

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

3 – 2016

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Расширенное совещание Совета директоров
территориальных фондов ОМС



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION

**НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 3, 2016**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 3, 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

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

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

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

И.В. Соколова – Заместитель председателя ФОМС

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

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

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

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

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

Главный редактор:

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

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

Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 07.09.2016 года. Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм. Объем: 68 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»

№ 3, 2016

Peer-reviewed scientific practical journal

The edition is in the reregistration 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

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

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 07.09.2016, Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 68 type pages

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

59A, Beskudnikovsky 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 Observance in Sphere of

Mass Media Communications and Culture Legacy Preservation

Registration number ПИ № ФС77-23840 of March 28 2006

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

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Работникам системы
обязательного медицинского страхования
вручены награды 5

Правление Федерального фонда
обязательного медицинского страхования 6

Новые кадровые назначения 7

РАСШИРЕННОЕ СОВЕЩАНИЕ СОВЕТА ДИРЕКТОРОВ ТФОМС

Расширенное совещание
Совета директоров территориальных фондов
обязательного медицинского страхования 8

НАШИ ПУБЛИКАЦИИ

Председатель Федерального фонда обязательного
медицинского страхования Н.Н. Стадченко:
Рост платных услуг мало связан с проблемами
бесплатной медицинской помощи. 18

XIV МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО СТРАХОВАНИЮ

XIV Международная конференция по страхованию 20

ЗАЩИТА ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ ГРАЖДАН

О.Г. Митина, Т.П. Маркина, И.Г. Пилюскова, И.Ю. Самусенко
Координационные советы по организации защиты прав
граждан в муниципальных образованиях – способ защиты
прав застрахованных на территории Брянской области

Mitina O.G., Markina T.P., Pilyuskova I.G., Samusenko I.Y.
Coordination councils for the protection of the rights
of citizens in the municipal formations - a way to protect
the rights of the insured persons on the territory
of the Bryansk region 22

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

Н.А. Губриева
Обязательное медицинское страхование:
реальность и перспективы. Новая действительность

N.A. Gubrieva
Obligatory Medical Insurance: reality and prospects.
A new actuality 28

А.М. Меньшиков
Разработка модели пациентоориентированного
здравоохранения в Республике Башкортостан

A.M. Menshikov
Development of a model of patient-oriented healthcare
in the Republic of Bashkortostan 34

Т.В. Самарина, Т.Г. Грачева, Т.Д. Александрова, О.А. Каплунов
Оказание высокотехнологичной медицинской помощи
в рамках базовой программы обязательного медицинского
страхования в Волгоградской области

T.V. Samarina, T.G. Grachyova, T.D. Alexandrova, O.A. Kaplunov
A high-tech medical assistance within the basic program of
obligatory medical insurance in the Volgograd region 38

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование
и социальная политика в СМИ 44

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ 63

Комментарий к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 25 марта 2016 г. № 192н
«О внесении изменений в Правила обязательного медицинского
страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохра-
нения и социального развития Российской Федерации
от 28 февраля 2011 г. № 158н» (64)

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 25 марта 2016 г. № 192н «О внесении изменений
в правила обязательного медицинского страхования,
утвержденные приказом Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 28 февраля 2011 г. № 158н» (65)

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 15 июля 2016 г. № 520н «Об утверждении критериев
оценки качества медицинской помощи» (68)



Указом Президента Российской Федерации «О награждении государственными наградами Российской Федерации» за большие заслуги в развитии и совершенствовании системы обязательного медицинского страхования награждена Орденом Почета Стадченко Наталья Николаевна, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования

(Указ Президента Российской Федерации от 4 июля 2016 г. № 320).

Работникам системы обязательного медицинского страхования вручены награды

Указом Президента Российской Федерации от 4 июля 2016 года № 320 «О награждении государственными наградами Российской Федерации» за заслуги в развитии здравоохранения, медицинской науки и многолетнюю добросовестную работу присвоено почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации»



Самариной Татьяне Васильевне – директору Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Вологодской области».

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 апреля 2016 года №274п за добросовестную и плодотворную работу по реализации государственных задач в сфере здравоохранения награждена нагрудным знаком «Отличник здравоохранения»



Симкина Ирина Борисовна – директор Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Вологодской области».

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования

20 июня 2016 г., Москва

О ПРОЕКТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2015 ГОД»

Решение:

В соответствии с подпунктом 2 пункта 18 Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 года № 857, одобрить проект Федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 год».

ОБ ОТЧЕТЕ «О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 2015 ГОДУ»

Решение:

В соответствии с подпунктом 2 пункта 18 Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 года № 857, утвердить отчет о деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2015 году.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



20 августа 2016 года после тяжелой и продолжительной болезни ушел из жизни начальник Контрольно-ревизионного управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования **Игорь Олегович Трясучев**.

Игорь Олегович родился 16 сентября 1951 года. В 1974 году окончил Астраханский государственный медицинский институт по специальности «врач-лечебник». Защитил кандидатскую диссертацию, кандидат медицинских наук.

Трудовую деятельность Игорь Олегович начал в 1974 году в Астрахани. Работал стажером - исследователем клинического отдела, младшим научным сотрудником, руководителем лаборатории клинической иммунологии в филиале ЦНИИ эпидемиологии; старшим научным сотрудником бактериологической лаборатории противочумной станции. В 1993 - 2005 гг. - заместитель исполнительного директора Астраханского областного территориального фонда ОМС.

Следующая часть трудовой биографии Игоря Олеговича связана с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, где он работал с 2005 по 2016 год начальником Отдела ревизий и проверок, заместителем начальника, начальником Контрольно - ревизионного управления ФОМС.

Игорь Олегович был высококвалифицированным специалистом, исполнительным, добросовестным и очень ответственным работником. Награжден Почетными грамотами Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Нагрудными знаками «Отличник здравоохранения», «10 лет обязательного медицинского страхования», «20 лет обязательного медицинского страхования», отмечен Благодарностью ФОМС.

Игорь Олегович пользовался большим уважением и заслуженным авторитетом у коллег. Всегда был энергичен и активен, очень мужественен. Много путешествовал, особенно любил природу Карелии, Камчатки, Сибири, Урала. Увлекался подлёдной рыбалкой, лыжным спортом. Он заряжал окружающих позитивом, любовью к жизни, к людям.

Светлая память об Игоре Олеговиче Трясучеве навсегда сохранится в сердцах его коллег, всего коллектива ФОМС.

Новые кадровые назначения

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



Митрошин Павел Вячеславович, 1976 г.р., в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 июля 2016 года № 184-Л назначен начальником Контрольно-ревизионного управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Митрошин П.В. окончил Удмуртский государственный университет в 1998 г. по специальности «финансы и кредит», в 2000 г. по специальности «юриспруденция», действительный государственный советник Удмуртской Республики 2 класса. В 1996 г. – экономист ОАО ИКБ «ИжЛадаБанк»; с 1997 по 1999 гг. – ведущий специалист-юрисконсульт, главный специалист Госстроя Удмуртской Республики; с 1999 по 2000 гг. – главный специалист Министерства строительства, архитектуры и жилищной политики Удмуртской Республики; с 2000 по 2008 гг. – начальник отдела республиканского резерва и государственного заказа, начальник управления государственных закупок и мобилизационных ресурсов Министерства экономики Удмуртской Республики; с 2008 по 2010 гг. – заместитель главного врача по внебюджетной работе ГУЗ «Республиканский клинично-диагностический центр МЗ УР»; с 2010 по 2014 гг. – заместитель министра здравоохранения Удмуртской Республики; с 2014 по 2015 гг. – заместитель директора по коммерческим вопросам ГУП УР «Фармация»; с 2015 по 2016 гг. – исполнительный директор санатория-профилактория «Сосновый» (АО «Ижевский механический завод»). Награжден почетными грамотами Правительства Удмуртской Республики и Министерства здравоохранения Удмуртской Республики.



Смородина Светлана Львовна, 1965 г.р., в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 июня 2016 года № 160-Л назначена на должность начальника Управления формирования доходов по обязательному медицинскому страхованию Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Смородина С.Л. в 1987 г. окончила Тамбовский институт химического машиностроения с присвоением квалификации «инженер-механик», в 1998 г. – Государственную академию сферы быта и услуг, квалификация «экономист». Смородина С.Л. начала трудовую деятельность с 1981 года. С 1987 по 1994 гг. – инженер-конструктор 2 категории ОАО НПО «Прибор». С 1994 по 2001 гг. – государственный налоговый инспектор, старший государственный налоговый инспектор, главный государственный налоговый инспектор отдела учета, отчетности и анализа инспекции Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 32 по Западному административному округу г. Москвы. С 2001 по 2009 гг. – главный государственный налоговый инспектор, заместитель начальника отдела урегулирования задолженности Управления Федеральной налоговой службы по г. Москве. С 2009 г. работает в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования в Управлении формирования доходов по ОМС в должностях: начальник отдела анализа поступления финансовых средств по ОМС, заместитель начальника Управления – начальник отдела организации взаимодействия с налоговыми и финансовыми органами, и.о. начальника Управления. Смородина С.Л. имеет классный чин – советник государственной гражданской службы Российской Федерации 2 класса. Награждена знаком «Отличник налоговой службы», почетными грамотами Министерства Российской Федерации по налогам и сборам и Федеральной налоговой службы, почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации. Имеет Благодарности Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Оренбургской области



Марковская Виктория Викторовна, 1976 г.р., в соответствии с постановлением Правительства Оренбургской области от 15 июля 2016 года № 519-п назначена директором Территориального фонда обязательного медицинского страхования Оренбургской области. Марковская В.В. в 1998 г. окончила Оренбургский государственный университет по специальности «менеджмент», имеет ученую степень – кандидат экономических наук, звание – доцент. Трудовую деятельность начала в 1998 г. в должности преподавателя кафедры экономики и управления производством в Орском индустриальном институте (филиал) ОГУ. С 2003 по 2009 гг. – зам. декана по учебной работе экономического факультета в Орском гуманитарно-технологическом институте (филиал) ОГУ; с 2009 по 2010 гг. – зав. кафедрой экономики и управления производством; с 2010 по 2012 гг. – зам. первого проректора; с 2012 по 2014 гг. – начальник учебно-методического управления. В системе ОМС работает с 2015 г.: с января 2015 г. – зам. директора по экономическим вопросам, с 9 октября 2015 г. – и. о. директора Территориального фонда ОМС Оренбургской области.

Расширенное совещание Совета директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования

8 июля 2016 г., Санкт-Петербург



Слева направо: О.А.Казанская, вице-губернатор Санкт-Петербурга; Г.С. Полтавченко, губернатор Санкт-Петербурга; Н.Н. Стадченко, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования; Л.С. Косткина, первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике

В Световом зале Смольного состоялось расширенное совещание Совета директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования и представителей Федерального фонда ОМС в федеральных округах.

В работе совещания приняли участие Н.Н. Стадченко, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Г.С. Полтавченко, губернатор Санкт - Петербурга, представители Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, другие официальные лица.

В повестку дня совещания вошли вопросы реализации законодательства в сфере ОМС и окончательного перехода на страховые принципы, организации дополнительного профессионального образования медицинских

работников, приобретения и проведения ремонта медицинского оборудования.

В обращении к участникам совещания Н.Н. Стадченко напомнила о словах президента Российской Федерации В.В. Путина к Федеральному Собранию Российской Федерации о полном переходе в 2016 году системы здравоохранения на страховые принципы: «Прямая обязанность страховых компаний, работающих в системе ОМС, отстаивать права пациентов, в том числе при необоснованных отказах в оказании бесплатной медицинской помощи. Если страховая организация этого не делает, она должна нести ответственность, вплоть до запрета работать в системе ОМС. Прошу Правительство обеспечить здесь самый строгий контроль».

Н.Н. Стадченко отметила, что на федеральном уровне внесены кардинальные изменения в законодательство,

регулирующее деятельность всех субъектов в сфере обязательного медицинского страхования.

«Мы вдвое повысили требования к уставному капиталу страховщиков со следующего года: только сильные, финансово устойчивые страховщики смогут обеспечить выполнение расширенного функционала по защите прав застрахованных. Слабые должны уйти из нашей системы: мы максимально упростили процедуру исключения недобросовестных страховщиков из региональных реестров СМО.

Обязанности участников ОМС увеличиваются – введены нормативные требования по профилактике, повышается эффективность экспертной деятельности, прописаны новые механизмы информирования застрахованных, внедряются контакт-центры, запущен институт страховых представителей, развиваются другие форматы персонального сопровождения граждан на всех этапах организации медицинской помощи. И все это, учтите, в рамках имеющихся в системе ресурсов.

Мы нашли способы не только сохранить гарантии на доступную и качественную бесплатную медицинскую помощь нашим гражданам в рамках программ обязательного медицинского страхования, но и создать условия для перераспределения части средств от штрафных санкций на устранение нарушений – причин этих штрафов.

Проделана действительно огромная нормотворческая работа. Ни у кого не вызывает сомнения необходимость и важность принятия новых законодательных и правовых норм, направленных на совершенствование институтов защиты прав наших граждан на охрану здоровья.

Все территориальные фонды работают по-разному. Хорошо, что сегодня у нас различаются только фонды, а не региональные системы ОМС, как говорили еще 10 лет назад. Система обязательного медицинского страхования у нас, наконец-то, одна. Единая. И правила работы в ней тоже единые для всех, их устанавливаем мы и не должно быть никакой самодеятельности!

Но даже по этим единым правилам и нормам все умудряются работать по-разному. Мы уже второй год подписываем трехсторонние соглашения, но до сих пор практически ни один из субъектов РФ не укладывается в нормативно установленные сроки. Сегодня 6 регионов не имеют соглашения (Карелия, Омская обл. – не представили доработанные; Татарстан, Хабаровский край, Томская обл. – получили отказ Минздрава; Еврейская АО – отказ ФОМС).

Полгода назад принят 432-ФЗ, устанавливающий новые требования и условия расходования НСЗ. Уже принята вся необходимая нормативная база по вопросам использования средств нормированного страхового запаса терфондов ОМС на мероприятия по укреплению материальной базы учреждений здравоохранения. Во всех бюджетах фондов средства сформированы. Но для того, чтобы начать их использовать, должны быть приняты прозрачные и понятные критерии отбора медицинских организаций».

Говоря о тарифных соглашениях, Н.Н. Стадченко отметила, что многие фонды продолжают «радовать» нас творческим подходом: индивидуальные коэффициенты для медорганизаций одного уровня или коэффициенты, вообще не предусмотренные Методическими рекомендациями, самовольное изъятие из тарифов определенных медицинских услуг. От этого идет потом перекося в расчетах самой территориальной программы. Одно нарушение в дальнейшем становится причиной многих. Это же дискредитирует всю нашу методологию единой тарифной политики.

Планы мероприятий по устранению замечаний к тарифному соглашению должны приниматься своевременно, а мероприятия реализовываться в полном объеме: это обязательное условие подтверждения Федеральным фондом остатков средств в следующем году.

В заключение председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко подчеркнула: «Помните, когда у нас появились общественные советы, ассоциации пациентов и защитников пациентов, они стали катализаторами углубления водораздела между пациентами и медицинскими работниками. Но это специфика общественных объединений – нажимать на болевые точки.

А у нас, фондов ОМС, медицинских страховщиков и медицинских организаций, другая общая задача: мы должны стать связующим звеном между нашими застрахованными гражданами и медиками. Мы должны показать нашим застрахованным, что ни один из них не потерян, что с ними, за ними и для них – система обязательного медицинского страхования.

Если мы взяли курс на построение действительно пациентоориентированной страховой модели, то теперь только от практической реализации этих планов зависит отношение наших сограждан к реформам в отрасли.

Вот главная цель нашей сегодняшней «дорожной карты».

Г.С. Полтавченко в своём выступлении подчеркнул, что решение провести эту встречу в Санкт-Петербурге можно воспринимать как высокую оценку эффективности системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования в городе.

«Благодаря целенаправленным мерам и плодотворной совместной работе Правительства города, Законодательного Собрания, Территориального фонда ОМС за последние годы петербургское здравоохранение сделало значительный шаг вперед. Для нас повышение эффективности и качества медицинских услуг, обеспечение их доступности – один из важнейших приоритетов, поэтому расходы на здравоохранение были и остаются одной из наиболее существенных статей городского бюджета.

В частности, город вкладывает значительные средства в строительство новых больниц и поликлиник, оснащение медицинских учреждений самым современным оборудованием. В рамках поддержки реализации программы обязательного медицинского страхования



На фото: Н.Н. Стадченко, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования, и Г.С. Полтавченко, губернатор Санкт-Петербурга во время рабочей встречи

только в 2016 году дополнительно к средствам Федерального фонда ОМС город выделил более 10 млрд рублей. Еще 1 млрд рублей был направлен на эти цели при поправках бюджета».

Как сообщил губернатор, в Петербурге достигнут рекордно низкий показатель младенческой смертности. Город занимает лидирующие позиции по объемам высокотехнологичной медицинской помощи. При этом общее число пациентов, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь в Петербурге, за последние два года увеличилось на 40%. Северная столица опережает другие регионы и по такому важному виду медицинской помощи, как стентирование коронарных артерий при остром коронарном синдроме. Кроме того, в Санкт-Петербурге накоплен значительный опыт реализации проектов государственно-частного партнерства как в обеспечении доступности первичной медико-социальной помощи, так и в области высоких технологий.

Благодаря включению высокотехнологичной медицинской помощи в обязательное медицинское страхование по целому ряду медицинских услуг удалось ликвидировать многолетние очереди «на квоты». Равный доступ жителей всех регионов к таким видам помощи привел к развитию здоровой конкуренции клиник в борьбе за пациента. Г.С. Полтавченко обратил внимание на то, что многие россияне выбирают именно петербургские

клиники. В прошлом году в медицинских учреждениях города пролечилось более 100 тыс. жителей из других регионов. В этом году эта цифра может вырасти в полтора раза.

Губернатор поблагодарил за поддержку в решении ключевых задач в здравоохранении руководство Федерального фонда ОМС и Министерства здравоохранения Российской Федерации. Он также высоко оценил вклад Территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга в усовершенствование принципов определения объемов медицинской помощи и разработку новых информационных продуктов, таких как городской кардиорегистр.

Начальник Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.Г. Кравчук в докладе о реализации законодательства об обязательном медицинском страховании в 2015 г. сообщила об изменениях в структуре расходов на медицинскую помощь в рамках реализации ТП ОМС, о финансировании базовой программы ОМС в разрезе субъектов Российской Федерации, о заключении трехсторонних соглашений на 2016 год и формировании базовой программы ОМС на 2017 год и плановый период 2018, 2019 годов и окончательном переходе на страховые принципы обязательного медицинского страхования в 2016 году.

О правилах использования нормированного страхового запаса ТФОМС на мероприятия по организации



На фото: участники расширенного совещания Совета директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования в зале заседания

дополнительного профессионального образования работников по программам повышения квалификации доложила начальник Управления модернизации системы ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования О.В. Царева. Была представлена «дорожная карта» по реализации мероприятий в части приобретения и проведения ремонта медицинского оборудования.

В докладах начальника Финансово-экономического управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования А.В. Устюгова и заместителя начальника Управления модернизации системы ОМС ТФОМС О.В. Верховодовой были рассмотрены отдельные вопро-

сы реализации бюджета Федерального фонда ОМС в 2016 году, а также вопросы использования средств, предоставляемых из бюджета ТФОМС и объемах высокотехнологичной медицинской помощи в 2016 году.

Руководители территориальных фондов ОМС городов Санкт-Петербурга и Севастополя, Самарской области, Хабаровского края представили опыт регионов в повышении доступности и качества медицинской помощи застрахованным, работе с обращениями граждан, индивидуальном сопровождении застрахованных и применении мультидисциплинарного подхода к проведению экспертизы качества медицинской помощи.

За добросовестный труд в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации, профессиональный подход, надежное партнерство в развитии обязательного медицинского страхования награждены:

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



Казанская Ольга Александровна - вице-губернатор Санкт-Петербурга;



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



Бурнакова Любовь Алексеевна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Хакасия;

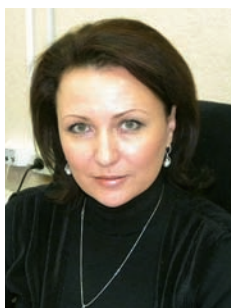


Кужель Александр Михайлович – директор Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга».

Почетной грамотой Федерального фонда обязательного медицинского страхования:



Аксенова Наталья Леонидовна – вице-президент некоммерческого партнерства «Национальная медицинская палата», председатель Смоленской региональной общественной организации «Врачебная палата»;



Аксенова Елена Александровна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пензенской области;



Ефимова Ольга Михайловна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Владимирской области;



Козаченко Сергей Витальевич – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края;



Малышева Светлана Александровна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области;



Меньшиков Алексей Михайлович – директор Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан».

За активную и безупречную работу в становлении и развитии системы обязательного медицинского страхования Российской Федерации награждены Почетной грамотой Федерального фонда обязательного медицинского страхования сотрудники ФОМС:



Ахметзянов Артур Рафисович – советник Контрольно-ревизионного управления;



Богданова Светлана Геннадьевна – главный специалист-эксперт общего отдела Управления делами;



Владимирова Анастасия Сергеевна – консультант отдела анализа поступления финансовых средств по ОМС Управления формирования доходов по ОМС;



Градобойнов Анатолий Васильевич – заместитель начальника Управления делами;



Гребенкина Надежда Сергеевна – заместитель начальника сводного аналитического отдела Управления модернизации системы ОМС;



Данилина Наталья Олеговна – заместитель начальника отдела методологии взаимодействия участников системы ОМС Управления организации ОМС;



Захарченко Наталья Геннадьевна – и.о. заместителя начальника отдела методологии, программно-целевого планирования и анализа системы ОМС Управления организации ОМС;



Князев Дмитрий Константинович – начальник отдела мониторинга финансового обеспечения сферы ОМС Финансово-экономического управления;



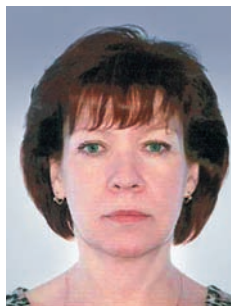
Коробкин Игорь Юрьевич – заместитель начальника отдела организации технической поддержки Управления информационно-аналитических технологий;



Лагно Иван Петрович – водитель автомобиля отдела по обеспечению эксплуатации здания и автомобильного транспорта Управления делами;



Николаева Галина Ивановна – главный специалист-эксперт отдела бухгалтерского учета и отчетности ФОМС Управления бухгалтерского учета и отчетности;

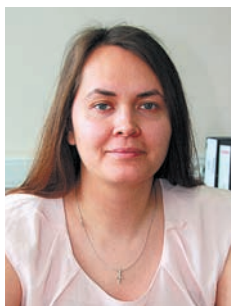


Савенко Татьяна Петровна – начальник отдела разработки и администрирования прикладного программного обеспечения Управления информационно-аналитических технологий;

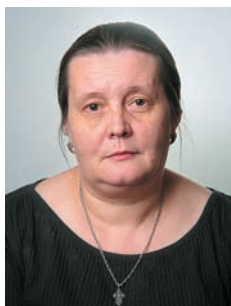


Сухинин Михаил Валерьевич – заместитель начальника Управления делами – начальник отдела по обеспечению эксплуатации здания и автомобильного транспорта.

