

Медицинская

29 июля 2016 г.
пятница
№ 56 (7676)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

Здравоохранение региона

Медицина за Байкалом – с характером!

В краевой системе оказания лечебно-профилактической помощи грядут перемены



Во двор городского родильного дома в Чите на днях «залетел» полутораметровый ширококрылый металлический аист с кулком в клюве. Существует давняя примета – если потерять ножку новорождённого «крохи», выглядывающую из такого свёртка, то в семье поселится счастье.

Автор композиции, доставшейся учреждению родовспоможения даром, – читинский кузнец Вячеслав Лёгенький, он реализовал благотворительный проект, что называется, по широте душевной и на паритетных началах с одной из коммерческих

Вот такой аист украсил двор городского роддома

фирм, которая поделилась железом для художественнойковки.

– У нас в Чите не так много подобных произведений, поэтому у земляков они вызывают большой интерес, – отметил главный врач родильного дома Илья Плоткин. – Уже на этапе монтажа конструкции собирался народ, мамочки будущие подходили, чтобы погладить пяточку младенца на удачу, на благополучное разрешение в родах, кто-то даже клал в свёрток монетки. Хотелось, чтобы наши врачи всегда с удовольствием работали, а наши роженицы и родильницы в

этом уголке рядом с аистом с наслаждением отдыхали.

Конечно, брошенный взгляд из ординаторской родильного дома на изящную птицу счастья по определению не может не поднять настроения, но, согласитесь, для удовлетворённости своей работой и полного «растворения» в медицинской профессии её представителям требуется «крылья поддержки» (неизмеримо) посущественней.

(Окончание на стр. 2.)

Фото Елены КАЛАБУХОВОЙ.

Балма ЖАЛСАПОВА, акушер-гинеколог, заведующая женской консультацией Читинской городской больницы № 2:

Когда наступят давно обещанные лучшие времена – вопрос остаётся открытым...

Стр. 4



Федеральный фонд обязательного медицинского страхования – о деятельности системы в 2015 г.

Стр. 6-13

Угроза

Лихорадка Зика совсем рядом

В Бразилии и других странах продолжается начавшееся в апреле 2015 г. эпидемическое распространение лихорадки Зика (ЛЗ), информирует Панамериканская организация здравоохранения и Европейский центр по контролю и профилактике инфекционных заболеваний.

Общее число стран, вовлечённых в эпидемию этого инфекционного заболевания, достигло 55. В 13 из них отмечается увеличение числа случаев патологий нервной системы новорождённых, в 15 отмечено увеличение количества неврологических расстройств, в том числе синдрома Гийена-Барре, связанных со случаями заболевания ЛЗ.

Кроме того, Роспотребнадзор сообщает о 2823 случаях завоза лихорадки на территорию 40 стран мира, в том числе в 21 страну Европейского региона (1081 случай), США (1403), Новую Зеландию (95), Китай (19) и ряд других государств.

С начала эпидемии зарегистрировано 24 случая передачи ЛЗ половым путём в 10 странах: Аргентине, Чили, Новой Зеландии, США, Франции, Италии, Канаде, Перу, Португалии, Германии.

Общее число пострадавших лиц в странах американского региона составляет более 432 тыс. человек, в том числе 87 542 – с лабораторно подтверждённым диагнозом. При этом следует учитывать несоответствие между уровнем зарегистрированной и фактической заболеваемости, вследствие бессимптомного протекания значительного числа случаев.

Наиболее сложной в эпидемиологическом плане

обстановка сохраняется в Бразилии, где за время эпидемии ЛЗ зарегистрировано 7936 случаев микроцефалии и неврологических нарушений у новорождённых, в том числе 351 с летальным исходом. Общее число случаев заболевания с подозрением на лихорадку Зика превысило 165 тыс.

Напряжённая эпидемиологическая обстановка сохраняется и в Колумбии, Сальвадоре, Гондурасе, Венесуэле и ряде других стран региона.

По сообщению Национального координатора Международных медико-санитарных правил в Перу, первые случаи локальной передачи вируса ЛЗ на территории страны были зарегистрированы в апреле 2016 г. К концу июня было зарегистрировано уже 86 лабораторно подтверждённых случаев лихорадки, в том числе 35 случаев – у беременных женщин.

«В России, – как заявила министр здравоохранения Вероника Скворцова, – с очень хорошим результатом закончились доклинические исследования препаратов против этой инфекции. Сейчас мы запланировали проведение клинических исследований. Думаю, что в ближайшее время документы на их разрешение будут внесены».

