

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

2 – 2017

В ходе рабочей поездки президент Российской Федерации В.В. Путин посетил новый перинатальный центр Брянской городской больницы № 1

Выступление министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой на заседании Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам под председательством президента Российской Федерации В.В. Путина



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 2, 2017**

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

№ 2, 2017

Научно-практический журнал

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.

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

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

И.В. Соколова – Заместитель председателя ФОМС

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

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

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

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

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

Главный редактор:

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

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

Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 11.04.2017 года. Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм. Объем: 62 полосы

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», 2017

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

Подписка на журнал «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» производится в ООО «Издательство офтальмология» Тел.: (495) 485-40-66; (499) 488-87-03, e-mail: iol.buh@mail.ru

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

№ 2, 2017

Scientific practical journal

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

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 Pedagogical 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 11.04.2017, Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 62 type pages

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

59A, Beskudnikovskiy Blvd., Moscow, 127486, Russia. Tel.: +7 (499) 488-87-03

E-mail: iol.buh@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (for articles submission)

Internet: www.omsjournal.ru

In case of reprinting reference to the Journal «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation» is obligatory.

© «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation», 2017

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

The subscription to the journal «Obyazatelnoe meditsinskoe strakhovanie v Rossiyskoy Federatsiy» (Obligatory Medical Insurance in the Russian Federation) is made in the «Ophthalmology Publishing House»

Tel.: (495) 485-40-66; (499) 488-87-03, e-mail: iol.buh@mail.ru

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Президент Российской Федерации В.В. Путин посетил с рабочим визитом Брянскую область 4

Выступление министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой на заседании Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам под председательством президента Российской Федерации В.В. Путина 8

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова приняла участие в совещании президента Российской Федерации В.В. Путина с членами Правительства 12

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова посетила с рабочим визитом Республику Крым и город Севастополь. 14

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко посетила с рабочим визитом Калининградскую область. 18

Новые кадровые назначения 19

СЪЕЗД ТЕРАПЕВТОВ

Первый съезд терапевтов Московской области 20

ВЫЕЗДНОЕ СОВЕЩАНИЕ ФОМС

Выездное совещание Федерального фонда обязательного медицинского страхования по внедрению института страховых представителей в сфере ОМС 22

КРУГЛЫЙ СТОЛ

Совершенствование системы уплаты страховых взносов за неработающее население. 24

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

И.В. Долгова, М.Д. Богатырева, И.В. Молчанова
Современный перинатальный центр как системообразующая основа службы родовспоможения Алтайского края 26

А.В. Данилов, К.Б. Московченко
Некоторые аспекты связи научно-технического прогресса в оказании медицинских услуг и структурных преобразований в сфере здравоохранения. 32

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ 40

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ 49

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 декабря 2016 г. № 940н «О внесении изменения в пункт 11 Порядка рассмотрения дел о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании и наложения штрафов должностными лицами Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Территориальных фондов обязательного медицинского страхования, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 декабря 2010 г. № 1174Н» (50)

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 декабря 2016 г. № 941н «О внесении изменений в Порядок ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. № 29н» (51)

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2016 г. № 974н «О внесении изменений в Положение об аккредитации специалистов, утвержденное Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2016 г. № 334н» (53)

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2016 г. № 1034н «Об утверждении формы и порядка представления отчета об исполнении условий предоставления субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования» (55)

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 января 2017 г. № 2н «О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» (58)

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 февраля 2017 г. № 52н «О внесении изменений в Перечень федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2016 г. № 916н» (59)

Президент Российской Федерации В.В. Путин посетил с рабочим визитом Брянскую область

8 марта 2017 года, Брянск



В аэропорту В.В. Путина встречали полномочный представитель президента в Центральном федеральном округе А.Д. Беглов и губернатор Брянской области А.В. Богомаз.

В ходе рабочей поездки президент посетил новый перинатальный центр Брянской городской больницы № 1. В.В. Путин в сопровождении заместителя председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец, министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой, руководителя перинатального центра А.П. Кулаченко осмотрел операционный блок, палату интенсивной терапии, инкубатор для недоношенных новорожденных и центр телемедицины, позволяющий по видеосвязи проводить консультации со специалистами других центров. Президент пообщался с одной из пациенток – молодой мамой.

Новый перинатальный центр построен в Брянске за 1,5 года. В это уч-

реждение, где есть возможность выхаживать детей с экстремально низкой массой тела – от 500 граммов, будут направляться пациентки с самой сложной беременностью, нуждающиеся в высокотехнологичной медицинской помощи.





Особенность перинатального центра — мониторинг беременных с помощью телемедицины. Отечественная сертифицированная программа мониторинга беременности связывает с помощью телемедицины перинатальный центр в Брянске, федеральный медицинский центр в Москве и роддома в самых отдаленных уголках региона. Система позволит осуществлять отбор пациентов, которые крайне нуждаются в консультации или госпитализации.

Также телемедицина предусматривает создание электронного документооборота — все медицинские данные о болезни или течении беременности будут сохраняться на едином ресурсе. То есть не нужно будет за получением справки или консультацией специалиста ехать в другие медучреждения.

Брянский перинатальный центр — лечебное учреждение, в котором есть возможность оказывать все





виды специализированной, высокотехнологичной медицинской стационарной помощи в области акушерства, гинекологии, неонатологии, а также осуществлять амбулаторную, консультативно-диагностическую и медико-реабилитационную помощь женщинам и новорожденным детям. Возможности центра высоки: concentra-

человек начинает работать на современном, перспективном уровне, это всегда второе дыхание в профессии. Тем более в вашей профессии, она благородная, нежная, востребованная, для нашей страны — в особенности, вы знаете про проблемы демографии. Слава Богу, в последние годы нам удалось сдвинуть эту ситуацию в положи-

В.В. Путин: «Уверен, что вам самим здесь будет интересно работать. Для любого специалиста, в любой области, когда человек начинает работать на современном, перспективном уровне, это всегда второе дыхание в профессии. Тем более в вашей профессии, она благородная, нежная, востребованная, для нашей страны — в особенности, вы знаете про проблемы демографии».

ция беременных высокого риска в учреждении третьей группы сделает своевременным оказание им медицинской помощи и значительно улучшит ее качество и доступность.

В.В. Путин поздравил сотрудниц перинатального центра с Международным женским днем 8 Марта и с открытием лечебного учреждения. Глава государства подчеркнул, что России, в отличие от других стран, удалось преодолеть проблему сокращения населения.

— Уверен, что вам самим здесь будет интересно работать. Для любого специалиста, в любой области, когда

тельную сторону. Никто не ожидал и никто не верил, что все наши программы по поддержке демографии так работают. Я уже об этом несколько раз говорил публично, но не грех еще раз повторить. К сожалению, в прошлом году у нас показатели немножко снизились, но тренд по демографии все равно позитивный, и это очень хорошо. Надо сказать, что в этом плане мы выгодно отличаемся от многих других так называемых развитых стран, особенно в Европе, где негативные демографические тенденции сохраняются. А нам удалось преодолеть эту тенденцию. В том числе, не в последнюю очередь и благодаря строи-



тельству таких центров, как тот, в котором вы работаете, — сказал В.В. Путин.

— Вы знаете, что мы начали это еще несколько лет назад. Сначала в рамках программы здравоохранения построили 25 центров, и сразу стало очевидно, что эффект колоссальный. Не просто большой, а колоссальный. Это связано и с самими центрами, вы видите, где вы работаете, где вы находитесь, и связано с тем, что они так же, как высокотехнологичные медицинские центры различных профилей (у нас и по травмам есть, и по кардиологии, по нейрохирургии, сосудистые центры) сразу же в регионе поднимают общий уровень здравоохранения, потому что все остальное начинает подтягиваться к этому уровню. Но вы и сами видите, мы сейчас были в помещении, где расположены средства связи с федеральными центрами и с вашими районами. Это же получается единое технологическое научное пространство, профессиональное, единое на всю страну. И, безусловно, это подтягивает все остальное, — подчеркнул президент. — Когда мы сюда приехали, губернатор говорит: «Это перинатальный

центр, а напротив — наша больница, заодно и ее отремонтировали». Понимаете? Но так происходит почти везде. Заодно и что-то другое сразу рядом. А потом и все остальные, понимая, что происходит, постепенно начинают подтягиваться к общему уровню.

В.В. Путин подчеркнул, что в некоторых регионах в связи с открытием центров, подобных брянскому, материнская смертность упала до нуля, а младенческая смертность в России ниже, чем сегодня в Европе. По словам главы государства, до конца года будут открыты еще 19 центров, и это направление в системе российского здравоохранения будет развиваться дальше.

Медики центра выразили благодарность президенту В.В. Путину от лица всех жителей Брянской области за поддержку регионов по строительству таких суперсовременных и функциональных перинатальных центров.

www.rosminzdrav.ru, www.bryanskobl.ru

Выступление министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой на заседании Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам под председательством президента Российской Федерации В.В. Путина

21 марта 2017 года, Москва, Кремль



Уважаемый Владимир Владимирович! Уважаемые коллеги!

Основной концепцией развития российского здравоохранения является создание национальной пациентоориентированной системы, объединяющей все имеющиеся в стране медицинские мощности независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности, работающей в рамках единых требований к качеству, доступности медицинской помощи и квалификации медицинских работников, а также реализующей государственные гарантии бесплатного оказания медицинской помощи населению на принципах солидарности и социального равенства.

Это позволило за последние пять лет достичь определённых положительных результатов в развитии здравоохранения, прежде всего, в целом сформировать современную систему охраны материнства и детства и существенно снизить показатели материнской, младенческой и детской смертности, в 2013 году восстановить крупномасштабные профилактические осмотры населения и скрининги здоровья, которые прошли уже 87,5 миллиона взрослых и всё детское население.

Это позволило существенно улучшить активные выявления заболеваний на ранних стадиях, поддающихся

эффективному лечению. Хотела бы сказать, что благодаря активному онкопоиску, в прошлом году уже 55 процентов злокачественных новообразований выявлено на первой, второй стадии, что позволило снизить однодневную летальность до 23 процентов и повысить пятилетнюю выживаемость свыше 53 процентов.

В целом выстроена система экстренной специализированной медицинской помощи на основе создания и правильного размещения медицинских учреждений второго межрайонного уровня: это более 540 сосудистых центров, более 1500 травмоцентров. За пять лет смертность от инсульта снизилась более чем на 34 процента и на 20 процентов – смертность от дорожно-транспортных происшествий. С 2012 года в три раза увеличился объём высокотехнологичной помощи, и помощь приблизилась к месту жительства людей: уже 932 организации соответственно оказывают эту помощь.

Важно отметить, что за два года, 2015-й и 2016-й, резко увеличился приезд иностранных пациентов в российские клиники – на 87 процентов, и в 2016 году уже более 13,5 тысячи иностранных пациентов лечились в российских клиниках по таким профилям, как репродуктивные технологии, ортопедия, пластическая хирургия, сердечно-сосудистая хирургия, офтальмология, стоматология.

Высокое качество услуг и комфортные цены привлекли пациентов более чем из 20 стран ближнего и дальнего зарубежья.

И за эти же годы драматически сократился поток россиян для получения плановой медицинской помощи за рубеж: в 2016 году это 80 тысяч человек – 0,002 процента от 33 миллионов, которые получают аналогичную помощь в российских клиниках. Поток в Израиль сократился на 60 процентов, поток в Германию сократился на 30 процентов.

Благодаря инвестиционным проектам и программам модернизации здравоохранения за пять лет в регионах построено более двух тысяч новых медицинских объектов, отремонтировано более 20 тысяч организаций и закуплено более 390 тысяч единиц медицинского оборудования. В то же время сохраняется большое количество несовершенств в системе организации медицинской помощи. Предстоит сделать очень многое для того, чтобы преодолеть все трудности и проблемы, с которыми сталкиваются россияне при получении медицинской помощи.

Благодаря инвестиционным проектам и программам модернизации здравоохранения за пять лет в регионах построено более двух тысяч новых медицинских объектов, отремонтировано более 20 тысяч организаций и закуплено более 390 тысяч единиц медицинского оборудования. В то же время сохраняется большое количество несовершенств в системе организации медицинской помощи. Предстоит сделать очень многое для того, чтобы преодолеть все трудности и проблемы, с которыми сталкиваются россияне при получении медицинской помощи.

Мы выделяем пять приоритетных направлений развития, прежде всего, это совершенствование доступности медицинской помощи. Совместно с субъектами Российской Федерации в 2018 году в целом будет завершено формирование трёхуровневой региональной системы здравоохранения на основе единых требований к размещению медицинской инфраструктуры со специально созданной геоинформационной системой, а также на основе единых порядков оказания медицинской помощи, в том числе в выездной форме для малонаселённых пунктов с населением от 1 до 100 человек. Таких пунктов у нас более 80 тысяч на территории страны. Это позволит обеспечить соблюдение во всех регионах предельных сроков ожидания медицинской помощи разных видов в соответствии с программой государственных гарантий.

Важнейшая задача – обеспечить своевременную экстренную медицинскую помощь при жизнеугрожающих состояниях для тех пациентов, которые проживают в труднодоступных районах со сложными климатическими и дорожными условиями. Именно поэтому развитие санитарной авиации – один из наших приоритетных проектов, реализация которого в течение двух лет позволит суще-

ственно сократить время доставки пациентов в специализированные центры. Огромный резерв в повышении доступности медицинской помощи заключён в развитии цифровых технологий. Уже сейчас положительно себя зарекомендовали электронная запись на приём к врачу, выписка электронных рецептов и больничных листов.

В 2019 году в целом будет завершено формирование системы телемедицинских консультаций между медицинскими организациями разного уровня, включая головные, по профилям, национальные, научно-практические и медицинские центры. С 2020 года поэтапно будет введён электронный мониторинг здоровья пациентов из групп риска с помощью индивидуальных устройств, измеряющих давление, пульс, концентрацию глюкозы и других элементов в крови, положение в пространстве и так далее, с включением системы экстренного реагирования при изменении этих параметров до критичных величин.

Вторым важным приоритетом развития является внедрение на всей территории страны единых требований

к качеству медицинской помощи и создание системы управления качеством. В 2014–2016 годах совместно с экспертным профессиональным сообществом Национальной медицинской палатой создана система национальных клинических рекомендаций по основным заболеваниям человека. Для ускоренной адаптации к ним врачей в декабре 2016 года завершено создание электронного рубрикатора клинических рекомендаций и быстрой поисковой системы алгоритмов диагностики и лечения по ключевым словам и графологическим структурам.

Эта система начинает повсеместно внедряться в этом году через автоматизированные рабочие места врачей, которых сейчас уже 70 процентов от требуемого количества. До конца 2018 года клинические рекомендации будут внедрены во всех регионах страны. На базе клинических рекомендаций разработаны критерии оценки качества медицинской помощи, закрепляемые нормативно. С июля текущего года все экспертные контрольные мероприятия будут проводиться с их применением.

Большое значение мы придаём созданию комфортной среды и атмосферы доброжелательности в меди-

цинских организациях. В 2015 году мы впервые провели Всероссийский конкурс «Вежливая регистратура», когда регионы выбирали и на федеральный уровень представляли лучшие модели организации работы регистратур в поликлиниках, диспансерах с созданием удобных офисов приёма больных, быстрой записи к врачу, созданием отдельных колл-центров, инфоматов, информационных панелей. Этот конкурс стал ежегодным и уже внёс определённый вклад в распространение положительного опыта по стране.

Особого внимания заслуживает наш совместный проект с Управлением внутренней политики Президента и экспертами Росатома, целью которого являлось повышение доступности и качества медицинской помощи через оптимизацию технологических процессов в медицинских организациях и устранение необоснованных потерь.

Эта фабрика технологий уже внедрена в трёх регионах и показала, что достаточно четырёх-пяти месяцев, с тем чтобы через улучшение логистики процессов полностью уйти от очередей в медицинских организациях, сократить время ожидания врача у кабинета до 12 раз, увеличить время непосредственного общения врача и пациента в два раза, создать удобные условия для прохождения диспансеризации за один визит, разделить потоки здоровых и больных пациентов.

Этот положительный опыт мы уже получили на примере первых шести переформированных поликлиник, и в настоящее время этот опыт распространяется ещё на 30 поликлиник. С настоящего времени мы планируем активное тиражирование этого опыта по всей стране, по всем федеральным округам и регионам.

Для помощи пациентам в реализации их главного права на охрану здоровья с 2016 года в системе ОМС формируется институт страховых представителей. Поэтапно вводятся контактные центры, СМС-оповещения, внедряются механизмы восстановления нарушаемых прав пациентов до наступления нежелательных последствий.

Данная пациентоориентированная система будет внедрена в стране до конца 2018 года. Приоритетом чрезвычайной значимости является разработка и внедрение новых цифровых и биомедицинских технологий. В 2020 году в целом завершится формирование единой государственной информационной системы сферы здравоохранения на основе единой электронной медицинской карты пациента.

Это позволит внедрить перекрёстный электронный документооборот и личный кабинет пациента. С любого компьютера каждый человек сможет войти в свой личный кабинет и получить необходимую информацию, выписки из медицинских документов, записаться к врачу, связаться со страховым представителем.

В системе будет создан архив цифровых изображений и будут внедрены интеллектуальные программы автоматизированного чтения изображений с резким увеличением точности и своевременности диагностики. Будет

внедрена система автоматизированной экспертизы качества медицинской помощи: сопоставление алгоритма ведения конкретного больного со вшитыми в систему эталонными протоколами и критериями качества.

К концу 2020 года система будет полностью интегрирована с информационно-аналитическими системами ОМС, обращения лекарств и медицинских изделий, что позволит проводить комплексный анализ ресурсоэффективности всей отрасли.

Таким образом, к концу 2020 года мы сможем выйти на качественно новый уровень управления здравоохранением, а также преемственностью и качеством медицинской помощи. Планируется, что с 2020 года начнут внедряться автоматизированные программы обработки больших массивов данных BIG DATA, которые позволят уже автоматизированно выбирать оптимальные алгоритмы медицинского сопровождения для каждого человека с учётом телемедицинских консультаций.

В тот же период времени одновременно будут развиваться персонализированные биомедицинские технологии. В ближайшие три года будут внедрены технологии быстрого чтения генома, что позволит нам к 2020 году создать единую систему биомаркеров основных заболеваний, а также современные технологии мониторинга здоровья человека и сеть высокотехнологичных центров предиктивной, прогнозной и профилактической медицины.

С этого года внедряются методы регенеративной медицины, основанные на клеточных и тканевых технологиях. К 2020 году будет создана в целом сеть биобанков, депозитариев и коллекций биоматериала, что даст новый импульс развитию регенеративной медицины уже с трансплантацией аутологичных, то есть полученных из собственных клеток человека, заменителей органов и тканей.