Объявлена Благодарность председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования:



Исаковой Анне Геннадьевне – главному специалисту-эксперту отдела методологии, программно-целевого планирования и анализа системы ОМС Управления организации ОМС;



Чистовой Елене Николаевне – заместителю начальника отдела по защите прав граждан в системе ОМС Управления организации ОМС.

Коммерсантъ®

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко: Рост платных услуг мало связан с проблемами бесплатной медицинской помощи

22 июня 2016 г., Москва

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко рассказала в интервью газете «Коммерсантъ» о месте страховщиков в системе обязательного медицинского страхования и о том, почему рост платной медицины не угрожает бесплатной.

В какой модели сейчас, на ваш взгляд, российское здравоохранение, насколько она отвечает запросу руководства страны на страховую модель?

Президент уже более года назад исключил саму возможность продолжения полемики по вопросу выбора модели здравоохранения. Мы строим страховую модель с 1991 года. И при всем при этом пациент у нас иногда как бы сам по себе, а все, что для него и ради него, — все государственные институты организации медицинской помощи и контроля ее качества — это тоже само по себе. У нас не работало в полной мере то звено, по наименованию которого называется система.

У нас за последние годы сформировалась очень серьезная законодательная база, адекватная выбранной государственной стратегии в сфере охраны здоровья. И фонд, и Минздрав, включая подведомственные ему службы, оперативно обеспечивают изменения в законодательстве, оптимизирующие работу системы здравоохранения.

Сегодня мы полностью перестраиваем алгоритм деятельности страховых медицинских компаний. Застрахованный должен будет знать телефон своего поверенного в страховой компании и больше ничего. Работник страховой компании от имени своего «подзащитного» должен будет отстаивать его интересы и оптимизировать все процедурные вопросы, связанные с лечением или обследованием.



Аудиторы Счетной палаты постоянно высказывают опасения, что в дальнейшем продолжится рост объема платных медицинских услуг. Вы эти опасения разделяете?

Я вижу здесь два вопроса. А корреляции между ними не вижу. Рост платных медицинских услуг, например как расширение сектора экономики, некорректно напрямую связывать с проблемами доступности бесплатных медицинских услуг. У нас Программа государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь охватывает всё, абсолютно всё население страны. И практически все но-

зологии. Субвенции из бюджета ФОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС на реализацию территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2015 году составили 1427 млрд руб. и увеличились по сравнению с 2014 годом (1174 млрд руб.) более чем на 20%. И даже на этот год, несмотря на сложные экономические условия, субвенция увеличится на 3% по сравнению с 2015 годом — до 1458,6 млрд руб.

Финансирование в рамках базовой программы ОМС осуществляется полностью за счет субвенций из бюджета ФОМС на основе единых подушевых нормативов. Такой подход позволил повсеместно устранить дефицит территориальных программ: законодательные «дыры» для расширения платных услуг стали незаконными.

Ожидаете ли вы падения объема взносов в бюджет ФОМС в 2016 году из-за ухудшения макроэкономической ситуации?

Собираемость страховых взносов улучшилась по сравнению с прошлым годом. За пять месяцев текущего года в бюджет ФОМС поступило страховых взносов на сумму 631,2 млрд руб., что составляет 38,6% от годового объема, в прошлом году это было 37,1%. За июнь рассчитываем получить еще 139,5 млрд руб. Позитивная динамика поступления страховых взносов дает надежду, что падения объема взносов в 2016 году не будет.

Почему тогда возникла публичная дискуссия о доступности государственного лечения?

На наш взгляд, жалобы граждан и сетования «экспертного сообщества» на проблемы доступности медицинской помощи обусловлены отнюдь не дефицитом ресурсов в системе здравоохранения. Причина в другом. Страховая модель нашего здравоохранения пока еще несовершенна. Страховщик ведь еще совсем недавно был практически неизвестным звеном системы для пациента, но уже известным врагом для врача. Кардинальные изменения логистической цепочки оказания медицинской помощи поначалу были неудобны и непонятны и для медиков, и для больных. И только сейчас изменения в федеральном законодательстве привели к усилению роли и функции страховых медицинских организаций. Они должны «взять за руку» пациентов.

Как сейчас выглядит статистика жалоб на лечение, которую вы фиксируете?

В 2015 году из всего количества обращений (порядка 50 тыс.) в терфонды ОМС и страховые компании менее 1% были собственно жалобами на нарушения прав на получение медицинской помощи в рамках ОМС. А из этого процента жалобы на вымогательство денег за медицинскую помощь составили менее 13%. Возвращаясь к вопросу о росте платных услуг, скажу, что в реальности

он очень мало связан с проблемами получения бесплатной медицинской помощи — примерно одна жалоба из тысячи. Как видите, рост платных услуг — вещь не такая простая, как кажется многим «экспертам».

Какую долю в системе ОМС сейчас занимают негосударственные операторы рынка?

В 2012 году в ОМС работало 1029 частных медицинских компаний (12,7%), в 2013-м — 1333 (16,2%), в 2014-м — 1840 (21,5%), а в 2015-м — 1943 (22,4%). Доля частных, участвующих в реализации территориальных программ ОМС в 2016 году, увеличилась до 29% — это 2540 медорганизаций.

Какой тип медпомощи они чаще всего предоставляют?

Структурно частный сектор в сфере ОМС выглядит так: амбулаторное звено, включая поликлиники (и стоматологические), — 59% от общего числа медицинских организаций частной формы собственности, стационары — 12%, центры различных организационно-структурных форм — 15,1%, станции скорой медицинской помощи и санаторно-курортные организации — 5%. Частные компании участвуют даже в оказании высокотехнологичной медицинской помощи: около 3% государственного задания приходится на них. Есть интересные конкретные примеры. Например, в Санкт-Петербурге реализуется проект государственно-частного партнерства, предусматривающий открытие офисов врачей общей практики в районах новостроек. Затраты на строительство, оснащение центров и подготовку персонала полностью взяла на себя частная компания. Участие государства — только оплата оказанных медицинских услуг из средств ОМС по установленным тарифам терпрограммы. В Костромской области медицинская компания в нынешнем году начала проект по открытию сети центров общей врачебной практики, работающих исключительно в системе ОМС. В центрах ведут прием и такие специалисты, как офтальмологи, неврологи, кардиологи. Врачей привлекли из Ярославля, Астрахани, Санкт-Петербурга, Оренбурга и Казахстана.

Какой объем средств приходится на такие лечебные учреждения?

Финансовые доли участия частных медицинских организаций в системе ОМС пока смотрятся скромнее. Расходы на медицинскую помощь в стационарных условиях составляют 1,8% от средств, выделяемых государственным медицинским организациям, в амбулаторных условиях (в том числе стоматология) — 4%, в условиях дневного стационара — 15%. На скорую медицинскую помощь приходится 0,4% расходов.



XIV Международная конференция по страхованию

8 июня 2016 г., Москва



На фото: С.А. Карчевская, заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в центре), Д.Ю. Кузнецов, президент Межрегионального союза медицинских страховщиков (справа), А.В. Грот, президент Ассоциации частных многопрофильных клиник г. Москвы (слева)

В рамках конференции состоялась панельная сессия «Реформа здравоохранения 2016 - тенденции на рынке медицинского страхования». В работе сессии приняли участие С.А. Карчевская, заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Д.Ю. Кузнецов, президент Межрегионального союза медицинских страховщиков, А.В. Грот, президент Ассоциации частных многопрофильных клиник г. Москвы, представители территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций, НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Первого московского медицинского университета им. И.М. Сеченова.

С докладом «Усиление контроля за исполнением страховыми медицинскими организациями контрольных, экспертных и финансовых функций в системе ОМС» выступила заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.А. Карчевская, которая подчеркнула, что введение института страховых представителей необходимо для перспективного развития федеральной системы обязательного медицинского страхования.

«Мы сегодня говорим о векторе дальнейшего развития системы ОМС – это означает усиление роли страховых организаций, становления их реальными участниками как организации медицинской помощи застрахованному

лицу на всех этапах оказания медицинской помощи, так и участниками в разработке комплекса мер по укреплению его здоровья. Поэтому мы вместе со страховым и медицинским сообществом работаем над введением института страховых представителей», — сказала С.А. Карчевская.

Она отметила, что в этом направлении предстоит большая работа, в том числе по определению конкретного функционала страховых представителей и их обучению.

По словам С.А. Карчевской, с этой целью разработана трехэтапная дорожная карта. Первый этап — это создание контакт-центров, куда смогут обратиться граждане и получить своевременно правильную информацию с минимальными затратами времени. Специалисты пояснят им, на что имеет право застрахованное по ОМС лицо, в частности, предоставят информацию о выборе застрахованной организации, наборе платных и бесплатных услуг. К 1 июня контакт-центры созданы практически во всех регионах России и специалисты первого уровня уже начинают прием звонков на горячую линию. После этого все обращения и жалобы проанализируют и будут даны предложения для принятия управленческих решений.

На втором этапе специалисты второго уровня будут предоставлять пациентам консультации по вопросам оказания конкретной медицинской помощи. И третий этап — это работа профессионального эксперта, который будет вести пациента «от А до Я», его планируется реализовать с 1 января 2018 года. И здесь роль страховых организаций безгранична.

Как полагает С.А. Карчевская, введение института страховых представителей поможет в решении и таких важных вопросов, как стимулирование застрахованного лица к прохождению диспансеризации. Структурные мероприятия, которые происходят в отрасли, направлены на укрепление амбулаторного звена и выявление рисков заболеваемости. Поэтому очень важно, чтобы застрахованные, со своей стороны, ответственнее относились к себе и заботились о своем здоровье, регулярно проходили диспансеризацию.

Закрепленные за пациентами страховые представители смогут способствовать и соблюдению больными предписанного режима профилактики или лечения. По оценкам медицинских экспертов, приверженность пациентов лекарственной терапии в рамках вторичной профилактики заболеваний в России не превышает 40%, тогда как в большинстве европейских стран она составляет около 70%. Такой низкий уровень соблюдения врачебных рекомендаций говорит о том, что существует риск возврата больного вновь на дорогостоящее лечение в стационар.

«Когда мы говорим об усилении роли ответственности страховых организаций, мы говорим по сути о пациентоориентированной модели взаимоотношений всех участников системы ОМС. Как каждый из нас имеет дело с врачом первичного звена, точно так же будет прикре-

плен к человеку и ответственный страховой представитель», — резюмировала С.А. Карчевская.

Президент Ассоциации частных многопрофильных клиник г. Москвы А.В. Грот отметил, что самое главное для пациента — это сервис, что страховые компании, при помощи врачей, способны дать этот сервис пациенту. При этом он также подчеркнул необходимость ведения «общественного контроля» за оказанием государственным медицинскими учреждениями платных услуг. Этот же вопрос является одним из ключевых и при предложении медицинских страховщиков по расширению своего функционала.

«В настоящий момент страховые организации выполняют 35 функций в системе ОМС, но в рамках повышения эффективности работы медицинскими учреждениями и качества оказания услуг застрахованным мы считаем важным расширение нашего функционала и просим поддержки ФОМС, Госдумы РФ, Совета Федерации, — продолжил заместитель генерального директора «СОГАЗ-Мед» С.В. Плехов. — В целях более эффективной защиты прав пациента, в первую очередь, мы бы хотели следить за вопросом подмены бесплатных услуг платными». Медицинские страховщики также предлагают усилить взаимодействие внутри системы ОМС. «Мы проводим огромный объем целевых экспертиз по летальности, инсультам, инфарктам, информация по которым предоставляется в фонд ОМС. Сейчас нам не хватает нормативного документа, который обязывал бы органы управления здравоохранения учитывать весь этот массив данных при принятии своих решений», — подчеркнул С.В. Плехов.

Возвращаясь к теме предстоящего введения института страховых представителей, С.В. Плехов отметил, что медицинскими страховщиками эта технология уже предварительно отработана. По его словам, у многих компаний есть круглосуточно работающие колл-центры, куда в любое время дня застрахованный может обратиться за консультацией, например, в случае навязывания платных услуг, ограничений по срокам оказания услуг и т.п. Только в 2015 году страховые компании отработали более 4 млн таких обращений.

Подводя итоги панельной сессии, президент Межрегионального союза медицинских страховщиков Д.Ю. Кузнецов отметил, что реализация обозначенных во время дискуссии инициатив — необходимый этап на пути построения эффективной, ориентированной на пациента и решение его проблем модели ОМС.

УДК 614.2

Координационные советы по организации защиты прав граждан в муниципальных образованиях – способ защиты прав застрахованных на территории Брянской области

О.Г. Митина, Т.П. Маркина, И.Г. Пилюскова, И.Ю. Самусенко

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Брянской области



О.Г. Митина



Т.П. Маркина



И.Г. Пилюскова



И.Ю. Самусенко

Резюме

Координационные советы в муниципальных образованиях Брянской области созданы с целью информационного взаимодействия между участниками сферы ОМС и повышения доступности и качества медицинской помощи, предоставляемой по программе обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: координационный совет, муниципальные образования, застрахованные лица, медицинские организации.

Abstract

Coordination councils for the protection of the rights of citizens in the municipal formations - a way to protect the rights of the insured persons on the territory of the Bryansk region

Mitina O.G., Markina T.P., Pilyuskova I.G., Samusenko I.Y.

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Bryansk region

Coordination councils in municipal formations of the Bryansk region were created for an informational interaction between participants of the OMI sphere and an improvement of the availability and quality of medical

assistance provided according to the program of obligatory medical insurance.

Key words: Coordination council, municipal formations, insured persons, medical organizations.

Эффективно ли работает система медицинского страхования? Насколько комфортно чувствуют себя застрахованные лица, то есть мы с вами, находясь в медицинском учреждении на приеме у врача, в каких условиях лечимся в стационаре? Можем ли рассчитывать на доступную, качественную и своевременную медицинскую помощь, или же этому препятствуют определенные проблемы? Что это за проблемы и разрешимы ли они в условиях сегодняшнего дня? Получить реальные ответы на эти жизненно важные и весьма непростые вопросы и решить, что делать дальше, — такую задачу поставили перед собой члены Координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования в муниципальных образованиях Брянской области.

Решением Координационного совета Брянской области по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере ОМС от 27.02.2015 года рекомендовано создать координационные советы по защите прав застрахованных в муниципальных образованиях с участием представителей общественности районов, социальных комитетов, политических партий.

Целью создания координационных советов в муниципальных образованиях является повышение эффективности реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, информационное взаимодействие между участниками сферы ОМС для повышения доступности и качества медицинской помощи, предоставляемой по программе обязательного медицинского страхования, анализ результатов проведенных социологических опросов, для принятия мер по устранению выявленных недостатков и осуществлению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования.

В соответствии со статьей 15, п.12 Федерального закона от 06.10.2003 №131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» к вопросам местного муниципалитета относятся: создание условий для оказания медицинской помощи населению на территории муниципального района (за исключением территорий поселений, включенных в утвержденный Правительством Российской Федерации

перечень территорий, население которых обеспечивает медицинскую помощь в медицинских организациях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению населения отдельных территорий) в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Материал и методы. Реализация данного направления осуществляется в соответствии решением Коорди-



Рис. 1. Координационный совет по защите прав застрахованных в Жуковском районе проводит зам. главы администрации Жуковского района Фроловичев А.В.



Рис. 2. Участники Координационного муниципального совета Клиновского района и г.Клинцы



Рис. 3. Начальник отдела ЭКМП ТФОМС Брянской области Пилюскова И.Г. на совместном рейде в Комаричской ЦРБ.



Рис. 4. Директор ТФОМС Брянской области Митина О.Г. обсуждает вопросы организации медицинской помощи в Навлинской ЦРБ с главным врачом Сысоевым В.В.

национального совета Брянской области по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере ОМС, постановлением администрации муниципальных образований о создании координационных советов по организации защиты прав застрахованных в муниципалитетах.

Главы муниципальных районов активно поддержали идею создания муниципальных координационных советов. И уже в сентябре 2015 года состоялось первое заседание координационного совета в Навлинском районе. К маю 2016 года заседания координационных советов по защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования проведены в 26 муниципальных образованиях из 29 (рис. 1, 2).

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Брянской области в целях создания коорди-

национных советов по организации защиты прав граждан в муниципальных образованиях обратился ко всем заинтересованным сторонам. В состав совета входят: руководители администрации района, представители политических и общественных организаций, руководители градообразующих предприятий, главы сельских поселений, работники районной медицинской организации, представители местных СМИ и сотрудники страховых медицинских организаций и просто инициативные граждане района.

Члены координационного совета посещают поликлиники и стационарные отделения медицинских организаций (рис. 3, 4, 5).

Для того чтобы говорить о проблемах предметно, необходимо собственными глазами увидеть все плюсы и минусы в организации медицинского обслуживания населения на местном уровне, начиная с работы регистратуры. С этой целью проводятся совместные посещения медицинской организации представителями Координационного совета, в котором также принимают участие и сотрудники ТФОМС Брянской области. Представители администрации района, сотрудники ТФОМС беседуют с пациентами и работниками медицинских организаций по вопросам, связанным с качеством обслуживания населения в регистратуре и поликлинике, приобретением лекарственных препаратов пациентами в стационаре, временем ожидания своей очереди в кабинеты врачей и на диагностические обследования, функционированием электронной записи на прием к врачу и другим вопросам. В результате такого рейда формируется перечень самых серьезных проблем, с которыми

сталкивается медицинская организация. Это нехватка врачебных кадров, отсюда очереди в поликлинике; необходимость в проведении ремонта стационарных отделений, обновлении мебели и др.

Отдельное внимание уделяется вопросу: как можно сократить очереди в поликлинике? Оптимальный вариант – систематизировать, сведя в единый график, время приема по талонам через регистратуру и по электронной записи (рис. 6).

Члены Координационного совета не упускали из вида и такой немаловажный нюанс: как сэкономить время и за один приезд в медицинскую организацию обеспечить прием к нескольким медицинским специалистам жителям сельской местности, особенно пожилым людям, которые не пользуются Интернетом и не могут записаться на прием к врачу с использованием информационных ресурсов. Этот вопрос помогли решить главы сельских



Рис. 5. Начальник отдела ЭКМП ТФОМС Брянской области Пилюскова И.Г. в Жирятинской ЦРБ с главным врачом Андреевой Н.М. в рамках работы Координационного совета

поселений. Они на местах привлекают к участию фельдшеров, которые осуществляют запись на прием к врачам-специалистам поликлиники ЦРБ (рис.7).

Сотрудники ТФОМС Брянской области знакомят членов Координационного совета с действующими нормативными документами по обязательному медицинскому страхованию, территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Дополнительно представляется информация об обеспечении доступности медицинской помощи застрахованным лицам, о правах и обязанностях застрахованных, обязанностях страховых медицинских организаций, о прикреплении застрахованного населения в районе, об организации домашних хозяйств, охвате населения района медицинской помощью за 2015 год, о случаях оказания медицинской помощи за пределами области и иногородним гражданам (рис.8).

Особое внимание на заседаниях Координационных муниципальных советов уделяется вопросам проведения диспансеризации взрослого населения и профилактическим осмотрам детского населения. ТФОМС представляется информация о



Рис. 6. Начальник отдела ЭКМП ТФОМС Брянской области Пилюскова И.Г. в Комаричской ЦРБ знакомится с работой регистратуры

выполнении плана по диспансеризации и профилактическим осмотрам в каждом муниципальном образовании. Обсуждаются вопросы по устранению недостатков при проведении диспансеризации. Не всегда удовлетворительное качество проведения диспансеризации, повышенная нагрузка на врачебный персонал в связи с неуккомплектованностью, недостаточное информирование населения о необходимости прохождения диспансеризации, транспортные проблемы у населения в отдаленных от районных больниц поселениях. Данные вопросы решаются совместно с администрацией района и медицинской организацией: организация по графику выездных бригад в сельские поселения, привлечение администрации к вопросу транспортировки граждан в медицинскую организацию для прохождения профилактических осмотров, повышение активности страховых медицинских организаций в информировании граждан для прохождения диспансеризации.



Рис. 7. Обсуждение вопросов глав сельских поселений к администрации Гордеевской ЦРБ



Рис. 8. Начальник Управления организации ОМС, ЭКМП и ЗПЗ Маркина Т.П. выступает с информацией на Координационном совете в Новозыбковском районе

В ходе заседания Координационного совета ТФОМС Брянской области представляет данные социологического опроса населения, проведенного в соответствии с приказом ФОМС № 103 от 11.06.2015г «Об утверждении методических указаний по проведению социологических опросов (анкетирования) застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» в медицинской организации. Цель анкетирования – изучение мнения застрахованных лиц о качестве медицинской помощи, получаемой в медицинской организации, принятие мер административного реагирования по устранению выявленных недостатков. По результатам проведенного анкетирования руководителям медицинских организаций направляются информационные письма для принятия административных решений по устранению выявленных в результате анкетирования нарушений.

В целях реализации предложения Министерства здравоохранения РФ и приказа ТФОМС Брянской области № 415 от 30.06.2015 г. в медицинских организациях Брянской области проводится анонимное анкетирование удовлетворенностью работы регистратуры. На заседании Координационного совета представляются сведения о результатах анкетирования.

Представители ТФОМС Брянской области информируют членов Координационного совета о работе «Постов качества» в медицинской организации. Совместным приказом департамента здравоохранения и ТФОМС Брянской области от 04.02.2015 г. № 56 / 43 «О создании «Постов качества» в медицинских организациях сферы ОМС Брянской области» (с изм. от 31.08.2015 г. № 561/1) организована работа «Поста качества» в медицинских организациях. Работа постов качества осуществляется в 45 МО Брянской области сферы ОМС, где работают 70 представителей СМО и 6 представителей ТФОМС Брянской области. За время деятельности оформлено более 7 000 протоколов, 315 справок, проведено более 500 консультаций ЗЛ, рассмотрено 25 письменных обращений. Сотрудниками «Поста качества» оперативно оказывается помощь застрахованным непосредственно в медицинской организации, проводятся консультации застрахованных лиц по вопросам ОМС.

О работе Координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства



Рис. 9. Информационные материалы размещены на сайтах администрации Суражского, Жуковского, Брасовского, Жирятинского районов и г. Сельцо

в сфере обязательного медицинского страхования в муниципальном образовании население района могут узнать из средств массовой информации, официального сайта администрации района, где размещается информация о деятельности по защите прав застрахованных (рис. 9.).

По всем рассматриваемым вопросам Координационным советом выносятся рекомендации в адрес руководителей ведомств и медицинских организаций по осуществлению совершенствования системы обеспечения защиты прав граждан в сфере ОМС.

Взаимодействие всех участников позволило более эффективно решать задачи по обеспечению прав граждан в системе ОМС. Координационные советы по организации защиты прав граждан в муниципальных образованиях являются коллегиальными органами, позволяют включить в процесс принятия решений мнение граждан непосредственно через представителей общественных организаций.