Также она рассказала, что в стране были разработаны тест-системы, определяющие вирус Зика, регистрация которых завершается в Росздравнадзоре. «По данным всех проведённых испытаний, это высокоспецифичная, высокочувствительная тест-система», – подчеркнула В.Скворцова.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

События

Адрес новаций – Сибирь

Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Красноярск стал ещё одним специализированным учреждением в России, где освоена методика оперативного лечения гипертрофической кардиомиопатии. На днях здесь выполнены две первые операции пациентам с этим заболеванием.

Гипертрофическая кардиомиопатия представляет серьёзную сложность для врачей не только в силу своей генетической природы, нередко бессимптомного протекания и исхода

в виде внезапной смерти. Само хирургическое вмешательство по поводу кардиомиопатии относится к высшей категории сложности и предполагает одновременное вмешательство на сердечной мышце и митральном клапане.

Дебютные операции красноярские кардиохирурги выполняли под непосредственным руководством главного сердечно-сосудистого хирурга Сибирского федерального округа, руководителя центра новых хирургических технологий Новосибирского НИИ патологии кровообращения

им. Е.Н.Мешалкина, доктора медицинских наук Александра Богачёва-Прокофьева. Он специально приехал, чтобы помочь коллегам внедрить новую для них технологию.

По оценкам красноярских специалистов, ежегодно в хирургическом лечении гипертрофической кардиомиопатии нуждаются минимум 20 пациентов Федерального кардиоцентра.

Елена БУШ, соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Новости

Высокие технологии — на деле

На днях в первичном сосудистом отделении городской клинической больницы № 3 им. С.М.Кирова Астрахани отметили трёхкратное увеличение количества эндоваскулярных вмешательств по сравнению с прошлым годом. Увеличилось количество коронарографий: только за первое полугодие 2016 г. их проведено 1171 (за 2014 г. — 483, за 2015 г. — 1418). Отмечается увеличение случаев оказания высокотехнологичной помощи, в частности, стентирование коронарных артерий. Если, например, в 2014 г. в больнице их было проведено всего 19, в 2015 г. — 256, то за 6 месяцев 2016 г. установлено уже 224 стента.

В этом году на базе больницы впервые выполнены операции при ишемической болезни сердца с использованием лекарственных стентов. Так же оперируются пациенты с подъёмом сегмента ST, которых доставляют в рентгеноперационную «с колёс». У пациентов с нарушениями ритма имплантируются временные электрокардиостимуляторы, с дальнейшим переводом в Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Астрахани для имплантации постоянного кардиостимулятора.

Анна ЛЮБЕЗНОВА.

Астраханская область.

Бригада, на выезд!

Для приближения медицинской помощи к сельскому населению в Ульяновской области стали работать 28 мобильных бригад, — полный «комплект», созданный во всех районных больницах. В их состав входят участковый врач-терапевт и две медицинские сестры. Специалисты осуществляют забор крови, проводят ЭКГ и УЗИ-обследования, определяют наличие факторов риска развития заболеваний. В ходе осмотров особое внимание уделяется профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

«За первое полугодие наши мобильные бригады осмотрели 42 тыс. сельских жителей. Выездные поликлиники работают, в том числе, в малонаселённых отдалённых пунктах, там осмотрено около 4,8 тыс. человек. Почти у 2 тыс. из них выявлена гипертоническая болезнь, у 800 человек — цереброваскулярные болезни, у 53 осмотренных врачи обнаружили онкологические заболевания. При необходимости пациенты как из малонаселённых, так и из остальных пунктов направляются на госпитализацию или проведение дополнительных обследований в районные больницы и областные учреждения здравоохранения», — пояснил заместитель председателя правительства — министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

Виктория ГУРСКАЯ.

Ульяновск.

Хирурги Сочи показали себя

Кубанские специалисты успешно прооперировали гражданина Китайской народной республики. По сообщению Минздрава Краснодарского края, пациент Л., житель Китая, 34 лет, участник IV Всемирных хороших игр, поступил в приёмное отделение Краевой больницы № 4 Сочи с жалобами на острые боли в верхних отделах живота. В анамнезе у пациента была желчнокаменная болезнь.

Больной был госпитализирован в хирургическое отделение, где ему провели экстренное обследование. По результатам обследования пациенту выставили диагноз «острый калькулёзный холецистит».

«Пациенту было предложено оперативное вмешательство по срочным показаниям, — говорит главный врач больницы № 4 Сочи Константин Офлиди. — После того, как согласие больного на операцию было получено, врачи незамедлительно выполнили оперативное вмешательство: провели лапароскопическую холецистэктомию, дренирование брюшной полости».

Операция прошла успешно. Послеоперационный период протекает без осложнений.

Аревик ТАМРАЗЯН.

Краснодарский край.

Сообщения подготовлены корреспондентами «Медицинской газеты» и Медицинского информационного агентства «МГ» Cito! (inform@mgzt.ru)

Здравоохранение региона

Медицина за Байкалом — с характером!