В тот же период времени будет развита персонализированная фармакотерапия – это таргетные иммунные препараты при онкологических, системных аутоиммунных заболеваниях, векторные вакцины, это генотерапия и механизмы редактирования генома, а также будут внедрены методы биофизики в виде робототехники, киберпротезов, различных сочленений человека и машинных механизмов.

Устойчивое развитие инновационной медицины будет возможно при активном развитии национальных инициатив HealthNet, NeuroNet, развития научно-образовательных кластеров вокруг ведущих университетов и национальных научно-практических медицинских центров и благодаря вводу в строй в 2017–2018 годах нескольких новых центров трансляционной медицины. Для сокращения времени инновационных разработок и их клинико-экономического обоснования активно реализуются механизмы направленного инновационного развития и клинической апробации.

Основной движущей силой развития отрасли являются медицинские работники. Постоянное внимание

уделяется удовлетворению реальной потребности населения каждого региона во врачах разного профиля и среднем медицинском персонале, что реализуется через обновлённый механизм целевой подготовки специалистов, эффективность которой в 2016 году приблизилась уже к 90 процентам.

При этом важным приоритетом является повышение квалификации медицинских работников. В настоящее время совместно с Национальной медицинской палатой разработаны и утверждены профессиональные стандарты по базовым медицинским дисциплинам. Все профессиональные стандарты для врачей-специалистов и среднего персонала будут завершены к 2019 году. В соответствии с профессиональными стандартами в течение шести месяцев с момента их принятия полностью актуализируются образовательные стандарты и образовательные программы.

Важнейшим направлением нашей работы является формирование ответственности у каждого человека за своё здоровье. С этой целью будет продолжена комплексная программа мотивирования граждан к здоровому образу жизни: начиная с дошкольного и школьного возраста – через специальные образовательные модули совместно с Министерством образования и науки, в вузах – через привлечение к волонтерству и занятиям спортом совместно с Росмолодёжью и Министерством спорта, и до корпоративных программ, направленных на создание и внедрение здоровьесберегающей среды на рабочем месте совместно с РСПП. В постоянном режиме будут продолжены и противотабачные, противоалкогольные проекты, программы по здоровому питанию и развитию физкультуры и спорта.

В 2016 году мы завершили создание Национального регистра врачей, а также Единого портала непрерывного повышения квалификации врачей, которые отражают индивидуальную траекторию профессионального развития каждого врача. Все врачи страны войдут в эту систему до конца 2021 года.

Важно отметить, что с 2016 года поэтапно вводится принципиально новый механизм допуска к профессиональной медицинской деятельности через проведение аккредитаций профессиональным сообществом по международному стандарту. Аккредитация распространится на всех медицинских специалистов до конца 2021 года.

Важнейшим направлением нашей работы является формирование ответственности у каждого человека за своё здоровье. С этой целью будет продолжена комплексная программа мотивирования граждан к здоровому образу жизни: начиная с дошкольного и школьного возраста – через специальные образовательные модули совместно с Министерством образования и науки, в вузах – через привлечение к волонтерству и занятиям спортом совместно с Росмолодёжью и Министерством спорта,

и до корпоративных программ, направленных на создание и внедрение здоровьесберегающей среды на рабочем месте совместно с РСПП. В постоянном режиме будут продолжены и противотабачные, противоалкогольные проекты, программы по здоровому питанию и развитию физкультуры и спорта.

Реализация перечисленных приоритетных направлений развития позволит нам к 2025 году существенно увеличить среднюю продолжительность жизни в стране до не менее 76 лет, среднюю продолжительность здоровой жизни до 66 лет, снизить младенческую смертность до 4,5 на тысячу родившихся живыми и снизить смертность лиц трудоспособного возраста.

Нужно сказать, что за 2016 год мы достигли 3,5-процентного снижения, с 546 до 517 на 100 тысяч, планируем в 2025 году достичь величины 380 на 100 тысяч. И также следует отметить, что сама индустрия здоровья выйдет на пер-

вые места в экономике страны к 2025 году, и Россия имеет очень большие шансы выйти в число лидеров по развитию и биомедицинских, и цифровых медицинских технологий.

На основе клинических рекомендаций мы разработали около 3,5 тысячи медико-экономических стандартов, которые позволили нам оценить реальную стоимость всего объёма медицинской помощи, которую мы бесплатно оказываем населению, и выявить определённые дефициты по ряду направлений. Реализация новых пилотных приоритетных проектов потребует дополнительных финансовых вложений.

Мы очень просим Вас поручить Минздраву, Минэкономразвития, Минфину совместно провести анализ всех необходимых расчётов для решения вопроса о возможности дополнительного финансирования здравоохранения, его источников в рамках предполагаемых в том числе налоговых изменений. Вложенные инвестиции в здоровье людей обязательно вернутся в экономику страны.

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова приняла участие в совещании президента Российской Федерации В.В. Путина с членами Правительства

14 марта 2017 года, Москва, Кремль



В.В. Путин: Уважаемые коллеги!

Мы начнём с некоторых оперативных вопросов.

Вероника Игоревна, расскажите, что реально у нас происходит в борьбе с эпидемическими заболеваниями, с гриппом, имею в виду в том числе и вакцинацию.

В.И. Скворцова: Уважаемый Владимир Владимирович! Уважаемые коллеги!

Мы начали подготовку к данному сезону гриппа с марта 2016 года, когда получили информацию от Всемирной организации здравоохранения по актуальным вакцинным штаммам.

За период с апреля по август мы наработали четыре отечественные высокоэффективные и безопасные вакцины, и это позволило нам в этом году существенно нарастить объёмы вакцинации до 56 миллионов человек за счёт государственных средств. Это более чем 38 процентов всего нашего населения. Но если вспоминать 2011 год, это было всего 26 процентов.

Кроме того, в последние два года мы ввели сочетанную вакцинацию против гриппа и пневмококковой инфекции у больных из группы риска. Это позволило нам за пять лет снизить заболеваемость гриппом в 3,6 раза и существенно снизить долю осложнённых и тяжёлых форм. В этом сезоне грипп пришёл осенью, и пик уже проявился в последней декаде декабря. В самый разгар данной эпидемии Всемирная организация здравоохранения оценивала в России её интенсивность как среднюю. Важно отметить, что из всех лабораторно подтверждённых случаев гриппа только 4 процента были привиты, 96 процентов – это люди, которые не были привиты от гриппа своевременно.

У нас в этом сезоне в 20 раз снизилась смертность от гриппа, летальность, частота смертельных исходов среди заболевших, по сравнению с прошлым и позапрошлым годами, несмотря на эпидемичность текущего сезона. И фактическая летальность сейчас составила 0,3 промил-

ле. Это один из самых низких показателей и в мире, и у нас в стране. И, как я уже сказала, у нас уменьшилось количество тяжёлых форм.

Сейчас грипп активно уходит. На текущей неделе превышение эпидпорога остаётся только в пяти регионах: два – в Центральном федеральном округе и три – в Сибирском федеральном округе. На прошлой неделе это было 17 регионов. Изменился штамм гриппа, это тоже важный показатель. Эпидемический штамм составляет менее 15 процентов сейчас. В основном это уже грипп группы Б. И, по всем прогнозам, грипп уйдёт полностью где-то во второй половине апреля текущего года.

Хочу отметить, что 2 марта ВОЗ уже объявила актуальные штаммы для следующего сезона, и мы подтвердили их специальной комиссией при Министерстве здравоохранения, в ближайшее время приступаем к наработке вакцины уже на следующий сезон. Поэтому надеемся удержать позитивную ситуацию.

В.В. Путин: Хорошо. Каковы данные по демографии?

В.И. Скворцова: Владимир Владимирович, по демографии мы имеем предварительные данные Росстата. Можно сказать, что демографические показатели, определяемые состоянием здоровья россиян, улучшились. Продолжительность жизни увеличилась на полгода, по предварительным данным, до 72 лет: у женщин – свыше 77 лет, у мужчин – 66,6 года. Но, прежде всего, это отражает снижение смертности во всех возрастных группах. У нас умерло в 2016 году на 17,5 тысячи человек меньше, чем в предыдущий 2015 год.

Важно отметить, что очень значительно, на 18 процентов за один год, снизилась материнская смертность, она достигла небывалых, на самом деле, величин для нашей страны – 8,3 на 100 тысяч родов, в 2011 году было 16,2, то есть за пять лет – в два раза, на 48 процентов.

Младенческая смертность тоже снизилась на 8 процентов, составила по результатам года 6 на 1000 родившихся живыми, но в январе текущего, 2017 года, уже 5,1. И, таким образом, за пять лет у нас младенческая смертность снизилась более чем на 40 процентов. И уже на сегодняшний день в 56 из 85 регионов младенческая смертность ниже 5, что соответствует лучшим мировым показателям.

В целом в группе детей до 18 лет у нас снизилась смертность на 8,5 процента, а за пять лет – более 30 процентов, у трудоспособного населения – на 3,5 процента за год и более 10 процентов за пять лет, и у лиц старше трудоспособного возраста – на 0,8 процента за этот год и, соответственно, снизилась на 5,5 процента за последние пять лет.

Таким образом, в целом смертность во всех возрастных группах снижается. Вместе с тем надо отметить, что у нас меняется структура населения, и за один год на 2,5 процента увеличилось число людей старше трудоспособного возраста, сейчас уже это 24,5 процента. В результате общая смертность тоже уменьшилась, но не столь значимо, как в отдельных возрастных группах – на 0,9 процента.

Хотелось бы ещё отметить, Владимир Владимирович, что кроме смертности есть важный интегральный показатель – продолжительность здоровой жизни, то есть жизни, не обременённой хроническими заболеваниями и инвалидностью. За последние 10 лет у нас этот показатель вырос на 4,5 года, у мужчин – на 5,5 лет и у женщин – на 3,5 года, и он составил, по данным 2015 года, на начало 2016 года – 62 года. В этом году будут чуть позже показатели, но мы уверены по тому, как анализируется система, что показатель тоже увеличится.

И последнее, если Вы позволите, хотелось бы отметить, что здравоохранение вносит свой вклад и в поддержание рождаемости в стране, и в увеличение рождаемости, прежде всего, в двух направлениях.

Первое направление – это профилактика аборт. Хотелось бы сказать, что за пять лет мы создали сеть – при всех женских консультациях и родильных домах 1,5 тысячи кабинетов и центров помощи беременным женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, это медико-социальная поддержка, психологическая поддержка. Благодаря этому у нас за один год на 8 процентов снизилось число аборт, на 58,5 тысячи случаев, а за пять лет – на 25 процентов, это 247,5 тысячи случаев аборт.

И второй момент. Мы развились в плане репродуктивного здоровья и восстановления репродуктивного потенциала. Только в 2013 году ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) было введено в ОМС, и с 2013 года в нашей стране женщины и мужчины из бесплодных пар стали бесплатно получать это лечение. В 2016 году мы уже сделали 47,5 тысячи ЭКО, а на текущий год, 2017-й, запланировано 62 тысячи ЭКО бесплатно. И это не только увеличение числа, но при этом ещё существенное повышение эффективности. В целом по стране эффективность составляет более 30 процентов, то есть каждый третий цикл ЭКО выходит в беременность. Поэтому мы надеемся работать в направлении снижения смертности и повышения рождаемости. Окончательные данные Росстат представит 2 июля, по итогам года.

В.В. Путин: Хорошо. У нас снижение смертности происходит по всем основным группам заболеваний.

В.И. Скворцова: Да.

В.В. Путин: Но наилучший результат в борьбе с туберкулёзом – минус 16,7 процента. Самый скромный – это новообразования, 0,8. Я к чему говорю? К тому, что есть над чем работать. Нужно это иметь в виду. Вы сами об этом знаете.

Что касается достижений исторического минимума по детской и материнской смертности, это, конечно, очень хороший показатель. Просто это тот случай, когда нельзя ослаблять внимание к этому вопросу.

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

18 марта 2017 года



В рамках запланированных мероприятий министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова приняла участие в открытии Республиканского сосудистого центра на базе ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» в Симферополе. На церемонии открытия присутствовали глава Республики Крым С.В. Аксенов, министр здравоохранения Республики Крым А.И. Голенко, другие официальные лица.

Республиканский сосудистый центр включает в себя 15 отделений (на 230 коек), в том числе неврологическое, кардиологическое, анестезиологии - реанимации, сосудистой хирургии, лучевой диагностики, физиотерапии, а также клиничко-диагностическую лабораторию и организационно-методический отдел. В РСЦ был проведен капитальный ремонт. Центр оснащен 754



единицами современного медицинского оборудования, включая ангиографический комплекс, аппараты МРТ



и КТ. Средства на создание центра были выделены из федерального и регионального бюджетов. Общая сумма финансирования составила 737,3 млн рублей.

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Сковрцова вручила лицензию на ведение деятельности руководителю центра. Участники церемонии осмотрели отделения и оборудование центра, пообщались с медицинским персоналом и пациентами.

В.И. Сковрцова оценила высокий уровень организации сосудистого центра: «Центр очень добротный, очень хороший. Он позволяет делать все, что нужно, и

так, как надо». Министр отметила: «Мы очень надеемся, что создание центра будет способствовать снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Крыму, где этот показатель на сегодняшний день один из самых высоких в стране. Сейчас создана система, когда есть все, чтобы это сделать».

Особо В.И. Сковрцова отметила, что региональный центр позволит оказывать квалифицированную и качественную медицинскую помощь жителям региона своевременно, что в вопросе лечения сердечно-сосудистых заболеваний играет первостепенную роль.

Организация такого центра позволяет синхронизировать здравоохранение республики с остальной страной в таких важных вопросах, как многоуровневая система оказания медицинской помощи пациентам, а также их маршрутизация.

Также стоит отметить, что новый центр изначально планировался с учетом использования телемедицинской помощи в его работе.

«Врачи центра прошли специальную подготовку в ведущих клиниках страны, чтобы дополнительно повысить квалификацию по оказанию помощи экстренным больным», – прокомментировала министр уровень персонала открывшегося центра.

Министр здравоохранения Республики Крым А.И. Голенко сообщил, что в городах Крыма на базе городских и центральных районных больниц будут созданы отделения центра, что позволит улучшить ситуацию с сердечно-со-

судистыми заболеваниями в целом по республике.

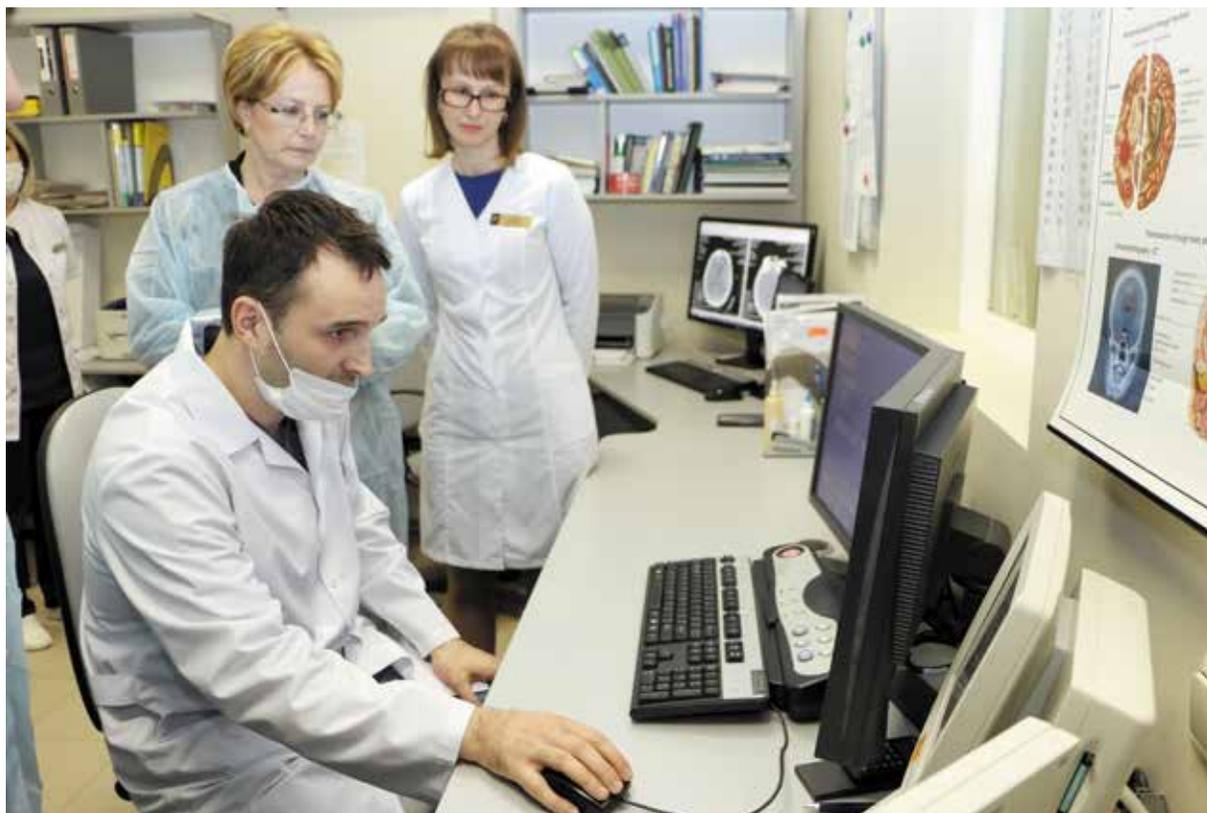
В рамках визита министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Сковрцовой в Республику Крым состоялось совещание с участием заместителя председателя Совета министров Республики Крым А.Н. Пашкуновой, министром здравоохранения Республики Крым А.И. Голенко, главным врачом ГБУЗ РК «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» А.И. Остапенко.



В продолжении рабочей поездки министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова посетила региональный сосудистый центр в городе Севастополе. Центр расположен в новом корпусе ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова». В его со-

став входит шесть отделений: анестезиология и реанимация, кардиохирургия и нейрохирургия, неврология и отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения. Сосудистый центр рассчитан на 120 коек.





В.И. Скворцова вручила руководству Городской больницы № 1 лицензию на осуществление медицинской деятельности в региональном сосудистом центре.

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова и врио губернатора города Севастополя Д.В. Овсянников ознакомились с работой центра,

активно сотрудничать с другими такими же центрами в России, обмениваться информацией по больным и совещательно принимать решения по сложным пациентам», – подчеркнула министр.

В завершении посещения сосудистых центров в Республике Крым и городе Севастополе В.И. Скворцова

В.И. Скворцова: «Все сосудистые центры в Крыму и Севастополе должны активно сотрудничать с другими такими же центрами в России, обмениваться информацией по больным и совещательно принимать решения по сложным пациентам».