30 ноября 2015 года на VIII Всероссийской конференции с международным участием «Медицина и качество – 2015» начальником Управления организации ОМС,



Рис. 10. Материал о деятельности координационных муниципальных советов на территории Брянской области

ЭКМП и ЗПЗ Маркиной Т.П. доложен материал о деятельности Координационных муниципальных советов на территории Брянской области (рис. 10).

Приоритетными направлениями в деятельности Координационного совета в 2016 году обозначены вопросы повышения доступности и качества медицинской помощи, которые приобретают особую значимость в рамках реализации Федерального закона об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации, снижение смертности населения от основных причин, привлечение граждан к прохождению диспансеризации, целью которой является выявление и коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

Для корреспонденции:

Митина Ольга Геннадьевна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области
Тел.: 8(4832)30-41-00; моб.тел. 8(910)331-50-99, e-mail: tfomsbrk@ya.ru

Маркина Татьяна Петровна – начальник управления организации ОМС, медицинской экспертизы и защиты прав застрахованных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области
Тел.: 8(4832)30-41-12; моб. тел. 8(910)293-57-70, e-mail: tfomsbrk@ya.ru

Пилюскова Инесса Григорьевна – начальник отдела экспертизы качества медицинской помощи Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области
Тел.: 8(4832)30-45-55; моб. тел. 8(920)604-95-70, e-mail: tfomsbrk@ya.ru

Самусенко Ирина Юрьевна – главный консультант отдела защиты прав застрахованных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области
Тел.: 8(4832)30-45-55; моб. тел. 8(962)138-56-76, e-mail: tfomsbrk@ya.ru

Адрес: 241500, Брянск, ул. С. Перовской, 83.

For correspondence:

Olga G. Mitina – Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Bryansk region
Tel.: 8(4832)30-41-00; mobile: 8(910)331-50-99. E-mail: tfomsbrk@ya.ru

Tatyana P. Markina – Head of the Department for OMI Organization, Medical Expertise Examination and the protection of the rights of insured persons of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Bryansk region
Tel.: 8(4832)30-41-12; mobile: 8(910)293-57-70. E-mail: tfomsbrk@ya.ru

Inessa G. Pilyuskova – Head of the Department for Medical Expertise Examination of Quality of Medical Assistance of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Bryansk region
Tel.: 8(4832)30-45-55; mobile: 8(920)604-95-70. E-mail: tfomsbrk@ya.ru

Irina Y. Samusenko – Chief Consultant of the Department of Protection of the Rights of the Insured Persons of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Bryansk region
Tel.: 8(4832)30-45-55; mobile: 8(962)138-56-76. E-mail: tfomsbrk@ya.ru
Address: Ul. S. Perovskoy 83, Bryansk 241500.

УДК 614.2

Обязательное медицинское страхование: реальность и перспективы. Новая действительность

Н.А. Губриева

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Краснодарского края

Н.А. Губриева

Резюме

В статье представлена информация об организации обязательного медицинского страхования в Краснодарском крае: включение высокотехнологичной медицинской помощи в систему ОМС, контроль выполнения «дорожной карты» по повышению заработной платы медицинским работникам, об участии частных клиник в оказании медицинской помощи застрахованным по ОМС гражданам, информирование о правах и обязанностях

владельцев полисов ОМС, о межтерриториальных взаиморасчетах за оказанную медицинскую помощь жителям других регионов.

Ключевые слова: одноканальная модель финансирования, высокотехнологичная медицинская помощь в системе ОМС, частные клиники в системе ОМС, страховые представители, информирование застрахованных.

Abstract

Obligatory Medical Insurance: reality and prospects. A new actuality

N.A. Gubrieva

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Krasnodar territory

The article presents information on the organization of obligatory medical insurance in the Krasnodar region: inclusion of hi-tech medical care in the OMI system, control in implementation of the road map for an increase in salaries of medical staff, participation of private clinics in the provision of medical care to citizens insured in the OMI, awareness on the rights and duties of owners of

OMI insurance policies, inter-territorial mutual payments for medical assistance to inhabitants of other regions.

Key words: single-channel model of financing, high-tech medical care in the obligatory medical insurance (OMI) system, private clinics in the OMI system, insurance representatives, information for the insured persons.

С 2006 года медицинские организации, работающие в системе обязательного медицинского страхования Краснодарского края, перешли на преимущественно одноканальное финансирование.

Одноканальное финансирование позволяет содержать не сеть медицинских учреждений, а оплачивать непосредственно медицинские услуги. В результате чего стало возможным эффективное использование материальных ресурсов отрасли.

Такая форма финансирования - это путь к единой политике в здравоохранении. На сегодняшний день можно сказать, что модель обрела свое право на жизнь. В тариф на оплату медицинской помощи вошли практически все статьи затрат. И одно из ее достоинств - идентичность единиц планирования и единиц оплаты в виде законченных случаев лечения (группы диагнозов, диагностики, профилактики и т.п.), что в свою очередь позволяет определить реальную потребность в ресурсах на реализацию той или иной схемы лечения конкретных групп заболеваний. И в конечном итоге обеспечить финансовую предсказуемость здравоохранения на уровне субъекта.

Структура тарифа и способы оплаты медицинской помощи в крае установлены в соответствии с федеральными нормативными актами. Они едины для всех территорий страны, мы стараемся их неукоснительно выполнять.

Главным условием для всех регионов Российской Федерации при формировании Территориальной программы ОМС является ее сбалансированность. В крае это требование выполняется. Территориальная программа обязательного медицинского страхования на 2016 г. отвечает основным положениям и нормативам Постановления Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. №1382 «О программе государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» и сбалансирована по объемам медицинской помощи и финансовому обеспечению для их выполнения.

В бюджете Территориального фонда ОМС Краснодарского края на 2016 г. доходы и расходы запланированы в сумме 46,4 млрд. руб., что на 3%, а это 1,5 млрд. руб., больше уровня прошлого года. Эти средства планируется направить на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС.

Необходимо отметить, что в Краснодарском крае продолжает активно развиваться высокотехнологичная медицинская помощь. Что касается ее финансирования, то с 1 января 2014 г. за счет средств ОМС оплачивалась часть видов

медицинской помощи с применением высоких технологий. В сферу ОМС было погружено 459 методов ВМП. В 2014 году за счет средств ОМС выполнено 7 773 случая оказания высокотехнологичной медицинской помощи на сумму 860 млн руб. В 2015 г. уже – 11 821 случай, что на 52 % больше предыдущего года, на сумму 1 302,3 млн руб.

Фондом с 2013 года ведется мониторинг выполнения «Дорожной карты» по заработной плате медицинских работников. Проводимый анализ отражает тот факт, что нам удается идти заданным курсом и темпом. Так, по итогам 2013 -2014 гг. «Дорожная карта» была выполнена по всем основным категориям медицинского персонала. Уровень заработной платы за 2015 г. также достиг целевых значений и составил: у врачей – 36 тыс. 700 руб., или 100%; у среднего персонала – 21 тыс. 100 руб., или 100%; у младшего медицинского персонала – 14 тыс. 600 рублей, или 104%.

В целом, за три года выполнения «дорожной карты» заработная плата медперсонала увеличилась: у врачей на 11 300 руб., или на 45%; у среднего персонала на 5 090 руб., или 33,8%; у младшего персонала на 3 600 руб., или 35,8%.

Безусловно, Фонд и дальше будет продолжать держать под контролем выполнение показателей «дорожной карты» лечебными учреждениями.

С целью повышения рождаемости в крае особое внимание уделяется лечению бесплодия с применением методов вспомогательных репродуктивных технологий. С 2009 года с использованием таких технологий получили лечение 4,8 тыс. супружеских пар. Беременность, подтвержденная данными ультразвукового исследования, наступила у 531 женщины, или у 35, 2 процента пролеченных. На выполнение экстракорпорального оплодот-



Проведение операции по имплантации биорезорбируемого стента



За 8 месяцев 2016 года в Детской краевой клинической больнице уже оказана высокотехнологичная медицинская помощь 551 маленькому пациенту!

ворения за счет средств ОМС в 2015 году было направлено в медицинские организации 115,5 млн. рублей за 962 случая лечения.

Уже с 2007 года в крае в систему ОМС были включены 4 частные стоматологические поликлиники. В настоящее время в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, включено 228, в том числе среди них есть и частные.

Число частных клиник, работающих по ОМС в Краснодарском крае, растет из года в год. За последние три года их количество увеличилось с 11 до 19. Это стоматологические поликлиники, лечебно-диагностические центры, нефроцентры и другие, т.е. спектр медицинских услуг, оказываемых этими медицинскими организациями, расширен от стоматологических до диагностических, лечения хронического заболевания почек методом гемодиализа, КТ-МРТ, медицинской реабилитации. Соответственно растут и объемы медицинской помощи.

Инициатива участвовать в ОМС исходит от самих частных клиник. Порядок включения их в систему ОМС такой же, как и для медицинских организаций государственной и муниципальной форм соб-

ственности. Узнать, какие клиники работают в системе ОМС, можно на сайте фонда в реестре медицинских организаций, в поликлиниках на информационных стендах. Крайне важно и другое, чтобы по полису ОМС медицинская помощь предоставлялась в больницах и поликлиниках надлежащего качества. Эксперты СМО проверяют лечебные учреждения вне зависимости от формы собственности.

Мы считаем немаловажным направлением в работе Фонда повышение правовой грамотности в вопросах обязательного медицинского страхования наших застрахованных. Может быть, кто-то и скажет, что мало знает об обязательном медицинском страховании, о полисе ОМС, о своих правах при обращении в медицинское учреждение. Но 97% граждан, проживающих на территории Крас-

нодарского края, обеспечены полисами ОМС. Каждому из них при их вручении специалист СМО рассказывает об основных правах и обязанностях застрахованного лица, вручает памятки. И, конечно, граждане давно усвоили, что при обращении в медицинскую организацию необходимо предъявить полис ОМС. Кроме того, во всех медицинских организациях размещены информационные стенды фонда и страховых медицинских организаций.



Информирование граждан по вопросам обязательного медицинского страхования на встречах с трудовыми коллективами



Разъяснительная работа по вопросам обязательного медицинского страхования с активистами советов ветеранов

Для индивидуального информирования граждан было изготовлено свыше полутора миллионов памяток, брошюр, листовок, опубликовано 111 статей в СМИ, прошли 1 253 выступления на радио, 33 - на телевидении.

Безусловно, живая форма общения с населением является более эффективной. Поэтому мы применяем такой вид работы, как встречи в рабочих коллективах, в учебных заведениях, общение на сходах граждан в сельских поселениях. В прошлом году было проведено около 700 таких встреч. Присутствовало на них более 90 тыс. чел. На встречах обсуждаются права застрахованных, порядок получения полиса ОМС, возможность предоставления бесплатной медицинской помощи нашим жителям за пределами края и другие вопросы.

Специалисты фонда и страховых компаний принимают участие в профилактических мероприятиях в рамках губернаторской программы «Будьте здоровы»: «Онкопатруль», «Кардиодесант», в «Днях здоровья» и др. Для общения с населением разворачиваются передвижные консультативные пункты, оснащённые информационным материалом о системе ОМС, о здоровом образе жизни.

В фонде и его филиалах, во всех страховых медицинских организациях работают телефоны «горячей линии».

На нашем сайте представлена информация о страховых медицинских организациях, пунктах выдачи полисов, реестр медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, нормативные документы и другая полезная информация.

С 1 июня 2016 г. на базе фонда начал работать Контакт-центр в сфере ОМС Краснодарского края. Обращения граждан принимаются круглосуточно на бесплатный телефонный номер 8-800-200-60-50 с обязательной аудиозаписью входящих и исходящих звонков. Запуск данного проекта позволяет ответить на каждый звонок, в том числе поступивший в выходные и праздничные дни.

При поступлении звонка в Контакт-центр, при необходимости человеку не нужно перезванивать в страховую медицинскую организацию. Оператор переведет звонок на оператора СМО.

Информация о режиме работы Контакт-центра размещена на официальном сайте Фонда и на информационных стендах медицинских организаций, работающих в сфере ОМС.



Контакт-центр



Участие в краевых профилактических мероприятиях

За три месяца работы Контакт-центра операторами принято более 2 300 обращений граждан.

Наибольшее количество обращений связано:

- с порядком получения полиса ОМС (52%);
- с порядком и условиями предоставления бесплатной медицинской помощи, как в медицинских организациях края, так и за пределами края по полису ОМС (18%);
- с порядком выбора или замены страховой медицинской организации (10%).

С июля этого года в крае, как и по всей стране заработала система страховых представителей.

В рамках своей деятельности по защите интересов застрахованных граждан новые для отрасли специалисты должны будут сопровождать пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи, оказывать правовую поддержку, инициировать и организовывать экспертизы качества оказанной медицинской помощи.

Страховой представитель будет отвечать за исполнение регламента медицинских профилактических мероприятий, включая диспансеризацию. Он будет в курсе всех событий, которые происходят с пациентом.

Специалисты наших страховых компаний прошли обучение в Москве по программе «Подготовка страховых представителей в здравоохранении». Для того, чтобы осуществлять контроль за работой страховых поверенных и понимать, какие задачи возложены на них, обучение также прошли и специалисты фонда.

В Краснодарский край, особенно в летний период, миллионы людей приезжают на отдых. И в случае необходимости в соответствии с Законом об ОМС застрахованным лицам вне территории страхования оказывается

медицинская помощь в объёме, установленном базовой программой. Это первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую; скорая и специализированная, в том числе высокотехнологичная помощь по показаниям.

Между территориальными фондами проводятся взаиморасчёты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам вне территории страхования. Их



Выезд мобильных комплексов для проведения диспансеризации населения

порядок определен федеральными нормативными документами. В 2015 г. Краснодарский Фонд направил в территориальные фонды ОМС России счета к оплате за лечение 1,4 млн. инокраевых граждан. Это на 47% больше, чем в 2014 г. Одновременно из других территориальных фондов ОМС поступили счета за лечение 540 тыс. наших жителей, что на 10% больше, чем в предыдущем году. Кроме того, фонд готов осуществлять защиту прав застрахованных лиц из других субъектов, обратившихся за медицинской помощью в наши медицинские организации.

Безусловно, работа, проводимая фондом, и в дальнейшем будет направлена на реализацию государственной политики в области обязательного медицинского страхования, выполнение территориальной программы ОМС и обеспечение гарантий по получению пациентами доступной и качественной медицинской помощи.

Для корреспонденции:

Губриева Надежда Александровна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края, канд. фарм. наук.

Адрес: 350020, г. Краснодар, ул. Красная, д. 178, тел.: 8(861)215-24-62, e-mail: tfomskk@kubanoms.ru

For correspondence:

Nadezhda A. Gubrieva, MD, PhD (Pharmacology) – Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Krasnodar territory

Address: Ul. Krasnaya 178, Krasnodar, 350020,

Tel.: 8(861)215-24-62, e-mail: tfomskk@kubanoms.ru

УДК 614.2

Разработка модели пациентоориентированного здравоохранения в Республике Башкортостан

А.М. Меньшиков

ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан»



А.М. Меньшиков

Резюме

Вопрос по созданию пациентоориентированного здравоохранения и повышения качества медицинской помощи рассматривается с позиций повышения эффективности имеющейся инфраструктуры здравоохранения, системы подготовки кадров, широкого привлечения в работу всех заинтересованных сторон (органы власти, общественные и образовательные организа-

ции, научные общества, страховые компании, учреждения здравоохранения, СМИ). Представлены принимаемые меры в данном направлении в Республике Башкортостан.

Ключевые слова: защита прав граждан, качество медицинской помощи, медицинские организации, страховые медицинские организации, обязательное медицинское страхование.

Abstract

Development of a model of patient-oriented healthcare in the Republic of Bashkortostan

A.M. Menshikov

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Republic of Bashkortostan;

The question on a creation of the patient-oriented healthcare and the improvement of the medical aid quality is considered from the standpoint of an increase in the efficacy of existing healthcare infrastructure, personnel training system, a wide involvement in the work of all stakeholders (authorities, public and educational

organizations, scientific societies, insurance companies, health institutions, media). The article presents the measures taken in this direction in the Republic of Bashkortostan.

Key words: protection of the rights of citizens, the quality of medical care, medical organizations, medical insurance organizations, obligatory medical insurance.



Дом Правительства Республики Башкортостан

Одним из инструментов повышения доступности и качества медицинских услуг является внедрение в практическое здравоохранение технологий пациенто-ориентированного здравоохранения с применением современных высокотехнологичных методов лечения и информационного обеспечения.

В Республике Башкортостан в целях создания системы здравоохранения, отвечающей потребности населения на получение качественной медицинской помощи, проводится планомерная работа, основанная на реализации принципов доступности медицинской помощи и этапности её оказания для каждого жителя.

В соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан медицинскую помощь застрахованным гражданам оказывают 162 медицинские организации, в том числе 5 федеральных учреждений, 2 НИИ, 13 республиканских больниц, 50 центральных районных больниц, 29 городских больниц, 18 поликлиник, 15 стоматологических поликлиник, а также 24 медицинских учреждения негосударственной формы собственности.

Организация оказания медицинской помощи представлена трехуровневой системой, позволяющей обеспечить на каждом из этапов необходимый объем и качество медицинской помощи.

На первом уровне (подразделения центральных рай-

онных и городских больниц и поликлиник) оказывается первичная медико-санитарная помощь в плановой и неотложной формах, осуществляются выявление патологии и оказание профилактической помощи, а также динамическое диспансерное наблюдение за пациентами как амбулаторно, так и стационарно, определяются показания для направления пациентов в межмуниципальные специализированные медицинские центры.

На втором уровне (медицинские организации, имеющие межмуниципальные медицинские центры, а также крупные городские медицинские организации, имеющие в своей структуре многопрофильные стационары) проводятся детализация и стадирование диагноза, определяются возможности для выполнения лечебных мероприятий на данном уровне либо устанавливаются показания для направления в медицинские организации третьего уровня. В 9 медицинских округах Республики Башкортостан созданы межмуниципальные медицинские центры, отработана маршрутизация пациентов, позволяющая оказывать специализированную медицинскую помощь, как при экстренных ситуациях, так и в плановом порядке.

На третьем уровне (многопрофильные медицинские организации республиканского значения) применяются специализированные, в том числе высокотехнологичные, методы обследования и лечения с использованием современной диагностической техники.

В целях совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи и проведения профилактических мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний среди населения, в республике организовано проведение диспансеризации взрослого населения и диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Ежегодно более 700 тысяч жителей республики проходят диспансерные осмотры.



Башкирский государственный медицинский университет

Преимуществом системы здравоохранения Республики Башкортостан является наличие старейшего в России Башкирского государственного медицинского университета, что в значительной степени позволяет проводить работу по укреплению и наращиванию кадрового потенциала в здравоохранении. Этому же способствует успешно реализуемый в республике проект «Земский доктор», а также организация регулярных циклов обучения и повышения квалификации врачей, участие в лекциях и телемедицинских конференциях с ведущими специалистами России и мира.

За последние пять лет в системе организации медицинской помощи населению Республики Башкортостан произошли существенные изменения, что связано в значительной степени с успешной реализацией федеральных проектов, таких как приоритетный национальный проект «Здоровье» и региональная «Программа модернизации здравоохранения Республики Башкортостан».

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан в целях осуществления принципов пациентоориентированности, повышения эффективности работы по защите прав застрахованных и совершенствования работы по рассмотрению обращений застрахованных граждан провел организационные мероприятия. Начиная с мая 2016 года в Фонде и страховых медицинских организациях начали работать контакт-центры с выделением многоканального телефона,

работающего в круглосуточном режиме. Все телефонные разговоры записываются, в online-режиме регистрируются в электронном журнале обращений, при этом оперативно решаются вопросы, связанные с обеспечением прав граждан на оказание качественной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий. Кроме этого, функционируют 2 телефона «горячей линии» по вопросам страхования, доступности и качества бесплатной медицинской помощи, информация о телефонах «горячей линии» размещена на официальном сайте Фонда.

В системе обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан в тесном сотрудничестве с Фондом работают 8 страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в рамках законодательства по обязательному медицинскому страхованию. В настоящее время с участием Национальной медицинской палаты Республики Башкортостан осуществляется работа по развитию института представительства страховых медицинских организаций.

Страховыми медицинскими организациями в соответствии с планами усовершенствования специалистов осуществляется подготовка страховых поверенных в институтах последипломного образования.

Сегодня в 157 медицинских организациях работают представительства Фонда и страховых медицинских организаций, в том числе мобильные. Всего работают 144 представителя, из них 27 – сотрудники Фонда, 117 – страховых медицинских организаций. Поверенными на местах проводится прием граждан в соответствии с графиками, оперативно решаются вопросы, связанные с нарушением прав и законных интересов застрахованных лиц при получении медицинской помощи, информация доводится до руководителей медицинских организаций, оказывается содействие в организации медицинской помощи. В частности, представителями осуществляется помощь пациентам в прикреплении на медицинское обслуживание к выбранным врачам или медицинским организациям, осуществляются госпитализация в стационары, консультации специалистов, диагностические обследования, даются разъяснения о порядке страхования и работы со страховыми медицинскими организациями, предоставляется информация о системе ОМС, телефоны «горячих линий», адреса сайтов, почтовые адреса фонда, страховых медицинских организаций, органа управления здравоохранением, Территориального органа Росздравнадзора по респу-

блике, распространяются печатные информационные материалы о сфере ОМС. Проводятся обходы подразделений медицинских организаций.

Представителями страховых медицинских организаций и Фонда проводится изучение удовлетворенности застрахованных лиц медицинской помощью при ее получении, в том числе путем анонимного анкетирования и опросов.

В I квартале 2016 года Фондом и страховыми медицинскими организациями подготовлено и распространено 57 753 памятки, 3 750 брошюр, 29 285 листовок, 7 138 других информационных материалов. Организовано 9 выступлений на телевидении, в том числе на телеканалах «БСТ» и «Вся Уфа» (в программах «Эксперт», «Новости», «Красная кнопка»), выступления по местному телевидению в муниципальных образованиях республики. В телевизионных выступлениях освещаются вопросы защиты прав пациента при получении медицинской помощи, в прямом эфире пациенты получают квалифицированные ответы на злободневные вопросы, связанные с качеством оказания медицинской помощи, организацией работы стационаров и поликлиник, правах застрахованных граждан в сфере ОМС.

Проведено более 1000 выступлений в коллективах застрахованных. Оформлен 551 информационный стенд в медицинских организациях. Информация о медицинских организациях, работающих в системе обязательного медицинского страхования, представлена на стендах, размещена для граждан на сайтах Территориального фонда ОМС и страховых медицинских организаций в сети Интернет, граждане имеют возможность оперативно получить ответы на свои вопросы, размещенные на сайтах ТФОМС Республики Башкортостан, СМО. Всего задействовано 10 интернет-ресурсов.

Также в республике действует Координационный совет по обеспечению и защите прав граждан в системе ОМС Республики Башкортостан – коллегиальный орган, созданный с целью формирования, внедрения в практику и последующего совершенствования системы организации защиты прав граждан, застрахованных по ОМС. Возглавляет Координационный совет заместитель

премьер-министра Правительства Республики Башкортостан. Ежегодно проводится не менее 2 заседаний совета, с участием заинтересованных сторон: Минздрава, Национальной медицинской палаты Республики Башкортостан, медицинских организаций, СМО, представителей медицинской науки и т.д.