(Окончание. Начало на стр. 1.)

До последнего времени здравоохранительную отрасль в Забайкальском регионе, считаемся одним из аутсайдеров по качеству жизни среди субъектов РФ, лихорадил ряд финансово-экономических, кадровых и иных проблем. Ситуация до сих пор сложная, но с назначением в мае врио министра здравоохранения края доктора медицинских наук, заслуженного врача РФ Сергея Давыдова она понемногу выправляется: созданы предпосылки для уменьшения высокой кредиторской задолженности медицинских учреждений, обновлён руководящий состав Краевой больницы № 4 и Могочинской ЦРБ, что позволило оздоровить микроклимат в коллективах. Приняты судьбоносные управленческие решения по организации государственной амбулаторной реабилитационной помощи в стенах Краевой больницы № 3 и реализации

пилотного проекта «Доступная поликлиника» на базе одного из подразделений Клинического медицинского центра Читы.

И это — только начало продуманного, не без терний, пути к обновлённой и современной здоровьёориентированной модели краевой медицины, который готовы прошагать около 4,5 тыс. врачей и более 10 тыс. специалистов среднего звена. Медицина за Байкалом — с характером!

Как же живётся в отдалённом, богатейшем, но пока, увы, депрессивном регионе нашим коллегам? О чём они думают, чем «дышат»? Об их сибирском характере рассказывает через призму произошедших с ними в разное время неординарных служебных историй специальный корреспондент «МГ».

Читайте материалы на 4-5 страницах номера.

Чита.

Перемены

Там, где лечат даже стены

И эти стены успешно обновляются

Недавно в Челябинской областной клинической больнице после капитального ремонта торжественно открыли отделение реанимации и интенсивной терапии на 18 коек.

Для больницы, в которой ежедневно происходят 150 хирургических вмешательств, кроме того, привозят самых тяжёлых больных с сочетанными травмами после ДТП или производственных ЧП, каждое реанимационное место — на вес золота. От такой нагрузки и при долголетнем отсутствии ремонта палаты, оборудование и мебель полностью обветшали. В то же время останавливать операционный процесс нельзя — поток плановых и экстренных пациентов меньше не становится. Поэтому на время реконструкции пациентов распределили между остальными тремя отделениями реанимации.

Сегодня все больные общехирургического и нейротравматологического профиля сразу из операционной и палаты пробуждения попадают в обновлённое помещение, площади которого занимают два этажа и, в общей сложности, превышают 600 м².

«Когда пациент из послеоперационной палаты пробуждения или из машины «скорой помощи» поступает в реанимацию и впервые открывает глаза — он снова возвращается в жизнь, — говорит главный врач больницы, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Дмитрий Альтман. — И первое впечатление в такой ситуации принципиально важно, он должен видеть и понимать, что это то место, где ему помогут. Это значит, что здесь должны быть максимально адекватные условия, и технологии самые лучшие, и врачи самые квалифицированные, и круглосуточный постоянный уход».

После дорогостоящего капитального ремонта отделение превратилось в специализированный комплекс чистых помещений для хирургических больных (это пациенты из хирургического отделения № 1, хирургического отделения № 2, отделения урологии, отделения гинекологии, лор-отделения, отделения челюстно-лицевой хирургии и для пациентов после органной трансплантации).



В день открытия отделения реанимации хорошее настроение чувствовалось даже в коридорах

Комплекс чистых помещений предусматривает нахождение больных в изолированных палатах, куда подаётся под определённым давлением очищенный методом фильтрации и ультрафиолетового облучения воздух. Нахождение в этих условиях позволит снизить риск присоединения внутрибольничной инфекции, сократить длительность нахождения больного, способствовать его ранней реабилитации, тем самым уменьшить экономические затраты на лечение в отделении реанимации. Каждая койка оснащена современной индивидуальной реанимационной консолью, с подводом медицинского газа, вакуума, электричества на 8 мест. Также установлена система централизованного видеонаблюдения для контроля за состоянием пациента и работой медицинского персонала.

«Это всего лишь один из этапов масштабной реконструкции, при-

званной привести главную больницу региона к тому состоянию, которое будет наиболее соответствовать её статусу», — заявил один из участников масштабного события, первый заместитель губернатора Челябинской области Евгений Редин.

Сейчас идёт утверждение и согласование проектной документации по реконструкции операционных залов, а в помещениях, предназначенных под новые КТ и МРТ, вовсю ремонтируют стены, прокладывают вентиляцию и проводят силовые кабели. В планах руководства — превратить ведущую клинику области в максимально комфортное место для лечения и восстановления пациентов со всего Южного Урала.