осмотрели его отделения. В.И. Скворцова указала на важность взаимодействия между региональными и федеральными медицинскими организациями, занимающимися лечением сердечно-сосудистых заболеваний. «Все сосудистые центры в Крыму и Севастополе должны

поставила перед системами здравоохранения двух регионов задачу по снижению показателей летальности больных с инсультом и инфарктом.

www.rosminzdrav.ru

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко посетила с рабочим визитом Калининградскую область

28 февраля 2017 года, Калининград



В ходе рабочей поездки председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко предложила Министерству здравоохранения Калининградской области и местным страховым медицинским организациям (СМО) проработать вопрос об организации прохождения диспансеризации работающими жителями западного анклава страны за один день, вместо принятых трех-четырёх.

Вместе с помощником министра здравоохранения Российской Федерации В.О. Флеком председатель ФОМС подробно ознакомилась с порядком проведения регулярных бесплатных медицинских осмотров и лабораторных анализов по полису обязательного медицинского страхования. Для этого они побывали в поликлиническом отделении Городской больницы № 3, Городской поликлинике № 2, а также посетили три страховые медицинские организации – филиал ООО «РГС - Медицина», Калининградский филиал АО «СК Согаз - Мед», АО «ОМСК»,

Как известно, с начала этого года страховые медицинские организации стали оповещать россиян о начале про-

хождения диспансеризации посредством рассылки смс-сообщений. «Информирование проходит один раз в квартал, если человек не пришел, оповещение повторяется, – уточнила Н.Н. Стадченко. – Обязанности должны быть четко разделены: учреждения здравоохранения предоставляют сведения, кого из своих пациентов в соответствии с годом рождения они ждут на диспансеризацию в текущем году, а страховые медицинские организации приглашают граждан».

Как работает тандем страховщиков и специалистов поликлинического звена, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования и представитель Минздрава России оценили, лично проследив весь путь организации процесса от момента получения жителями Калининграда ангажемента на диспансеризацию. В Городской поликлинике № 2 для подобных медицинских осмотров выделено отделение медицинской профилактики, прием ведут 2 врача в сопровождении 4 медицинских сестер.

Накануне прохождения диспансеризации, которая проводится каждый день за исключением воскресенья,

посетители записываются по телефону, через информационные киоски либо воспользовавшись Интернетом. Предварительная запись, однако, не обязательна. Как сообщила гостям главный врач Е.В. Тихомирова, желающих пройти диспансеризацию примут, если они оформят посещение поликлиники через специально выделенное в медицинской регистратуре окно.

Состоялась итоговая встреча председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко с врио заместителя председателя правительства Калининградской области И.А. Бариновым.

Н.Н. Стадченко заострила внимание на необходимость непрерывной связи между поликлиниками и страховыми медицинскими организациями с тем, чтобы держать ситуацию под контролем. Кто из пациентов прошел профилактический осмотр самостоятельно, не дожидаясь оповещения, а до кого информацию следует еще раз донести? Кроме того, председатель ФОМС призвала региональные власти подумать, как сократить время прохождения диспансеризации для работающего населения. «Не каждого сотрудника работодатель отпустит на несколько дней, а проведение диспансеризации «одного дня» реально», – сказала она.

И.А. Баринов подчеркнул: «Вопрос о проведении диспансеризации наших граждан находится на личном контроле у главы региона А.А. Алиханова. Совместная работа Минздрава, наших медицинских организаций и института страховых представителей в этом направлении станет эффективным механизмом поддержки каждого застрахованного жителя региона при получении бесплатной медицинской помощи. Поэтому такая работа должна проводиться в тесном взаимодействии со страховыми медицинскими организациями, и в итоге мы получим хороший результат по профилактике различных заболеваний».

Н.Н. Стадченко провела рабочее совещание в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Калининградской области. Были заслушаны доклады сотрудников ТФОМС о результатах работы фонда. С докладами также выступили помощник министра здравоохранения Российской Федерации В.О. Флек, начальник Управления организации ОМС ФОМС С.Г. Кравчук, заместитель начальника Управления модернизации системы ОМС ФОМС Е.В. Максимова.

www.ffoms.ru

Новые кадровые назначения

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края



Чабан Сергей Николаевич, 1966 г.р., назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края на основании распоряжения Правительства Забайкальского края от 13 марта 2017 г. №104-р.

Чабан С.Н. в 1989 году с отличием окончил Читинский государственный медицинский институт по специальности «лечебное дело», к.м.н., заслуженный работник здравоохранения Читинской области. В 2003 году – с отличием окончил Байкальский государственный университет экономики и права по специальности «менеджмент организаций». С 2014 года включен в резерв управленческих кадров, находящихся под патронажем Президента Российской Федерации.

1989–1991 годы – клиническая ординатура на кафедре факультетской терапии ЧГМИ.

С 1991 по 1998 годы работал в МУЗ «Городская клиническая больница № 1» в отделениях терапии, токсикологии, кардиологии, совмещая с работой доцента кафедры факультетской терапии.

1999–2001 годы – консультант по терапии Комитета здравоохранения Читинской области.

2001–2011 годы – председатель Комитета здравоохранения г. Читы.

2011–2013 годы – первый заместитель министра здравоохранения Забайкальского края.

2013 год – и.о. генерального директора ГСМК «Забайкалмедстрах».

2013–2016 годы – заместитель председателя правительства Забайкальского края по социальным вопросам.

Награжден Почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, многочисленными грамотами и благодарственными письмами Правительства Забайкальского края и Администрации г. Читы. Лауреат V Всероссийского конкурса «Лучший муниципальный служащий» (2005 г.).

Первый съезд терапевтов Московской области

14–15 марта 2017 года, Московская обл., Красногорск

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко приняла участие в работе Первого съезда терапевтов Московской области.

Участие в форуме также приняли губернатор Московской области А.Ю. Воробьев, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Т.В. Яковлева, директор НИИ пульмонологии Федерального медико-биологического агентства А.Г. Чучалин, первый заместитель председателя комитета Государственной Думы по охране здоровья Н.П. Санина, министр здравоохранения Московской области Д.С. Марков, сотрудники областных и муниципальных медицинских учреждений Подмосковья.

Кроме того, представителям медицинского сообщества была предоставлена возможность принять участие в форуме посредством видеоконференцсвязи.

Открывая мероприятие, губернатор Подмосковья А.Ю. Воробьев сообщил, что участниками съезда стали более 2,5 тысяч человек. Глава Московской области подчеркнул особую значимость работы врачей первичного звена здравоохранения. «Президентская программа не случайно уже многие годы делает акцент на создании дополнительных, особых условий для прихода специалистов в первичное звено. У нас первая и главная проблема – первичное звено: терапевты и педиатры», – сказал он.

Председатель ФОМС Н.Н. Стадченко в своем выступлении обратила внимание участников форума на то, что на текущий момент в Российской Федерации из 146,7 млн застрахованных лиц обеспечено прикрепление 142,4 млн человек. «В Московской области из 7,6 млн застрахованных лиц прикреплено 7,1 млн человек. Важно обеспечить стопроцентное прикрепление застрахованных лиц к врачу-терапевту. В Московской области есть врачи, к которым прикреплено более 7 тыс. человек. На это следует обратить внимание.

Терапевты должны быть заинтересованы в корректности прикрепления к ним застрахованных лиц, а точнее в достоверности отражения информации в регистре



На фото слева направо: губернатор Московской области А.Ю. Воробьев, директор НИИ пульмонологии Федерального медико-биологического агентства А.Г. Чучалин, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Т.В. Яковлева

застрахованных лиц, который ведет территориальный фонд ОМС. Это существенно влияет на рейтинг терапевтов, который впервые был проведен в октябре прошлого года», – заметила Н.Н. Стадченко.

Председатель Федерального фонда ОМС сообщила, что в рейтинге за первое полугодие 2016 года «ТОП-500 лучших терапевтов России» – 21 врач-терапевт из Московской области. «В ближайшее время будут подводиться итоги деятельности врачей-терапевтов за прошедший год. Полагаю, что Московская область должна занять достойное место в рейтинге. Ещё раз прошу вас обратить внимание на корректность информации о прикреплении. Это важно!» – подчеркнула Н.Н. Стадченко.

Председатель ФОМС напомнила, что сейчас происходит индивидуальное оповещение застрахованных о возможности прохождения диспансеризации и дальнейшая сверка списков лиц, подлежащих диспансеризации в текущем году, которых затем будут информировать о режиме работы медорганизации, графиках проведения обследования. «На этом этапе очень важно четкое взаимодействие медицинских работников со страховыми представителями. Именно вы завершаете диспансеризацию каждого пациента, и от того, как вы организуете взаимодействие со страховыми медицинскими организациями, зависит нагрузка на вас и качество диспансеризации», – обратилась к терапевтам Н.Н. Стадченко.

Председатель ФОМС также обратила внимание на то, что с 2018 года дополнительно к этим мероприятиям добавляется мотивирование населения к выполнению рекомендаций врача по результатам диспансеризации,



Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко

своевременность диспансерного наблюдения у врачей, контроль выполнения рекомендаций по лекарственной терапии.

Руководитель Федерального фонда ОМС сообщила, что на базе СМО организовано 24 федеральных и 116 региональных колл-центров, работает более 6,5 тысяч страховых представителей первого и второго уровней, из них 218 работает в Московской области.

«Институт страховых представителей — это важный этап в создании унифицированной системы защиты прав застрахованных, когда каждый застрахованный должен знать и свою страховую медицинскую организацию, и своего страхового представителя, его телефон, по которому он может в любое время обращаться по всем «наболевшим» вопросам», — отметила в своем выступлении Н.Н. Стадченко.

В общении с журналистами по окончании пленарного заседания заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Т.В. Яковлева сообщила, что благодаря работе терапевтов, в том числе Московской области, показатель смертности в России постепенно снижается.

«В Московской области очень много делается сейчас по первичному звену: выездные формы, строительство ФАПов, врачебных амбулаторий. Нужно добиться, чтобы 100% была доступной и качественной первичная медицинская помощь. Я бы еще хотела отметить то, что сегодня участковая сеть терапевтов в Московской области, несмотря на то, что нет 100-процентной укомплектован-

ности, справляется со своей работой по диспансеризации. Но нужно как можно больше обращать внимание на качество проведения диспансеризации, а особенно по выявлению онкологических заболеваний. Здесь еще нужно, чтобы онкологическая служба учила участковых терапевтов выявлять эти заболевания», — сказала Т.В. Яковлева.

В свою очередь депутат Госдумы, главный внештатный терапевт Минздрава Московской области Н.П. Санина отметила важность пополнения подмосковных медучреждений молодыми специалистами первичного звена.

Министр здравоохранения Московской области Д.С. Марков заявил: «В Подмоскowie работают программы, направленные на привлечение кадров: «Земский доктор» и социальная ипотека. Что необходимо — это укрепление материально-технической базы медучреждений, своевременное обновление парка машин скорой помощи, зданий, оборудования. Когда у специалиста есть возможность на современном оборудовании решить любую клиническую задачу. В первичном звене это возможность своевременной сдачи анализов, своевременный кардиограф, своевременный выезд скорой медицинской помощи. Мы полностью обновили парк машин скорой медицинской помощи, ведем дальнейшее обновление данного парка», — сообщил министр.

Министр уточнил, что по программе социальной ипотеки уже купили жилье 154 подмосковных медика, порядка 240 получили сертификаты, на просмотре документов находятся еще 80 заявлений.

«За два года около 800 медицинских работников приобретут жилье по социальной ипотеке. По программе «Земский доктор» 804 человека уже приехали в Московскую область, заключили контракты и работают в сельской местности. В 2017 году ожидаем еще 150 человек», — привел цифры глава областного Минздрава.

В ходе работы Первого съезда терапевтов Московской области было заслушано более 100 докладов, посвященных актуальным вопросам современного здравоохранения. Также в рамках мероприятия в Доме Правительства Московской области состоялась специализированная выставка. На ней было представлено диагностическое и лечебное оборудование, лекарственные средства, современные информационные технологии, медицинские издания.

«Съезд — это всегда большое событие, потому что он формирует новую модель врача. Съезд определяет основные направления, где надо сконцентрировать образовательные усилия. Это всегда высокая образовательная миссия, потому что врачи получают ту информацию, которую они обычными средствами получить не могут, это живое общение. Для съезда очень важно наметить конкретные пути дальнейшего развития нашего общества в плане укрепления его здоровья», — отметил директор НИИ пульмонологии Федерального медико-биологического агентства А.Г. Чучалин.

Выездное совещание Федерального фонда обязательного медицинского страхования по внедрению института страховых представителей в сфере ОМС

23 марта 2017 года, Москва

В работе совещания, состоявшегося в АО «Страховая компания «СОГАЗ – Мед», приняли участие заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Е.Н. Сучкова, член Комитета Совета Федерации по социальной политике В.И. Круглый, члены комитета Государственной Думы по охране здоровья Н.А. Черняева и Ю.В. Кобзев, директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России С.А. Бойцов, другие представители исполнительной власти и страхового сообщества.

Открывая заседание, заместитель председателя Федерального фонда ОМС Е.Н. Сучкова констатировала, что внедрение института страховых представителей началось в июле 2016 года – в рамках реализации поручений президента и Правительства по формированию пациентоориентированной модели здравоохранения. «Это новый шаг на пути расширения полномочий страховых медицинских организаций (СМО) и приближение их к застрахованным лицам», – подчеркнула она. С января 2017 года стартовала реализация второго этапа – в работу включились страховые поверенные 2 уровня, напомнила в своем вступительном слове Е.Н. Сучкова.

Относительно функционала работы этого института дала пояснения начальник Управления организации ОМС ФОМС С.Г. Кравчук. Она отметила, что специалисты первого уровня – это работники контакт-центров, которые дают застрахованным первичную информацию: о получении полисов, о графиках работы медицинских организаций, о профиле оказания помощи в различных клиниках и тому подобное. «Для устранения проблем в организации медицинской помощи включается специалист второго уровня, который имеет медицинское образование», – уточнила она.

Заместитель руководителя ФОМС Е.Н. Сучкова заметила, что каждая СМО имеет свои особенности при подготовке страховых представителей и при дальнейшем выстраивании работы этих специалистов. «Первое выездное заседание ФОМС проходило в страховой компании РОСНО, сегодня есть возможность познакомиться с работой СОГАЗ», – сказала она, предоставляя слово генеральному директору компании Д.В. Толстову.



«Приоритетными задачами нашей деятельности являются создание и оптимизация синергии между нашей компанией и медицинскими организациями, а также активная работа по развитию института страховых представителей», – заверил глава «СОГАЗ-Мед».

По данным руководителя корпоративного учебного центра «СОГАЗ-Мед» В.В. Дударева, для работы с застрахованными компания постоянно увеличивает численность страховых представителей. По состоянию на март 2017 года подготовлено 764 страховых представителей первого уровня и 417 – второго уровня. Кроме того, компанией проводятся бесплатные тренинги для медицинских работников почти в половине регионов страны, что позволяет повысить эффективность работы регистратур, устранить некорректное отношение к пациентам и снизить конфликтность. Если до проведения тренингов на работников медрегистратур поступало порядка 7–9 жалоб в месяц, то после – максимум одна, заверил В.В. Дударев участников совещания.

«Что касается результатов деятельности участия работы СМО по профилактике неинфекционных заболеваний, то в нашей организации в 2017 году 4,5 млн застрахованных должны пройти диспансеризацию. По состоянию на текущую дату, уже охвачено индивидуальным информированием около миллиона застрахованных. По оперативным данным, примерно 40-50% от числа приглашенных уже прошли диспансеризацию. Если сравнить объемы прошедших диспансеризацию в ян-

варе-феврале 2017 года с аналогичным периодом 2016 года, то эта численность увеличилась в среднем на 14%. Сейчас мы повсеместно налаживаем обратную связь с медицинскими организациями, чтобы вовремя иметь информацию о результате нашего информирования и оперативно на нее реагировать», – сказала исполнительный директор по экспертизе и защите прав застрахованных АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Т.В. Серебрякова.



«Мы проанализировали ход диспансеризации: охват населения в январе 2017 года вырос на 13% – по сравнению с аналогичным периодом прошлого года», – обобщила данные начальник Управления организации ОМС С.Г. Кравчук, добавив, что это важный показатель работы страховых представителей, которые как индивидуально, так и публично ведут активную работу с населением.

Член Комитета Совета Федерации по социальной политике В.И. Круглый поблагодарил за постановку на диспансерное наблюдение больных с острым коронарным синдромом миокарда и инсульта. Но призвал к взаимодействию страховых представителей второго уровня и медицинских организаций при постановке на аналогичное наблюдение пациентов с артериальной гипертонией. «Если больных с инсультами и инфарктами – порядка 600 тысяч в год, то больных с артериальной гипертонией – 42 млн. Из них на диспансерном наблюдении примерно 30% – это видно через механизм выписки льготных препаратов», – сказал сенатор.

Показатели результативности взаимодействия медорганизаций со страховщиками подтвердили в ходе онлайн-включения главные врачи больниц Ярославской области и Республики Башкортостан. Они отмечали и необходимость проводимых тренингов с персоналом, и высвобождение времени медиков за счет подключения к процессу организации диспансерного осмотра и пропаганды здорового образа жизни страховых представителей.

«Если ранее информирование проводилось силами самих медицинских организаций, которые и без того зачастую испытывают финансовый дефицит, то теперь накладные расходы по изготовлению информационных материалов, организации смс-оповещения или почтовой рассылки взяли на себя СМО. С внедрением этой новации появилось больше возможностей для индивидуального оповещения пациентов», – подтвердила заместитель председателя ФОМС Е.Н. Сучкова.

Со своей стороны заместитель генерального директора «СОГАЗ-Мед» С.В. Плехов добавил, что за невыполнение обязанностей по информированию граждан о диспансеризации в отношении СМО применяются штрафные санкции – 3 тысячи рублей за каждый выявленный случай. «Поэтому мы стараемся не просто обеспечить информирование, но даже несколько раз оповестить застрахованного, чтобы человек пришел на диспансеризацию», – заверил он.

Он также заметил, что благодаря функционированию института страховых поверенных выполняется поручение президента Российской Федерации по повышению качества работы СМО по защите прав застрахованных, в том числе через широкое информирование о видах и условиях предоставления медицинской помощи.

«Мы видим в этом направлении большие возможности для наращивания позитивного сотрудничества в интересах застрахованных с медицинскими организациями и с органами управления здравоохранения. Здесь у нас с медицинскими работниками полностью совпали интересы и задачи», – резюмировал С.В. Плехов.

Член комитета Государственной Думы по охране здоровья Ю.В. Кобзев заявил о значимости профилактической работы страховых представителей, заметив, что «чем меньше застрахованный болеет, тем это выгоднее страховщику». Еще один представитель думского комитета по охране здоровья Н.А. Черняева выделила необходимость взаимодействия всех структур – и государственных, и коммерческих – в целях обеспечения граждан квалифицированной медицинской помощью, ориентации здравоохранения на профилактику и оздоровление нации.