Совместно с общественными организациями, ассоциациями пациентов в республике проведены совещания регионального отделения Организации нефрологических пациентов «Нефролига», в том числе по вопросам обеспечения качественной медицинской помощи нефрологическим пациентам в отдаленных районах республики, транспортировки пациентов до медицинских учреждений, выполнения клинических стандартов при проведении гемодиализа.

В марте 2016 года состоялось совместное заседание Фонда и Общественной палаты Республики Башкортостан по рассмотрению вопросов реализации прав граждан в отдельных медицинских организациях и разбору сложных ситуаций, связанных с оказанием медицинской помощи застрахованным.

В рамках Медицинского форума «Неделя здравоохранения в Республике Башкортостан» при поддержке Фонда в апреле – мае 2016 года прошли научно-практические конференции с участием страхового сообщества системы обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан, а также представителей Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и головных офисов страховых компаний, медицинских организаций, Межрегионального союза медицинских страховщиков, Минздрава, Национальной медицинской палаты Республики Башкортостан. Освещались вопросы организации здравоохранения и поиска путей решения его проблем.

При совместном участии органов государственной власти в сфере здравоохранения, медицинских учреждений и страховых медицинских организаций в Республике Башкортостан вырабатываются новые эффективные мероприятия по улучшению качества и доступности медицинской помощи застрахованным гражданам.

Для корреспонденции:

Меньшиков Алексей Михайлович – директор ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан», к.м.н., доцент

Адрес: 450077, Республика Башкортостан, Уфа, ул. Ленина, д. 37.
Тел.: 8(347)273-50-90, e-mail: info@tfoms-rb.ru

For correspondence:

Alexey M. Menshikov MD, PhD – Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Republic of Bashkortostan,

Address: Ul. Lenina 37, Ufa, 450077, the Republic of Bashkortostan.
Tel.: 8(347)273-50-90, e-mail: info@tfoms-rb.ru

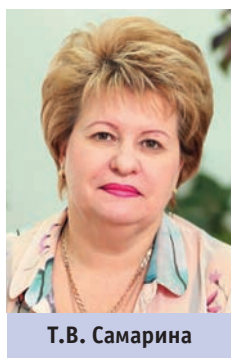
УДК 614.2

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области

Т.В. Самарина¹, Т.Г. Грачева¹, Т.Д. Александрова¹, О.А. Каплунов²

¹ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»;

²ГУЗ «ГКБ № 3», Волгоград



Т.В. Самарина



Т.Г. Грачева



Т.Д. Александрова



О.А. Каплунов

Резюме

Повышение доступности и качества высокотехнологичной медицинской помощи для населения Российской Федерации является одной из основных задач государственной политики в сфере здравоохранения. В статье представлены основные итоги процесса перехода высокотехнологичной медицинской помощи на оплату из средств обязательного медицинского страхования на территории Волгоградской области с 2014 по 2016 год. Основными перспективными направлениями ВМП

являются наиболее востребованные профили, такие как сердечно-сосудистая хирургия, онкология, травматология и ортопедия, неонатология, офтальмология, развитие которых дает наибольший медико-социальный эффект, заключающийся в снижении инвалидности, смертности и улучшении качества жизни населения.

Ключевые слова: высокотехнологичная медицинская помощь, оплата медицинской помощи, оказание медицинской помощи, снижение смертности населения.

Abstract

A high-tech medical assistance within the basic program of obligatory medical insurance in the Volgograd region

T.V. Samarina¹, T.G. Grachyova¹, T.D. Alexandrova¹, O.A. Kaplunov²

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

²The City Clinical Hospital No. 3, Volgograd

The improvement of the availability and quality of high-tech medical care to the population of the Russian Federation is one of the main tasks of the state policy in the sphere of public health. The article presents main basic results of a transition process of high-tech medical aid (HTMA) to pay out of funds of obligatory medical insurance in the Volgograd region between 2014 and 2016. The main promising areas of the HTMA are the most de-

manded profiles, such as cardiovascular surgery, Oncology, traumatology and orthopedics, neonatology, ophthalmology, which development gives the greatest medical-social effect, which consists in a reduction of disability, mortality and improvement of the quality of life of the population.

Key words: high-tech medical aid, the payment of medical assistance, medical assistance, reduction of mortality.

Высокотехнологичная медицинская помощь – специализированная медицинская помощь, включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники (п.3 статьи 34 Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ).

С 2014 г. в соответствии с ч. 2 ст. 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» часть высокотехнологичной медицинской помощи перешла на финансирование из средств обязательного медицинского страхования по перечню видов ВМП, утвержденному на соответствующий год. До 2014 г. финансирование высокотехнологичной медицинской помощи осуществлялось за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. На территории Волгоградской области до 2014 года такая помощь оказывалась только девятью медицинскими организациями, подведомственными комитету здравоохранения Волгоградской области, и тремя федеральными клиниками.

Итак, становление оказания ВМП, включенной в базовую программу ОМС, на территории Волгоградской области происходило на протяжении 2014 года, когда 459 наиболее растративаемых методов перешли на финансирование из средств ОМС. Об участии в оказании ВМП в 2014 году заявили 20 медицинских организаций: 5 – федерального подчинения (2 из них территориально расположены за пределами Волгоградской области), 14 медицинских организаций государственной формы собственности, 1 – частная медицинская организация.

При этом на федеральном уровне только на 50 методов были установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема, остальные методы отнесены к оплате за законченный случай госпитализации, включенный в клинико-статистические группы (КСГ). По правилам отнесения случаев к КСГ по коду номенклатуры услуг или по коду диагноза в рамках одного метода, но при разных кодах диагнозов по МКБ, стоимость случаев могла значительно отличаться, так как они относились к разным КСГ. В декабре 2013 года в соответствии с перечнем видов ВМП на 2014 год (приказ МЗ РФ № 916н от 10.12.2013) от медицинских организаций получены заявки по количеству случаев ВМП, финансовое обеспечение которых производится из средств ОМС, на 2014 год. В связи с изменением нормативной базы на оплату стационарной медицинской помощи в части высокотехнологичной медицинской помощи и, соответственно, изменения перечня ВМП по сравнению с предполагаемым (приказ министерства здравоохранения РФ № 916н от 10.12.2013 отменил ранее принятый приказ МЗ РФ № 565н от 12.08.2013), с отсутствием определенного опыта работы в данном на-

правлении и отсутствием достоверных статистических данных по фактической потребности в оказании высокотехнологичной медицинской помощи по отдельным методам, перешедшим в оплату из средств ОМС, первоначальные заявки по количеству случаев были значительно завышены по сравнению с фактической потребностью. Поэтому в течение года неоднократно проводилась коррекция объемов ВМП. В течение 2014 года проводилась активная совместная работа «ТФОМС Волгоградской области» с медицинскими организациями, оказывающими ВМП, по утверждению на территории Волгоградской области нормативов финансовых затрат на единицу объема оказания ВМП по некоторым растративаемым методам, включенным на федеральном уровне в оплату по КСГ, но тарифы КСГ по которым не позволяли адекватно возместить затраты на оказание помощи по конкретным видам. Таким образом, с июля 2014 года по 20 методам ВМП был установлен территориальный норматив финансовых затрат на единицу объема ВМП. По остальным методам оплата производилась за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) в стационарных условиях. Для регламентации процесса организации отбора и оказания ВМП, финансируемой за счет средств ОМС, на территории Волгоградской области в адрес медицинских организаций было направлено методическое письмо, которое определяло до момента разъяснения Министерством здравоохранения Российской Федерации дальнейшего регламента работы порядка организации оказания ВМП маршрутизацию пациентов и процесс информационного взаимодействия между медицинскими организациями.

С 2015 года перечень видов ВМП утверждается как приложение к Постановлению Правительства РФ «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» на соответствующий период с разделением методов ВМП по группам и видам в разрезе профилей с утверждением норматива финансирования на единицу объема по каждой группе ВМП. Таким образом, стоимость каждого метода определена на федеральном уровне. Порядок оказания ВМП утвержден приказом министерства здравоохранения РФ от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы».

В 2015 году оказание ВМП, финансируемой за счет средств ОМС, осуществляли 22 медицинские организации, в том числе: 3 – федерального подчинения, 1 – частная медицинская организация, 18 – государственной формы собственности (1 из них территориально расположена за пределами Волгоградской области).

В 2016 году ВМП, финансируемую за счет средств ОМС, оказывают 21 медицинская организация, в том числе: 2 – федерального подчинения, 1 – частная медицинская организация, 18 – государственной формы собственности.

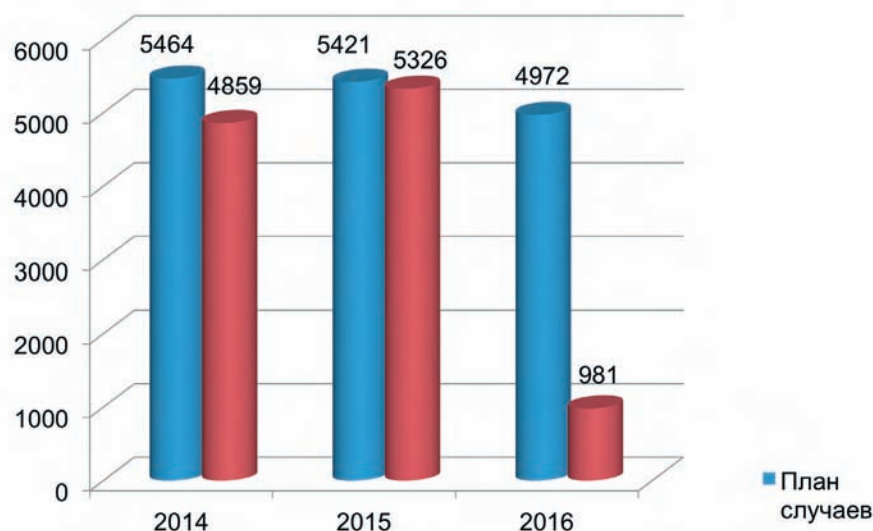


Рис. 1. Выполнение плановых объемов ВМП, включенной в базовую программу ОМС, лицам, застрахованным на территории Волгоградской области медицинскими организациями, включенными в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области за 2014–2016 годы (случаев)

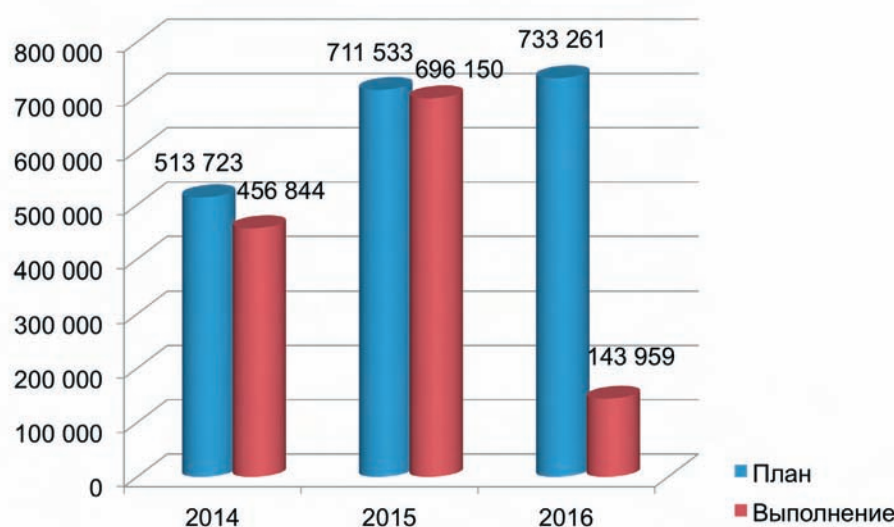


Рис. 2. Выполнение плановых финансовых объемов ВМП, включенной в базовую программу ОМС, лицам, застрахованным на территории Волгоградской области медицинскими организациями, включенными в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области за 2014–2016 годы (тыс.руб.)

сти (1 из них территориально расположена за пределами Волгоградской области).

Динамика выполнения объемов и финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи в целом представлена на рис. 1 и 2 (по 2016 году представлено выполнение за I квартал).

Основными направлениями по наиболее растраживаемым методам из года в год остаются сердечно-сосудистая

хирургия (в 2016 году удельный вес в общем количестве плановых объемов ВМП составляет 41,3%), онкология (21%), травматология и ортопедия (9,9%), неонатология (8,5%), офтальмология (5,5%). Размер финансового обеспечения ВМП составил в 2016 году по профилям «сердечно-сосудистая хирургия» 347,5 млн. руб., «онкология» – 116,3 млн. руб., «неонатология» – 103,8 млн. руб., «травматология и ортопедия» – 65,8 млн. руб., «офтальмология» – 16,8 млн. руб.

В структуре выполненных объемов первые пять мест занимают представленные ниже методы высокотехнологичного лечения (представлены в динамике за 2014 и 2015 годы).

2014 год: 1 место. Комплексная терапия таргетными лекарственными препаратами и химиопрепаратами с поддержкой ростовыми факторами и использованием антибактериальной, противогрибковой и противовирусной терапии – 691 случай.

2 место. Баллонная вазодилатация с установкой стента в сосуд-сосуды – 543 случая.

3 место. Индивидуальный подбор протокола стимуляции суперовуляции, проведение УЗ и, при необходимости, гормонального мониторинга процесса фолликулогенеза с последующей трансвагинальной пункцией фолликулов, работа с половыми клетками человека, оплодотворение ооцитов, проведение интрацитоплазматической инъекции сперматозоида в ооцит, культивирование эмбрионов *in vitro*, проведение вспомогательного хетчинга, перенос эмбрионов в полость матки под УЗ контролем, персональный подбор терапии посттрансферного периода – 360 случаев.

4 место. Эндопротезирование суставов конечностей при неправильно сросшихся внутри- и околосуставных переломах и ложных суставах, идиопатическом деформирующем одно- или двухстороннем коксартрозе без существенной разницы в длине конечностей (до 2 см) – 273 случая.

5 место. Поликомпонентная терапия синдрома дыхательных расстройств, врожденной пневмонии, сепсиса новорожденного, тяжелой церебральной патологии новорожденного с применением аппаратных методов замещения или поддержки витальных функций на основе динамического инструментального мониторинга основных параметров газообмена, гемодинамики, а также лучевых, биохимических, иммунологических и молекулярно-генетических исследований – 248 случаев.

2015 год: 1 место. Баллонная вазодилатация с установкой стента в сосуд-сосуды – 1143 случая.

2 место. Комплексная терапия таргетными лекарственными препаратами и химиопрепаратами с поддержкой ростовыми факторами и использованием антибактериальной, противогрибковой и противовирусной терапии – 505 случаев.

3 место. Эндопротезирование суставов конечностей при неправильно сросшихся внутри- и околосуставных переломах и ложных суставах, идиопатическом деформирующем одно- или двухстороннем коксартрозе без существенной разницы в длине конечностей (до 2 см) – 334 случая.

4 место. Поликомпонентная терапия синдрома дыхательных расстройств, врожденной пневмонии, сепсиса новорожденного, тяжелой церебральной патологии новорожденного с применением аппаратных методов замещения или поддержки витальных функций на основе динамического инструментального мониторинга основных

параметров газообмена, гемодинамики, а также лучевых, биохимических, иммунологических и молекулярно-генетических исследований – 325 случаев.

5 место. Имплантация частотно-адаптированного одноканального кардиостимулятора – 319 случаев.

В связи социальной значимостью, связанной с высоким уровнем смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, 2015 год объявлен годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. На протяжении трех лет увеличивается количество проведенных коронарных реваскуляризаций с проведением баллонной ангиопластики с установкой стентов в сосуды при остром коронарном синдроме: так в 2014 году было выполнено 543 случая, в 2015 году – 1143 случая, в 2016 году запланировано 1775 случаев.

Помимо медицинских организаций, включенных в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Волгоградской области, оказывающих ВМП лицам, застрахованным на территории Волгоградской области, эту помощь жители Волгоградской области получают и за ее пределами. Так, по основным направлениям за пределами Волгоградской области отмечен рост оказания ВМП в динамике за 2014 и 2015 годы:

- сердечно-сосудистая хирургия – соответственно 16 и 33 случаев;
- онкология – 32 и 60 случаев соответственно;
- эндопротезирование тазобедренного сустава – 18 и 40 случаев.

Одновременно с увеличением объемов отмечается увеличение норматива финансового обеспечения на единицу объема ВМП. На рисунке 3 представлена динамика тарифов по наиболее актуальным методам высокотехнологичного лечения за 2014–2016 год.

В соответствии с приказом министерства здравоохранения РФ от 29.12.2014 № 930н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы» все медицинские организации и ответственные лица «ТФОМС Волгоградской области» имеют доступ к информационной подсистеме по высокотехнологичной медицинской помощи, где осуществляется активное взаимодействие в процессе организации и оказания ВМП.

Мониторинг оказания ВМП пациентам осуществляется в соответствии с «Порядком представления информации об объеме и стоимости высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.02.2014 № 17 «Об утверждении формы отчетности».

В 2016 году ещё большая часть методов ВМП перешла на финансирование из средств ОМС: «пополнились» такие профили, как «абдоминальная хирургия», «офталь-

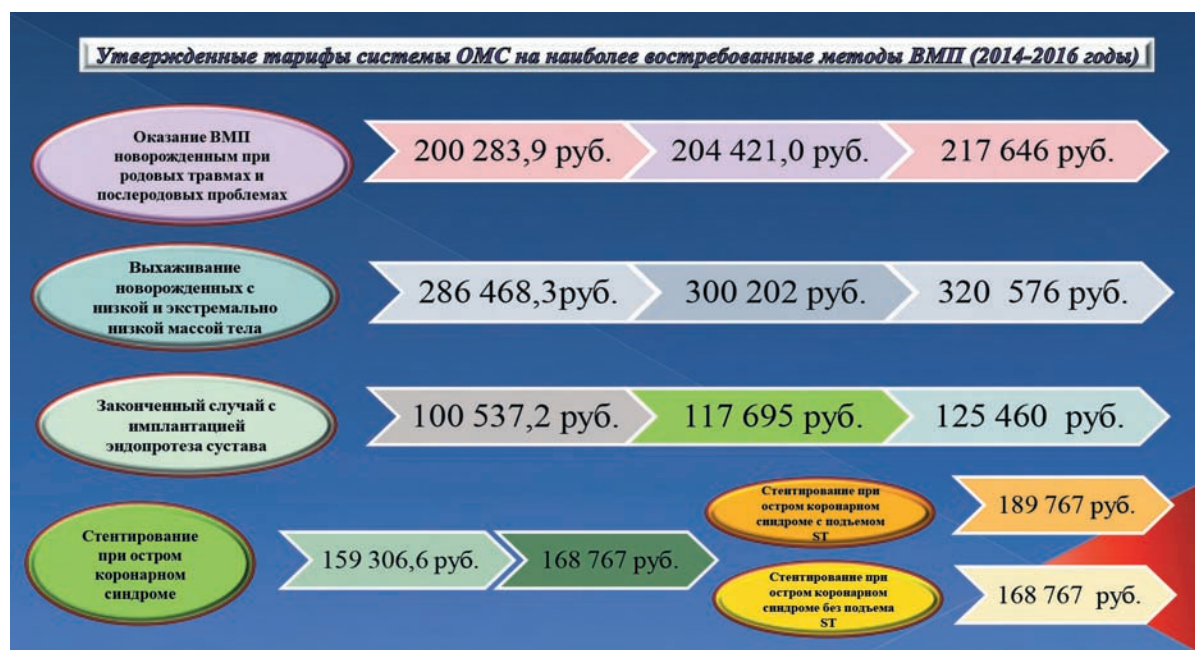


Рис. 3. Утвержденные тарифы системы ОМС на наиболее востребованные методы ВМП (2014-2016 годы)

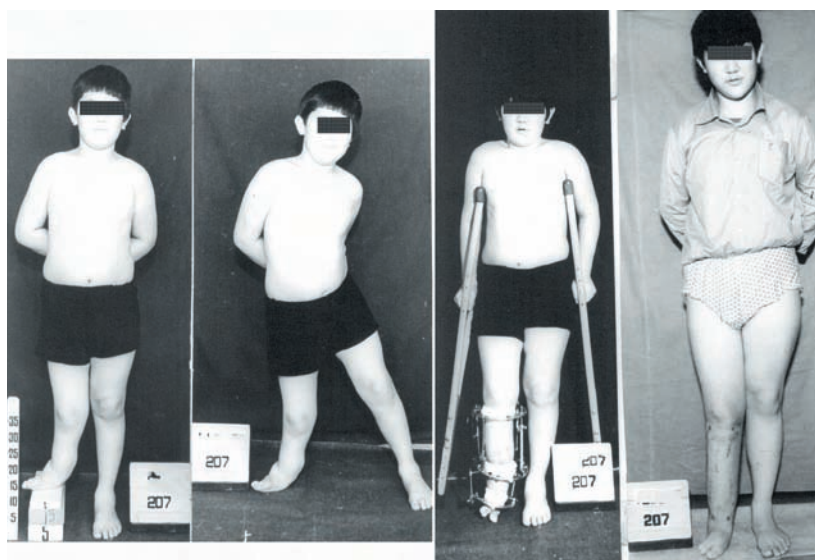
мология», «урология», из видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС вышел профиль «детская хирургия периода новорожденности» с частью методов, детализированы некоторые методы по нейрохирургии, травматологии и ортопедии, сердечно-сосудистой хирургии.

Помимо ВМП, включенной в базовую программу ОМС, ТФОМС Волгоградской области с 2015 года контролирует и процесс оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС. Так, в 1 квартале 2016 года в соответствии с частью 21 статьи 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ в 1 квартале 2016 года работниками ТФОМС Волгоградской области проведены плановые тематические проверки использования средств финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, направленных из Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в 9 медицинских организациях, подведомственных комитету здравоохранения Волгоградской области и 1 – федерального подчинения. По итогам проверки информация направлена в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и в комитет здравоохранения Волгоградской области.

Медицинские организации, оказывающие ВМП, включенную в базовую программу ОМС, год от года расширяют спектр своего

участия по методам и профилям ВМП, стремятся к улучшению качества оказания данного вида медицинской помощи. С целью оптимизации процесса отбора пациентов для проведения операции коронарной реваскуляризации с проведением баллонной ангиопластики с установкой стентов в сосуды при остром коронарном синдроме в области разработан алгоритм для медицинских учреждений, оказывающих специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь пациентам с острым коронарным синдромом.

В ортопедическом отделении ГУЗ «Городская клиническая больница № 3» Волгограда применяется метод



Клинический случай лечения пациента К. с врожденной гипоплазией правой нижней конечности с укорочением на 16 см (ГУЗ «Городская клиническая больница № 3»)



Проведение антиглаукоматозной операции в Волгоградском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России

Илизарова в реконструктивно-восстановительном лечении ортопедо-травматологических больных: отделение располагает широким арсеналом эффективных лечебных методик, позволяющих достичь положительный результат лечения в 98% случаев при несросшихся переломах и ложных суставах костей конечностей, свежих и застарелых вывихах костей, врожденных и приобретенных деформациях и укорочениях конечностей на 5-10 и более см, врожденных системных заболеваниях скелета, деформирующем артрозе крупных суставов и другой патологии опорно-двигательного аппарата.