Наталья МАЛУХИНА, внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Признание

Лучшая награда доктора Николаева

Коллектив Перинатально-го центра Йошкар-Олы тепло поздравил врача отделения пренатальной диагностики, заслуженного врача Республики Марий Эл Леонида Николаева с 50-летием деятельности на ниве здравоохранения.

Полвека назад Леонид Терентьевич начинал акушером-гинекологом в небольшом районном центре, затем работал заместителем главного врача ЦРБ, оставив о себе благодарную память земляков.

Потом была учёба в спецординатуре в Москве, трёхлетняя командировка в Конго, после которой он начал внедрять в лечебный процесс Перинатального центра столицы республики ультразвуковые исследования и стал родоначальником УЗИ-диагностики в Марий Эл.

В то время, когда Россия только приступала к инвазивным методам диагностики плода, и в год по всей стране выполнялось не больше 1000 исследований, в маленькой Марий Эл доктор Николаев в год

делал 100 таких процедур. К нему на кордоцентез приезжали женщины из других регионов России.

Л.Николаев награждён медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени и медалью ордена «За заслуги перед Марий Эл». Но лучшая награда для него — счастье семей, где, в том числе, и с его помощью родились здоровые дети.

Ольга БИРЮЧЁВА, внешт. корр. «МГ».

Республика Марий Эл.

Проекты

Лет до 100 без старости...

Активное долголетие стало общественным движением, а не просто делом каждого конкретного человека, каждой конкретной семьи. Об этом заявил председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике, председатель Союза пенсионеров России Валерий Рязанский.

Сенатор принял участие в мероприятиях, посвящённых этой общественной организации в Курске. Он напомнил, что авторство университетов старшего возраста принадлежит именно Курской области. «Один из лучших в России университетов пожилого человека сейчас находится в Железногорске», – сказал он.

По словам В.Рязанского, огромный интерес у людей старшего поколения вызывает проведение спортивных соревнований среди пенсионеров. «Ещё несколько лет назад это казалось невыполнимой задачей, а сегодня Союз пенсионеров России успешно проводит спартакиады среди этой категории граждан в большинстве субъектов

Федерации», – отметил глава комитета Совета Федерации.

Председатель курского регионального отделения Союза пенсионеров России Владимир Сальников призвал всех граждан пожилого возраста активнее принимать участие в мероприятиях программы активного долголетия.

Словом, как писал Владимир Маяковский, «...лет до старости нам без старости».

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Решения

На «вахту» в Заполярье

Губернатор Красноярского края Виктор Толоконский распорядился направить из Краевой клинической больницы в Норильск группу узких специалистов.

Им предстоит работа в Заполярье до окончания периода отпусков. Жители Норильска и работники предприятий добывающих отраслей пожаловались губернатору на сезонный дефицит врачей.

Как сообщили в Минздраве Крас-

ноярского края, вылет сотрудников краевой больницы в Норильск должен состояться в ближайшие дни. В составе «вахтовой бригады» кардиолог, невролог, лор и врач ультразвуковой диагностики.

Также в Норильск выезжает рабочая группа специалистов Министерства здравоохранения края, которой предстоит на месте оценить, как в целом реализуется программа повышения эффективности работы амбулаторно-поликлинической службы в этом

городе. Речь идёт не только о доступности консультативно-диагностической помощи, но также об организации работы смотрового и доврачебного кабинетов, кабинета неотложной помощи, службы профилактики. Проверяющие обратят внимание и на создание комфортных условий для пациентов в поликлиниках.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Здоровая жизнь

Грант за профилактику пойдёт на пользу

На молодёжном форуме «Утро – 2016» специалисты Челябинского областного центра медицинской профилактики выиграли денежный грант. Полученные 200 тыс. руб. будут направлены на реализацию проекта «Мобильная профбригада», который посвящён пропаганде здорового образа жизни.

– Из названия «Мобильная профбригада» понятно, что проект направлен на профилактику, но сразу возникает вопрос: на профилактику

чего? И что такое профбригада? Именно эти вопросы задавали эксперты и участники форума, – комментирует главный специалист по профилактической медицине Минздрава Челябинской области Ольга Агеева. – Профбригада – это группа людей, в которую входят волонтеры-медики, доктора центра профилактики, узкие специалисты и специалисты по физкультуре. Такие мобильные группы будут выезжать на предприятия, в школы, вузы, детские сады с интерактивными семинарами, тренингами и лекциями.

Обучение планируется проводить в индивидуальных группах, заранее сформированных по сходным признакам: заболеваниям, предрасположенности, полу, возрасту и т.п. Выездные мероприятия будут посвящены пропаганде ЗОЖ, гигиене, самодиагностике, а также оказанию помощи в экстренных и неотложных ситуациях.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Вехи

Юбилей с отрадной прибавкой

На днях Омску исполнится 300 лет со дня основания. Юбилей отметят более 1 млн 178 тыс. человек, живущие на сегодняшний день в городе на слиянии Оми с Иртышом.