Завершая выездное заседание, заместитель председателя ФОМС Е.Н. Сучкова подчеркнула важность такого формата взаимодействия – для получения обратной связи, для объективной оценки эффективности принимаемых шагов, для обмена опытом по защите прав застрахованных граждан.

В ходе мероприятия участники заседания посетили контакт-центр и познакомились с организацией работы страховых представителей компании.

Совершенствование системы уплаты страховых взносов за неработающее население

2 марта 2017 года, Москва



В Совете Федерации Федерального собрания Российской Федерации состоялся круглый стол на тему: «Совершенствование системы уплаты страховых взносов за неработающее население: проблемы и законодательные пути их решения».

В работе круглого стола приняли участие сенаторы, представители министерств, Счетной палаты Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, представители регионов.

Участники мероприятия обсудили проблемы организации персонализированного учета и информационного обмена в системе обязательного медицинского страхования, методики уплаты страховых взносов самозанятыми категориями граждан, а также вопросы, связанные с выявлением и исключением из системы Обязательного медицинского страхования лиц, не подлежащих страхованию согласно действующему законодательству.



Открывая круглый стол, председатель Комитета Совета Федерации по бюджету и финансовым рынкам **С.Н. Рябухин** указал на необходимость введения персонализированного учета. Он напомнил, что без такой методики происходят «разночтения, когда в число застрахованных неработающих граждан попали военнослужащие, не подлежащие учету в системе ОМС».



Заместитель председателя Федерального фонда ОМС **Ю.А. Нечепоренко** представил основные положения подготовленного Минздравом России и ФОМС законопроекта «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам персонализированного учета в сфере обязательного медицинского страхования». Как пояснил

Ю.А. Нечепоренко, подготовленный законопроект нацелен на исключение возможности страхования в системе ОМС военнослужащих и приравненных к ним лиц. Он обратил внимание на ключевую норму документа – актуализацию базы единого регистра застрахованных лиц за счет вводимого информационного взаимодействия между ФОМС и различными силовыми ведомствами.

«С учетом замечаний Счетной палаты и обращений Совета Федерации в Правительство в законопроекте была предусмотрена норма, в соответствии с которой численность застрахованных лиц будет определяться в соответствии с методикой, устанавливаемой Правительством Российской Федерации. Эта методика будет учитывать при расчете численности застрахованных среднегодовую численность застрахованных лиц за год, предшествующий году формирования бюджета», – рассказал еще об одной новелле документа Ю.А. Нечепоренко.

Заместитель председателя ФОМС выразил уверенность, что предложенные законопроектом новеллы будут способствовать снижению нагрузки на бюджеты субъектов Федерации по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Выступавший в рамках круглого стола директор ТФОМС Воронежской области **А.В. Данилов** подчеркнул,



что в регионе очень ждут принятия законодательных новаций в части полномочий в сфере информационного взаимодействия с военными ведомствами и другими структурами, в которых служат приравненные к военнослужащим категории лиц. «Сейчас мы в этих сферах погрязли: с кем только не сверяемся – и официально и неофициально, в том числе используя административный ресурс региона. Год назад самостоятельно начали эту работу. Под эгидой правительства Воронежской области провели совещание, определили параметры, как мы говорим, «капитуляции» – добровольной сдачи военнослужащими полисов».

Особо острые споры в рамках круглого стола вызвал вопрос уплаты социальных взносов за самозанятое население. На сегодняшний день эта часть платежей – дополнительное бремя для региональных бюджетов.

Председатель бюджетного комитета Совета Федерации С.Н. Рябухин обратил внимание представителей Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации на необходимость определения статуса этой категории населения, а также определения перечня всех видов деятельности самозанятых.

Со своей стороны член Комитета Совета Федерации по науке, образованию и культуре **О.А. Казаковцев** указал на важность легализации доходов самозанятых граждан и появления у них обязанностей по уплате страховых взносов. Он также высказал мнение о том, что личные соплатежи населения помогут сделать ОМС действительно страховой системой.



Первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике **Л.П. Кононова** озвучила новый подход к разделению населения на работающее и неработающее. «Есть предложение по-другому определить эти категории – трудоспособные и нетрудоспособные. Если мы будем рассматривать именно эти категории и разобьем их на группы, то там вырисовывается совершенно иная картина, которая может качественно изменить ситуацию». Сенатор призвала в дальнейшем обсудить это предложение с участием ФОМС и Счетной палаты, чтобы выработать совместный конструктивный подход по учету самозанятых и порядке уплаты социальных взносов этой категорией граждан.

УДК 614.2

Современный перинатальный центр как системообразующая основа службы родовспоможения Алтайского края

И.В. Долгова¹, М.Д. Богатырева², И.В. Молчанова³

¹ Министерство здравоохранения Алтайского края;

² Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края;

³ КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр»



И.В. Долгова



М.Д. Богатырева



И.В. Молчанова

Реферат

В статье освещены основные этапы проектирования, строительства и ввода в эксплуатацию в Алтайском крае перинатального центра в рамках реализации Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации, утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 9 декабря 2013 г. № 2301. Представлены примеры механизмов повышения доступности и качества медицинской помощи матери и ребенку на основе трехуровневой системы оказания медицинской помощи и

взаимодействия медицинских организаций, входящих в медицинский кластер. Приведены статистические показатели и результаты, достигнутые регионом в части снижения материнской и младенческой смертности.

Ключевые слова: перинатальный центр, медицинская помощь, модернизация здравоохранения, реформа службы родовспоможения, демография, трехуровневая система, регистр беременных, маршрутизация пациентов, показатели материнской и младенческой смертности.

Для корреспонденции:

Долгова Ирина Викторовна – министр здравоохранения Алтайского края
Министерство здравоохранения Алтайского края
Адрес: 656031, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Красноармейский, 95а
Телефон (8-38532) 62-77-66, факс: (8-38532) 62-80-98, e-mail: krayzdrav@zdravalt.ru

Богатырева Марина Джоновна – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края
Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края (ТФОМС Алтайского края)
Адрес: 656049, Алтайский край, г. Барнаул, пр-т Красноармейский, д. 72,
Телефон: (8-3852) 63-29-79, факс: (8-3852) 63-68-36, e-mail: general@tfoms22.ru

Молчанова Ирина Владимировна – главный врач КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр»
КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр»
Адрес: 656045, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Фомина, 154
Телефон (8-3852) 56-93-11, e-mail: kgbuz.akkpc@corp.zdravalt.ru

Алтайский край стал одним из регионов, в котором по решению президента Российской Федерации В.В. Путина в 2014 году началось строительство перинатальных центров. В рамках подготовки к реализации проекта строительства центра Администрацией Алтайского края, Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования было подписано Соглашение о финансовом обеспечении Программы модернизации здравоохранения Алтайского края в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатального центра. Соглашением предусматривалось предоставление Алтайскому краю из бюджета Федерального фонда ОМС денежных средств в размере 2 326 218,1 тыс. рублей. Доля субсидий ФОМС составила 79,5% от общего объема финансового обеспечения программы. Доля краевого бюджета, направляемая на строительство объекта, составила 600 млн рублей.

Деньги на строительство направлялись из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в бюджет ТФОМС Алтайского края двумя траншами в соответствии с установленным графиком. Первая часть средств поступила в феврале 2014 года, вторая половина средств – в октябре 2014 года. Таким образом, из Федерального фонда ОМС денежные средства в полном объеме и в установленные сроки были перечислены в краевой бюджет. Постановлением Администрации Ал-

тайского края от 17.12.2013 № 654 «О внесении изменений в постановление Администрации Алтайского края от 30.03.2011 «Об утверждении Программы модернизации здравоохранения Алтайского края на 2011–2012 годы» были утверждены все этапы работ от проектирования, строительства, до ввода в эксплуатацию и подготовки соответствующих кадров. Помимо этого на подготовку и повышение квалификации врачей-специалистов для строящегося краевого перинатального центра направлено порядка 10 млн рублей. В целом на строительство и оснащение нового перинатального центра направлено более 3 млрд рублей из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования и регионального бюджета.

Строительство перинатального центра началось в конце октября 2014 года. Оно находилось под пристальным вниманием губернатора Алтайского края А.Б. Карлина и федеральных структур. Строительную площадку перинатального центра посетили заместитель председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец, министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко, заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Т.В. Яковлева. Во время своего визита в Алтайский край заместитель председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец смогла лично убе-



Торжественная закладка первого камня нового краевого перинатального центра «ДАР», сентябрь 2014 года



Презентация нового краевого перинатального центра «ДАР» заместителю председателя Правительства РФ О.Ю. Голодец, 6 июня 2014 года



Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова проверяет ход строительства нового краевого перинатального центра «ДАР», 3 августа 2015 года

даться, что все запланированные мероприятия реализуются в соответствии с утвержденным графиком. Она отметила продуманную схему взаимодействия медицинских организаций, входящих в медицинский кластер, которая обеспечивает оптимальную маршрутизацию пациентов, нуждающихся в обследовании, лечении и реабилитации.

В декабре 2016 года в Алтайском крае новый перинатальный центр начал работу. Это самый крупный перинатальный центр из 32 строящихся в стране в рамках Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации, утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 9 декабря 2013 г. № 2301-р.

Уникальное медицинское учреждение с символическим названием – «ДАР. Дети, Алтай, Россия!» позволило обеспечить доступ к здравоохранению современного уровня всем женщинам Алтайского края. Новый перинатальный центр – это поликлиническое отделение, отделения гинекологии, патологии беременных, патологии новорожденных и недоношенных детей, реанимация, женская консультация, центр пренатальной диагностики, центр экстракорпорального оплодотворения и дистанционный консультативный центр, укомплектованный выездными бригадами. Перинатальный центр занимает площадь 34 тысячи квадратных метров, оснащен 4 014 единицами технологического оборудования, в числе которых 2 957 – медицинское оборудование.

Мощность стационара – 190 коек, консультативной поликлиники – 120 посещений в смену с работой в 2 смены. В работе центра используются новые организационные формы: семейно-ориентированные роды, стационарзамещающие технологии, методы эндоскопической хирургии и диагностики гинекологических заболеваний органов репродуктивной системы женщин, вспомогательные репродуктивные технологии, выхаживание и реабилитация недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой тела.

Перинатальный центр обеспечен современными информационными технологиями: электронный документооборот, а также телевизионный контроль за ходом родов и операций, позволяющий получать и передавать информацию в режиме реального времени в целях консультирования как внутри лечебного учреждения, так между учреждениями края и Российской Федерации.

Современный перинатальный центр – это не просто хорошо технически и технологически оснащенная и укомплектованная квалифицированными кадрами медицинская организация. Это, в первую очередь, системообразующая основа службы родовспоможения, поднимающая в целом на качественно новый уровень оказание медицинской помощи матери и ребенку в регионе. Именно такую цель поставил губернатор Алтайского края А.Б. Карлин перед исполнительной властью при реализации данного проекта. На первоначальном этапе важнейшей задачей стал выбор проекта перинатального центра, который бы обеспечил реализацию од-



Здание нового краевого перинатального центра «ДАР», построенного в рамках Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации, декабрь 2016 года

ной из главных функций учреждения – длительное выхаживание недоношенных новорожденных.

По мнению специалистов Алтайского края, данная функция невозможна без использования современных архитектурно-технологических решений: обеспечение вентиляционной системой и медицинскими газами, что формирует благополучный санитарно-эпидемиологический режим пребывания новорожденных пациентов, рожениц и родильниц, исключающий возможность их инфицирования на фоне ослабленной или несформированной иммунной системы. Именно данный аспект, из-за технологических и планировочных сложностей его решения не позволяет в полной мере обеспечивать такие условия при модернизации уже существующих родильных домов. Архитектурно-планировочные технологии, реализованные в КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр», делают возможным соблюдение санитарно-эпидемиологического режима и нормативно установленных гигиенических требований, соответствующих современным требованиям инфекционной безопасности данного типа учреждений.

Проект перинатального центра в г. Барнауле – это проект так называемого «повторного применения», реализованный ранее в г. Красноярске. С учетом опыта работы красноярских коллег и региональных потреб-

ностей проект претерпел серьезные изменения, что потребовало повторного проведения государственной экспертизы. Кроме того, была усовершенствована схема тепло- и электроснабжения объекта, гарантирующая бесперебойную и безопасную работу учреждения. Она предусматривала несколько независимых энергетических источников: трансформаторная подстанция, дизель-электрическая станция, модульная газовая котельная. Что касается дизайна внешнего вида перинатального центра, он разрабатывался с учетом уже имеющейся архитектуры окружающих объектов.

Здание перинатального центра – это отдельно стоящий корпус, общей площадью 34 369,9 кв.м., разной этажности 5–7 этажей, состоящий из двух крупных блоков. Блок-А предназначен для палат, в блоке-Б сконцентрированы операционные, родильные залы, реанимационные отделения. Каждый блок разделен системой шлюзов на 5 подблоков и снабжен отдельными выходами. Все функциональные помещения – это так называемые чистые помещения с особым режимом вентиляции, со специальными панелями на стенах, герметичным потолочным покрытием и антистатическим натуральным линолеумом на полу. Все они обеспечены централизованной системой подачи 5 газов. Такая сложная конструктивная схема позволяет организовать

автономную, независимую от состояния других блоков работу отдельных подразделений центра и максимально изолировать потоки пациентов. Палаты для пребывания матери и ребенка – одноместные, для других категорий пациенток палаты двухместные.

Второй важнейшей задачей при строительстве перинатального центра был выбор его места расположения относительно топографии города с учетом транспортных и коммуникативных развязок. Перинатальный центр построен в экологически чистой части города – в сосновом ленточном бору, на пересечении федеральных трасс, связывающих все территории края и обеспечивающих транспортную доступность. Но главное, это площадка, на которой компактно расположены группы учреждений и организаций, территориально локализованных, взаимосвязанных и дополняющих друг друга в сфере оказания медицинской помощи – «Алтайский медицинский кластер».

Деятельность семи медицинских организаций, входящих в «Алтайский медицинский кластер», флагманом которого является КГБУЗ «Краевая клиническая больница», основана на согласованных действиях по реализации профильного отбора, лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения пациентов в целях эффективного восстановления их здоровья. Новый перинатальный центр в организации своей деятельности активно использует диагностические, консультативные и хозяйственные ресурсы медицинских организаций кластера. Так, большинство плановых лабораторных исследований, в том числе бактериологических, проводится в лабораториях краевой клинической больницы. Здесь же осуществляется стерилизация изделий медицинского назначения. Активно используются технические возможности этого учреждения при проведении лучевой и функциональной диагностики (КТ, МРТ, рентгенэндоваскулярная диагностика). КГБУЗ «Краевая клиническая больница» и КГБУЗ «Алтайский краевой перинатальный центр» имеют единый пищеблок, прачечную, участок по обращению и утилизации медицинских отходов методом пиролиза. Такое расположение перинатального центра позволяет оперативно и комплексно оказывать полный объем медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с любой патологией и, что тоже немало важно, эффективно и рационально ис-

пользовать финансовые средства. За счет объединения ряда вспомогательных служб кластерная модель взаимодействия медицинских учреждений позволяет существенно снизить затраты на содержание, в том числе на осуществление хозяйственной деятельности.

Еще одной задачей перинатального центра при решении проблемы снижения материнской и младенческой смертности в регионе является концентрация в учреждении пациентов, нуждающихся в специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи в условиях стационара. Следует понимать, что ведущую роль в отборе пациентов для оказания медицинской помощи в учреждении третьей группы должны осущест-



Главный врач КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр» И.В. Молчанова знакомит губернатора Алтайского края А.Б. Карлина с работой отделений



Ультразвуковое исследование в отделении пренатальной диагностики



Выписка первых пациентов краевого перинатального центра «ДАР»

влять сами сотрудники перинатального центра. Обычного мониторинга за состоянием пациенток высокой группы риска для выполнения данной задачи крайне не достаточно. Для осуществления профилактических мероприятий по предотвращению тяжелых осложнений, сотрудники перинатального центра должны участвовать в формировании групп риска, а для этого им необходимо иметь сведения о динамике состояния здоровья каждой беременной. В этой связи встает вопрос о системе информатизации всей службы региона, оперативной и качественной связи между каждым учреждением родовспоможения на основе современного программного обеспечения. Данная задача выполняется сотрудниками консультативно-диагностического отделения КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр». Для этого территория края функционально разделена на 6 округов, за которыми в целях курации закреплены 6 специалистов акушеров-гинекологов.

Организационно-методическое сопровождение деятельности отделения осуществляется на основании использования медицинской экспертной системы «Регистр беременных», которая представляет собой автоматизированный телемедицинский комплекс, предназначенный для ведения мониторинга беременности женщин с занесением всех материалов наблюдения, в том числе заключение врача, в централизованную региональную

базу данных. Основная задача комплекса — выделение пациенток с осложненным течением беременности и выстраивание дальнейшей маршрутизации для оказания медицинской помощи. Работа в программном комплексе позволяет проводить дистанционные консультации как для специалистов акушеров-гинекологов всего края, так и пациентов. Медицинская экспертная система «Регистр беременных» является основой выстраивания трехуровневой системы оказания медицинской помощи в регионе и позволяет своевременно и в полной мере осуществлять отбор пациенток, нуждающихся в лечении в перинатальном центре. Медицинская экспертная система «Регистр беременных» является для региона авторской. Ее использование с 2013 года позволило в крае на 78% снизить уровень материнской и на 23% — младенческой смертности.

Сегодня Алтайский край и страна в целом идет по пути достижения одной из целей, сформулированных ООН, — снижения показателя материнской и младенческой смертности. Не вызывает сомнения, что происходит это за счет серьезной реформы службы родовспоможения, базисной платформой которой является строительство и функционирование перинатальных центров — ключевых медицинских организаций, призванных обеспечить демографические задачи и задачи рождения здорового ребенка.

УДК 614.2

Некоторые аспекты связи научно-технического прогресса в оказании медицинских услуг и структурных преобразований в сфере здравоохранения

А.В. Данилов, К.Б. Московченко

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Воронежской области



А.В. Данилов



К.Б. Московченко

Реферат

Статья посвящена решению весьма актуальной проблемы – внедрению на территориальном уровне современных медицинских технологий, основанных на использовании достижений научно-технического прогресса и их воздействие на реформирование структур и обеспечение эффективного функционирования регионального здравоохранения в условиях необходимости соблюдения баланса

между существующими размерами государственного финансирования здравоохранения и гарантиями предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи.

Ключевые слова: научно-технический прогресс (НТП), медицинская помощь, условия оказания, здравоохранение региона, оргструктура, финансирование, система ОМС.

