его счету - сотни спасенных детских жизней. Помогал малышам, пострадавшим во время войн, стихийных бедствий, а также вел переговоры с террористами во время терактов на Дубровке и в Беслане. В интервью «МИР 24» он рассказал, с какими трудностями сталкивается здравоохранение сейчас и есть ли надежда на их разрешение.

Еще в 1996 году журналисты дали вам звание «Детский доктор мира». Помните, как это было? И кем больше вы себя ощущаете - детским доктором, хирургом, президентом Национальной медицинской палаты, руководителем НИИ (неотложной детской хирургии и травматологии)?

Леонид Рошаль: Нет, про то, что меня так называли, я не помню. Доктором мира каждую минуту я себя не ощущаю, но спасибо, если кто-то так меня называет. Национальная медицинская палата или НИИ - это мое родное, не могу сказать, чему больше отдаю сердце и душу. Для меня это все в одном, это равное.

А как Вы распределяете дела по графику работы? Как все успеваете?

Леонид Рошаль: Не все успеваю, в этом беда. Если посмотреть на расписание, то не все дела получается завершить. Поэтому встаю около шести часов утра, прихожу поздно, иногда ложусь спать в районе часа-двух ночи. Один день заканчивается, другой начинается.

Откуда черпаете свои силы?

Леонид Рошаль: С работы - это первое. И от мамы с папой - я верю в генетику.

Когда-то президент России Владимир Путин сказал, что все знают: доктор Рошаль - категорический противник платности в медицине. Почему так?

Леонид Рошаль: Народ в стране - бедный. Оплачивать медицинские услуги могут 10-12% населения. Платная медицина ставит хорошие цели, но они включают в себя и стремление заработать деньги. Государственная медицина мне ближе.

Вы недавно заявили, что за гражданами надо законодательно закрепить ответственность за свое здоровье. Почему?

Леонид Рошаль: Убежден в этом, это нужно. Потому что этот посыл исходит из интересов каждого человека. Нам очень хочется, чтобы все были здоровы и надо следить за здоровьем. Есть хронические болезни, их надо лечить, а не думать об этом. Если болезнь усугубляет алкоголизм, если врачи говорят, что пить не надо, если находят изменения в легких, в том числе хронический бронхит, а человек курит, если ему говорят, что у него рак, а он продолжает и заболевает сильнее, то это никому не нужно, особенно самому пациенту. Сделать это сложно (ввести ответственность за здоровье), но надо думать об этом.

Три года назад вы сказали: если Веронике Скворцовой (глава Минздрава) не будут мешать, то через 3-4 года мы увидим другое здравоохранение. Реформы ведутся. А какие результаты?

Леонид Рошаль: Они есть, но никто не знал, что будет дефолт. Все предполагали определенный уровень финансирования и даже его увеличение. Тем более, об этом говорил президент. Я имел право говорить так же, но сегодня Министерство здравоохранения находится в худших условиях, чем во все предыдущие годы. У меня иногда складывается ощущение, что финансовое лобби объединилось против Минздрава. Вместо того, чтобы повысить его долю во внутреннем валовом продукте с 3,7 до 5, они снижают его с 3,7 до 3,4.

А если почитать рекомендации Минфина по этому вопросу, то будет бунт народа. Медицину предлагается сделать платной, включая выезды карет скорой помощи. Нельзя по этому пути идти, нельзя. Мы - социальное государство.

Сейчас существуют программы, когда специалисты выезжают в села и деревни и им дают подъемные - миллион рублей. Насколько это целесообразно?

Леонид Рошаль: Я думаю, что это хорошая идея, ее когда-то озвучил Путин. Все потому, что сейчас никто не едет в села. А так - есть возможность заманить

туда врачей, облегчить им там жизнь. Еще все зависит от самой территории - ее расположения и возможностей субъектов Федерации. Чтобы те добавляли что-то свое. Может быть, ипотеку какую-то давать. Потому что приехать работать за миллион в поселок и, не имея крыши над головой, отдавать половину денег на съем квартиры, это бессмысленно.

А вы довольны, как реализуется программа «Земский доктор»? По некоторым данным, ни один врач не получил полученный миллион на жилье.

Леонид Рошаль: Я не знаю такой статистики. Я не верю, что ни один доктор не приобрел жилье. Надо создавать такие условия, чтобы они смогли получать жилье. Тут важна и позиция губернаторов.

Закупка отечественных препаратов для больниц - насколько успешно это можно реализовать? Есть ли качественные аналоги иностранных препаратов?

Леонид Рошаль: Нет. Где можно заменять отечественными аналогами - там это нужно делать. Но не надо ставить шлюз перед западными. Нужно заставить наших довести лекарства по качеству до уровня западных. С контролем не только на заводе и складе, но и в аптеке.

В феврале вступил в силу приказ Министерства труда, устанавливающий новые правила получения инвалидности (определяется процентами). Теперь родители жалуются, что получить или подтвердить инвалидность ребенка стало еще сложнее.

Леонид Рошаль: Я стою в данном случае на стороне родителей, которые ставят такие вопросы. Это известно и в Минздраве. Скворцова пытается решить вопрос. Ужесточение инвалидности, особенно к детям с врожденными патологиями - это серьезная проблема. Я получаю массу писем с просьбой помочь, но я не могу. Такие требования определило Министерство труда. Я не сторонник этого дела. У нас социальное государство, надо быть социально ответственными.

А Вы можете поучаствовать, настоять, чтобы провели еще одну реформу по этому вопросу? Попытаться пролоббировать интересы?

Леонид Рошаль: Я специально закон не писал, для этого есть другие люди. Но я открыто поддерживаю тенденцию к реальным критериям инвалидности.