Это максимальная численность населения сибирского мегаполиса за всю его историю. А к такой знаменательной дате межведомственная комиссия правительства Омской области по вопросам демографии, семьи, женщин и детей проанализировала тенденции демографической ситуации в областной столице, что очень важно для корректировки долгосрочных программ развития региона.

Увеличение численности детей и подростков в Прииртышье началось в 2009 г. и продолжается до сих пор. За последние 6 лет юных жителей стало на 39 тыс. больше. Эксперты прогнозируют, что эта тенденция сохранится в регионе до 2024 г. За следующие 8 лет детское население увеличится ещё

более чем на 40 тыс. и достигнет 21% от общей численности проживающих на этой административной территории России.

Одновременно растёт и количество пенсионеров. Это демографическое явление, характерное для большинства развитых стран, – следствие успехов медицины и увеличения периода активного долголетия. По данным Росстата, представленным на заседании межведомственной комиссии по вопросам демографии, семьи, женщин и детей, ожидаемая продолжительность жизни омичей и их земляков из сельских районов увеличилась в 2015 г. до 70,5 лет. В сфере же социальной политики, считает председатель комиссии Татьяна Вижевитова, демографический прогноз в перспективе может иметь принципиальное значение для планирования объёма бюджетных расходов на социальную поддержку тех или иных категорий граждан, строительство детских садов и школ, и т.д.

По статистическим данным, на 1 января нынешнего года в Омской области проживало 1 млн 978,5 тыс. человек. За год численность населения увеличилась в Омске и 7 муниципальных районах – Азовском, Кормиловском, Любинском, Марьяновском, Одесском, Омском и Русско-Полянском. А Омск среди 15 российских городов-миллионеров сегодня занимает 8-ю позицию по численности населения.

Это особенно отрадно, если вспомнить, что в 60-х годах XVIII столетия, когда великий русский писатель Фёдор Достоевский уже отбыл каторжное наказание в местном остроге, в этом сибирском граде число живущих не превышало 25 тыс. человек. Фёдор Михайлович удивился бы, узнав об этом...

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Праздники

Всё больше приморцев становятся участниками акции «Добровольцы – детям». Этим летом к ней приобщились студенты Тихоокеанского государственного медицинского университета, проходящие практику в социально-реабилитационном центре «Парус надежды». Будущие врачи стали активными организаторами Недели русской культуры и участниками завершающего праздничные мероприятия фестиваля.

Будущие врачи – детям

«День русской народной песни», «День русской матрёшки», «День русского народного танца», «День русской народной игры» – всю неделю в «Парусе надежды» посвятили русскому народному творчеству.

Фестиваль объединил взрослых и детей всех возрастов. В качестве зазывал задействовали даже самых маленьких. Подростки с ограниченными возможностями вели программу, принимали участие в песенных конкурсах, а их сверстники из реабилитационной

смены «Паруса» покорили всех удалую русского народного танца. От детей не отставали и волонтеры: пели, танцевали, водили хороводы, играли в игры.

В краевом Департаменте труда и социального развития подчёркивают, акция «Добровольцы – детям», проходящая в Приморье пятый год, – огромное подспорье в организации отдыха детей.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Приморский край.

Криминал

Хулиган отделался испугом?

Полиция Рязани не нашла состава преступления и отказалась заводить уголовное дело на пациента, нанёсшего тяжёлую травму сотруднику «скорой».

Жительница областного центра вызвала «скорую» 23-летнему сыну, состоящему на учёте в наркодиспансере. Поводом стала необходимость «успокоить» его. Пока мать разговаривала с бригадой, сын схватил гантель и ударил ею по голове водителя «скорой» Дмитрия Новосёлова. В результате, как сообщили врачи областной клинической больницы, у него были нарушены функции зрения

и приёма пищи, сломана носовая перегородка.

Пострадавшего оперировали 5 часов. Теперь он будет жить с шестью титановыми пластинами в черепе.

Позднее сын водителя «скорой» прислал по почте постановление полиции об отказе в возбуждении уголовного дела «за отсутствием состава преступления». Его отец выписан из больницы и проходит лечение амбулаторно. Семья пострадавшего будет обжаловать это решение в прокуратуре.

Игорь КОВРОВ.

МИА Сити!

На контроль!

Отстояли себя



Активисты регионального отделения Общероссийского народного фронта (ОНФ) в Ненецком автономном округе смогли добиться сохранения нормальной работы медицинских учреждений в отдалённых селах региона.