Для корреспонденции:

Данилов Александр Валентинович – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья, экономики и управления в здравоохранении Института дополнительного профессионального образования Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко

Московченко Константин Борисович – эксперт отдела формирования и экономического обоснования территориальной программы ОМС Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области

Адрес: 394026, г. Воронеж, Московский проспект, 4
Тел.: (473) 252-19-66; факс: (473) 259-35-58; e-mail: vrn@omsvrn.ru

Цель исследования

Изучение связи внедрения достижений НТП в сфере здравоохранения и происходящих в ней структурных преобразований и изменений, в том числе:

- выявление необходимости учета в процессе финансового управления региональным здравоохранением особенностей регулирования научно-технического потенциала медицинских организаций в соответствии с их уровнем;
- обоснование приоритета целенаправленного внедрения достижений НТП в региональное здравоохранение в целях улучшения выявляемости заболеваний на ранней стадии, в частности при диспансеризации населения, диагностики и оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.

Введение

Одной из актуальных задач обязательного медицинского страхования является распределение имеющихся финансовых средств между медицинскими организациями наиболее рациональным способом, возможно, более учитывающим объективные, соответствующие качеству и объемам оказываемой медицинской помощи, реальному лечебному потенциалу и внешним условиям параметры их функционирования.

В силу объективных причин – демографических, социальных, кадровых и т.д. – на любой территории создается определенная, нуждающаяся в постоянном совершенствовании система организации медицинской помощи населению, включающая географическое, связанное с доступностью медицинской помощи расположение медицинских учреждений. Система включает районные, межрайонные, городские медицинские организации, единые для города, области центры оказания медицинской помощи. Предполагается, что легкие заболевания лечатся на уровне районных и городских больниц, более сложные – в межрайонных и городских клинических, тяжелые – в основном на областном уровне и в больницах скорой медицинской помощи. Финансирование медицинских организаций должно осуществляться с учетом этих факторов, учитывая объективные особенности структуры затрат различных медицинских организаций [5].

Известно, что фактические размеры затрат конкретной медицинской организации на лечение больного могут значительно колебаться как в зависимости от уровня оказываемой медицинской помощи, так и от условий осуществления косвенных расходов. Причем последние часто не зависят от медицинской организации, например, обеспечение теплом (наличие или отсутствие собственной котельной), водой и т.д. Отметим, что труд-

ность, а порой невозможность нивелировать эти факторы обуславливает объективные различия в уровне затрат.

Один из объективных критериев способности медицинской организации качественно оказывать больным соответствующую уровню медицинскую помощь во многом определяется материально-технической базой, степенью внедрения передовых технологий, оснащенностью соответствующим оборудованием и способностью успешно применять его в процессе лечения.

В действующей практике оплаты медицинской помощи фактическое финансирование медицинской организации по тарифам на законченный случай лечения не ориентировано на внедрение достижений НТП в лечебную практику. На эти цели должно быть предусмотрено специальное финансирование, например, создание вну-



Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Областная клиническая больница № 1»

три территориальных структур ОМС специальных фондов, средства которых направляются в том числе на переоснащение приборами и оборудованием [13] либо включение амортизации дорогостоящего оборудования в тарифы. Последнее, впрочем, вряд ли можно считать правильным даже с учетом значительного сокращения возможных затрат по другим статьям.

Конечно, в регионах степень оснащенности медицинских организаций оборудованием должна зависеть от этапа медицинской помощи, на котором функционирует медицинская организация.

Необходимость такого соответствия носит объективный характер и обеспечивает в регионах этапность оказания медицинской помощи, в том числе стационарной [5]. Действительно, в большинстве субъектов РФ, кроме мегаполисов и территорий, сохранивших филиалы территориальных фондов ОМС, медицинская помощь разного уровня, в зависимости от размещения медицинских



БУЗ Воронежской области «Областная клиническая больница № 1». Эндovasкулярное лечение стенозирующей патологии артерий

организаций на территории субъекта РФ и статуса медицинских организаций, оказывается на разных этапах.

Определяемая НТП дифференциация медицинских услуг, объективный рост затрат на оказание медицинской помощи ведут к усилению роли специализации и концентрации в сфере здравоохранения, что проявляется в том числе в организации и развитии новых медицинских организаций и структурных подразделений, например, медицинских центров различного профиля. Стоимость оказания медицинских услуг растет с уровнем медицинской организации, причем дифференциация медицинских услуг, в основном, зависит от формального уровня медицинской организации.

Понятна заинтересованность получающей и оплачивающей услуги сторон в том, чтобы оплата медицинских услуг в большей степени соответствовала сложности их лечения, и на более высоком уровне лечились более сложные заболевания.

Кроме того, финансирующая сторона заинтересована в сокращении объема госпитализаций больных с тяжелым течением болезни, что во многом связано с ранним выявлением заболеваний в процессе проведения диспансеризаций и профосмотров.

Материалы исследования

- Опыт области по совершенствованию структуры оказания медицинской помощи и применению новых, современных медицинских технологий.
- Сведения об особенностях финансирования заболеваний в регионах РФ, полученные в процессе ведения межтерриториальных взаиморасчетов.

- Материалы конференций и семинаров по проблемам финансирования медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования.
- Данные о реализации программы модернизации здравоохранения.
- Материалы о разработках в области превентивной диагностики заболеваний.

Главная часть

С середины 60-х годов XX века в сфере здравоохранения началось распространение сложных науко- и ресурсоемких технологий, требующих применения постоянно совершенствующихся дорогостоящих приборов и оборудования как при оперативных вмешательствах, так и в процессе консервативного ведения пациента, диагностики и мониторинга его состояния. Развитие технологий существенно повлияло на рост затрат при оказании медицинских услуг. Процесс постоянного наращивания ресурсоемкости окончательно проявился в 70-х годах и продолжается в настоящее время.

Внедрение уникальных технологий лечения связано не только с достижениями в области собственно медицины, но в значительной степени с применением в процессе лечения открытий в других областях науки, появлением новых научных направлений, таких как биофизика, медицинская физика, геновая инженерия. В качестве примеров таких технологий в отечественной медицине назовем ряд наиболее известных, получивших международное признание. Представим их в порядке внедрения, который, заметим, совпадает с порядком возрастания ресурсоемкости. Так, аппарат академика Г.А. Илизарова для сращи-



БУЗ Воронежской области «Областная клиническая больница № 1». 256-ти срезовый компьютерный томограф



БУЗ Воронежской области «Областная клиническая больница № 1». Литотриптор

вания костей конечностей еще незначительно повышает стоимость оказания медицинской помощи. Операции на сердце с вживлением клапанов по методике академика Н.М. Амосова и операции МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Федорова уже требуют соответствующей дорогостоящей аппаратуры и значительных расходов на содержание и повседневное обслуживание специалистами немедицинского профиля, в первом случае уже привлекаются научные сотрудники – физики. Лечение вестибулярного аппарата НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко потребовало использования первого в СССР компьютерного томографа и привлечения к процессу оказания медицинских услуг не только биофизиков, но и математиков-программистов. Методологии, используемые в настоящее время при лечении в НИИ онкологии им. Герцена, связаны с еще более дорогостоящей медицинской аппаратурой и со значительными затратами на поддержание ее в рабочем состоянии.

Стремительное развитие производства процессоров, рост объемов их памяти, быстродействия, миниатюризация, сопровождаемые адекватным программным обеспечением, способствовали широкому внедрению компьютерных технологий в здравоохранение [3].

Отметим, что большинство из вновь внедряемых медицинских технологий постепенно перестают быть достоянием отдельных медицинских организаций и получают широкое распространение. При этом растет и общая для всей системы стоимость медицинской помощи, в первую очередь, в стационарах.

Несмотря на увеличивающиеся затраты, переход на новые ресурсоемкие методы получает распространение при лечении все большего числа заболеваний, что неизбежно. Как показано во многих классических работах по инновационным процессам, внешне переход на новые технологии представляется менее экономичным, чем сохранение проверенных старых. Причем экономичность, она же экономическая эффективность, всегда или почти всегда утверждает целесообразность продолжения старого пути. Однако при появлении новых технологий в подавляющем большинстве случаев, каковы бы ни были показатели экономичности, инновации не просто целесообразны, но жизненно необходимы. Попытка обеспечить большую экономичность за счет отказа от более результативных технических решений губительна [16].

Распространение современных медицинских технологий в широкой практике приводит не только к клиническим, но и к организационным последствиям. Например, следствием внедрения науко- и ресурсоемких технологий и связанной с этим концентрации производства медицинских услуг стало распространение во всех регионах диагностических центров. Спрос на уникальные диагностические услуги и объективная необходимость в их специальном производстве подтверждается тем фактом, что довольно значительную долю частной медицинской практики и частной медицинской деятельности в настоящее время составляют диагностические услуги (уступая стоматологии).



БУЗ Воронежской области «Областная клиническая больница № 1». Нейрохирургическая операция



Воронежский областной клинический консультативно-диагностический центр курирует региональную диагностическую службу. Центр выполняет свыше миллиона лабораторных исследований для других медицинских организаций. Только в рамках территориальной программы ОМС осуществляется 125000 посещений в год

Просматривается определенная связь между внедрением ресурсоемких научных достижений в здравоохранение и тем, что в этот же период начинают набирать силу групповые врачебные практики [8].

Также следствием расширяющегося внедрения в сферу здравоохранения достижений НТП стала организация во всех субъектах сосудистых, урологических, перинатальных и других центров, межрайонных специализированных отделений.

Повышается тяжесть состояний, подлежащих лечению в дневных стационарах, в том числе сложность оперативных вмешательств, выполняемых центрах амбулаторной хирургии.

В результате отпадает необходимость в функционировании малых и средних участковых больниц, которые на территории области в основном были преобразованы во врачебные амбулатории.

Эти и подобные направления совершенствования системы медицинского обслуживания населения в определенной степени вносят ограничения и способствуют сдерживанию роста расходов.

Тем не менее усиление роли технической составляющей в процессе оказания медицинских услуг продолжается в настоящий период, и можно прогнозировать рост ее влияния при ускорении НТП в будущем, что неизбежно приводит во всех странах к постоянному росту ресурсоемкости в сфере здравоохранения и расходов на оказание медицинской помощи.

В то же время уже с конца 70-х годов возникают серьезные сомнения по

поводу эффективности использования этих средств. Сравнительный анализ западных систем здравоохранения Европы продемонстрировал, что значительные затраты на здравоохранение не дают ожидаемой отдачи [17].

Заметим, что методология определения эффективности и результативности для сферы здравоохранения находится в стадии становления. Ранее эта сторона проблем, связанных с оказанием медицинских услуг, подробно не рассматривалась. Авторы зачастую просто упоминали, что эффективность в медицине равна отношению результата к затратам [12, 15].

В настоящее время появляются, и их число возрастает, исследования, посвященные решению этой проблемы [4, 7].

Ограниченность финансовых средств, поступающих из разных источников в систему ОМС, определяет необходимость их рационального использования на всех этапах оказания медицинской помощи с целью обеспечения в достаточной степени устойчивого финансирования медицинских организаций и их адекватного регулирования.

Дополнительную сложность привносит сохранение условия неснижения доступности медицинской помощи.

Рациональное распределение финансирования, направляемого на оплату медицинской помощи жителям территории, во многом связано с изменениями в структуре региональной системы здравоохранения, с достижением оптимального на данный момент соотношения между объемами медицинской помощи в разных усло-



Наиболее продвинутые лечебно-диагностические центры привлекаются к участию в выполнении территориальной программы госгарантий. Например, ООО «Межтерриториальный медицинский центр ранней диагностики и лечения онкозаболеваний» (г. Воронеж)



Имеется собственный циклотронно-радиохимический комплекс по производству радиофармпрепаратов для обеспечения работы блока радионуклидной диагностики

виях оказания – усиления амбулаторно-поликлинической и стационарозамещающей помощи при сокращении сверхнормативных объемов стационарной [10].

Для системы ОМС в процессе инициации и управленческого влияния особый интерес вызывает роль финансового управления, которая должна постоянно совершенствоваться с целью повышения ответственности субъектов и участников за эффективность системы и преодоление положения, при котором медицинские организации получают значительную часть финансирования без привязки к результатам деятельности [9]. Воздействие на систему должно идти по пути целенаправленного создания механизма, реализующего предпосылки к совершенствованию организационной структуры здравоохранения территории, и при правильном подходе вести к оптимизации соотношения медицинской помощи [14]. При этом следует учитывать, что во многих случаях не должны быть разрушены элементы действующей системы оказания медицинской помощи, имеющиеся в реформируемой сети здравоохранения, без предварительной подготовки своевременной замены их на более рациональное или обоснованное перепрофилирование.

В каждом случае должна решаться двуединая задача: применение менее ресурсоемких технологий при учете интересов застрахованных – потенциальных пациентов, имеющих право получить медицинскую помощь, в том числе экстренную, в должные сроки, в пределах реальной транспортной доступности.

В результате целенаправленной деятельности уполномоченных органов федерального уровня диспропорция между оптимальными и фактически сложившимися соотношениями в объемах и условиях оказания медицинской помощи существенно уменьшается.

Тем не менее на практике, несмотря на сокращение коек, продолжается преимущественное финансирование стационарной помощи как за счет дополнительных инвестиций по повышению интенсивности процесса лечения, так и связанного с ней сокращения срока лечения и, следовательно, роста числа пациентов [11].

Несмотря на комплексный характер мероприятий по повышению приоритетности первичной медико-санитарной помощи, включая первоочередное выделение средств на ее развитие, улучшение

материально-технической базы и кадрового обеспечения, совершенствование организации оплаты труда в участковой службе, организацию новых форм оказания первичной медицинской помощи, развитие общих врачебных практик и повышение их роли в общей системе здравоохранения, приходится констатировать, что вложения, связанные с интенсификацией лечебного и диагностического процесса, внедрением достижений НТП, направлены, в основном, на стационарное звено и на региональном, и в еще большей степени – на федеральном уровне.

В здравоохранении РФ, благодаря федеральным вложениям в период 2010–2013 годов, значительно, в 1,75 раза, возросла численность больных, которым была оказана высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП).



ПЭТКТ сканер

Рост ВМП способствовал повышению эффективности оказания медицинской помощи в условиях стационаров, например, при сердечно-сосудистых заболеваниях, снижению смертности с 2013 по 2015 год на 9,5%. Но при этом число пролеченных в федеральных медицинских учреждениях составило 67,5% от общего числа. Больные, ранее лечившиеся в условиях стационаров в регионах, начинают госпитализироваться в эти организации.

В ряде федеральных больниц практикуется увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи за счет расширения числа профилей медицинской помощи в медицинской организации [19].

Можно предположить, что рост объемов оказываемой на федеральном (в большей степени) и на региональном уровнях ВМП связан с относительно медленным внедрением достижений НТП в процесс лечения в амбулаторных условиях.

Как показывает изучение нормативной документации других субъектов РФ, в процессе оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным на территории Воронежской области и за ее пределами, подобное положение, при котором амбулаторно-поликлиническая помощь развивается экстенсивно, характерно практически для всех территорий, что частично объясняется усилиями по достижению укомплектованности поликлиник медицинскими кадрами.

Различаются два подхода по определению принципов функционирования сферы здравоохранения. При первом медицинские организации обеспечивают выполнение высококачественной медицинской помощи в запланированных объемах. При втором – акцент ставится на обеспечение здоровья населения.

Возможен также подход, при котором обеспечивается выявление заболевания на ранней стадии, за счет чего оказанная медицинская помощь становится более результативной. Данный подход предусматривает повышение роли диспансерных наблюдений и профосмотров.

Для этого, во-первых, представляется необходимым резко повысить оснащенность подразделений, проводящих диспансеризацию и профосмотры, переведя их на качественно другой уровень. Рассмотрим такую возможность на примере кардиологии.

Значительное количество сердечно-сосудистых заболеваний, особенно у трудоспособного населения, диктует необходимость разработки методов исследования, позволяющих быстро и с высокой точностью определить функциональное состояние сердца на стадии диспансеризации и профилактических обследований населения.

Результативность лечения зависит от своевременности выявления нарушений в сердечной деятельности организма потенциального больного, что вряд ли возможно без оснащения медицинских организаций, проводящих диспансерное наблюдение и профосмотры, современной диагностической аппаратурой.

В Воронежской области был разработан электрокардиографический метод анализа состояния центральной

гемодинамики, который основан на оригинальных электрокардиографических способах определения объемно-функциональных параметров (ОФП) механической деятельности сердца. Программное обеспечение позволяет выдать на экран не только состояние сердечно-сосудистой системы, но и рекомендации по лечению обследуемого. В 1991 году метод прошел клинические испытания на базе Воронежской областной клинической больницы и кафедры хирургии № 2 ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, в 1992-1995 годах – использовался в ГКБСМП № 10. Испытания подтвердили его высокую точность, надежность, простоту реализации и перспективность использования. Одна из причин, по которой метод не был внедрен в практическое здравоохранение области, – финансирование.

Внедрение простого и надежного аппаратно-программного комплекса для диагностики состояния функций сердечно-сосудистой системы возможно практически в любой медицинской организации. Подобные наработки или уже есть, или возможна их разработка для других профилей.

Во-вторых, уделить внимание более интенсивному внедрению передовых методов профилактики заболеваний и осложнений хронических заболеваний. Решению этой проблемы в практике оказания медицинских услуг посвящено постоянно растущее количество научно-практических разработок [2, 18, 20].

Интересна и требует дальнейшего изучения в целях возможного применения в здравоохранении субъектов РФ практика решения вопросов, связанных с комплексным подходом к повышению качества и результативности медицинской помощи на базе профилактики и ранней диагностики, которая достигла глубокого развития в здравоохранении ОАО «РЖД» [1].

В-третьих, внедрять критерии эффективности работы медицинской организации, направленные на заинтересованность в раннем выявлении заболеваний.

Кроме того, желательно, чтобы прогнозы, получаемые при диспансеризации и профосмотрах, являлись критерием для планирования объемов медицинской помощи при разработке территориальной программы ОМС.

При соблюдении перечисленных условий влияние НТП на структурные преобразования в здравоохранении, ведущее к дифференциации медицинских услуг, усилению роли специализации и концентрации в сфере здравоохранения и объективному росту затрат на оказание медицинской помощи, будет компенсироваться снижением расходов на лечение за счет раннего выявления заболеваний и изменения структуры заболеваемости в целом.

Отметим, что необходимость и обоснованность структурных преобразований для территории, будучи связана с требованиями НТП, не вызывает сомнений.

Проводимые преобразования должны быть привлекательными для медицинских организаций, в которых проводятся внутренние преобразования, экономически интересными для них. Средства, получаемые медицин-

скими организациями, должны соответствовать этапу оказываемой медицинской помощи [5].