Хирургическая операция по созданию нового пути оттока для внутриглазной жидкости, выполненная как можно раньше, обеспечит сохранение зрения у больных глаукомой. Эта принципиально новая операция, разработанная

в ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, получила название «непроникающая глубокая склерэктомия». Важнейшим достоинством этой операции является ее проведение без вскрытия глазного яблока, что исключает возможность попадания инфекции и значительно уменьшает риск осложнений во время операции. Непроницающую глубокую склерэктомию и много других высокотехнологичных операций на органе зрения проводят в Волгоградском филиале ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России.

Принятие решения о финансировании высокотехнологичной медицинской помощи из средств обязательного медицинского страхования позволило положительно повлиять на процесс по снижению смертности населения от ос-

новных неинфекционных заболеваний. Так, в Волгоградской области младенческая смертность уменьшилась: в 2013 году - 9,8 на 1000 родившихся живыми, в 2014 году - 8,1, а в 2015 году - 6,6. Смертность от болезней системы кровообращения в 2013 году составляла 753,5 на 100 тыс. населения, в 2014 - 745,6, в 2015 - 738,7.

В заключении можно сделать вывод, что, планомерно расширяя перечень высокотехнологичной медицинской помощи, финансируемой из средств обязательного медицинского страхования, совершенствуя её финансовое обеспечение, мы общими усилиями стремимся к решению вопроса увеличения доступности ВМП, а также реализации Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации в части увеличения объема ВМП к 2020 г.

Для корреспонденции:

Самарина Татьяна Васильевна – представитель ФОМС в Южном федеральном округе, директор ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»

Грачева Татьяна Георгиевна – заместитель директора по мониторингу системы ОМС ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»

Александрова Татьяна Дмитриевна – заместитель начальника отдела формирования и мониторинга программы ОМС ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»

Каплунов Олег Антонович – главный внештатный травматолог-ортопед Комитета здравоохранения Волгоградской области, профессор, д.м.н., и.о. главного врача ГУЗ «ГКБ № 3»

For correspondence:

Tatyana V. Samarina – Representative Officer of the FOMI in the South and Crimean Federal Districts, Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance (TFOMI) of the Volgograd region

Tatyana G. Grachyova – Deputy Director for Monitoring of the OMI System of the TFOMI of the Volgograd region

Tatyana D. Alexandrova – Deputy Head of the Department for Forming and Monitoring the OMI Program of the TFOMI of the Volgograd region

Oleg A. Kaplunov, MD, PhD, Professor – Chief Freelance Traumatologist-Orthopedist of the Health Committee of the Volgograd region, Acting Chief Physician of the City Clinical Hospital No. 3

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Серебро против рака

Первый кандидат на пересадку головы инженер Валерий Спиридонов рассказывает об удивительных свойствах серебра при борьбе с онкологическими заболеваниями.

Трансплантация головы на новое тело имеет смысл лишь тогда, когда все другие способы лечения и поддержания жизни уже не помогают человеку. Например, в случае, если метастазы раковой опухоли поразили почти всё тело, оставив врачам слишком мало времени на его спасение. Но сегодня она еще не введена в строй, поэтому первостепенное значение имеют ранняя диагностика и уже успешно проходящие лабораторные испытания технологии лечения рака.

Ежегодно от онкологических заболеваний в России умирают 300 тысяч человек. Выявление болезни за 2 года выросло на 50%. При этом, если рак обнаруживается на 1—2-й стадии, то в 70% случаев он успешно поддается лечению. В основном для лечения применяют химиотерапию. Существуют и альтернативные методы.

Например, в Германии используют электрохимический метод с использованием прибора Elektro Cancer Therapie. Ученые из британского университета Лидса при химиотерапии используют препараты с серебряными соединениями, которые снижают остроту побочных эффектов в процессе лечения. В Москве практикуют метод безоперационного лечения поверхностных раковых опухолей с использованием аппарата LEX QUANTUM.

Российские ученые разработали свою методику с использованием ионов серебра. О своем изобретении рассказали профессор НИИ травматологии и ортопедии им. Приорова Георгий Агасиевич Степанов и доктор физико-математических наук, профессор НИИ «Московский институт электронной техники» Александр Георгиевич Итальянцев.

Как заявили мне ученые, биохимическое воздействие ионов металла серебра на раковые клетки способствует устранению опухоли без операций. Серебро позволяет сохранить пораженный онкологией орган и его функциональную активность, причем эту терапию можно совмещать с другими методиками для усиления лечебного действия. Кроме того, серебро не оказывает негативного влияния на иммунную систему и кроветворение.

С технической точки зрения все просто: специальный протез с тонким слоем серебра размещается в кровеносных сосудах в области, пораженной раковыми клетками. Далее на него подается положительный электрический заряд, что активирует движение ионов серебра, которые выделяются в кровеносные сосуды и поступают с кровью в опухоль.

По словам сотрудников НИИ, этот метод уже использовался при экспериментах на животных, и проведенные ими эксперименты закончились удачно. Для работы такого прибора требуется простейшая батарейка, что в принципе не должно обременять подвижность ракового больного.

Как отмечает профессор Степанов, первый подобный эксперимент он и его единомышленники провели еще в 1971 году, получив первые положительные результаты.

Несмотря на успехи в опытах на животных, ученые признают, что их метод все же нуждается в дальнейшем совершенствовании. Сейчас медики из НИИ имени Приорова и их коллеги из НИИ МИЭТ собираются проводить эксперименты не на живых тканях, а на их ближайших рукотворных аналогах.

К примеру, кровь и плазма будут заменены физраствором, что позволит медикам тщательно изучить все процессы, которые происходят при появлении серебра в кровотоке.

Будет проверена и при необходимости в несколько этапов усовершенствована конструкция протеза. В частности, ученые попытаются решить проблему с удалением проводов во время и после завершения лечения рака.

Для этого ученые встраивают в протез специальную систему беспроводной передачи тока, через которую электричество будет попадать в протез из портативного внешнего генератора.

Новый серебряный протез может помочь людям не только с онкологическими заболеваниями, но также при хроническом остеомиелите конечностей, атеросклерозе и артериите. И не нужно будет пересаживать голову!

*Валерий Спиридонов, для МИА «Россия сегодня»
РИА Новости, Москва,
(12.05.2016)*

Диабет поделили на «умный» и «спортивный»

Как выявление диабета зависит от вида деятельности, к которой склонен человек

О том, как генетическая предрасположенность человека к умственной или физической деятельности влияет на проявление и лечение диабета второго типа, рассказывает отдел науки «Газеты.Ру».

Сахарный диабет второго типа, известный также как инсулиннезависимый диабет, представляет собой метаболическое заболевание, связанное со снижением чувствительности тканей к действию инсулина, в результате чего уровень глюкозы в крови повышается. Это влечет за

собой обезвоживание организма, дефицит минеральных веществ и ожирение. В отличие от диабета первого типа заболевание излечимо при соблюдении диеты и других рекомендаций врача.

Для диагностики диабета второго типа врачи полагаются на наличие симптомов, присущих гипергликемии (увеличению содержания глюкозы в сыворотке крови), — жажды или частого мочеиспускания. Также врачи проводят лабораторные исследования, в ходе которых измеряют уровень глюкозы в крови пациентов до и после приемов пищи.

Однако в диагностировании заболевания существует определенная сложность. Она состоит в том, что две группы показателей обмена глюкозы, на которые ориентируются врачи, слабо коррелируют между собой.

Российские биологи Дмитрий Давыдов из НИИ общей патологии и патофизиологии РАМН и Малик Нурбеков из Московского педагогического государственного университета выяснили, почему так происходит. Оказалось, что показатели обмена глюкозы в организме людей, больных диабетом второго типа, связаны с их предрасположенностью к физическому труду или к мыслительной деятельности. Исследование было опубликовано в журнале *Endocrine Connections*, официальном издании Европейского эндокринологического общества.

Дмитрий Давыдов, ведущий научный сотрудник Лаборатории общей и перинатальной нейроиммунопатологии НИИ общей патологии и патофизиологии РАМН, рассказал отделу науки: «Врачи ставят диагноз, опираясь на уровень гликированного гемоглобина и группу биомаркеров, чаще всего представленную уровнем глюкозы в крови, измеренной натощак. Имеющиеся в научной литературе объяснения низкой корреляции между этими показателями меня, как физиолога, не удовлетворяли. К тому же увлечение полногеномными исследованиями (GWAS) в области биомедицины в ущерб методу генов-кандидатов вносило дополнительную путаницу в выяснение причины несоответствия между двумя показателями нарушения обмена глюкозы.

В последнее время дело дошло до того, что в некоторых рекомендациях по диабету предпочтения стали отдавать либо одному, либо другому показателю, потому что, с одной стороны, стоимость анализов для этих двух показателей значительно различается, а с другой — надежность того или иного показателя в ранней диагностике диабета второго типа также различна, по данным популяционных исследований».

«Подводные камни» диагностики диабета второго типа навели российских ученых на мысль, что существуют два абсолютно разных патогенетических механизма, которые лежат в основе этого типа диабета. Известно, что у одних людей более выражена мышечная метаболическая активность, что позволяет им добиваться значительных успехов в спортивной деятельности, а другие люди больше предрасположены к мыслительным видам деятельности. У обеих групп людей наличие предраспо-

ложенностей связывают либо с генетическими особенностями, либо с эпигенетическими процессами (то есть с изменениями экспрессии генов или фенотипа клетки, не связанными с изменением последовательностей ДНК).

Исследователи предположили: если мозг, «приспособленный» к более активной работе, в силу ряда причин (например, из-за стиля жизни и работы человека) остается без дела («idled» brain), то это относительно «бездействующее» состояние для такого мозга приводит к выраженному снижению утилизации (потреблению) им глюкозы. В то же время если у людей, предрасположенных к активным физическим нагрузкам, мышечный корсет становится неактивным («lazy» muscles) в силу тех же общих причин, то это приводит к заметному уменьшению переработки глюкозы мышцами. Оба процесса приводят к повышению уровня неутилизированной (невостребованной) глюкозы. В статье российские ученые подробно объясняют, почему в одном случае с точки зрения физиологии это нарушение в метаболизме глюкозы должно проявляться в уровне гликированного гемоглобина, а в другом случае — в уровне глюкозы крови натощак.

В исследовании принимали участие 103 человека, которым диагностировали диабет второго типа, и 60 здоровых добровольцев. Их образцы крови анализировали на содержание глюкозы в плазме, уровень холестерина, гликированного гемоглобина и ряд других показателей. Ученые подобрали гены, мутации которых создавали условия к повышенному потреблению глюкозы либо мозгом, либо мышцами.

Исследователи получили подтверждение своей гипотезы: больные диабетом второго типа, которые склонны к активной мозговой деятельности на генетическом уровне, имеют более высокий уровень гликированного гемоглобина — то есть более высокий процент содержащего сахар гемоглобина от всего гемоглобина в крови, без повышения уровня глюкозы в крови натощак.

В то же время пациенты, которые имеют генетическую склонность к интенсивной мышечной деятельности, имеют более высокий уровень глюкозы в крови при измерении натощак.

По словам Дмитрия Давыдова и Малика Нурбекова, результаты данного исследования будут проверены в случае с другими генами, определяющими или модифицирующими процессы утилизации глюкозы в мозге и на периферии с оценкой эпигенетических влияний на эти механизмы. Тем не менее это исследование продемонстрировало, что биомаркер «гликированный гемоглобин» и биомаркер «глюкоза в крови натощак» имеют свою диагностическую уникальность.

Результаты исследования также объясняют разную чувствительность людей к физическим и фармакологическим воздействиям для предотвращения развития диабета второго типа. Более того, последние публикации, по словам Дмитрия Давыдова, позволяют предположить, что обнаруженные механизмы определяют и разный тип осложнений при диабете второго типа (либо нарушения

в волевой, эмоциональной и когнитивной сферах, либо проявления нарушения метаболизма на периферии).

Ученые уверены, что знание о данных механизмах позволит проводить направленную профилактику диабета у лиц с разным генотипом и подбирать методы коррекции нарушенного обмена глюкозы с позиций набирающей сейчас обороты персонифицированной медицины.

*Анастасия Лебедева
Газета.ру, Москва,
(12.05.2016)*

Кардиоожоговый центр откроют в Забайкалье

Кардиоожоговый центр в Забайкалье будет открыт до 1 сентября. Об этом заявил недавно назначенный врио министра здравоохранения региона Сергей Давыдов 11 мая на рабочем совещании с руководителями отделов министерства.

– Одна из первоочередных задач, которую мы определяем, – это пуск кардиоожогового центра. За прошедшую неделю проделана большая работа, мы встретились с представителями Роспотребнадзора, стройнадзора, архитекторами, экспертами. Деньги на завершение строительства были изысканы, – рассказал он.

Учреждение было построено еще пять лет назад, однако ввести в эксплуатацию его не удалось из-за обнаруженных комиссией нарушений систем кондиционирования, вентиляции и водоснабжения. На его возведение было потрачено 500 млн рублей, еще 100 млн рублей было инвестировано в приобретение медицинского оборудования. В 2015 году властями было заявлено, что на устранение недочетов понадобится еще 140 млн рублей.

Борьба с очередями в первичном звене – еще одно приоритетное направление работы Минздрава региона. По словам Сергея Давыдова, для этого необходимо привлекать новых врачей и медицинских регистраторов. Всего в здравоохранении Забайкальского края не хватает 254 специалиста, которых чиновники будут приглашать в том числе и из других регионов.

– Необходимо найти такие механизмы, чтобы не только не уменьшилась оплата труда ныне работающих в пользу вновь пришедших, но и получить возможности роста, – обратил внимание присутствующих Сергей Давыдов.

Без внимания не останутся и районы, которые пока финансируются по остаточному принципу, заявил глава ведомства.

– Наша задача не работать в кабинетах, а выявлять проблемы на местах, выезжать в кризисные районы, общаться с главврачами, с персоналом, подключать к работе руководителей районов, – отметил он.

Врио министра надеется на помощь коллег: для обратной связи с сотрудниками ЛПУ он предложил установить в медучреждениях региона опечатанные ящики, в которые весь персонал – от главврача до санитарки – мог

бы сбрасывать свои предложения.

– То, что какие-то проблемы замалчиваются и остаются неразрешенными, не позволит нам добиться исполнения основных задач медицины в крае, – подытожил Сергей Давыдов.

В начале мая вице-премьер правительства Забайкальского края по социальным вопросам Сергей Чабан заявил, что новому руководителю Минздрава предстоит решить множество проблем, в том числе пересмотреть некоторые мероприятия по оптимизации отрасли.

– Реформы и оптимизация, безусловно, оказали определенное влияние на то состояние медицины, в котором сейчас она находится в нашем крае. Для оптимизации были определенные предпосылки, все эти процессы проходили в стране, и они не могли не коснуться Забайкальского края. Одной из проблем было то, что у нас был избыточный коечный фонд, который нужно было финансировать и содержать. Одна койка обходилась до 100 тысяч рублей в год. Это были серьезные потери, если она не работала. Конечно, в результате оптимизации, на мой взгляд, были допущены некоторые просчеты. Это ликвидация кардиологического диспансера, что, безусловно, ухудшило качество оказания медицинской помощи кардиологическим больным. На мой взгляд, это было не совсем оправдано. Мы, к сожалению, к концу 2015 года увидели рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому мы очень надеемся, что нынешнее руководство Министерства здравоохранения очень внимательно посмотрит на те организационные мероприятия, которые прошли за последние годы. Какие-то из них действительно были необходимы, а какие-то нужно будет пересмотреть и постараться максимально нивелировать отрицательный эффект от этой оптимизации, – отметил он.

*Медицинский Вестник, Москва,
(12.05.2016)*

Первое в РФ производство тест-систем для идентификации личности запустят в Обнинске

Российская фармацевтическая, биотехнологическая и медицинская компания «Ниармедик» создаст на предприятии в Обнинске Калужской области первое в России производство полного цикла тест-систем для генетической идентификации личности человека и установления родства.

Сейчас до 98% российского рынка этой продукции занимают иностранные производители, сообщили корреспонденту ТАСС в пресс-службе компании.

«Ниармедик» создает первое в России производство полного цикла тест-систем для генетической идентификации личности человека и установления родства. Компания будет производить все компоненты самостоятельно, используя сырье исключительно отечественных производителей, что фактически означает максимальную

локализацию производства», - сказали в пресс-службе.

«Сейчас до 98% российского рынка данной продукции занимают иностранные производители. Для России стратегически важно снизить этот процент. При выводе на рынок отечественных наборов эта цифра должна уменьшиться до 20-30%», - отметили в компании.

Благодаря тому, что компания будет использовать собственные технологии, стоимость тест-систем будет существенно ниже зарубежных аналогов. Области применения продукции - геномная регистрация и идентификация, криминалистическая и судебно-медицинская экспертиза по ДНК-маркерам человека, определение родства и другие виды генетических исследований.

Преимуществом продукции «Ниармедик» является использование технологии витрификации компонентов тест-систем - это своего рода превращение компонентов в стекловидную форму, которая легко растворяется в специальных буферах, за счет чего наборы могут транспортироваться и храниться при комнатной температуре (импортные аналоги нужно хранить в глубокой заморозке). Срок хранения наборов составит более двух лет.

Согласно анализу деятельности потенциальных заказчиков, компания прогнозирует к 2020 году выпустить около 1,5 млн тестов, что соответствует объему 15 тыс. наборов в год. Общий объем инвестиций в производство составит 300 млн руб. В 2015 году проект был включен в список импортозамещающих производств и получил льготный заем в размере 202 млн руб. под 5% годовых от Фонда поддержки предпринимательства. Ожидается, что коммерческие продажи продукции начнутся уже в 2017 году.

*Алевтина Зубрилина
ТАСС, Москва,
(16 мая 2016)*

Рошаль призвал приравнять врачей при исполнении служебных обязанностей к сотрудникам полиции

Законодательное приравнивание медицинских работников при исполнении служебных обязанностей к сотрудникам полиции значительно повысило безопасность врачей. Такое мнение высказал президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль, комментируя избие-ние в подмосковном Орехово-Зуево трех врачей ЦГБ № 1.

«Такие случаи в очередной раз доказывают необходимость повышения безопасности условий труда медицинских работников, в том числе через придание дополнительного охранного статуса и повышение ответственности за совершение преступлений в отношении медиков», - сказал Рошаль.

По его словам, законодательная инициатива должна найти отражение в специальной норме в законе по аналогии с законом «О полиции», когда зафиксирована ответственность за нападение на сотрудника полиции или

неповиновение ему. «Я категорически не согласен с позицией Госдумы РФ, которая отклонила законопроект на эту тему», - заявил президент НМП.

Ранее портал Life сообщил, что в больнице на врачей напали представители местного криминалитета. При этом уточнялось, что инцидент произошел 28 мая на глазах у сотрудников полиции. В больницу приехал пожилой мужчина в сопровождении крепких мужчин и сотрудников ДПС. Визитеры зашли в рентген-кабинет и потребовали выставить другого пациента, чтобы осмотреть их родственника. Отказавшиеся пойти на уступки врачи были избиты «братками», которые, предположительно, имеют отношение к «ореховской» группировке.

*ИА Росбалт, Санкт-Петербург,
(31 мая 2016)*

Ученые выяснили, почему зарядка продлевает жизнь

Физические упражнения и высокий уровень активности в старости могут продлевать жизнь человека по той причине, что они активируют ген NRF1, защищающий концы молекул ДНК от повреждений, говорится в статье, опубликованной в журнале Science Advances.

Теломеры — это концевые участки хромосом, находящихся в ядре каждой клетки человеческого организма. Теломеры защищают ДНК от повреждений. При каждом делении клетки они становятся короче, когда их длины оказывается недостаточно для нового деления, клетка погибает.

Относительно недавно ученые обнаружили, что длина теломер и их состояние могут меняться не только с возрастом, но и в результате различных процессов в организме, связанных с депрессией, бедностью и стрессом. При этом, чем сильнее были симптомы психического расстройства и чем дольше они сохранялись, тем короче были теломеры.

Аннабель Декоттинье (Anabelle Decottingnies) из Левенского университета в Брюсселе (Бельгия) и ее коллеги неожиданно выяснили, как теломеры связаны с зарядкой и тем, почему умеренные занятия спортом продлевают жизнь человеку.

Они изучали то, как клетка «считывает» теломеры и производит особые молекулы TERRA, которые мешают особому ферменту теломеразе «чинить» концевые участки хромосом в то время, когда она не делится, что обычно приводит к крайне неприятным последствиям.

Наблюдая за культурами клеток в пробирке, ученые неожиданно обнаружили, что рост и падение концентрации молекул TERRA зависели от двух генов и связанных с ними белков — NRF1 и PPAR-гамма. Первый отвечает за так называемое «ядерное дыхание» клетки и управляет метаболизмом всего организма, дирижируя поведением митохондрий, клеточных «энергостанций», и регулируя уровни

антиоксидантов в теле. Второй ген отвечает за запасание жира, аппетит и ряд других аспектов обмена веществ.

Оба этих участка ДНК активизируются в нашем теле во время зарядки и интенсивных физических нагрузок, что натолкнуло ученых на мысль проверить, как их активация влияет на состояние теломер и работу молекул TERRA в организме человека. Для этого ученые набрали группу из нескольких добровольцев, которые крутили педали велотренажера на протяжении 45 минут и после этого сдавали пробы слюны и крови.

Как показал этот эксперимент, занятия спортом действительно способствовали увеличению числа молекул TERRA в ядре клеток человеческого тела, тем самым улучшая защиту теломер от повреждений.

Подобный механизм «включения» системы защиты теломер, по мнению биологов, может объяснять то, почему активный образ жизни и зарядка продлевают жизнь человеку, особенно в пожилом возрасте. Кроме того, эта же самая система «включается» не только при высоких нагрузках, но и при ограничении числа калорий в диете, что может так же объяснять то, почему низкокалорийная диета продлевала жизнь мышам в нескольких экспериментах, проведенных в конце 20 и начале 21 веков.

*РИА Новости. 30 July 2016
(30.07.2016)*

Электрическая стимуляция мозга способна во время сна улучшить память

Как отмечает The Times of India, речь идет о транскраниальной стимуляции переменным током. Это неинвазивный метод, который в теории может помочь миллионам людей с аутизмом, болезнью Альцгеймера, шизофренией и депрессией. Но теперь ученые говорят, что он способен улучшить показатели памяти и у здоровых людей.

Ученые выделяют при сканировании мозга веретена сна – это веретенообразные вспышки биоэлектрической активности, появляющиеся во время сна на определенной частоте. Они важны для каталогизации и хранения воспоминаний во время сна. Эксперты предлагают селективно воздействовать на веретена сна, не затрагивая другие аспекты активности мозга.

Они проверили свой подход на 16 мужчинах, которым предстояло провести две ночи со специальным устройством на голове. Оно через электроды воздействовало на мозг. До каждой ночи мужчины выполняли два теста на память. На утро проверка повторялась. Оказалось, способность подбирать по памяти пары слов не улучшалась. Но вот тест на моторную память проходил лучше после стимуляции.