Весной жители села Нижняя Пеша обратились в региональное отделение ОНФ с просьбой разобраться в ситуации с закрытием круглосуточного стационара и фельдшерско-акушерского пункта в деревне Волонга. Как отмечалось в письме, мнением пациентов по поводу перевода стационара исключительно на дневной режим работы никто не интересовался.

Вопрос перехода стационара в Пеше и фельдшерско-акушерского пункта в Волонге на иной режим работы рассматривался на заседании рабочих групп ОНФ с участием представителей профильных департаментов.

В итоге принято решение не переводить ФАП в Волонге на домовое хозяйство. Жители деревни будут получать медицинскую помощь в медпункте. Режим работы стационара в Нижней Пеше останется прежним.

Валентин МАЛОВ.

МИА Сити!

Ненецкий автономный округ.

Медицина за Байкалом

Откровенные монологи о профессии врача

Поселилась во мне дисгармония...

Балма ЖАЛСАПОВА, врач-акушер-гинеколог, заведующая женской консультацией городской больницы № 2 (Чита):



– В злосчастные 90-е годы, в их самом начале, в больнице вместо зарплаты выдавали талоны. Они предоставляли право отовариться исключительно обувью, что при тотальном дефиците на все немного скрашивало горечь от подмены кров-

но заработанных денег изделиями отечественного легпрома. Я помню магазин по улице Шилова: подаёшь продавцу листок бумаги, разложенный на квадратики, он ножничками – вжик-вжик, и ты – в новых сапожках! Размер месячного «обувного пайка» акушера-гинеколога был таков, что, кроме женских сапог – грубых и не очень удобных – я могла ещё принести домой такого же качества ботинки для старшего сына.

Однако ни новыми башмаками эконом-класса, ни даже обувью «королей» сыт не будешь. Мой муж в те годы работал директором школы, а учителя, как и врачи, другие бюджетники владели нищенское существование. У нас двое детей, которых надо кормить. Появились долги. Чтобы рассчитаться с ними, я в свой отпуск по примеру друзей – людей с высшим образованием – устроилась продавцом мяса на рынок.

Стоять за прилавком 12 часов в сутки оказалось тяжело не столько физически, сколько морально. Всё время находилась как на раскалённых угольях: вдруг кто-нибудь из знакомых увидит и осудит? Но однажды меня в белом фартуке на фоне разделанных туш всё-таки узнала коллега. Она-то и подбодрила: «Пусть государству будет стыдно, а не тебе!». С выходом из очередного отпуска я не отказалась от единственного, по сути, способа выжить в трудное время. Днём торговала, а ночами врачевала. На неделю приходилось по 3-4 дежурства в больнице.

Хотя со временем удалось перебороть чувство вины, дисгармония, поселившаяся во мне, нигде не исчезла. В здравоохранении я не считала себя случайным человеком, в институт поступила осознанно, мне нравилась моя медицинская специальность, по которой работала уже 8 лет. Тем не менее, я попросила уволить меня из больницы. Пора мчущейся лодке причаливать к одному из берегов! Попробовал это сделать Геральд Андреевич Николаев, тогдашний главный врач. Он не подписал заявление, но разрешил мне совмещать плохо совмещаемые сферы, фактически оставив мою «лодку» без вёсел. Руководитель нашей больницы дал мне понять: у него нет сомнений в том, для врачей нашей страны обязательно наступят лучшие времена. В общем, угорюжил остаться в профессии.

Разрушенная медицина тяжело поднималась с колен, так что когда должность главного врача принял А. Бухаринов, я точно решила уходить. Андрей Иванович искусно меня «обработал», что осталось в памяти до сих пор. И я поступила не так, как вначале хотела, а ровно наоборот. Выйдя из его кабинета, объявила коллегам, что фартук продавца больше не надену – перехожу из ночных дежурящих в акушеры-гинекологи женской консультации. То был очень радостный день. Пусть не без чужой помощи, но я сделала правильный выбор.

Спустя некоторое время аттестовалась на высшую квалификационную категорию, получила предложение заведовать консультацией. К нам сегодня просятся на учёт беременные женщины, проживающие за пределами Черновского административного района, и этот факт – лучшая оценка труда моего, а также ещё трёх акушеров-гинекологов, трёх акушеров и процедурной медсестры.

Пациентское сообщество почувствовало разительные перемены, произошедшие в практической медицине. А вот когда наступят давно обещанные лучшие времена для представителей по-прежнему мало оплачиваемой врачебной профессии – вопрос остаётся открытым...

Как я не стала москвичкой

Галина КУЛАКОВА, заведующая пульмонологическим отделением Краевой больницы № 4 (Краснокаменск), отличник здравоохранения, заслуженный работник здравоохранения Читинской области:

– Если один человек говорит другому спасибо, он не вкладывает в простую фразу хороший знак хорошего тона. Первоначальный смысл: «Спаси Бог!» Между тем, в жизни бывают случаи, когда очень хочется возвысить это слово до небес. Формальная благодарность выглядит слишком маленькой платой, например, за совет наставника, указавшего верную дорогу в жизни, или же за помощь в почти безнадежной ситуации, пришедшую к тебе... от самого пациента!