Также важно, насколько тяжесть состояния больного соответствует этапу оказания медицинской помощи [4]. Больные с легкими состояниями должны лечиться не в областных или федеральных больницах, которые имеют ресурсы для лечения тяжелых состояний, а в городских или районных медицинских организациях.

Если раньше во главу ставились задачи финансового насыщения территориальных программ ОМС с целью покрытия дефицита, то сегодня на первый план выходят вопросы, связанные с планированием и адресным распределением ресурсов между медицинскими организациями, исходя из структуры заболеваемости и реально оказанной медицинской помощи, посредством адекватной оплаты медицинской помощи [6].

Выводы

Оснащение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в разных условиях и на разных этапах, является объективной необходимостью, несмотря на неизбежный рост величины направляемых на эту цель средств.

Внедрение в лечебную практику новых методов лечения заболеваний, имеющих большую медицинскую результативность по сравнению с применяемыми в настоящее время, должно приводить к сокращению сроков интенсивного лечения либо периода реабилитации больного, либо к более точному и раннему выявлению патологии. В последнем случае положительный эффект проявляется, в первую очередь, в возможности оказания медицинской помощи на более ранних стадиях заболевания.

Возникает необходимость решения проблемы оценки результативности оказания медицинской помощи разными методами, в том числе с применением экономико-математического анализа. Во многих разработках отечественных и зарубежных авторов результативность сводится к дроби: объемы на затраты [11]. Это во многом связано с несовершенством действующей системы статистических показателей [14].

Продолжающееся совершенствование методологии тарифообразования в системе обязательного медицинского страхования [12] должно быть ориентировано на создание системы цен и тарифов на услуги, отражающие объективно обусловленные и общественно необходимые затраты на оказание медицинской помощи гарантированного объема и качества при достижении возможного результата с учетом этапности оказания медицинской помощи и использования достижений НТП в процессе диагностики, лечения и реабилитации.

Изменение мощности круглосуточных стационаров должно сопровождаться необходимым изменением оснащенности и кадрового насыщения дневных стационаров и поликлиник, дающим реальную возможность качественно и в требуемые сроки лечить замещаемые болезни.

Литература

1. Атьков О.Ю., Плохов В.Н., Быстров В.В., Мартынова Г.Г. Теория и практика управления железнодорожной медициной в Российской Федерации. // Управление здравоохранением – 2014 – № 1
2. Григорян О.Р., Воеводз Н.Н., Андреева Е.Н. Прегравидарная подготовка женщин, больных сахарным диабетом - М.: Терапевтический архив, 2016, №7
3. Данилов А.В. и др. Технологические проблемы создания автоматизированной информационной системы коллективного пользования для целей оперативного управления здравоохранением региона // Бюлл. НИИ им. Семашко. 1995. Вып. 3
4. Данилов А.В., Усов Ю.И. Определение количественной меры эффективности деятельности медицинских организаций на основе методологии анализа среды функционирования.- М.: «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации», 2015, - № 6
5. Данилов А.В. Проблема дифференциации оплаты койки в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационаре // Мат, научно-практ. конф. НИИ им. Н.А. Семашко. – М., 1998
6. Железнякова И.А. Методологические основы развития единой тарифной политики в системе ОМС. Материалы семинара Всемирного банка с субъектами Центрального Федерального округа, Московская область, 29 октября 2015
7. Кадыров Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. – М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2011. – 469 с.
8. Материалы программы ZdravReform/ЗдравРеформ. Организация поддержания здоровья. Медицинское страхование 1995 (Медицинское страхование, №12 за 3.95., стр. 8).
9. Назаров В.С. Перспективы развития страховой модели здравоохранения в России. М. : Материалы конференции: «Финансирование системы здравоохранения» декабрь, 2015
10. Публичная декларация задачей и целей Минздрава РФ на 2014 год. Итоги 2013 года. М. 2014.
11. Серова М.Л. Методы оплаты медицинской помощи. Цикл лекций. Финансовый институт при Правительстве РФ. 2015
12. Синг Д.С. Управление производительностью: планирование, измерение и оценка, контроль и повышение. М.: Прогресс, 1989
13. Скворцова В. И. Выступление на расширенном совещании Совета Директоров ТФ ОМС. 24.12.2015, Москва. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации, 2016, № 1
14. Суслوнова Н.В. Внедрение способа оплаты медицинской помощи на основе КСГ в Московской области. Цели, задачи, перспективы. Материалы семинара Всемирного банка с субъектами Центрального Федерального округа, Московская область, 29 октября 2015
15. Татарников М.А., Глухова Г.А. Проблемы комплексной оценки общественного здоровья и эффективности медицинской помощи. М.: «Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения», 2011, N 7
16. Фостер Р. Обновление производства: атакующие выигрывают. М.: Прогресс, 1981.
17. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения, М: Издатцентр, 1998.
18. Шестакова М.В. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек: возможности прогнозирования, ранней диагностики и нефропротекции в XXI веке - М.: Терапевтический архив, 2016, №6
19. Шляхто Е.В. Эффективное управление ресурсами в медицинской организации. Материалы семинара для специалистов медицинских организаций. М. 13 февраля 2015
20. Хатьков И.Е., Каграманова А.В., Захаржевская Н.В., Щербаков П.Л и др. Современные принципы скрининга, диагностики и терапии колоректального рака. - М.: Терапевтический архив, 2016, №2

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Ученые обнаружили ген, отвечающий за развитие депрессии

Ученые Федерального исследовательского центра «Институт цитологии и генетики» в Новосибирске заявили, что им удалось найти ген, отвечающий за развитие депрессии. Согласно сообщению пресс-службы института, обнаружение гена стало возможным, благодаря новым методам генетического анализа, разработанным институтом.

По словам руководителя новосибирской лаборатории Татьяны Аксенович, генофонд должен отвечать за развитие депрессии примерно в той же степени, что и за развитие шизофрении. Однако, если в настоящее время известно несколько десятков генов, которые контролируют возникновение шизофрении, для депрессии до сих пор не было достоверно обнаружено ни одного наследственно фактора.

Группа исследователей изучала геномы, полученные из центра «Эразмус» в Роттердаме, который занимается изучением депрессии. Свои результаты генетики получили, проведя анализ генетического материала 2 тыс. человек. Ученые не стали изучать отдельно каждый вариант генофонда, а рассматривали все генотипы одновременно, причем, как пояснила Аксенович, «анализу подвергались только те генетические варианты, которые меняют структуру соответствующего белка».

Голландские исследователи проверили исследования новосибирских ученых. Проверка была проведена на независимой выборке людей и полностью подтвердила достоверность полученных результатов.

*АМИ (ria-ami.ru)
(17 января 2017 года)*

Искусственную человеческую кожу синтезировали ульяновские ученые

Научно-исследовательский центр Ульяновского государственного педагогического университета презентовал инновационный проект создания искусственной человеческой кожи, которая может применяться при лечении последствий различных форм повреждений кожных покровов, а также в косметологии. Пресс-служба областного правительства сообщает, что мероприятие прошло в рамках визита в регион представителей руководства Федерального медико-биологического агентства.

По словам руководителя центра, профессора Елены Антоновой, которые приводятся в сообщении, работа, связанная с клеточными технологиями, является одним из важнейших направлений медико-биологических исследований УлГПУ.

«В частности, речь идет о так называемых тканеинженерных конструкциях эквивалентов кожи. Мы разработали три вида молекулярно-клеточных продуктов, которые могут уже сейчас применяться для лечения повреждений кожного покрова, например, после ожогов, механических травм, трофических язв, а также использоваться и в косметологии», - пояснила Е. Антонова.

Она отметила, что совместно с клиниками Ульяновска уже проведен весь цикл лабораторного сопровождения в области трансплантологии.

«Владеем технологиями - начиная от генотипирования доноров и реципиентов до послеоперационного сопровождения на предмет оценки иммуносупрессантов. Обладая высокотехнологичным оборудованием и владея современными методами, нам бы очень хотелось шире использовать свой потенциал в области практического здравоохранения», - подчеркнула профессор.

По ее словам, университетский центр также сотрудничает с Ульяновским областным онкологическим диспансером в рамках реализации проекта по ранней и сверхранней диагностике меланомы, с областным центром специализированных видов медицинской помощи - в области токсикологии и бактериологии.

«Наши разработки в области клеточных технологий находятся на стадии оформления патента, после чего мы планируем более тесно работать как с нашими лечебными учреждениями, так и с другими регионами. Мы могли бы сотрудничать и с ФМБА», - сообщила Е. Антонова.

По информации пресс-службы, представителей ФМБА заинтересовал опыт применения тканевых технологий, принято решение обсудить вопросы сотрудничества более детально в ближайшее время.

Научно-исследовательский центр при УлГПУ был открыт в феврале 2015 года в целях реализации приоритетных направлений развития науки, техники и технологий РФ.

*Interfax-Russia.Ru,
(23 января 2017 года)*

Ученые: антибиотики могут вызвать резкий скачок бактериальной инфекции

Неправильная терапия антибиотиками может привести к появлению резистентной бактерии, который распространяется намного активнее обычных микроорганизмов, то есть неправильная антимикробная терапия может не только оказаться бесполезной, но и приведет к резкому всплеску бактериальной инфекции. К такому выводу пришли ученые из Университета Эксетера, обнаружив что мутировавшая бактерия кишечной палочки, Е.

Coli, которая в ходе активного воздействия доксициклином стала резистентной к этому антибиотику, воспроизводится быстрее, и образует в три раза больше колоний, чем не мутировавшие микробы.

Как пояснил автор исследования профессор Роберт Бирдмор, бактерии обладают способностью быстро изменять ДНК. Если такие изменения могут быть опасны для человека, бактерии получают важные преимущества, дающие возможность быстрого распространения и активного роста по сравнению с прежними штаммами.

Как выяснили ученые, мутации преимущественно касались двух участков хромосом. Первый участок отвечал за удаление антибиотика из клеток, второй касался так называемой «спящей вирусной ДНК», которая отвечала за разрушение самой бактерии. Именно его выключение делало микроорганизм намного более устойчивым к окружающей среде и способствовало росту бактериальной культуры.

Таким образом, изменение двух регионов в геноме E.coli сделало бактерию намного более активной, чем до лекарственной терапии. По словам доктора Марка Хьюлетта, этот эксперимент показывает важность правильного и своевременного лечения, чтобы не допускать случаев появления супербактерий в клинической практике.

АМИ (ria-ami.ru)
(1 февраля 2017 года)

Хронические нарушения сна повышают риск развития астмы

Люди, страдающие хронической бессонницей и нарушениями сна, втрое чаще подвержены риску развития астмы по сравнению с теми, кто не испытывает проблем со сном. Об этом говорится в исследовании, опубликованном сегодня в научном журнале European Respiratory Journal. «Риск развития астмы был втрое выше у участников с хронической бессонницей по сравнению с теми, у кого ее не было», – говорится в выводах из исследования, проведенного под руководством специалиста в области здравоохранения Исследовательского центра Норвежского университета естественных и технических наук (NTNU) Бена Брамптона (Ben Michael Brumpton).

Около 300 млн человек в мире страдают от астмы, и их число растет. Ученые уверены, что ее развитию способствуют курение, лишний вес и загрязнение воздуха, недавно этот список дополнили депрессия и тревожность. У самих же астматиков отмечаются частые проблемы со сном: людям с этим заболеванием сложно уснуть; раз проснувшись, они не могут снова погрузиться в сон; а также они страдают от низкого качества сна, при котором человек не чувствует себя отдохнувшим, с этими проблемами сталкиваются 44%-70% больных астмой против 6,6%-37,2% людей, не испытывающих трудностей с дыханием. Выяснить связь между нарушениями сна и

приступами удушья и решили исследователи под руководством Брамптона.

Масштабный опрос

Ученые использовали данные Исследования состояния здоровья Нут-Трэнделага (The Nord-Trøndelag Health Study) – одного из самых масштабных соцопросов в области здравоохранения в мире. Информацию для него собирают, проводя анкетирование населения норвежской губернии Нут-Трэнделага. Для исследования взаимосвязи бессонницы и приступов удушья ученые проанализировали данные трех этапов этого исследования с шагом в 11 лет: 1984-1986 годов, 1995-1997 и 2006-2008 годов.

Статистическим путем были исследованы данные почти 18 тыс. человек в возрасте от 20 до 65 лет. В опросниках они указывали, насколько часто им тяжело уснуть («часто», «почти каждую ночь» и так далее), отмечали, что, проснувшись ночью, они не могли заснуть снова, а также как часто они чувствуют сонливость и вялость после пробуждения. Кроме того, участники исследования сообщали, бывали ли у них приступы удушья и как часто.

В группе риска

У тех, кто отметил, что за предшествовавший опросу месяц «часто» или «почти каждую ночь» плохо засыпали, риск развития астмы за следующие 11 лет увеличился на 65 и 108% соответственно. Если участники заявляли, что им тяжело снова заснуть ночью «часто» и «почти каждую ночь», то вероятность этого заболевания у них повышалась на 92 и 36%. У тех, кто отмечал низкое качество сна «чаще, чем раз в неделю», риск возникновения приступов удушья повышался на 94% в последующие 11 лет.

Таким образом, если у наблюдаемого часто отмечались все перечисленные выше виды нарушения сна, то риск развития астмы увеличился втрое по сравнению с людьми, не имеющими проблемы со сном.

ТАСС
(2 февраля 2017 года)

Новосибирские хирурги первыми в России применили новую технологию лечения порока сердца

Специалисты Сибирского федерального биомедицинского исследовательского центра имени академика Е.Н. Мешалкина (клиника Мешалкина) первыми в России провели операцию с применением новой технологии для лечения распространенного порока сердца – двустворчатого аортального клапана, сообщила сегодня пресс-служба клиники Мешалкина. «Специалисты клиники Мешалкина провели инновационную клапаносохраняющую операцию 26-летнему пациенту из Дагестана. Мужчине провели пластику аортального клапана через мини-доступ размером 6 см, при котором рассекали только верхнюю часть грудины», – говорится в сообщении.

Обычно для лечения такой патологии применяют различные варианты замещения аортального клапана - установку механического протеза или заимствование собственного клапана легочной артерии пациента. Как пояснили ТАСС в пресс-службе клиники, новая технология позволяет сохранить собственный клапан пациента, что способствует восстановлению. Кроме того, обычно операцию проводят с полным разрезанием грудины, а в случае с мини-доступом ускоряется процесс выздоровления. Если обычно пациенты проводят в больнице 10 суток после операции, то при применении новой методики - в два раза меньше.

Ранее подобную методику в мире применяли лишь несколько зарубежных медицинских центров, в частности, в Бельгии и Германии.

Двустворчатый аортальный клапан - самый распространенный порок сердца. По различным оценкам он встречается у 1-2% людей. В норме аортальный клапан имеет три створки.

Ранее, в январе 2017 года, новосибирский кардиохирург Александр Богачев-Прокофьев провел в Ханты-Мансийске уникальную для Урала и Сибири операцию пациенту с другим пороком сердца - патологией митрального клапана. Особенность операции заключалась в том, что она проводилась через небольшой разрез, с минимальным вмешательством в организм пациента.

ТАСС
(2 февраля 2017 года)

Уральские ученые разрабатывают первую в РФ методику генной терапии для лечения рака

Сотрудники Уральского государственного медицинского университета (УГМУ) разрабатывают первую в России методику генной терапии для лечения онкологических заболеваний. По словам ученых, она имеет ряд преимуществ над существующими методами, рассказал ТАСС заведующий отделом молекулярных и клеточных технологий УГМУ Олег Макеев.

«Основная причина развития онкопатологий лежит в области генетики, и врачебные действия должны быть направлены на наш геном. Поэтому мы работаем в направлении генной терапии, которая предполагает вставку в геном собственных генов. Речь идет о гене Клото, который отвечает за продолжительность жизни и имеет противоопухолевый эффект. Чем старше человек, тем меньше активность этого гена, а после 50 лет ее практически нет, так что мы берем аналог человеческого гена и возвращаем его в наши клетки», - отметил он.

По словам собеседника агентства, генная терапия должна прийти на смену традиционным способам лечения рака: хирургическим операциям, лучевой и химиотерапии. «Опухолевые клетки обладают повышенной жизнестойкостью, но если доставить к ним микрограммы ДНК, которые включают последовательности гена Клото, то от 75 до 83% злокачественных клеток просто разваливается. Мы отра-

ботали эту технологию на клетках глиобластомы (наиболее частая и наиболее агрессивная форма опухоли мозга - прим. ТАСС), а сейчас ведем исследования и по другим видам тканей», - пояснил Макеев.

ТАСС
(3 февраля 2017 года)

Сибирские кардиологи разработали метод лечения аритмии электрическим током

Специалисты Сибирского федерального биомедицинского исследовательского центра имени академика Е.Н. Мешалкина (клиника Мешалкина) разработали новую для мировой медицины методику лечения сердечной аритмии с помощью электрического тока. Об этом сообщает сегодня пресс-служба клиники.

«Сотрудники центра интервенционной кардиологии клиники Мешалкина разработали радикально новый метод хирургического лечения нарушений ритма сердца. Он заключается в сверхточном воздействии электрическим током на активные очаги возникновения фибрилляции предсердий (аритмии - прим. ТАСС)», - говорится в сообщении.

Для выявления очагов пациенту сначала проводят компьютерную томографию, чтобы определить точную поверхность сердца, затем специальную процедуру определения индивидуальных особенностей пациента, состояния сердца и выявления патологических изменений. После этого методика позволяет воздействовать на конкретные области, что избавляет хирурга от необходимости большого оперативного вмешательства.

«Исследование нового метода лечения запустили чуть больше полугода назад. На сегодняшний день прооперировали около 20 пациентов с разными периодами наблюдения. Мы провели лечение с помощью новой технологии. Через шесть дней результаты диагностики показали, что очаги аритмии исчезли, наблюдается синусовый ритм. Данный результат позволяет говорить о первом мировом опыте персонифицированного лечения фибрилляции предсердий», - приводятся в сообщении слова ведущего научного сотрудника центра интервенционной кардиологии Александра Романова.

Теперь хирурги планируют подтвердить первичные результаты на большей группе пациентов. Для нового исследования набрано 45 человек, страдающих аритмией сердца. Помимо этого, в нем примут участие 15 здоровых волонтеров.

ТАСС
(8 февраля 2017 года)

В Саратове разработали покрытие для имплантов стоимостью в 10 раз ниже аналогов

Ученые Саратовского государственного технического университета разработали инновационное покрытие для

имплантов, себестоимость которого более чем в 10 раз ниже, чем у зарубежных аналогов. Об этом корреспонденту ТАСС рассказал один из авторов разработки, заведующий кафедрой «Сварка и металлургия» СГТУ им. Гагарина Игорь Родионов.