*www.meddaily.ru
(01.08.2016)*

Мальчик из Бангладеш в четыре года выглядит восьмидесятилетним

У Байезида Хуссейна (Bayezid Hossain), четырехлетнего жителя Бангладеш, диагностирована прогерия – преждевременное старение организма, редкое генетическое заболевание. Во всем мире зафиксировано не больше сотни таких больных. Лекарства, способного остановить стремительное старение, пока нет, и пациенты, страдающие прогерией, редко доживают до взрослого возраста. Средняя продолжительность жизни детей составляет около 13 лет.

Предполагается, что причиной развития прогерии является мутация, затрагивающая ген LMNA. Зафиксированы семейные случаи заболевания у детей, рожденных в близкородственных браках (отец и мать Байезида являются двоюродными братом и сестрой), но кроме этого известно и о спорадических случаях. О заболевании не всегда ясно сразу после рождения ребенка – симптомы могут появиться лишь на 2-3 году жизни.

Умственное развитие ребенка полностью соответствует возрасту, а вот внешне он отличается от сверстников. Мальчик взрослеет и стареет в 8 раз быстрее нормы, поясняют врачи, наблюдающие ребенка. Мать малыша, 18-летняя Трипти Хатун (Tripti Khatun), рассказала, что полный комплект зубов появился у ребенка еще в трехмесячном возрасте, а сейчас некоторые из них уже выпали или сломались. Сейчас ему всего четыре, но его тело и лицо покрыты сморщенной кожей, имеются проблемы с суставами и работой мочеполовой системы. Кроме прогерии, у ребенка было диагностировано и другое заболевание – генерализованный эластоз. У таких пациентов снижена эластичность мышечных волокон кожи и внутренних органов, что ведет к развитию множества осложнений.

*www.medportal.ru
(01.08.2016)*

Вино и темный шоколад помогут при болезни Альцгеймера

Кто бы мог подумать, что красное вино, шоколад и виноград могут спасти мозг от воинствующей нервной системы. Ресвератрол, который принимают пациенты с болезнью Альцгеймера и который естественным образом накапливается в этих продуктах питания, помогает восстанавливать целостность гематоэнцефалического барьера, сводя к минимуму проникновение в мозг иммунных клеток, которые оказывают разрушительное действие на его ткани. О таком эффекте на Международной конференции Ассоциации болезни Альцгеймера в Торонто 27 июля рассказали исследователи из Медицинского центра Джорджтаунского университета. Устранение вос-

палительной реакции в мозге значительно замедлило когнитивную деградацию больных по сравнению с соответствующей группой пациентов, принимавших плацебо.

Полную картину результатов клинического исследования ресвератрола дают лабораторные данные, которые впервые раскрыли его эффект ещё в 2015 году. Исследование опубликовано в сентябре 2015 в *Neurology*.

Воспалительное повреждение тканей при болезни Альцгеймера развивается в результате реакции на аномальные белки, в том числе Abeta40 и Abeta42, которые связаны с разрушением нейронов. Исследователи считают, что развившееся воспаление ухудшает течение заболевания. По их словам, работа демонстрирует, что некоторые из молекул, ответственных за иммунную защиту организма и вызывающих воспаление в других тканях, проникают в мозг через неплотный гематоэнцефалический барьер.

«Результаты показывают, что ресвератрол выполняет функцию «пограничника», контролируя границу между мозгом и кровью. Он «задерживает» нежелательные иммунные молекулы, которые могут усугубить воспаление мозга и убить нейроны. Это очень обнадеживающие результаты, потому что они показывают, что влияние ресвератрола на головной мозг поддаётся оценке, а также то, что иммунный ответ на болезнь Альцгеймера «приходит» из-за пределов мозга», – говорит невролог Шарбел Мусса (Charbel Moussa), руководитель клинических исследований Трансляционной нейротерапевтической Программы (GUMC).

Ресвератрол – это натуральное вещество, содержащееся в таких продуктах, как красный виноград, красное вино, малина и тёмный шоколад. Исследователи GUMC во главе с Робертом Скоттом Тернером (R. Scott Turner) протестировали вещество на 119 больных, в течение крупнейшего национального клинического исследования II фазы по изучению высоких доз чистого синтетического ресвератрола на людей со степенью болезни Альцгеймера от лёгкой до умеренной.

Очередное испытание ресвератрола взяло под контроль специфические молекулы, которые выделялись из цереброспинальной жидкости (ликвора) участников эксперимента с подтверждённой болезнью Альцгеймера. 19 из них получали плацебо, а 19 ежедневно принимали ресвератрол в течение года, количество которого эквивалентно примерно 1000 бутылок красного вина.

В более ранних исследованиях на животных обнаружилось, что возрастные заболевания, включая болезнь Альцгеймера, можно предотвратить или отсрочить длительным ограничением калорийности питания (потребляя две трети от обычного калоража). Исследователи начали изучать ресвератрол, потому что он имитирует эффект ограничения калорий и активизации белков, называемых сиртуинами.

Теперь же Мусса и Тернер обнаружили, что у пациентов, принимавших вещество, на 50 процентов снизилась концентрация матриксной металлопротеиназы-9 (ММП-9) в спинномозговой жидкости. А ММП-9 снижает

ся, когда активируется сиртуин 1 (ген *sirt1*). Высокие же уровни ММП-9 повреждают гематоэнцефалический барьер, позволяя молекулам крови проникать в мозг – среду, так сказать, иную. При низких уровнях ММП-9 барьер остаётся целым, как говорят исследователи.

«Это потрясающие результаты, потому что они проясняют наше понимание того, как ресвератрол может быть клинически полезным для людей с болезнью Альцгеймера. В частности, они указывают на важную роль воспаления в болезни, а также на то, что есть вещество, обладающее мощным противовоспалительным действием», – говорит Тернер, директор Программы по изучению расстройств памяти GUMC и содиректор Трансляционной нейротерапевтической Программы.

Мусса отмечает, что ресвератрол нуждается в исследованиях III фазы, но, сам по себе, вряд ли будет полностью излечивать болезнь Альцгеймера. Он не подавляет разрушение нейронов мозга другими патологическими тау-белками, которые также имеют место быть. Поэтому его сочетание с препаратами против тау-протеинов будет иметь гораздо более выраженный эффект.

Исследование представлено на Международной конференции Ассоциации болезни Альцгеймера, которая проходила с 22 по 28 июля в Торонто, Канада (Alzheimer's Association International Conference).

www.neurotechnologies.ru
(01.08.2016)

Виртуальный мозг поможет при лечении эпилепсии

Ученые из Франции разработали программу, которая моделирует мозг больного эпилепсией и может помочь как в диагностике, так и в лечении болезни. Виртуальный мозг дает возможность понять, как работает заболевание, и какая терапия лучше всего подойдет в конкретном случае.

Эпилепсией болеют около 1% от всего населения планеты. У каждого больного болезнь проявляется по-разному, так как поражаются разные отделы мозга. Сейчас для диагностики используются в основном электроэнцефалография и магнитно-резонансная томография, однако они не дают полной картины того, что происходит в мозге пациента. У половины пациентов на МРТ не видно никаких отклонений, поэтому причина болезни остается загадкой. Таким образом, проблема диагностики стоит довольно остро.

Исследователи создали персонализированный виртуальный мозг. К общей для всех моделей базе добавляются индивидуальные данные пациента — в частности, то, каким образом различные отделы мозга организованы и соединены между собой у конкретного больного. С помощью виртуального мозга, используя математические модели мозговой активности, ученые выяснили, в каком месте начинаются конвульсии и каким образом они рас-

пространяются. Исходя из этого, можно предугадать, каким образом будет себя вести болезнь в каждом отдельно взятом случае, и поставить диагноз более точно.

Более того, около 30% пациентов с эпилепсией могут быть вылечены только хирургическим путем, так как их заболевание не реагирует на лекарства. Операция может быть эффективна только в том случае, если хирург точно знает, где именно и что нужно «починить». Виртуальный мозг даст врачам возможность потренироваться перед операцией, применить несколько различных вариантов без использования инвазивных методов. С помощью программы есть возможность также просчитать, каким образом мозг будет вести себя после вмешательства, каковы будут последствия операции. Исходя из этого всего, медики смогут выбрать оптимальный именно для этого пациента вариант.

Сейчас виртуальный мозг находится на стадии клинических испытаний. Ученые тестируют его не только на больных с эпилепсией, но и с другими заболеваниями мозга — инсультами, рассеянным склерозом, болезнью Альцгеймера и другими дегенеративными заболеваниями. В долгосрочной перспективе исследователи хотят предоставить пациентам возможность получать персонализированную терапию, разработанную именно под их заболевание.

*www.medportal.ru
(01.08.2016)*

Еще одно исследование подтвердило пользу орехов

О том, что орехи есть полезно, известно давно. Большое содержание белка, множество различных витаминов и микроэлементов — вот то, что делает орехи обязательной частью рациона. А ученые из США доказали, что орехи имеют еще и противовоспалительные свойства. Статью об этом исследователи из Brigham and Women's Hospital опубликовали в газете American Journal of Clinical Nutrition.

Исследователи из Университета Коннектикута (University of Connecticut) провели эксперимент, результаты которого свидетельствуют о том, что грецкие орехи обладают противоопухолевыми свойствами. Авторы показали, что введение этих орехов в рацион снижает риск развития колоректального рака.

Глава научной группы, эпидемиолог Ин Бао (Ying Bao) рассказала, что исследования ранее показывали, что потребление орехов снижает риск развития диабета 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний, а в основе этих болезней лежит воспаление. Ученые предположили, что орехи могут каким-то образом влиять на него. Чтобы проверить свою гипотезу, они проанализировали данные из национального опроса медсестер (120 тысяч женщин) и врачей (50 тысяч мужчин). В каждой анкете были пункты, касающиеся диеты респондента, а также

результаты анализов крови. Исследователи проверяли уровень трех хорошо известных биомаркеров воспаления: С-реактивный белок (CRP), интерлейкин 6 (IL6) и рецептор 2 фактора некроза опухоли (TNFR2).

После разделения на группы по возрасту, медицинскому анамнезу, стилю жизни и так далее, Ин Бао и ее коллеги обнаружили, что в каждой отдельно взятой группе те, кто ел орехи чаще, в среднем имели меньший уровень биомаркеров воспаления, чем те, кто вообще не употреблял их. 5 порций орехов в неделю снижали количество биомаркеров CRP и IL6, а тем людям, которые заменяли орехами, например, красное мясо, достаточно было трех порций в неделю для существенного уменьшения числа CRP и IL6.

В арахисе и лесных орехах содержится множество полезных веществ, и исследователи пока не имеют точной информации о том, какая конкретно составляющая (или комбинация из нескольких) орехов снижает уровень воспаления, но планируют и дальше вести научную работу в этом направлении. Ученые собираются провести клинические испытания, в рамках которых будут предлагать людям различную диету с содержанием орехов и наблюдать за состоянием здоровья участников.

*www.medportal.ru
(01.08.2016)*

Открытие: омега-3 защищает мозг от развития психических расстройств

Сотрудники Медицинского университета Вены и Молодежного центра исследований здоровья Orygen в Австралии исследовали 81 человека, имеющего склонность к психозам, передает The Russian Times. У людей наблюдались симптомы умеренного характера и была семейная история болезни. В целом риск развития у добровольцев психоза в течение года составлял 40%.

В рамках исследования в течение 12 недель 41 доброволец получал по 1,2 грамма жирных кислот омега-3, а остальные 40 человек — плацебо. Ученые хотели понять, повлияет ли прием БАДов на состояние людей. В итоге к концу эксперимента у первой группы риск снизился до 4,9%, а у второй составил 27,5%.

Эксперты уверены: омега-3 можно смело использовать в качестве средства профилактики психозов, за которыми часто скрываются такие тяжелые недуги, как шизофрения, маниакально-депрессивное расстройство, возрастные отклонения психики. Жирные кислоты влияют на клеточные мембраны и улучшают качество нейронных связей. И в этом их секрет.

*www.meddaily.ru
(02.08.2016)*

Телевизор и радио помогут усваивать новые слова, показало исследование

Университет Висконсин-Мэдисон выяснил: у детей можно облегчить процесс запоминания новых слов. Как передает RSUTE, оказалось, что посторонний шум (например, звуки радио, телевизора) улучшает усвоение слов. Это доказал эксперимент с 106 детьми.

Сначала детям читали предложения с двумя новыми словами. Далее от детей требовалось сопоставить звуковой образ с визуальным и впоследствии произнести два изученных слова. Первыми тестирование прошли 40 детей. И они неплохо запоминали новые слова, если в комнате было тихо.

Однако вторая группа детей, чей возраст был несколько больше, показала выше уровень запоминания слов. И вторая группа, как раз, находилась в комнате с фоновым шумом. Затем был проведен второй эксперимент с маленькими детьми (возраст до 2,5 лет). Их тоже поместили в комнату с включенным радио или телевизором. И они продемонстрировали хорошие показатели запоминания слов. Видимо, фоновые звуки помогают акцентировать внимание на формировании новой лексики.

*www.meddaily.ru
(02.08.2016)*

Игра в карты помогает в реабилитации после инсульта

Новое исследование, проведенное специалистами из Канады, показало, что для реабилитации пациентов, у которых после инсульта плохо двигаются руки, можно использовать как игровые консоли, так и настольные игры – карты, дженгу и другие. По словам авторов научной работы, не имеет значения, во что играет человек, главное – чтобы нагрузка была повторяющейся, интенсивной и заставляла кисти рук и руки в целом двигаться. Об этом сообщает Medportal со ссылкой на BBC.

Изначально ученые задались целью определить, имеют ли компьютерные игры, которые становятся все более и более популярными при реабилитации, преимущество перед более традиционными развлечениями в плане развития моторных навыков конечностей. В исследовании участвовали перенесшие инсульт больные общим количеством 141 человек. У всех пациентов были проблемы с одной или обеими руками после болезни. Людей случайным образом разделили на две примерно равных группы, члены одной из которых регулярно по часу играли в приставку Wii, а второй — в карты. Все это время пациенты продолжали также лечиться по стандартной схеме, то есть игры были только дополнением.

Через две недели исследователи отметили значительное улучшение моторной функции рук у обеих групп. Через шесть недель от начала работы обследования по-

казали, что больные действуют руками еще лучше. Результаты были примерно одинаковыми и у тех, кто проводил время в виртуальной реальности, и у тех, кто играл в настольные игры. Ученые отмечают, что нет точной информации, что послужило основой для такого прогресса — стандартная терапия или игры, но другие исследования, отмечают они, подтверждают, что чем больше разнообразных видов терапии используется, тем быстрее человек восстановится.

— Мы все любим технологии и все думаем, что новое лучше старого, но иногда это не так, отметил доктор Густаво Сапосник из Госпиталя св. Михаила. — Это исследование показало, что простые вещи, которые можно делать где угодно, так же эффективны, как высокотехнологичные нововведения.

Алексис Вирони из Британской ассоциации по борьбе с инсультами (UK's Stroke Association) добавила, что результаты исследования обнадеживают, так как показывают, что доступные для всех и не требующие больших затрат действия могут помочь больным в реабилитации.

*Елена Степунина, www.riaami.ru
(02.08.2016)*

Минздрав расширяет полномочия Росздравнадзора

Полномочия Росздравнадзора будут расширены. Скопировано с Medvestnik.ru. Минздрав России подготовил соответствующий проект постановления Правительства РФ «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации».

Поправки дополняют функции ведомства проведения лицензионного контроля (за исключением лицензиатов, представивших заявления о переоформлении лицензий), полномочием по приостановлению, возобновлению действия и аннулированию лицензий. На ведомство возлагается проведение мониторинга эффективности лицензирования видов медицинской и фармацевтической, а также деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (в части деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I, II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ, за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти).

Кроме того, Росздравнадзор будет уполномочен в течение пяти рабочих дней направлять для включения в лицензионные дела заверенные копии приказов о приостановлении и возобновлении действия лицензий, назначении проверок лицензиатов, копии актов проверок

лицензиатов, предписаний об устранении выявленных нарушений лицензионных требований, протоколов об административных правонарушениях, постановлений о назначении административных наказаний и других документов, связанных с осуществлением лицензионного контроля в отношении лицензиатов (за исключением лицензиатов, представивших заявления о переоформлении лицензий), осуществляющих вышеуказанные виды деятельности.

Проект постановления направлен на приведение действующего законодательства в соответствие с изменениями, внесенными Федеральным законом от 5 апреля 2016 г. №93-ФЗ в федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

www.medvestnik.ru
(02.08.2016)

Новый препарат против ВИЧ показал эффективность в доклинических испытаниях

По данным исследователей из Университета Северной Каролины в Чапел-Хилл, экспериментальные доклинические испытания нового лекарства против ВИЧ-инфекции на животных показали его эффективность. Ученые обнаружили, что препарат EFdA может предотвратить вагинальную или оральную передачу вируса иммунодефицита человека. Об этом сообщает Science Daily со ссылкой на исследование, результаты которого были опубликованы в научном журнале Journal of Antimicrobial Chemotherapy.

Автор исследования доцент кафедры инфекционных заболеваний в Школе медицины Университета Северной Каролины, доктор фармацевтических наук Мартина Коварова (Martina Kovarova) отметила, что «EFdA может предотвратить не только вагинальную передачу ВИЧ-инфекции во избежание ее дальнейшего распространения среди женщин, но и оральную трансмиссию, что защитит младенцев, находящихся на грудном вскармливании у ВИЧ-положительных матерей».

«Результаты исследования весьма обнадеживающие», — добавляет Мартина Коварова. Сейчас ученые пытаются определить, насколько минимальной должна быть доза, обеспечивающая достаточную защиту от ВИЧ-инфекции, и в течение какого времени препарат действует, чтобы определить, достаточно ли суточной дозы или можно вводить его значительно реже.

«Большинство новых случаев заражения ВИЧ у детей и женщин происходит в развивающихся странах с ограниченным числом ресурсов. Доступность достаточно сильнодействующего препарата против ВИЧ-инфекции, используемого в качестве профилактического средства для женщин и детей раннего возраста, потенциально может оказать значительное влияние на глобальную эпидемию ВИЧ», — заявляет доцент кафедры инфекционных заболеваний в

Школе медицины Университета Северной Каролины, доктор фармацевтических наук Анджела Уаль (Angela Wahl).

ВИЧ остается одной из основных проблем охраны здоровья женщин и детей во всем мире. Ежегодно 1,5 млн ВИЧ-положительных женщин становятся беременными. Скопировано с Medvestnik.ru. Без эффективного лечения в 45% случаев ВИЧ передается от матери ребенку через грудное вскармливание.

www.medvestnik.ru
(02.08.2016)

Главный трансплантолог России сомневается в успешной пересадке головы

Главный трансплантолог Минздрава России Сергей Готье сомневается в успехе первой в мире операции по пересадке головы, намеченной на декабрь 2017 года. Между тем, как рассказал эксперт «Доктору Питеру», идея операции — правильная.

«Пересадка головы, которую собирается в 2017 году осуществить итальянский нейрохирург Серджо Канаверо (Dr. Sergio Canavero), — не новая идея, — считает главный трансплантолог Минздрава России Сергей Готье. — Идет борьба за сохранение личности, а личность — это мозг. Поэтому сохранение личности с помощью пересадки тела к голове — это правильная идея». В то же время, главный трансплантолог не уверен, что пришитая голова сможет управлять телом.

— Я не знаю, насколько нейрохирурги располагают сейчас средствами восстановления коммуникации между мозгом и телом, ведь речь идет о пересечении спинного мозга — в этом интрига и причина некоторого недоумения со стороны врачебного сообщества. Можно пришить голову к телу и обеспечить кровоснабжение мозга, но будет ли при этом голова управлять телом — вопрос, — заключил Сергей Готье.

По словам главного трансплантолога, сейчас в России проводится около 1500 трансплантаций в год. Большая часть из них (1000) — операции по пересадке почки. Предполагается, что в 2015 году будет сделано чуть больше операций, но не на порядок. При этом реальная потребность в пересадке органов составляет 8-10 тысяч в год.

Напомним, о готовящейся первой в мире операции по пересадке головы итальянский нейрохирург объявил в феврале этого года. Пациентом, чью голову пересадят на тело донора, станет российский программист Валерий Спиридонов. Он страдает спинальной мышечной атрофией — при такой болезни с раннего возраста останавливается рост мышц. По расчетам итальянского врача, операция продлится 36 часов, голова и тело донора будут заморожены.

http://doctorpiter.ru
(02.08.2016)

С. Собянин: Москва начала строить медицинский кластер в Сколково

Власти Москвы приступили к строительству первого корпуса будущего медицинского кластера в Сколково. Об этом мэр Москвы Сергей Собянин рассказал в интервью «Интерфаксу».

«Сколково отдало нам 50 га под медицинский кластер, и мы начали строительство первого корпуса. Это большая площадь, на ней можно разместить около 400 тыс. кв. м недвижимости под медицинский центр — профилактические, лечебные, диагностические корпуса», — сообщил Собянин.

Государственная Дума приняла закон о медицинском кластере, напомнил столичный градоначальник. «В соответствии с ним на определенной территории в Москве можно будет оказывать услуги не только российским, но и иностранным клиникам по требованиям и стандартам стран ОЭСР (Организация экономического сотрудничества и развития), с их лицензиями и квалификацией врачей», — подчеркнул мэр.

Как ранее сообщало РИА АМИ, строительство медицинского кластера в Сколково планируется завершить в 2018 году. Это будет около 15 клиник общей площадью примерно 450 тыс. кв. м. Они смогут обслуживать до 380 тыс. пациентов в год.

Источник, знакомый с ситуацией, рассказывал РИА АМИ, что медицинский кластер предназначен, прежде всего, для обслуживания невыездных чиновников, бизнесменов и силовиков.

О планах создания международного медицинского кластера мэр Москвы Сергей Собянин заявлял еще в 2012 году, тогда его планировалось разместить в Новой Москве. Власти хотели объединить несколько международных клиник мирового уровня, которые будут работать по стандартам, принятым в странах ОЭСР. В клиники ММК предполагалось приглашать иностранных врачей, закупать для них зарубежную медицинскую технику, медицинские технологии и лекарства.

В июне 2015 года был принят федеральный закон, регламентирующий работу ММК и упрощающий пребывание иностранных специалистов в России. В сентябре 2015 года мэр Собянин подписал постановление правительства Москвы о мерах по обеспечению создания и функционирования медкластера в Сколково.

*www.riaami.ru
(02.08.2016)*

Причины депрессии у взрослых: виды депрессий и ее диагностика

На протяжении всей нашей жизни мы сталкиваемся со многими проблемами, и каждый решает их по-своему. Кто-то реально оценивает ситуацию и разумно и

последовательно подходит к ее решению, кому-то предстоит приложить огромные усилия и направить всю свою энергию на подавление эмоций прежде чем начать справляться с проблемой. Вариантов множество, но случается и так, что перепробовав все способы и подходы в решении вопросов, человек не находит ответа и выхода из ситуации и тогда наступает «уход в себя» - депрессия. Как пережить такой период? Как диагностируют медики подобное состояние? Что нужно учитывать и как лечить депрессию, если поставлен такой диагноз?