Мне вспоминается случай, произошедший в посёлке в первый день моего дежурства. Я только окончила институт и приехала в город Краснокаменск по распределению ординатором-терапевтом. В рабочем посёлке Октябрьский, что стоял в 30 километрах от строящегося города и куда медиков ежедневно доставляли на работу автобусом, в двухэтажном деревянном строении поначалу располагались все службы и подразделения МСЧ № 107: терапия, педиатрия, хирургия, гинекология, родовспоможение...

Ближе к ночи поступает тяжёлый пациент с инфарктом миокарда, строитель в возрасте чуть за 40. Я не отходила от него ни на шаг и тряслась от самой только мысли, что мой первый больной погибнет. Тем не менее, я делала необходимые врачебные назначения (не зря же в институте, в основном, на пятёрки училась и была дочерью уважаемого медработника!) и строго контролировала, как их выполняет медицинская сестра.

Под утро больному стало настолько легче, что он произнёс, обращаясь ко мне: «Ну, дочка, спасибо тебе, что не дала помереть!» И тут я не поспешила на изъявления горячей благодарности: «Да нет же, это я вам хочу спасибо сказать за то, что вы остались живы!..»

Отработав 3 года в Краснокаменске, я поехала учиться в Москву. За 2 года обучения в клинической ординатуре 3-го Главного управления союзного Минздрава мы, посланцы ведомственной медицины с разных концов страны, настолько выросли в московскую жизнь, что многие из нас захотели в столице остаться. Я не была исключением и «выходила» в отделе кадров Первой градской больницы работу терапевтом в стационаре. А в придачу к ней ещё и отдельную комнату. Тут приезжает в командировку в Москву начальник нашей медсанчасти Николай Филиппович Алейников, каким-то образом обо всём уз-

наёт и находит меня в Доме медицинского работника на Новошукунинской, где я тогда жила: «Рассказывай, Галина, куда это ты собралась? Эх, а я ведь рассчитывал на тебя, что скоро займёшь должность завотделением...»

Попили мы с начальником чайку, за которым я во всём и повинилась. Порадовались вместе за моего первого больного, тот, оказалось, возвратился к активной трудовой деятельности. По возвращении в Краснокаменск я навсегда отрезала от себя думки о житье в столице, о чём до сих пор не жалею.

Молодёжный город поднимался как на дрожжах, выростали новые жилые кварталы. В 1981 г. был построен первый блок многопрофильной больницы. В таком городе мечталось пустить глубокие корни! Ещё за несколько лет до этого события меня назначили заведующей терапевтическим отделением. В Краснокаменске я вышла замуж, родились двое сыновей, которые впоследствии окончили институты и ныне работают на предприятиях города. Сегодня я уже воспитываю трёх внуков.

Мысленно я не раз говорила огромное спасибо Николаю Филипповичу за тот душевный разговор в комнате столичного общежития. Останься я в Белокаменной, моя жизнь сложилась бы по-другому. А по-другому мне совсем не надо...

Дети участка – твои дети

Инна ВЛАСОВА, ветеран труда, в прошлом – кардиолог поликлинического отделения Детского объединения № 1 Ингодинского района Читы, городской детской поликлиники № 4, главный детский кардиоревматолог Комитета здравоохранения Забайкальского края:



– Детское объединение № 1, где я работала с 1976 г. – в начале ординатором старшего поста в больнице, а потом врачом поликлиники,

обслуживало юное население старейшего района Читы – Ингодинского. Историческое название юго-восточного анклава города – колыбель (здесь возникли Читинское плотбище, первая церковь, острог, в котором томились декабристы) не оспаривается ровно также, как и его статус торгово-промышленной зоны забайкальской столицы. При этом про Ингодинский район, начиная с дореволюционных времён, ходила и прочая слава. «Островские» были первые хулиганы и разбойники.

Я давно заметила, каков преобладающий контингент на территориальном участке, таков и участковый педиатр. Островную часть города обихаживали в основном «матёрые» участковые, резковатые в словах и движениях, физически крепкие, словом, дюжие женщины. Они были даже внешне под стать матерям своих маленьких пациентов, в большинстве своём принадлежавших к гегемоническому (к его «величеству») рабочему классу и зарабатывавших на хлеб трудовыми мозолями. Но однажды в нашем поликлиническом отделении среди педиатров появился первый мужчина – Пётр Михайлович Регула. Как представитель сильной половины человечества, он великодушно принял под своё крыло самый отдалённый и неблагоустроенный участок. А когда приходилось ходить сплошь тёмными улицами, обслуживая вечерами вызовы на дом, никогда и никому не жаловался.