«Мы предложили вообще исключить использование специальных дорогостоящих сырьевых материалов (порошков, жидких реагентов, мишеней). Покрытие будет синтезироваться в воздушной атмосфере, активным веществом является кислород. Этот процесс называется оксидирование. Процесс оксидирования был известен давно, но никто раньше не решался широко использовать его в медицине. Себестоимость такого покрытия более чем в 10 раз ниже, чем у зарубежных аналогов. Это позволяет достичь конечной цели - сделать медицинские изделия более доступными широкому кругу пациентов», - пояснил Родионов.

Основные направления медицины, требующие использования имплантатов - это травматология, ортопедия, стоматология, нейрохирургия. На каждый имплантат обязательно необходимо наносить биосовместимое покрытие, которое не вызывало бы аллергических, иммунных реакций и воспалительных процессов. Кроме того, имплантаты должны плотно соединяться с костной тканью так, чтобы биотехническая система выдерживала физиологические нагрузки.

По словам Родионова, до сих пор для покрытия медико-технических конструкций использовали кальцийфосфатную биокерамику и различные биополимеры. Стоимость расходных материалов очень высока, к тому же процесс нанесения крайне сложен: чтобы нанести биокерамику на металл, нужно дорогостоящее и энергоемкое оборудование. Оксидирование же значительно упрощает процесс.

«Мы просто нагреваем поверхность с помощью специальной высокочастотной установки. При нагреве происходит модифицирование поверхности - на ней образуются наноразмерные кристаллы оксидов металлов - титана, циркония, тантала и т.д. Эти кристаллы обладают повышенной биосовместимостью и, что самое главное, не вызывают выраженных иммунных и аллергических реакций», - рассказал один из авторов разработки, доцент кафедры «Сварка и металлургия» Александр Фомин.

Эффективность проверена

Ученые уверены - обработанный на установке имплант становится прочнее, его поверхность приобретает большую твердость и износостойкость. Такой имплантат сможет находиться в организме не менее 20-30 лет. Чтобы доказать возможность использования имплантатов с покрытием, ученые провели множество экспериментов. Для начала на животных: была изготовлена пробная партия имплантатов для ветеринарной клиники аграрного университета.

Несколько десятков операций прошли успешно, имплантаты отлично прижились на лохматых пациентах. «Уже есть и первый опыт использования разработки на человеке. Мы изготовили стоматологический имплантат, который установили в одной из частных клиник анонимному

пациенту. Пациент остался доволен, никаких нареканий к использованию нашего метода у него нет», - уточнил еще один автор проекта, кандидат технических наук Владимир Кошура.

Разработкой заинтересовались медики

«Необходимость в подобного рода изделиях в медицине очень большая. Покрытиями и их модификациями давно занимаются во всем мире, но то, что придумали ученые СГТУ, - один из лучших методов стабилизации имплантата в костной ткани. Проект подразумевает развитие импортозамещения, простота и энергоемкость метода, как мне кажется, позволит производить имплантаты в достаточных объемах для страны», - поделилась мнением профессор СГМУ, врач-ортопед 9-й городской больницы Саратова Кристина Левченко.

Инновации поддержат

Недавно стало известно, что Минобрнауки решило финансировать проект, выделив на него 30 млн рублей. Ожидается, что ученые будут получать ежегодно по 10 млн рублей ближайšie три года. Деньги планируется потратить на развитие научной составляющей проекта, закупку дополнительного оборудования, представление полученных результатов научной общественности, зарплату исполнителям.

Кроме того, в конце 2016 года разработка была рекомендована Федеральным институтом промышленной собственности для включения в список наиболее перспективных изобретений. Этот список включает изобретения в самых разных отраслях, его составляют ведущие отраслевые эксперты Роспатента.

«Решение должно быть принято в течение 2017 года. Мы ожидаем, что наше изобретение будет замечено на федеральном уровне, что позволит в дальнейшем внедрить изобретение в медицину, упростить изготовление и установку имплантатов и, в конечном итоге, улучшить качество жизни людей, которые столкнулись с теми или иными медицинскими проблемами», - резюмировал Фомин.

ТАСС
(8 февраля 2017 года)

Российские хирурги удаляют аневризмы через «замочную скважину»

Пермские и московские хирурги научились удалять аневризму сосудов головного мозга через «замочную скважину». Новый малоинвазивный метод помогает избежать трепанации черепа и нежелательных послеоперационных дефектов.

Операции по удалению аневризмы сосудов головного мозга - одни из самых сложных в нейрохирургии. При этом по традиционной методике для доступа в головной мозг распиливается несколько костей всего черепа, вплоть до

трепанации. Это вызывает повреждения лицевых нервов, мимических мышц, часть послеоперационных рубцов остаются заметными - последствия операции буквально «налицо».

Пермские хирурги из МСЧ № 11 и Городской клинической больницы № 4 освоили куда более щадящую методику keyhole-доступа (буквально - «замочной скважины»), которая помогает избежать нежелательных дефектов. Врачи делают небольшой разрез над бровью 2–2,5 см, выпиливают часть лобной кости, удаляют аневризму, а после помещают кость обратно. Через десять дней пациент готов к выписке, а через месяц он может забыть о том, что перенес сложнейшую операцию - на месте разреза на брови остается едва заметный рубчик, который зарастает волосами.

Сейчас в Перми провели 26 таких операций, сообщает Министерство здравоохранения Пермского края. Недавно вмешательство по keyhole-методике освоили также московские нейрохирурги.

*Доктор Питер (doctorpiter.ru)
(7 февраля 2017 года)*

Уральские ученые научились печатать на 3D-принтере импланты из титана

Ученые Уральского федерального университета (УрФУ) научились печатать на 3D-принтере импланты из титана с пористой структурой, сообщил сегодня ТАСС коммерческий директор Регионального инжинирингового центра (РИЦ) УрФУ Алексей Лабырин.

«Самое большое достоинство данных технологий - то, что мы можем печатать сейчас пористые или сетчатые структуры. Она позволяет увеличить приживаемость изделия в несколько раз. Теперь мы можем вводить специальную жидкость в канал, позволяющую больше приживаться и убивать все бактерии, которые формируются вокруг изделия», - сказал Лабырин.

По его словам, продолжаются клинические испытания вживляемых имплантов на животных и добровольцах. «Научный центр имени академика Г.А. Илизарова в Кургане - передовой институт в области травматологии и хирургии, где занимаются данными экспериментами, и уже есть успешные результаты», - уточнил он.

В 2016 году на международной промышленной выставке «Иннопром» в Екатеринбурге сотрудники РИЦ УрФУ представили промышленный 3D-принтер стоимостью 30 млн рублей, который работает с металлическими порошками из меди, алюминия, железа, титана. Ученые также разрабатывают линейку из 14 отечественных аддитивных машин. Ранее директор РИЦ УрФУ Алексей Фефелов отметил, что если будет финансирование, то серийное производство 3D-принтеров можно будет запустить уже летом 2017 года.

*ТАСС
(9 февраля 2017 года)*

Исследователи МГУ: диета повышает эффективность противораковой терапии

Учеными МГУ научно подтверждена эффективность ограничения питательных веществ в борьбе со злокачественными опухолями. Исследование проводили сотрудники факультета фундаментальной медицины, сообщает пресс-служба МГУ.

Ученые исследовали молекулярные механизмы влияния ограничения питательных веществ на нормальные и раковые клетки и проанализировали терапевтические подходы, основанные на применении комбинации ограничения питательных веществ и противораковой терапии. Результаты работы были опубликованы в журнале *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Reviews on Cancer*.

Главный автор статьи, доктор биологических наук, заведующий лабораторией исследования механизмов апоптоза факультета фундаментальной медицины МГУ имени М.В. Ломоносова Борис Животовский сказал о том, что ограничение питательных веществ или использование химических веществ, имитирующих подобное ограничение, является одним из перспективных направлений в онкологии. «Регулируемое ограничение питательных веществ позволяет снижать дозы химиотерапевтических препаратов, что существенно понижает их токсический эффект в нормальных клетках и увеличивает эффективность противораковой терапии. Доказательство подобного подхода явилось основным выводом работы», - слова ученого цитируются на сайте МГУ.

Ученые провели детальный анализ более 200 источников, подтвердил перспективность комбинирования химиотерапии и разумно подобранного диетического режима питания, а также использования фармакологических агентов, имитирующих ограничение питательных веществ. «Как отметил один из рецензентов, изложенные в статье данные могут быть использованы как учеными для дальнейших исследований молекулярных механизмов влияния ограничения питания на раковые клетки, так и врачами для дизайна новых подходов в клинике при терапии онкологических заболеваний», - отметил Борис Животовский.

*АМИ (riaami.ru)
(1 марта 2017 года)*

Томские студенты разработали «умный» браслет, напоминающий о приеме лекарств

Студенты Томского политехнического университета (ТПУ) разрабатывают «умный» браслет, который будет напоминать пациентам о приеме важных лекарственных препаратов. На разработку они получили 150 тыс. рублей, став победителями акселератора технологических стартапов GenerationS, сообщила сегодня пресс-служба вуза.

«Работает браслет PillBand следующим образом: человек заранее помещает в его ячейки таблетки и выставляет

в настройках устройства время их приема. В нужное время звучит сигнал, и человек самостоятельно забирает таблетку из ячейки. Отключается звуковой сигнал автоматически», - говорится в сообщении.

Студенты создали опытный образец такого устройства, сейчас они работают над первым прототипом.

По словам разработчика, студента ТПУ Евгения Суханова, особенно актуален браслет будет для пациентов, которые имеют проблемы с памятью. «По статистике, ежедневно на нашей планете умирает около 10 тысяч человек по причине того, что они не смогли выпить таблетку в определенное время. У кого-то под рукой может не оказаться препарата, или же человек просто забудет его принять. Тем более это актуально для людей, заболевания которых связаны с забывчивостью или частичными потерями памяти. Таким пациентам особенно трудно следить за приемом лекарств самостоятельно», - приводит пресс-служба слова Суханова.

Проект студентов занял третье место в секции LifeScience федерального акселератора технологических стартапов GenerationS. Студенты получили 150 тыс. рублей, которые планируется потратить на дальнейшую доработку «умного» браслета и его последующую коммерциализацию.

ТАСС
(7 марта 2017 года)

Томские ученые хотят выяснить, как улучшить работу мозга с помощью белков

Специалисты Томского государственного университета (ТГУ) разрабатывают технологию использования белков, выделяемых скелетными мышцами человека при различных физических нагрузках, для улучшения работы мозга и лечения различных заболеваний. Об этом сообщает сегодня пресс-служба ТГУ.

«Белки, вырабатываемые скелетными мышцами (миокины - прим. ТАСС), способны регулировать метаболизм, значит, их можно использовать для лечения недугов, вызванных его нарушением, - это ожирение, сахарный диабет и другие заболевания. Более того, миокины косвенно влияют на поведение людей и на их когнитивные функции», - приводятся в сообщении слова одного из разработчиков Дмитрия Баланева.

Чтобы разобраться в механизмах действия белков, ученые проводят эксперименты на людях и животных. В частности, добровольцы в ходе этих экспериментов совмещают физическую нагрузку с решением математических и пространственных задач. Таким образом специалисты стремятся идентифицировать белки, понять, на что они способны, и разобраться в механизмах их действия.

В скором времени ученые планируют начать эксперименты с использованием искусственных клеточных культур, на которых с помощью электричества будут симулироваться физические нагрузки. Таким образом специалисты плани-

руют разработать комплексы упражнений, которые позволят лечить болезни.

ТАСС
(7 марта 2017 года)

Новосибирские ученые создают компьютерную модель лечения склероза

Ученые из Института цитологии и генетики (ИЦиГ) СО РАН создают компьютерную модель препарата для лечения бокового амиотрофического склероза (БАС), сообщил сегодня ТАСС заведующий лабораторией компьютерной протеомики ИЦиГ Владимир Иванисенко. По его словам, проект реализуется при поддержке гранта Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ).

«Наша лаборатория в рамках гранта РФФИ будет заниматься компьютерным дизайном потенциальных лекарственных препаратов для лечения БАС. Пока лекарств от этого заболевания нет, оно неизлечимо, но работы ведутся. Проект реализуется совместно с индийскими коллегами, они будут проводить экспериментальные исследования», - сказал Иванисенко.

По его словам, лаборатория уже создала универсальные математические методы для выявления мишеней в генетических сетях, моделирующих заболевания, и конструирования химической модели потенциального лекарственного препарата. Компьютерный дизайн лекарств подразумевает их дальнейший синтез и проверку. Соединения, синтезированные учеными из ИЦиГ, успешно прошли испытания на клетках животных в рамках совместного проекта с Германией.

Грант РФФИ выдан российским исследователям в 2017 году сроком на три года, общий объем финансирования - 2,4 млн рублей.

ТАСС
(6 марта 2017 года)

Ученые нашли природные антибиотики на зубах неандертальцев

Археологи обнаружили в зубном налете болевшего при жизни неандертальца следы природных лекарств - болеутоляющих и антибиотиков. Далекий предок человека жил на нашей планете около 50 тысяч лет назад, сообщил научный журнал Nature.

Частицы лекарственных препаратов помогли выявить генетический анализ. Именно на зубах накапливается микрофлора пищеварительного тракта и дыхательных путей, что дало возможность изучить состояние здоровья давно умершего неандертальца. По мнению ученых, он страдал от воспалительного процесса в деснах и расстройством желудка. Лечился древний человек корой тополя, разжевывая которую, насыщал организм салициловой кислотой. Это вещество является активным ингредиентом аспирина.

Еще одно природное лекарство, которое удалось выявить ученым, – природный антибиотик, содержащийся в плесневых грибах. Выходит, что неандертальцы уже имели представление о простейших медицинских препаратах.

Ученые также установили рацион питания древних людей. Они ели мясо овец и шерстистых носорогов, грибы и орехи, мох и кору деревьев.

*360° Подмосковье, Красногорск
(9 марта 2017 года)*

Иммунный ответ. В России придумали лекарство от рака

Революционный препарат поможет даже на поздних стадиях болезни.

Российские ученые вплотную подошли к созданию препарата с принципиально новым механизмом действия, который должен работать при всех видах и локализациях опухоли даже на поздних стадиях.

Эксперименты, проведенные на мышах и крысах с меланомой и саркомой, показали, что новый медикамент обладает необходимой для лечения рака биологической активностью – полученное на его основе лекарство привело к полному излечению животных даже на поздних стадиях болезни.

Препарат, который, возможно, станет революционным с точки зрения лечения всех видов онкозаболеваний, в т. ч. на самых поздних стадиях, прошел успешную проверку.

«Главное действующее вещество лекарства – белок теплового шока, – рассказал «АиФ» профессор Андрей Симбирцев, замдиректора ГосНИИ особо чистых препаратов ФМБА России. – Это особые молекулы, которые вырабатываются клетками организма в ответ на стрессовые воздействия. О том, что этот белок защищает клетки от повреждения, ученые знали давно. Углубленные исследования показали, что он также помогает организму «распознавать» раковые клетки, а в случае необходимости усиливает иммунный ответ.

Проблема заключалась в том, что организм вырабатывает этот белок в ограниченном количестве, которого для защиты от рака недостаточно».

Чтобы наладить его производство в нужном объеме, исследователи с помощью биотехнологии выделили ген, который отвечает за «выпуск» такого белка, и клонировали его (это позволило получить неограниченное количество белка). Чтобы расшифровать механизм противоопухолевого действия, белок теплового шока на полгода отправили на МКС (для экспериментов была необходима сверхчистая молекула, которую получить в условиях земного притяжения невозможно). До окончания доклинических испытаний препарата осталось около года, после этого должны начаться клинические испытания (продлятся 3-4 года), и в случае

их успеха новое лекарство поступит в практическое здравоохранение.

Эксперименты на мышах показали, что полная победа над онкологией возможна.

*Аргументы и Факты (aif.ru), Москва
(9 марта 2017 года)*

В России началось активное развитие ядерной медицины

Запуск пучка протонного ускорителя в димитровградском Федеральном центре протонной терапии и медицинской радиологии является частью «дорожной карты» по развитию центров ядерной медицины в стране, заявила министр здравоохранения Вероника Скворцова.

По ее прогнозам, ожидаемый социальный эффект от развития таких центров будет заключаться в снижении смертности на 30 процентов. Отмечается, что уже в 2019 году центр сможет принять на лечение до 20 тысяч пациентов в год.

На данный момент в России лишь 10 процентов пациентов могут получить помощь в области лучевой диагностики, в то время как в развитых странах этот показатель достигает 80 процентов. То есть в России сейчас в 17 раз меньше радиотерапевтических центров, чем в США, а техническое оснащение 90 процентов отделений лучевой терапии устарело на 30-40 лет.

По данным Ассоциации медицинских физиков России, лишь 10 процентов пациентов, нуждающихся в лучевой диагностике, могут получить помощь. Для лучевой терапии этот показатель составляет всего 3 процента.

Потребность в радионуклидной терапии (РНТ), являющейся одним из наиболее эффективных методов лечения рака, в России также не удовлетворяется. Ежегодно в России в ней нуждаются 50 тысяч пациентов, а пролечиваются всего 2 тысячи в год.

Такая же картина наблюдается и в области протонной терапии. В РФ в подобном лечении нуждаются 30-50 тысяч человек в год, она показана 7-8 процентам взрослых онкологических больных и 90 процентов детей.

В стране существует всего три государственных центра протонной лучевой терапии: Институт теоретической и экспериментальной физики им. А.И. Алиханова в Москве, Петербургский институт ядерной физики им. Б.П. Константинова в Гатчине, Объединенный институт ядерных исследований в Дубне.

В рамках реализации плана по развитию центров ядерной медицины в городе Димитровграде Ульяновской области будет открыт Федеральный высокотехнологичный центр медицинской радиологии ФМБА России (ФВЦМР), предназначенный для оказания специализированной медицинской помощи. В Центре предусмотрена консультативная поликлиника, протонный и радиологический центры,

ПЭТ-центр, корпус радионуклидной терапии на 37 активных коек и круглосуточный стационар на 312 коек, пишет газета «Известия».

*Русская планета (rusplt.ru), Москва
(17 марта 2017 года)*

В Дмитровграде тестируют оборудование, с точностью 100% выявляющее рак

Уникальное оборудование, которое позволяет с точностью до 100% выявить злокачественную опухоль на самом раннем этапе и создать лекарство для безоперационного лечения рака, протестировали в центре медицинской радиологии в Дмитровграде, первый пробный пуск прибора прошел успешно, сообщили РИА Новости в пресс-службе правительства региона.