Депрессия - это медицинское состояние, которое может выражаться множеством различных психологических и физических симптомов. Резко выраженное снижение настроения, чувство печали являются наиболее типичными симптомами. Депрессия в отличие от приступов плохого настроения состояние длительное, часто мешающее нормальному образу жизни и взаимоотношениям. В прошлом депрессия была малоизученным заболеванием и воспринималась в обществе отрицательно. Тем не менее, депрессия встречается часто; риск заболеть депрессией на протяжении жизни составляет до 12% у мужчин и до 25% у женщин. Заболеванию подвержены люди всех возрастов, включая детей и стариков.

Депрессия - состояние излечимое. Психотерапия, лекарственная терапия и другие виды лечения могут облегчить проявления болезни и позволить человеку вернуться к нормальной, полноценной жизни. Лечение более эффективно у людей, готовых принять помощь и сотрудничать в процессе лечения.

Одним из способов лечения может стать микротоковая терапия, которая позволяет быстро восстановить тонус. Микротоки - это совершенно новое направление в медицине, которое позволяет нормализовать активность клеток кожи, мышечной ткани, лимфатических узлов и сосудов. Микротоковая терапия имеет очень мало противопоказаний, поэтому ее можно широко использовать с целью лечения и профилактики различных заболеваний.

Причины депрессии

Научные исследования помогли прояснить сложную биологическую основу депрессии, хотя непосредственная причина развития этой болезни остается еще неизвестной. Предполагается, что депрессия является результатом нарушения нейрохимического баланса в головном мозге, включая такие вещества, как серотонин, норэпинефрин и допамин. Эти нейроактивные вещества позволяют нервным клеткам «общаться» друг с другом и играют важную роль во всех мозговых функциях, включая движения, чувствительность, память и эмоции. То, что депрессия является заболеванием с биологической основой, подтверждается результатами генетических исследований и реакцией на лекарственное и другие виды лечения, которые изменяют уровни химических веществ в головном мозге.

Факторы риска развития депрессии

Хотя любой человек может заболеть депрессией, некоторые факторы повышают риск ее появления:

- женский пол
- история депрессии у родителей, братьев/сестер или детей
- предыдущий эпизод клинической депрессии

Другие состояния определяются, как вторичные (более слабые) факторы риска развития депрессии:

- история депрессии у отдаленных родственников
- отсутствие социальной поддержки
- тяжелые жизненные ситуации
- злоупотребление алкоголем или другими веществами

Депрессия и другие медицинские состояния

Многие люди, страдающие хроническими, а также острыми заболеваниями, могут страдать и от депрессии. Наиболее подвержены развитию депрессии больные с заболеваниями центральной нервной системы (инсульт, травматическое повреждение головного мозга, болезнь Паркинсона), сердечнососудистой патологией, онкологические пациенты и больные с повреждением иммунной системы (например, системная красная волчанка).

Риск появления депрессии не связан с какой-то определенной болезнью или системой органов. Однако наличие депрессии может ухудшать прогноз многих заболеваний, и даже увеличивать риск смертности. Это может быть отражением того факта, что у некоторых больных депрессией пропадает желание принимать лекарства и выполнять другие медицинские назначения. К счастью, выявление и лечение депрессии может улучшить самочувствие пациента и стимулировать желание заботиться о своем здоровье.

Симптомы депрессии

Чувство глубокой печали является, наверное, самым известным симптомом депрессии, хотя это заболевание вызывает и другие психологические и физические симптомы. Критерием депрессии является то, что эти симптомы постоянны и мешают нормальной жизнедеятельности и взаимоотношениям. К сожалению, нет единственного определенного признака или симптома, определяющего депрессию, и иногда ее трудно распознать. По сути, многие не осознают, что страдают от депрессии или что их физические симптомы (боли, нарушения аппетита и сна) вызваны депрессией. В одной из научных работ показано, что 29% людей, обращающихся к врачу по поводу физического недомогания, страдают от депрессивного расстройства или тревожного состояния.

Рассмотрим симптомы трех видов депрессивных расстройств (клиническая депрессия, дистимия и атипичная депрессия).

Клиническая депрессия (большая депрессия, major depression)

Клиническая депрессия это медицинский термин для депрессии, характеризующейся наличием как минимум пяти из нижеперечисленных симптомов. Депрессия может быть легкой, средней и тяжелой степени тяжести.

- пониженное настроение большую часть времени в течение дня, особенно по утрам
- резко сниженная способность получать удовольствие или потеря интереса к большинству видов деятельности, практически каждый день
- значительная потеря и повышение веса
- бессонница или повышенная сонливость
- возбуждение или замедленные движения
- усталость или потеря энергии
- чувство бесполезности или вины
- снижение концентрации и способности принимать решения

повторяющиеся мысли о смерти и самоубийстве

Симптомы должны присутствовать одновременно и продолжаться не менее двух недель. Одним из симптомов должно быть пониженное настроение или потеря интереса.

Дистимия

Слабовыраженная депрессия, которая продолжается длительное время. Дистимия диагностируется, когда у человека имеются симптомы депрессии на протяжении двух лет подряд. Наиболее частыми симптомами дистимии являются отсутствие интереса или возможности получать удовольствие, низкая самооценка и сниженная энергия.

Атипичная депрессия

это часто встречающийся вариант депрессии. Больные атипичной депрессией имеют признаки клинической депрессии, перечисленные выше, но менее 5 из 9 симптомов, необходимы для постановки диагноза клинической депрессии. Вместо этого у них часто очень выражены физические симптомы, включая повышение веса и нарушения сна, особенно повышенная сонливость. Сезонное аффективное расстройство это форма депрессии, которая изменяется в зависимости от времени года. Большинство пациентов с этим заболеванием испытывают эпизоды депрессии осенью и зимой. Сезонное аффективное расстройство характеризуется несколькими признаками:

- симптомы депрессии появляются регулярно в одно и то же время года (независимо от стрессовых событий, связанных с определенным временем года)
- полное исчезновение симптомов депрессии (или смена депрессии маниакальным состоянием) в течение другого времени года
- два эпизода депрессии в определенное время года в течение двух последних лет и отсутствие депрессии в другое время)

Горе

Нормальная реакция на многие жизненные ситуации, такие как потеря любимого человека, потеря близких взаимоотношений или работы или потеря здоровья или независимости.

Горе вследствие смерти

Сразу же после случая смерти, независимо была ли она ожидаемой или нет, оставшиеся в живых обычно чувствуют шок, притупление чувств и неверие. Выраженное чувство печали, тоски по ушедшему, тревога о будущем, дезорганизация и чувство пустоты обычно возникают в первые недели после потери. «Поисковое поведение», включая слуховые и зрительные галлюцинации присутствия умершего, является обычным и может заставить человека, потерявшего своего близкого, думать, что он сходит с ума. Чувство отчаяния и печали появляется с осознанием факта, что умерший больше не вернется. Бессонница, нарушения аппетита, возбуждение, чувство стеснения в груди, изнеможение являются обычными признаками. Это состояние обычно временное и проходит у 90% людей в течение 13 месяцев после потери. Однако, у некоторых людей потеря может вызывать появление депрессии. Например, от 15% до 35% людей потерявших своего супруга заболеют депрессией в течение последующего года. У некоторых пациентов может развиваться состояние патологического горя, которое характеризуется присутствием как минимум четырех из нижеперечисленных чувств не протяжении как минимум шести месяцев:

- отчужденность
- чувство горечи
- ощущение опустошенности
- ощущение бессмысленности будущего
- возбуденность, состояние на грани срыва
- потеря доверия к окружающим

Разница между горем и депрессией

Часто очень трудно узнать есть ли у человека, переживающего горе, еще и депрессия. Пациенты, страдающие от чувства безнадежности, беспомощности, бесполезности и чувства вины, а также очень тяжело переживающие горе на ранних этапах могут одновременно страдать от депрессии. Пациентам, у которых горе осложняется появлением депрессии, часто может помочь лечение антидепрессантами в дополнение к индивидуальной или групповой психотерапии. Групповая терапия или группы поддержки могут быть особенно полезными при сочетании горя и депрессии. Напротив, людям, страдающим только от горя, больше подойдет психотерапия.

Биполярная депрессия

Больные с биполярным расстройством (мания-депрессия) характеризуются эпизодами мании (чрезмерно приподнятое настроение, импульсивность, раздражительность, иррациональное поведение) или гипомании

(более легкая форма мании), а также эпизодами клинической депрессии.

Биполярное расстройство включает эпизоды депрессии, перемежающиеся периодами гипомании, выражающимися повышенной энергией, уменьшением времени сна и некоторой возбудимостью. Такие пациенты могут плохо реагировать на лечение антидепрессантами и в таких случаях необходимо наблюдение психиатра.

Диагностика депрессии

Диагноз депрессии ставится на основании симптомов, их продолжительности и влияния на жизнь пациента. В настоящее время не существует медицинских анализов определяющих наличие депрессии, хотя часто назначаются анализы крови для исключения других медицинских состояний, которые могут вызвать депрессию (например, гипотиреоз – снижение функции щитовидной железы). Для диагноза клинической депрессии требуется присутствие симптомов достаточно тяжелых для того, чтобы мешать нормальной жизни и возможности пациента заботиться о себе, нарушать нормальные взаимоотношения и быть помехой в работе.

Кроме того, для постановки диагноза требуется присутствие симптомов ежедневно в течение не менее двух недель..

*<http://informatio.ru/news/zdorovye>
(02.08.2016)*

Более миллиона москвичей получили электронную медкарту в столице

Более 1 миллиона жителей столицы получили электронную медицинскую карту, при этом на электронные медкарты полностью перешли 69 поликлиник столичного департамента здравоохранения, сообщается на сайте мэра и Правительства Москвы.

«Электронную медицинскую карту получили свыше миллиона москвичей – это около 13% горожан. В карты занесены данные более чем о 5 миллионах приемов. Ежедневно создается более 8 тысяч новых электронных карт, которые заполняют по мере посещения врачей», – говорится в сообщении.

Электронная медкарта – один из самых ожидаемых сервисов Единой медицинской информационно-аналитической системы Москвы. Карты содержат данные о результатах осмотра, диагноза, назначения, рецепты, направления, справки и листки нетрудоспособности. Благодаря электронным картам врачи могут видеть полную клиническую картину здоровья пациента. Сервис также упрощает работу с документами. Пациенты, в свою очередь, обеспечиваются качественной медицинской помощью, основанной на принципах преемственности, уточняется в материале.

Полностью на электронные медкарты перешли 69 поликлиник московского департамента здравоохранения. Более чем в 80 медицинских учреждениях сервис внедрен частично, а новые электронные медкарты могут создавать 32% врачей, добавляется на сайте.

Для качественного внедрения электронных медкарт сейчас идет работа сразу по трем направлениям. Проводится обучение врачей на местах и в медвузах, где были организованы курсы повышения квалификации по работе с новыми картами. Более 7 тысяч специалистов из 23 тысяч обучены на местах, дополнительные курсы прошли около 3 тысяч медиков. Вносятся поправки в законодательную базу: электронные документы станут эквивалентами бумажным, что позволит не распечатывать результаты осмотра. Сервис дорабатывают на основе предложений врачей, которые уже пользуются ими, и адаптируют к потребностям разных специалистов, уточняется в сообщении.

*www.riamo.ru
(02.08.2016)*

Еще одна генетическая причина возникновения болезни Альцгеймера

День, когда ученые найдут способ лечения нейродегенеративных заболеваний, например, болезни Альцгеймера или болезни Паркинсона, может стать одним из самых важных в медицине. Пока же исследования продолжаются – в некоторых случаях можно говорить о значительном успехе, например, один из экспериментальных препаратов замедлил прогрессирование болезни Альцгеймера на 80%, а испытания вакцины от деменции начнутся совсем скоро.

Ученые из Университета Данди (University of Dundee) совместно с исследователями из Университета Глазго (University of Glasgow) выяснили, что важную роль в процессе удаления белковых скоплений в головном мозге играет продукт гена UBQLN2. Если этот белок функционирует нормально, то накопления бляшек в головном мозге не происходит. В том же случае, если ген UBQLN2 затрагивает мутация, синтезируется поврежденный продукт, который не способен выполнять свои функции. В тканях головного мозга образуются белковые скопления, что в дальнейшем ведет к развитию нейродегенеративных заболеваний.

Тимо Курц (Thimo Kurz) пояснил, что мутации в гене UBQLN2 могут приводить к возникновению многих заболеваний, среди которых болезнь Альцгеймера, хорея Хантингтона и болезнь Паркинсона. В головном мозге таких пациентов нередко обнаруживают белковые скопления. Ученые, например, показали, что у мышей с хореей Гентингтона, функция гена UBQLN2 была нарушена из-за мутации.

Авторы полагают, что теперь они смогут заняться разработкой новых подходов к терапии нейродегенеративных заболеваний.

*www.medportal.ru
(03.08.2016)*

Лечить диабет и астму начнут с помощью микробиочипов

Фармгигант GlaxoSmithKline совместно Verily Life Sciences, одним из подразделений Google, создают компанию Galvani Bioelectronics. Она займется созданием и разработкой миниатюрных имплантируемых электронных устройств, с помощью которых можно будет влиять на процесс передачи нервных импульсов и модифицировать их.

С помощью таких устройств можно будет справиться с различными хроническими заболеваниями, например, с астмой, артритом или диабетом, считают разработчики.

Первые микроимплантируемые биоэлектрические устройства будут установлены пациентам уже через семь лет. Крис Фамм (Kris Famm), глава Galvani Bioelectronics, поясняет, что биочипы уже успешно испытаны на животных. Полученные результаты свидетельствуют о том, что они смогут помочь и людям.

Разработчики считают, что создаваемые ими устройства станут альтернативой лекарственным препаратам – пациентам потребуется просто установить биочип, а регулярный прием лекарств больше будет не нужен. Благодаря применению нанотехнологий, миниатюрное устройство будет действительно миниатюрным: его размеры будут сопоставимы с размерами рисового зернышка, а потом для его установки не потребуется сложная операция.

Идея, реализуемая Galvani Bioelectronics, не нова – уже активно используются кардиостимуляторы, устройства для глубокой стимуляции головного мозга, применяемые для лечения депрессии и болезни Паркинсона, а также имплантируемые приборы, разработанные для людей с ожирением, которые помогают контролировать аппетит. Настолько маленькие устройства предполагается использовать впервые.

*www.medportal.ru
(03.08.2016)*

Вакцинировать недоношенных детей безопасно

Выявлен низкий риск развития осложнений после вакцинации детей с бронхолегочной дисплазией. Ис-

следование американских ученых рассеивает опасения по поводу иммунизации недоношенных детей. Согласно работе, опубликованной в *Pediatrics*, проведение вакцинации не связано с повышением риска развития дыхательной недостаточности или необходимостью изменения стандартных схем введения вакцины.

В ходе исследования анализировались данные о возникновении дыхательной недостаточности у 240 недоношенных детей (рожденных до 32 нед. гестационного возраста) в течение 72 ч после иммунизации. Эти сведения сравнивались с данными, полученными за 72 ч до прививки. Использовались следующие вакцины: инактивированная вакцина от полиомиелита (ИПВ), ацеллюлярная АКДС-вакцина, вакцина против гемофильной инфекции типа b, вакцина против гепатита В (ГБВ), пневмококковая конъюгированная 13-валентная вакцина, вакцины против гриппа и ротавирусной инфекции, а также комбинированная АКДС-ИПВ-ГБВ-вакцина. Диагноз бронхолегочной дисплазии (БДЛ) был установлен у 172 из 240 детей.

Дыхательная недостаточность определялась наличием апноэ, брадикардии и десатурации (явлений А/Б/Д), а также необходимостью усиления мер поддержки дыхания или увеличения доли вдыхаемого кислорода (FiO₂) более чем на 10% по сравнению с предыдущим 24-часовым периодом в течение 72 ч после вакцинации.

В соответствии с наблюдениями, статистически значимой разницы между показателями развития дыхательной недостаточности в двух группах отмечено не было. Тем не менее исследователи определили факторы риска, повышающие вероятность ее возникновения:

- внутрижелудочковое кровоизлияние III или IV степени;
- положительный посев крови в течение 72 ч после иммунизации;
- низкая масса тела;
- меньший хронологический возраст и получение ребенком кофеина на момент вакцинации.

При этом наличие БДЛ не являлось неблагоприятным прогностическим признаком в отношении развития явлений А/Б/Д или необходимости усиления мер поддержки дыхания.

«Полученные нами результаты должны развеять опасения по поводу того, что вакцинация у недоношенных детей с бронхолегочной дисплазией способна увеличить частоту возникновения явлений А/Б/Д, которые потребуют серьезных мер, таких как интубация, — говорит доктор Эдвин Кларк Монтегю (Edwin Clark Montague) из Медицинской школы Университета Эмори (Emory University School of Medicine). — Таким образом, не стоит откладывать проведение вакцинации у таких детей из соображений возможного ухудшения их состояния».

Авторы работы отмечают, что в предыдущих исследованиях не проводилась конкретная оценка влияния БДЛ на риск развития дыхательной недостаточности у недо-

ношенных новорожденных после иммунизации. Тем не менее они допускают, что на результаты нынешнего исследования также могла повлиять недостаточная статистическая мощность и ретроспективный характер оценки данных.

www.med-sovet.pro
(03.08.2016)

«Бесперспективных» детей-сирот начали лечить лучшие врачи столицы

Почти 20 тыс. воспитанников детских домов для умственно отсталых имеют право на квалифицированную помощь, но персонал об этом знает не всегда

Воспитанники скандально известного интерната для умственно отсталых детей Екатеринбурга, нуждающиеся в неотложной высококвалифицированной медицинской помощи, будут лечиться в Москве. Ими займутся специалисты НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, который возглавляет Леонид Рошаль.

Сотрудники института встретили первого пациента — шестилетнего Ивана Б. Ранее «Известия» писали, что в ноябре прошлого года мальчика выбросил из окна третьего этажа другой воспитанник — это было одно ЧП из целой серии происшествий, после которого интернат начали реформировать. После падения Ваня выжил, провел три месяца в коме, затем долго получал питание через зонд. Если в ближайшее время ему не сделать операцию, последствия тяжелой травмы, которую он получил, станут необратимыми.

— Я проверял его, когда был в командировке в Екатеринбурге, — сообщил «Известиям» нейрохирург, старший научный сотрудник отделения нейрохирургии НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Арсис Комфорт. — Он был ухаживаем, помощь ему оказывалась, но это все-таки детский дом, а не специализированная клиника. Если оставить его там, последствия травмы будут гораздо более тяжелыми, чем те, на которые мы можем рассчитывать при оказании помощи в нашей клинике. Ване уже не угрожает опасность, но качество его жизни в значительной степени можно улучшить. У ребенка течение тяжелой черепно-мозговой травмы, оно имеет свою периодизацию. В данный момент у него стадия тяжелых клинических нарушений. Наши специалисты и технологии могут создать оптимальные условия для восстановления тех функций, которые еще можно восстановить.

Доктор Комфорт подчеркнул, что любая современная медицинская помощь должна быть доступна всем детям, вне зависимости от их социального статуса и места проживания. Выездные консультативные бригады клиники Леонида Рошала ездят по социальным учреждениям

Москвы и Московской области и осматривают детей, которым может понадобиться помощь. В скором времени, говорят в институте, география работы этих выездных бригад расширится.

— В Екатеринбургском интернате мы выявили пациентов, которым мы можем оказать помощь, — сказал Арсис Комфорт. — Под пристальным вниманием — дети, нуждающиеся в срочной медицинской помощи, которые через месяц, через два, через полгода могут перейти в категорию пациентов, которых будет уже поздно вылечить. Если срочно не принять меры, они станут пациентами паллиативной группы и медицинское вмешательство уже кардинально не изменит их самочувствие. Те дети, которые придут к нам, в эту категорию не попадут. В регионах далеко не во всех клиниках могут оказывать помощь такого уровня как наша. Эти дети — те, кому помочь можем мы, а не лечебные учреждения на местах.

Принимая детей из Екатеринбурга, специалисты института хотят показать всем детским домам-интернатам России, что нет безнадежных детей: даже если специалисты на местах назвали ребенка бесперспективным, его должен осмотреть врач-эксперт из федеральной клиники.

Член комиссии Общественной палаты по поддержке семьи, детей и материнства Юлия Зимова заявила «Известиям», что персонал этих учреждений должен увидеть, что если бороться за каждого ребенка, вся система будет выглядеть по-другому.

Сейчас система выглядит так: в 130 детских домах-интернатах для умственно отсталых детей живут 19,3 тыс. детей, кроме того, в России есть 13 детских домов-интернатов для детей с физическими недостатками, в них проживает 1,1 тыс. детей, сообщили «Известиям» в пресс-службе Минтруда.

По достижении совершеннолетия эти дети, как правило, автоматически переводятся в психоневрологические интернаты, где большинство живут до самой смерти. «Известия» сообщали, что Минтруд начал масштабную реформу этих учреждений. Но у интернатов для детей с особенностями развития есть своя специфика.

Член Совета при правительстве России по вопросам попечительства в социальной сфере, сопредседатель координационного совета по делам детей-инвалидов при Общественной палате Елена Ключко отмечает, что детские дома-интернаты для умственно отсталых детей, точно так же, как и обычные детские дома, подпадают под действие постановления правительства № 481. В документе идет речь о том, что все эти учреждения являются местами временного пребывания детей и первоочередная задача государства — устроить их в семьи.

— Проблема в том, что дети с инвалидностью не очень востребованы, несмотря на то что государство значительно мотивировало их усыновление, например, деньгами, — отметила Елена Ключко.

А в стенах государственных учреждений дети сталкиваются с другой проблемой: зачастую персонал либо не

знает, что может отправить их на лечение в лучшие клиники России, либо, даже если и знает, не считает нужным это делать.

— Главное — чтобы детские дома-интернаты, которые исполняют обязанности опекуна, делали это с полной ответственностью, — подчеркнула Елена Ключко. — А у нас зачастую считается, что все обязанности государства выполнены, когда дети смирно лежат в кроватках в чистых памперсах и их кормят жидкой пищей. Наши коллеги ездят проверять детские дома-интернаты и находят там слабовидящих детей без очков! Это вопрос того, как выполняется индивидуальная программа реабилитации. Опекун обязан выжать из бюро медико-социальной экспертизы всё точно так же, как мы, родители, за своих детей радеем. В этом смысл его работы, а не в том, чтобы они лежали в кроватках по 20 человек в комнате. Если ты ответственен за ребенка, изыщи все возможности и по медицине, и по реабилитации, и по образованию.

*www.izvestia.ru
(03.08.2016)*

Ученые разработали диагностические датчики в виде нитей, вживляемых в организм

Датчики в виде нитей и нитевых переплетений, которые могут быть вживлены в организм пациента, разработали исследователи из Университета Тафтса, штат Массачусетс.

Новый наноматериал можно вшить в перевязочный материал или непосредственно в ткань органа и собирать показатели об уровне глюкозы, кислотно-щелочного баланса крови, другие данные о состоянии пациента.