У Вас огромное количество наград. Вы, наверно, и не вспомните все. Есть ли самые дорогие?

Леонид Рошаль: Одни из самых дорогих - благодарственные письма со словами. Я спокойно отношусь к наградам. Но я когда-то уже рассказывал, что у меня есть медалька, которую я ценю больше, чем многие награды. Медаль - от детей Беслана с благодарностью. Вот это настоящая награда.

Мир24, Москва,
(11.05.2016)

В Челябинске удаляют межпозвоночные грыжи через мини-прокол

В начале апреля челябинские врачи первыми в России удалили грыжу в шейном отделе позвоночника через мини-прокол при помощи эндоскопа. Разрез на шее не превышал даже четырех миллиметров. Причем пациентка уже на второй день, во вполне удовлетворительном состоянии, была выписана домой. И теперь филигранные малотравматичные операции мирового уровня бесплатно проводят в медицинском центре «Медеор»

Как утверждают специалисты, в последнее время количество людей, страдающих грыжами, значительно увеличилось и объясняется изменением образа жизни современного человека. Межпозвоночная грыжа – сегодня это проблема, которую имеют 80% населения Земли.

Челябинский многопрофильный центр «Медеор» – это 12 000 кв. м передового медицинского обслуживания. Дневной и круглосуточный стационар, поликлиника, лаборатория и все необходимые диагностические службы: МРТ, УЗИ, маммограф (в т. ч. с имплантами), рентген, флюорограф. Широко представлен современный спектр хирургических операций по самым различным направлениям.

«Благодаря территориальному Фонду обязательного медицинского страхования и Министерству здравоохранения Челябинской области операция абсолютно бесплатна для пациента, выполняется по полису ОМС. Очередей на оперативное лечение у нас нет» - с гордостью рассказывает главный врач МЦ «Медеор», ортопед-травматолог, доктор медицинских наук Данила Сергеевич Астапенков.

*Аргументы Недели Онлайн, Москва,
(11.05.2016)*



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

П Р И К А З

от 26 февраля 2016 г. № 28

МОСКВА

О КОМИССИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ВОПРОСОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РАБОТНИКАМ ЕДИНОВРЕМЕННОЙ СУБСИДИИ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ НА 2016 ГОД

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

Утвердить Положение о Комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования для рассмотрения вопросов предоставления работникам единовременной субсидии на приобретение жилого помещения на 2016 год (Приложение).

Председатель

Н.Н. Стадченко

Приложение
к Приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 26 февраля 2016 г. № 28

ПОЛОЖЕНИЕ

О КОМИССИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ВОПРОСОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РАБОТНИКАМ ЕДИНОВРЕМЕННОЙ СУБСИДИИ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ НА 2016 ГОД

1. Комиссия Федерального фонда обязательного медицинского страхования для рассмотрения вопросов предоставления работникам единовременной субсидии на приобретение жилого помещения (далее - Комиссия) является коллегиальным органом, осуществляющим рассмотрение вопросов предоставления работникам единовременной субсидии на приобретение жилого помещения в 2016 году.

2. В своей деятельности Комиссия руководствуется федеральными законами, указами Президента Российской Федерации, постановлениями Правительства Российской Федерации, Уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации 29 июля 1998 г. № 857 (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 32, ст. 3902; 2004, № 51, ст. 5206; 2007, № 1, ст. 309; 2008, № 44, ст. 5087; 2009, № 26, ст. 3185; 2012, № 34, ст. 4749; 2013, № 6, ст. 559; 2014, № 40, ст. 5435; 2015, № 45, ст. 6263), приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования, настоящим Положением.

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

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

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

6. Комиссия осуществляет следующие функции:

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

7. Председатель Комиссии:

- а) осуществляет общее руководство Комиссией;
- б) определяет дату и время проведения заседания Комиссии;
- в) дает поручения членам Комиссии, связанные с ее деятельностью;

- г) председательствует на заседаниях Комиссии, а в случае отсутствия возлагает свои функции на заместителя председателя в установленном порядке;
- д) подписывает протокол заседания Комиссии.

8. Секретарь Комиссии:

- а) осуществляет прием заявлений работников и прилагаемых к нему документов;
- б) ведет журнал регистрации заявлений работников и прилагаемых к нему документов с указанием времени и даты их приема;
- в) обеспечивает участие членов Комиссии в заседании;
- г) ведет и подписывает протокол заседания Комиссии;
- д) готовит проекты решений и оформляет протоколы заседаний Комиссии;
- е) доводит принятые Комиссией решения до сведения работников;
- ж) ведет делопроизводство Комиссии;
- з) заносит сведения о работнике, состоящем на учете для получения единовременной субсидии в книгу учета работников Федерального фонда обязательного медицинского страхования, для получения единовременной субсидии (Приложение к Положению) в порядке очередности подачи заявлений.

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

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

11. Итоги заседания Комиссии оформляются протоколом.

Приложение
к Положению о Комиссии Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования для рассмотрения вопросов
предоставления работникам единовременной
субсидии на приобретение жилого
помещения на 2016 год

КНИГА УЧЕТА

Начата _____ 20__ г.

Окончена _____ 20__ г.

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

I. Рукопись

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

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

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

В работе необходимо указать:

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

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

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

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

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

II. Содержание

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

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

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

III. Ссылки

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

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

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

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

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

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

Примеры библиографических описаний:

Книга

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

Автореферат диссертации

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

Статья из сборника

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

Статья из журнала

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

Статья из зарубежного журнала

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

Сборник тезисов докладов международных конференций

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

IV. Иллюстрации

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

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

V. Авторские правки

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

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:

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