«В Ульяновской области протонном корпусе Федерального высокотехнологичного центра медицинской радиологии был дан технический запуск циклотрона (резонансный технический ускоритель заряженных частиц - ред). Испытания состоялись в рамках визита руководителя ФМБА России Владимира Уйбы и заместителя министра здравоохранения РФ Сергея Краевого. По словам специалистов, первый пробный пуск циклотрона прошел в штатном режиме», - рассказал собеседник агентства.

На данный момент самым современным средством лечения рака является протонная терапия. Уникальная установка, позволяющая диагностировать рак на ранних стадиях и лечить его современными методами, находится в Дмитровграде, где сейчас создается единственный в России большой комплекс замкнутого цикла ядерной медицины, в котором будут представлены все имеющиеся на сегодня методы диагностики и лечения.

Как сообщил журналистам руководитель ФМБА России Владимир Уйба, благодаря протонной терапии, врачи смогут добраться до опухоли в любой локализации, то есть даже в недоступные для скальпеля и резистентные к химиотерапии места. Суть метода заключается в том, что радиофармпрепараты, создающиеся по средствам циклотрона, при введении их в организм человека, «метят» молодые злокачественные клетки. При компьютерной томографии врачи могут разглядеть лишь большие новообразования, но не могут с точностью сказать - злокачественная опухоль или нет.

«Это уникальный метод именно раннего выявления рака. Другого подобного метода нет в мире. Доктор сразу получает понятную картины и методы лечения... И если раньше подобный диагноз был приговором, то благодаря протонной установке появляется возможность излечения, то есть опухоль уничтожается полностью физикой пучка. Рецидива после этого лечения нет, и пациент выздоравливает», - сообщил журналистам Уйба.

Он отметил, что в Дмитровграде будет создан центр, в котором будут проводиться как первоначальная диагностика, так и лечение с помощью радиоактивных фармпрепа-

ратов. Руководитель ФМБА России добавил, что несмотря на высокую стоимость метода, его использование позволит сэкономить бюджету РФ в год более 30 миллиардов рублей, поскольку в случае протонной терапии человек получает лечение единожды, то есть опухоль исчезает навсегда. При этом современное оборудование позволит также выявлять на ранней стадии сердечно-сосудистые и иммунные заболевания.

«Современные методы диагностики позволяют выявить опухоль на ранней стадии, а современные методы лечения полностью излечивают человека. Поэтому мы до конца даже не можем оценить значимость этого центра, который создан при поддержке и непосредственном участии правительства РФ», - подчеркнул заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краевой.

Протонный центр в Дмитровграде представляет собой пятиэтажное здание. Его основой является циклотронный комплекс. Сейчас в центре завершается механическая сборка оборудования, подключение питания и различных систем ко всем установкам. Сдача объектов ФВЦМР ФМБА России в эксплуатацию будет происходить поэтапно в течение 2017-2018 годов, с выходом на проектную мощность в 2019 году. По информации региональных властей, для сотрудников медицинского центра будет создан специальный Академгородок.

«Сейчас мы проводим и создаем условия для комфортного пребывания будущих сотрудников и пациентов Центра радиологической медицины. Строим Академгородок, по сути, новый микрорайон в Дмитровграде, за счет региона к нему подведены все инженерные сети. Сейчас принято решение о его расширении на 8,5 га. Уже введены в эксплуатацию первые 10 домов, которые соответствуют всем современным требованиям и комфортным условиям проживания. В ближайшее время начнется подготовка к строительству детского сада, а потом и школы», - цитирует пресс-служба слова губернатора Ульяновской области Сергея Морозова.

*РИА Новости, Москва
(18 марта 2017 года)*

Впервые в России кубанские врачи вырастили и пересадили кожу

Приживается она за четыре дня

60-летний житель Крымска загорелся, когда пытался развести костер. В итоге его увезли в краевую больницу с тяжелыми ожогами, которые покрывали треть тела мужчины.

– Пациенту необходима была пересадка кожи. Мы вырезали у него небольшой кусочек целого покрова и передали его в лабораторию, где и начали выращивать особые клетки - фибробласты, – пояснили в пресс-службе краевого Минздрава. – Это основа соединительных тканей человека и животных. Клетки выращивают в специальных инкубаторах при температуре 37 градусов тепла.

Пока ученые-биологи колдовали над созданием второй кожи, хирурги и реаниматологи боролись за жизнь мужчины: удаляли мертвые ткани, стабилизировали общее состояние, готовили раны к пластике.

– Через три недели фибробласты «дозрели», с их помощью врачи и закрыли ожоги, – пояснили в минздраве. – Первые результаты вдохновляют: кожа приживается всего за четыре дня.

Если не выращивать кожу, а пересаживать свою, то на восстановление уходит больше времени – 10–12 дней.

– Из пяти квадратных сантиметров мы вырастили 2 000, – поясняет руководитель ожогового центра Краевой клинической больницы № 1 Сергей Богданов. – Эта технология известна давно, но, к сожалению, в России до недавнего времени не было юридической базы, которая бы ее разрешила.

Такая операция была первой не только на Кубани, но и в числе первых в России.

*Кр.ru, Москва
(20 марта 2017 года)*

Рекламу нездоровой еды необходимо показывать только ночью – эксперт Минздрава

Рекламу нездоровой еды необходимо контролировать и показывать только в ночное время и с ограничением продолжительности, заявил сегодня главный внештатный специалист по профилактической медицине Минздрава РФ Сергей Бойцов на заседании экспертного совета по здравоохранению комитета Совета Федерации по социполитике.

К нездоровой еде, согласно критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), относятся продукты, содержащие больше 20 г животного жира на 100 г продуктов, соль – больше 1,2 г на 100 г продукта, содержание сахара больше 12 г в 100 г продукта. Употребление нездоровой еды является одним из факторов риска для развития ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний.

«Для того, чтобы ситуацию контролировать, должна быть реклама только в ночное время и с ограничением суммарной продолжительности. Акценты на нездоровые продукты должны быть введены», – сказал Бойцов.

Он добавил, что на все продукты должны быть разработаны современные технические регламенты. «И достаточно доступными нужно сделать для населения здоровые продукты», – считает эксперт.

Эти меры, по его словам, позволят снизить уровень смертности от неинфекционных заболеваний (НИЗ). В группу НИЗ входят четыре типа: сердечно-сосудистые болезни (инфаркт и инсульт), хронические респираторные болезни, сахарный диабет и онкологические заболевания. На эти типы приходится около 82% смертей от НИЗ. В целом в РФ смертность от НИЗ составляет 68,5% от общей смертности населения.

Ожирение у детей и взрослых

По данным, приведенным Бойцовым, за прошедшие 20 лет существенно увеличилось число случаев ожирения у мужчин, им страдает почти треть мужского населения РФ. «Практически догнало его и ожирение у женщин», – добавил эксперт.

Ожирение увеличивает риск диабета и сердечно-сосудистых заболеваний, которые занимают первое место среди причин смертности населения страны.

Бойцов также отметил, что опасение вызывает и увеличивающийся уровень избыточной массы тела и ожирения у детей и подростков. «Они пока не вносят вклад в смертность, но они вырастут и станут взрослыми с сердечно-сосудистыми заболеваниями», – сказал Бойцов. Причинами детского и подросткового ожирения являются употребление нездоровой еды и отсутствие физической активности.

Стратегия здорового образа жизни

Работа по сокращению факторов риска должна проводиться в рамках «Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года». Этот документ доработан Минздравом РФ и отправлен на согласование в заинтересованные ведомства.

В проект «Стратегии» заложены такие предложения, как сокращение времени рекламы колбасы и колбасных изделий на ТВ, рекламы фастфуда, газировок и чипсов.

*ТАСС
(2 марта 2017 года)*

Большинство работающих россиян рискуют здоровьем

Большинство работающих жителей России подвержены факторам риска для здоровья.

«Сейчас среди всех работающих граждан нашей страны у 80% есть более чем один фактор риска по здоровью: либо злоупотребление алкоголем, либо курение, либо неправильное питание, гиподинамия и масса других факторов», – цитирует РИА Новости выступление министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой на Неделе российского бизнеса.

Министр убеждена, что необходимо искать различные социальные и экономические стимулы, которые могли бы способствовать созданию культуры здоровья не только трудящихся, но и работодателей.

*Ридус (ridus.ru), Москва
(17 марта 2017 года)*



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 8 декабря 2016 г. № 940н

**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЯ
В ПУНКТ 11 ПОРЯДКА РАССМОТРЕНИЯ ДЕЛ О НАРУШЕНИИ
ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ
И НАЛОЖЕНИЯ ШТРАФОВ ДОЛЖНОСТНЫМИ ЛИЦАМИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ
ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ,
УТВЕРЖДЕННОГО ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОТ 24 ДЕКАБРЯ 2010 г. № 1174н**

Приказываю:

Пункт 11 Порядка рассмотрения дел о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании и наложения штрафов должностными лицами Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 декабря 2010 г. № 1174н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 января 2011 г., регистрационный № 19597), изложить в следующей редакции:

«11. Взыскание наложенных штрафов со страхователей осуществляется в судебном порядке*».

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

* В соответствии с частью 13 статьи 25 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2016, № 27, ст. 4183).



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 8 декабря 2016 г. № 941н

**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ
В ПОРЯДОК ВЕДЕНИЯ ПЕРСониФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ,
УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОТ 25 ЯНВАРЯ 2011 г. № 29н**

Приказываю:

Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в Порядок ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. № 29н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2011 г., регистрационный № 19742).

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

Утверждены
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 8 декабря 2016 г. № 941н

**ИЗМЕНЕНИЯ,
КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПОРЯДОК ВЕДЕНИЯ ПЕРСНИФИЦИРОВАННОГО
УЧЕТА В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ,
УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОТ 25 ЯНВАРЯ 2011 г. № 29н**

1. Пункт 17 изложить в следующей редакции:

«17. Налоговые органы ежеквартально, не позднее 15-го числа второго месяца, следующего за отчетным периодом, предоставляют в соответствии с Соглашением об информационном обмене между Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, в соответствующий территориальный фонд сведения о работающих застрахованных лицах, предусмотренные подпунктами 1–10 и 14 пункта 3 настоящего Порядка, для внесения их в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.»

2. Пункт 20 изложить в следующей редакции:

«20. Страхователь для неработающих граждан ежемесячно, не позднее 5 числа каждого месяца, предоставляет в соответствующий территориальный фонд сведения о неработающих застрахованных лицах, предусмотренные подпунктами 1–10 и 14 пункта 3 настоящего Порядка. Страхователи для неработающих граждан осуществляют обмен информацией с территориальными фондами в электронном виде в порядке, установленном соглашением об информационном обмене, утверждаемым Федеральным фондом.»



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 20 декабря 2016 г. № 974н

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЛОЖЕНИЕ ОБ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ, УТВЕРЖДЕННОЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 2 ИЮНЯ 2016 г. № 334н

Приказываю:

Внести изменения в Положение об аккредитации специалистов, утвержденное приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2016 г. № 334н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 июня 2016 г., регистрационный № 42550), согласно приложению.

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2016 г. № 974н

**ИЗМЕНЕНИЯ,
КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПОЛОЖЕНИЕ ОБ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ,
УТВЕРЖДЕННОЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 2 ИЮНЯ 2016 г. № 334н**

1. Абзац четвертый пункта 10 признать утратившим силу.
2. Дополнить пунктом 10.1 следующего содержания:
«10.1. В состав аккредитационной комиссии могут включаться представители образовательной и (или) научной организации, реализующей программы медицинского и (или) фармацевтического образования.»
3. В пункте 12 слова «в пункте 10» заменить словами «в пунктах 10 и 10.1».
4. Абзац второй пункта 51 изложить в следующей редакции:
«Аккредитуемый, признанный не прошедшим аккредитацию специалиста, в целях повторного прохождения аккредитации специалиста представляет в аккредитационную комиссию документы, предусмотренные пунктами 26 и 27 настоящего Положения, не ранее чем через один месяц со дня признания его таковым.»



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 30 декабря 2016 г. № 1034н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ И ПОРЯДКА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОТЧЕТА ОБ ИСПОЛНЕНИИ УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СУБСИДИИ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА БЮДЖЕТУ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА СОФИНАНСИРОВАНИЕ РАСХОДОВ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ОКАЗАНИИ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕ ВКЛЮЧЕННОЙ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В соответствии с абзацем четвертым пункта 17 Правил предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2016 г. № 1542 (официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 30 декабря 2016 г., № 0001201612300102), приказываю:

Утвердить:

форму отчета об исполнении условий предоставления субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, согласно приложению № 1;

порядок представления отчета об исполнении условий предоставления субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, согласно приложению № 2.

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 30 декабря 2016 г. № 1034н

Форма

Отчет
об исполнении условий предоставления субсидии из федерального бюджета бюджету
субъекта Российской Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам
Российской Федерации
высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной
в базовую программу обязательного медицинского страхования

(наименование уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации)

Условия предоставления субсидии	Вид и реквизиты нормативного правового акта субъекта Российской Федерации
Наличие утвержденного нормативным правовым актом субъекта Российской Федерации порядка формирования перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации	
Наличие утвержденного нормативным правовым актом субъекта Российской Федерации перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации (далее - перечень)	
Наличие утвержденного нормативным правовым актом субъекта Российской Федерации порядка финансового обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации, в том числе гражданам Российской Федерации, проживающим на территориях иных субъектов Российской Федерации, если субъект Российской Федерации обязуется оказывать за счет средств, источником финансового обеспечения которых является субсидия из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, высокотехнологичную медицинскую помощь гражданам Российской Федерации, проживающим на территориях иных субъектов Российской Федерации	
Наличие в бюджете субъекта Российской Федерации бюджетных ассигнований на исполнение расходного обязательства этого субъекта Российской Федерации, возникающего при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в медицинских организациях, включенных в перечень, софинансирование которого осуществляется из федерального бюджета, и порядка определения объемов указанных ассигнований	

Руководитель уполномоченного органа
исполнительной власти
субъекта Российской Федерации

(должность) (подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

Исполнитель

(должность) (подпись) (Ф.И.О., контактный телефон)

«__» _____ 20__ г.

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 30 декабря 2016 г. № 1034н

**ПОРЯДОК
ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОТЧЕТА ОБ ИСПОЛНЕНИИ УСЛОВИЙ
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СУБСИДИИ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА БЮДЖЕТУ
СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА СОФИНАНСИРОВАНИЕ РАСХОДОВ,
ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ОКАЗАНИИ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕ ВКЛЮЧЕННОЙ
В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила представления отчета об исполнении условий предоставления субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее - отчет).

2. Отчет представляется в Министерство здравоохранения Российской Федерации на бумажном носителе не позднее 1 февраля текущего финансового года.

3. К отчету прилагаются копии нормативных правовых актов субъекта Российской Федерации, которыми утверждены:

порядок формирования перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации;

перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации;

порядок финансового обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации, в том числе гражданам Российской Федерации, проживающим на территориях иных субъектов Российской Федерации, если субъект Российской Федерации обязуется оказывать за счет средств, источником финансового обеспечения которых является субсидия из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, высокотехнологичную медицинскую помощь гражданам Российской Федерации, проживающим на территориях иных субъектов Российской Федерации.

4. К отчету прилагается выписка из закона о бюджете субъекта Российской Федерации, подписанная руководителем финансового органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации и заверенная печатью этого органа.

5. Отчет подписывается руководителем уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации и заверяется печатью этого органа.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 11 января 2017 г. № 2н

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

Приказываю:

Пункт 211 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н (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) и 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. № 859ан (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), от 25 марта 2016 г. № 192н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 мая 2016 г., регистрационный № 41969), от 28 июня 2016 г. № 423н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 июля 2016 г., регистрационный № 42892), от 28 сентября 2016 г. № 736н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 октября 2016 г., регистрационный № 43922) и от 27 октября 2016 г. № 803н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 декабря 2016 г., регистрационный № 44840), изложить в следующей редакции:

«211. Страховой представитель не реже одного раза в квартал осуществляет информирование застрахованных лиц, подлежащих диспансеризации или профилактическому медицинскому осмотру в текущем году, в том числе не прошедших данные мероприятия, или законных представителей этих застрахованных лиц о возможности прохождения диспансеризации или профилактического медицинского осмотра.»

Министр
В.И. СКВОРЦОВА



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П Р И К А З

от 9 февраля 2017 г. № 52н

**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ
В ПЕРЕЧЕНЬ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ,
ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ,
НЕ ВКЛЮЧЕННУЮ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОТ 30 НОЯБРЯ 2016 г. № 916н**

В соответствии с пунктом 2 Правил формирования перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2016 г. № 1160 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2016, № 47, ст. 6643), приказываю:

Внести изменения в перечень федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 ноября 2016 г. № 916н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 декабря 2016 г., регистрационный № 44761), согласно приложению.

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 9 февраля 2017 г. № 52н

**ИЗМЕНЕНИЯ,
КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПЕРЕЧЕНЬ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ
ПОМОЩЬ, НЕ ВКЛЮЧЕННУЮ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ОТ 30 НОЯБРЯ 2016 г. № 916н**

1. Пункт 24 изложить в следующей редакции:

«

24.	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Сибирский федеральный биомедицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации	630055, г. Новосибирск, ул. Речкуновская, д. 15
-----	--	---

».

2. Пункт 60 изложить в следующей редакции:

«

60.	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения Российской Федерации	117198, г. Москва, ул. Саморы Машела, д. 1
-----	---	--

».

3. Пункт 68 изложить в следующей редакции:

«

68.	Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный научно-практический центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации	119991, г. Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, стр. 1
-----	---	---

».

4. Пункт 69 изложить в следующей редакции:

«

69.	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева» Министерства здравоохранения Российской Федерации	119049, г. Москва, Ленинский проспект, д. 8
-----	--	---

».

5. Пункт 70 изложить в следующей редакции:

«

70.	Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный научно-практический центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации	125047, г. Москва, ул. 4-я Тверская-Ямская, д. 16
-----	--	---

».

6. Пункт 79 изложить в следующей редакции:

«

79.	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации	125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1
-----	---	--

».

7. Пункт 88 изложить в следующей редакции:

«

88.	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный клинический центр высоких медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства»	141435, Московская область, г. Химки, Микрорайон Новогорск
-----	--	--

».

8. Пункт 100 изложить в следующей редакции:

«

100.	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства»	197022, г. Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, д. 9
------	--	--

».

I. Рукопись

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

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

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

В работе необходимо указать:

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

- инициалы и фамилии авторов;

- название организации, где выполнена работа; город.

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

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

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

II. Содержание

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

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

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

III. Ссылки

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

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

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

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

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

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

Примеры библиографических описаний:

Книга

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

Автореферат диссертации

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

Статья из сборника

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

Статья из журнала

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

Статья из зарубежного журнала

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

Сборник тезисов докладов международных конференций

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

IV. Иллюстрации

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

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

V. Авторские правки

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

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:

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