Нанодатчики позволят собирать информацию о давлении, температуре и напряжении в тканях, что даст возможность отслеживать процесс заживления раны или наличия в ней инфекции. Разветвленная сеть таких датчиков позволит определять состояние органов и ортопедических имплантатов.

Информация передается на гибкий беспроводной приемник, который может быть вмонтирован в перевязочный материал (при этом допустима любая ткань — от хлопка до шелка) или размещен на поверхности тела человека. По словам разработчиков, изобретение может стать базой для развития нового поколения имплантируемых диагностических систем.

Как говорит один из авторов диагностической нити Пуриа Мостафалу, тонкий и гибкий материал может быть внедрен в самые сложные органы. Причем доставить диагностическую нить к органу можно, даже не прибегая к инвазивным манипуляциям — через сосуды, с помощью кровеносного потока.

Проводящие нити уже испытывали в разных химических растворах, в тканях крыс они показали высокую эффектив-

ность. В настоящий момент их исследуют на долгосрочную биологическую совместимость с тканями человека.

*www.medvestnik.ru, Елена Степунина
(03.08.2016)*

Вакцина от гриппа не работает при ожирении

Вакцина от гриппа не может защитить людей с избыточным весом от инфекции, показывает новое исследование St Jude Children's Research Hospital.

Ученые по руководством Stacey Schultz-Cherry обнаружили, что вакцина защищала худых мышей от вирусов, но не работала у жирных грызунов. В результате животные с лишним весом оказались более восприимчивы к вирусу, который проникал более глубоко в легкие, причиняя значительный ущерб здоровью. Авторы отметили, что полученные результаты вызывают озабоченность по поводу эффективности применения вакцин у тучных людей.

Люди с лишним весом и ожирением имеют больше шансов быть госпитализированными или умереть от гриппа, поэтому вакцины являются передовой линией обороны в борьбе с эпидемией. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, 10 процентов взрослого населения в мире и 42 миллиона детей в возрасте до 5 лет сейчас квалифицируются как лица с ожирением. И эти цифры, как ожидается, будут расти, в то время как ученые опасаются будущих пандемий, вызванных птичьим гриппом или другими штаммами.

Schultz-Cherry говорит: «Это первое исследование, показавшее, как существующие стратегии против гриппа защищают худых мышей от тяжелой болезни, но не дают защиту от инфекции мышам с ожирением. Существует необходимость перевести эти данные на людей и понять ответ на вакцину в этом растущем сегменте населения. Стратегии могут включать в себя увеличение дозы вакцины и добавление вспомогательного вещества, которое усиливает иммунный ответ организма».

В своих экспериментах ученые использовали вакцины против H1N1, сезонного штамма гриппа, который был наиболее распространенной причиной гриппа в 2009 году. Он также связан со вспышкой 1918 года, известной как испанский или птичий грипп (H7N9). В ходе тестов выяснилось, что у грызунов с ожирением общий иммунный ответ был уменьшен. После вакцинации мыши с ожирением имели более низкий уровень антител, иммунных клеток, которые борются с инфекциями, и более высокие уровни вируса.

Четырехкратное увеличение дозы вакцины (H7N9) укрепило иммунный ответ у всех мышей, но не смогло защитить животных с ожирением от смертельных случаев, связанных с гриппом. Защитные антитела худых мышей также были не в состоянии защитить жирных грызунов от инфекций гриппа. Соавтор Erik Karlsson сказал: «Это говорит о том, что проблема заключается в иммунной реакции животных, а не самих антителах. Мыши с ожирением

более восприимчивы к вирусу и его уровни были повышенными после вакцинации, по сравнению с уровнем вируса в крови у худых животных».

*www.nauka24news.ru
(03.08.2016)*

Пятиминутный тест обнаружит бактериальную инфекцию

Исследовательская группа из Вьетнама под руководством профессора Нгуэна Ван Кина (Nguyen Van Kinh) разработала простой тест, с помощью которого можно быстро определить, является ли инфекция бактериальной. Это позволит своевременно выписать необходимые антибиотики, а в том случае, если возбудителем окажется не бактерия, отказаться от их назначения.

Подобные разработки очень важны в связи с широким распространением бактериальных штаммов, обладающих резистентностью к антибиотикам. Штаммы, которые устойчивы ко всем существующим антибиотикам, уже были обнаружены практически во всех уголках земного шара, а «супергонорея», которую не берут традиционные лекарственные схемы, встречается все чаще. Тест позволит назначать антибиотики только в том случае, если они действительно нужны.

Тест основан на определении концентрации в крови С-реактивного белка, являющегося биомаркером, указывающим на развитие бактериальной инфекции. Низкий уровень белка свидетельствует о вирусной природе инфекции, не требующей назначения антибиотиков.

Авторы проверяют эффективность своей разработки в 10 медицинских центрах: уже показано, что частота назначения антибиотиков в них сократилась, что свидетельствует о том, что тест действительно работает. Подобные исследования уже были проведены в Европе, но лишь сейчас тест был испытан и на детях.

Подобная разработка – далеко не первое изобретение, предназначенное для раннего выявления бактериальной природы инфекций. Так, уже были предложены тесты, анализирующие уровень экспрессии генов организма-хозяина – оказалось, что он меняется в зависимости от того, вызвана ли инфекция бактериями.

*www.medportal.ru
(03.08.2016)*

Новая модель питания поможет победить ожирение

Специалисты из Университета Сиднея более 20 лет исследовали питание людей. В результате они разработали новую модель – «геометрию питания». Ученые надеются, что она станет эффективным методом борьбы с эпидемией ожирения, передает The Times of India.

По словам исследователей, о традиционных моделях, согласно которым основной причиной ожирения является какое-то одно вещество, например, жиры, углеводы или сахара, стоит забыть. Вместо этого специалисты предлагают сосредоточиться на том, как сочетания питательных веществ влияют на здоровье.

В процессе изучения разных исследований ученые собрали данные для создания 116 новых диет. Также исследователи пришли к выводу: важную роль в рационе играют белки. Именно они регулируют всасывание жиров и углеводов.

*www.meddaily.ru
(03.08.2016)*

Красное мясо уменьшает срок жизни, а овощи — увеличивают

Давно известно, что красное мясо в больших количествах — не самая лучшая основа для рациона. Этот факт снова получил подтверждение — на этот раз в работе ученых из Гарвардского университета (Harvard University), старшего учебного заведения США. По итогам исследования, продолжавшегося несколько лет, было выявлено, что потребление белка животного происхождения часто ассоциировано с более ранней смертью и более высоким уровнем заболеваемости (особенно у полных людей), а растительный белок, наоборот, ведет к снижению смертности.

Красное мясо снова опасно для здоровья. Ученые уже сообщали об этом раньше, например они рассказали, что отказ от мяса снижает риск преждевременной смерти. Сингапурские исследователи провели свой эксперимент, результаты которого свидетельствуют о том, что регулярное употребление красного мяса увеличивает вероятность развития почечной недостаточности. Хорошая же новость заключается в том, что заменив хотя бы одну порцию красного мяса в неделю на порцию какого-то другого белкового продукта, например, рыбы или бобовых, риск этот можно сократить.

В исследовании участвовало более 130 тысяч работников сферы здравоохранения. Половина участников получала 14% энергии ежедневно из животных белков (мясо, масло, яйца), а 4% — из протеинов растительного происхождения (бобовые, крупы, орехи). На момент начала исследования участникам было по 49 лет, большинство из них было женского пола. К концу исследования около 36000 респондентов умерло, из них 13000 — от онкологических заболеваний, чуть меньше 9000 — от сердечно-сосудистых. Принимая во внимание в том числе образ жизни участников — склонность к лишнему весу, употребление алкоголя, курение, отсутствие физической активности — ученые нашли корреляцию между рационом человека и

риском наступления преждевременной смерти.

Выяснилось, что каждые дополнительные 3% калорий, получаемых из растительного белка, снижали вероятность умереть во время исследования на 10%. Протеины, получаемые из мяса, масла и яиц, имели обратный эффект — каждые дополнительные 10% увеличивали шанс умереть раньше времени на 2%, и на 8% — вероятность развития сердечно-сосудистого заболевания. Кроме того, люди, которые имели лишний вес, значительно больше рисковали своим здоровьем, употребляя животный белок, чем те, у кого был нормальный индекс массы тела. Не участвовавшая в исследовании специалист по питанию Пагона Лагью (Pagona Lagiou) пояснила, что это может быть связано с внутренними воспалениями или расстройствами метаболизма, которые могут усилить негативный эффект, производимый белками животного происхождения.

Руководитель научной работы Мин Ян Сун (Mingyang Song) и его коллеги также выяснили, что люди, которые вели здоровый образ жизни, предпочитали в качестве источника белка употреблять индейку и рыбу, а те, кто не обращал внимания на свое здоровье — чаще ели яйца, красное мясо и масло с высоким содержанием жира. В последней группе смертность была выше.

*www.medportal.ru
(03.08.2016)*

Ученые МГУ предложили разработку, минимизирующую риск отторжения имплантов

Группа ученых из МГУ им. М.В. Ломоносова предложила новый способ применения магнитокалорического эффекта для адресной доставки лекарств в месте установки имплантата. Разработка решает одну из серьезных проблем, возникающих при имплантации в организм инородных тел, — риск их отторжения.

Статью о результатах своей работы ученые опубликовали в журнале International Journal of Refrigeration, сообщает пресс-служба МГУ.

Группа физиков при участии швейцарских коллег предложила наносить на имплантаты еще во время их подготовки к установке в организм специальное покрытие, состоящее из слоев магнитного материала и полимерной матрицы, в которую, как в губку, помещено лекарственное вещество. Полимерная матрица находится в непосредственном тепловом контакте с магнитокалорическим материалом. Полимер при нормальной температуре внутри организма похож на желе, которое удерживает внутри себя лекарство. Когда магнитное поле понижает температуру магнитного материала, полимер переходит в жидкое состояние и выпускает лекарство в месте установки имплантата. Например, когда после установки имплантата происходит воспаление, неинвазивное приложение внешнего магнитного поля (напри-

мер, в установке МРТ) позволит выпустить необходимую порцию лекарства в течение нужного времени и в конкретном месте. Такой метод адресной доставки лекарств хорош тем, что воздействует только на источник воспаления и лишен всяких контактов с остальным организмом.

Один из авторов работы, Владимир Зверев, утверждает, что аналогов данного метода, использующего отрицательный магнитокалорический эффект, в мире не существует.

*www.medvestnik.ru
(03.08.2016)*

Грудное вскармливание улучшает развитие головного мозга недоношенных детей

«Наши данные подтверждают рекомендации по использованию материнского молока для недоношенных детей», — говорит Мэнди Браун Белфорт (Mandy Brown Belfort). Результаты нового исследования опубликованы в научном журнале The Journal of Pediatrics.

Ученые изучали детей, родившихся до 30 недель беременности, в 2001—2003 годах. Они определили, сколько времени младенцы получали грудное молоко. Кроме того, ученые изучили данные, связанные с объемами мозга, измеренные с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ). Также были исследованы IQ, рабочая память, язык и визуальное восприятие у детей в возрасте семи лет.

Результаты исследования показывают, что дети, которые получали грудное молоко, имели больший объем серого вещества, важного для обработки и передачи нервных сигналов в другие части мозга. В семь лет эти дети показали лучшие результаты IQ, оперативной памяти и в математике.

«Многие матери недоношенных детей испытывают трудности с грудным молоком. Важно отметить, что грудное вскармливание влияет на развитие малыша», — говорит Белфорт.

Будущие исследования с использованием других методов МРТ могут дать подробную информацию, как грудное молоко может влиять на структуру и функции головного мозга.

Авторы другого исследования утверждают, что грудное вскармливание снижает риск расстройств поведения у детей.

*Клапа Галеева, <http://medicalinsider.ru>
(03.08.2016)*

«Ростех» разработал биометрический браслет

Входящая в состав госкорпорации «Ростех» Объединенная приборостроительная корпорация (ОПК) разработала комплекс биометрических датчиков, позволяющих

контролировать ключевые жизненные показатели военнослужащих. Эту технологию также можно будет применять и в гражданских целях, в том числе на опасных производствах, в спорте и медицине, считают в ОПК.

В комплект входят несколько видов биометрических датчиков, которые крепятся к телу человека и измеряют его пульс, давление, температуру, определяют положение в пространстве. Соответствующий мониторинг, в частности, проводят кардиоритмограф, датчики положения и «умный» браслет, считывающий сердечный ритм и двигательную активность.

«Изделие отличается высокой надежностью и способностью работать в тяжелых условиях эксплуатации. Датчики сохраняют работоспособность при повышенной влажности, выдерживают погружение в воду. При этом они обеспечивают стабильные измерения, без ложных срабатываний», — пояснил директор департамента инновационного развития ОПК Александр Калинин.

Данные с датчиков передаются на автоматизированные рабочие места, где контролируется состояние человека. В случае чрезвычайной ситуации система мониторинга может оперативно вызвать необходимую эвакуационную или медицинскую помощь.

Технология, изначально предназначенная для военных, может использоваться и в гражданской сфере, например, при подготовке спортсменов и в медучреждениях для контроля состояния здоровья пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В конце прошлого года ОПК объединилась с РНЦХ им. Б.В. Петровского для совместных разработок и производства медицинского оборудования и расходных материалов для сердечно-сосудистой хирургии.

Ранее в ОПК предложили расширить перечень импортозамещающей медицинской продукции, однако сделать это, по мнению специалистов, необходимо только по тем позициям, которые «в России гарантированно могут быть замещены на высоком качественном уровне».

*www.vademec.ru
(3.08.2016)*

В Новосибирске разработали экспресс-диагностику рака по анализу плазмы крови

Ученые из Новосибирского государственного университета, Института физики полупроводников и НИИ терапии и профилактической медицины разработали методику, позволяющую проводить экспресс-диагностику онкологических заболеваний с помощью спектроскопии комбинационного рассеяния света в плазме крови.

«С помощью этого метода ученые выяснили, что плазма крови здоровых людей и людей, больных раком, а также пациентов с диффузной патологией печени различается по уровню содержания некоторых белков, ка-

ротинов, которые дают соответствующие пики в спектрах комбинационного рассеяния света», – сообщили в пресс-службе НГУ.

Специалисты отметили, что онкодиагностика с помощью спектроскопии комбинационного рассеяния света занимает не более двух-трех минут, однако после проведения первичного скрининга для определения типа рака пациентам необходимо пройти биохимический анализ.

Внедрение такой методики требует проектирования и разработки портативных приборов, поскольку обычные установки дорогие, а также слишком массивны и требуют квалифицированного обслуживания. По словам представителей университета, концепция для создания более простых и недорогих спектрометров у российских разработчиков уже есть, и в случае их успешного производства «экспресс-анализ рака вполне можно будет сделать в районной поликлинике».

Свой шаг на пути к созданию эффективного средства против онкологических заболеваний сделали ученые из московского Института биоорганической химии (ИБХ): разработанный там противораковый «белковый конструктор» уже успешно прошел доклинические испытания.

*www.vademec.ru
(04.08.2016)*

Белки иммунной системы помогут в борьбе с хламидиями

Ученые из Федерального научно-клинического центра физико-химической медицины, Института биологии развития им. Н.К. Кольцова и МФТИ показали, что пептидогликан-распознающие белки иммунной системы могут сыграть ключевую роль в борьбе с хламидиозом. Исследование принято к публикации в журнале *Infection and Immunity*, о его результатах сообщает сайт Физтеха.

Белки, распознающие пептидогликан — компонент клеточной стенки некоторых бактерий — часть иммунной системы человека. Ранее было показано, что такие белки могут присоединяться к пептидогликану и липо-

полисахаридам в клеточной стенке бактерий и выводить из строя их систему реакции на стресс, приводя к гибели микроорганизма. Таким образом пептидогликан-распознающие белки могут уничтожать бактерии кишечной и сенной палочек. Их система реакции на стресс аналогична системе хламидий вида *Chlamydia trachomatis* — исследователи выдвинули предположение, что те же белки могут замедлять и их распространение.

Чтобы проверить это, ученые добавили растворы, содержащие исследуемые белки в культуру человеческих клеток, затем клетки заразили хламидиями и через 48 часов оценили количество включений. Предположение о том, что белки способны подавить рост бактерий, подтвердилось: в сравнении с контрольными образцами (без исследуемого белка) их число уменьшилось в десять раз. При этом видимый антихламидийный эффект достигался при концентрациях белков в 20 раз больше, чем при их действии на кишечную и сенную палочки — это может быть связано со сложным жизненным циклом хламидий.

Исследователи также проверили гипотезу об уничтожении клеток через выведение из строя их системы реакции на стресс. Они оценили уровень экспрессии генов этой системы и проследили его изменение со временем. Оказалось, что в контрольном образце он оставался на базовом уровне, тогда как в образцах с белком наблюдались два пика — через час и через 72 часа после заражения. В это время хламидии находились в форме элементарных телец, ученые предполагали повышенную уязвимость к пептидогликан-распознающим белкам именно на этой стадии жизненного цикла бактерии, и их гипотеза подтвердилась экспериментально.

«В дальнейшем результаты исследования могут быть применены для выяснения конкретного механизма действия пептидогликан-распознающих белков на хламидий. Представления о потенциальных мишенях для природных и синтетических агентов могут помочь в разработке лекарств, направленных на лечение хламидиоза», — сказал Павел Бобровский из МФТИ.

*www.scientificrussia.ru
(04.08.2016)*



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ

Комментарий к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 192н от 25.03.2016 г.

«О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» (Зарегистрировано в Минюсте России 04.05.2016 № 41969)

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 192н от 25.03.2016 «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» разработан в целях реализации Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и регулирования правоотношения субъектов и участников обязательного медицинского страхования.

Целью издания приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 192н от 25.03.2016 «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» является приведение нормативного правового акта в соответствие

с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.

С целью оптимизации персонифицированного учета оказываемой медицинской помощи введены требования по предъявлению СНИЛС при оформлении полисов обязательного медицинского страхования, расширен перечень сведений о медицинских организациях при направлении уведомлений для включения в сферу обязательного медицинского страхования, конкретизирован порядок работы страховых медицинских организаций по медико-экономическому контролю, актуализированы акты сверки расчетов между страховой медицинской организацией и территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организацией и медицинской организацией.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 25 марта 2016 г. № 192н

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28 ФЕВРАЛЯ 2011 г. № 158Н

Приказываю:

Внести изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 г., регистрационный № 19998), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 августа 2011 г. № 897н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 августа 2011 г., регистрационный № 21609), от 9 сентября 2011 г. № 1036н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2011 г., регистрационный № 22053), приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 марта 2013 г. № 160н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 мая 2013 г., регистрационный № 28480), от 21 июня 2013 г. № 396н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 сентября 2013 г., регистрационный № 30004), от 20 ноября 2013 г. № 859н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 ноября 2013 г., регистрационный № 30489), от 6 августа 2015 г. № 536н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 октября 2015 г., регистрационный № 39119), согласно приложению.

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

**ИЗМЕНЕНИЯ, КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28 ФЕВРАЛЯ 2011 г. № 158Н**

1. В абзаце седьмом подпункта 1 пункта 6 слова «(при наличии)» заменить словами «(для иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии)».
2. В абзаце четвертом подпункта 1 и в абзаце третьем подпункта 2 пункта 9 слова «(при наличии)» исключить.
3. В абзаце седьмом подпункта 3 пункта 26 и в абзаце седьмом подпункта 1 пункта 56 слова «(при наличии)» заменить словами «(для иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии)».
4. В пункте 52 слова «, данных документа, удостоверяющего личность,» исключить.
5. Второе предложение пункта 65 изложить в следующей редакции: «Одновременно с полисом застрахованному лицу страховая медицинская организация предоставляет информацию о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, о порядке информационного сопровождения на всех этапах оказания им медицинской помощи, контактные телефоны территориального фонда и страховой медицинской организации, выдавшей полис, которая может доводиться до застрахованных лиц в виде памятки.».
6. Пункт 92 дополнить подпунктами 10 - 14 следующего содержания:
 - «10) мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей;
 - 11) мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов;
 - 12) фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным и данным бухгалтерского учета медицинской организации) объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клинко-статистических групп/клинко-профильных групп (далее - КСГ/КПГ) по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования);
 - 13) численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп);
 - 14) предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, КСГ/КПГ по детскому и взрослому населению.».
7. В пункте 121:
 - а) подпункты «г» и «д» пункта 5 признать утратившими силу;
 - б) подпункт 7 изложить в следующей редакции:
 - «7) средства, полученные от применения к медицинским организациям санкций за нарушения согласно пункту 127.2 настоящих Правил, в том числе:
 - а) по результатам медико-экономического контроля;
 - б) по результатам медико-экономической экспертизы;
 - в) по результатам экспертизы качества медицинской помощи;
 - г) по результатам уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;»;
 - в) дополнить подпунктом 7.1 следующего содержания:
 - «7.1) средства, направленные в территориальный фонд в соответствии с пунктом 2 части 6.3 статьи 26 Федерального закона, в том числе:
 - а) по результатам проведения медико-экономического контроля;
 - б) по результатам проведения медико-экономической экспертизы;
 - в) по результатам проведения экспертизы качества медицинской помощи;
 - г) по результатам уплаты штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;».
 8. В абзаце шестом подпункта 5 пункта 126 слова «(при наличии)» заменить словами «(для иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии)».

9. В восьмой строке таблицы пункта 127.4 число «3.8» заменить на число «3.6».

10. Пункт 128 изложить в следующей редакции:

«128. При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в страховую медицинскую организацию отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее 25 рабочих дней с даты получения акта от страховой медицинской организации, сформированного по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи.»

11. Пункт 130 дополнить абзацем следующего содержания:

«Размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и штрафов, исчисленных и установленных в соответствии с частью 2 статьи 41 Федерального закона, устанавливаются в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона.»

12. В пункте 131.1 слова «, на выплаты вознаграждений страховым медицинским организациям за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении, и медицинским организациям за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи» исключить.

13. В пункте 132:

а) абзац первый подпункта 3 изложить в следующей редакции:

«3) сумма средств, сформированная за нарушения, выявленные по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе:»;

б) дополнить подпунктом 3.1 следующего содержания:

«3.1) сумма средств, удержанных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе:

по результатам медико-экономического контроля;

по результатам медико-экономической экспертизы;

по результатам экспертизы качества медицинской помощи;».

14. В абзаце седьмом подпункта 5 пункта 138 и в абзаце шестом подпункта 6 пункта 171 слова «(при наличии)» заменить словами «(для иностранных граждан и лиц без гражданства - при наличии)».

15. Пункт 6 приложения № 1 к Правилам обязательного медицинского страхования дополнить подпунктом 7 следующего содержания:

«7) рассматривает предложения о возможном участии медицинской организации в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в части заявленных объемов оказания медицинской помощи с учетом показателей эффективности деятельности медицинских организаций.»



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 15 июля 2016 г. № 520н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ*

В соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165) приказываю:

1. Утвердить критерии оценки качества медицинской помощи согласно приложению.
2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 июля 2015 г. № 422н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 августа 2015 г., регистрационный № 38494).
3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 июля 2017 года.

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

* Приказ Минздрава России от 15.07.2016 N 520н размещен на сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Документы», подразделе «Приказы Министерства здравоохранения РФ»