Однажды декабрьскими сумерками в ядрёный мороз Пётр Михайлович возвращался в поликлинику, и на него в полутьме налетели лихие люди. Сняли с него пальто, сорвали шапку, лишили портфеля.

Ограбленный врач пришёл в регистратуру с подавленным видом. Однако на следующее утро уныние уступило место изумлению: едва поликлиника распахнула двери, личные вещи доктора были кем-то подброшены.

Гораздо позднее открылось, что предшествовало «благородному» поступку. Когда грабители принесли добычу на воровскую малину, там оказались две «мамочки» с участка педиатра Регулы. Молодые женщины узнали кроликовую шапку старательного участкового доктора и категорически возмутились. Оплошность пришлось исправлять.

Нашего Петра Михайловича ингодинцы явно полюбили. Было дело, в конце дня он шагнул с вызова, а навстречу летит товарищ с бидончиком: «Доктор, беги за мной! За вторым поворотом цистерна со спиртом, и она не охраняется, все из неё наливают! Нет своей тары – я одолжу!..»

К сожалению, наш единственный мужчина не выдержал физических и психологических перегрузок, а ещё содержание двоих детей требовало денег, и ему пришлось уйти на «скорую». А работали педиатры в советское время известно как – на голом энтузиазме. Если райком партии давал главному врачу Детского объединения установку: «Ты – мать района, и несёшь ответственность за всех детей!», то тот спрашивал по полной программе со своего участкового: «Ты – мать участка, и дети участка – твои дети!». Поэтому педиатр обслуживал ребятшек не по стандартам, а по необходимости, головой отвечая и за здоровье, и за медицинскую профилактику, и за кормление. Выдерживали такой пресинговый стиль жизни не все женщины, а только «сверхженщины», которые ради блага чужих детей, забывали о детях родных. Что уж говорить о слабом сильном поле...

Третьего родила как миленькая!

Виктория СУХИНИНА, акушер-гинеколог городского родильного дома (Чита), врач кабинета планирования семьи:

– В продуктовом магазине много лет назад я стала свидетелем разговора. Девочка просит маму купить ей плитку шоколада. Стоимость маленькой «Алёнки» не превы-

шала в то время больше трёх рублей и рядовому покупателю была вполне по карману. «Где деньги взять, радость моя? – сердится мама. – Вот сейчас купим молочко с хлебушком, и в кошельке ветер загуляет. Вырастешь, найдёшь хорошо оплачиваемую работу – тогда будешь вся в шоколаде!» На глазах ребёнка наворачиваются слёзы. Это ж сколько ещё надо ждать!..

За четверть века работы в родильном доме, из них 16 лет в сфере планирования семьи, я выносила в себе стойкое убеждение: не каждой женщине следует выполнять репродуктивную функцию. К сожалению, существует масса причин, по которым она рождать вообще не должна или пока не должна. Обкрадывают детство своих детей не только женщины, чьё поведение асоциально: больные алкоголизмом, наркозависимые. Но и инфантильные особы, кого не заподозришь в наличии вредных привычек, тоже. На приём к акушеру-гинекологу нередко приходят молодые девушки с беременностью, но без всяких «обеспечительных кредитов» для нормального существования будущего дитя – у них нет ни своего жилья, ни посто-



– с характером!

специально для «МГ»

янной работы со стабильным заработком. «Я хочу иметь ребёнка!» – безапелляционно заявляют они с порога. Не проблема произвести на свет маленького – череда труднейших испытаний наступает потом. В индивидуальном консультировании прилагаешь усилия достучаться: рожать ребёнка нужно тогда, когда ты точно знаешь, что способен ему кое-что дать. Пусть не в плане блистательного образования и шикарных, дорогих одежд. Зато элементарные вещи, детские сладости вроде шоколадки «Алёнка» у твоей кровиночки обязательно будут.

Я очень люблю своё дело, которое про себя называю «санпросветом». Учю женщин планировать свою беременность в определённые сроки, когда они этого хотят. Обучаю бережному отношению к своему здоровью и здоровью партнёра. Огромное удовольствие я испытываю, участвуя в подготовке и проведении массовых просветительских акций с беременными женщинами – там будущим мамам в непритязательной форме специалисты доносят достоверную информацию, как правильно рожать.

Большую часть работы занимают беседы с женщинами, которые решили или ещё раздумывают прервать нежелательную беременность. Вот история, каких много. За направлением на аборт обратилась читинка средних лет, мать двоих детей. На приёме я попыталась, как смогла, убедить её не делать роковой ошибки. Прошли месяцы, и в моём кабинете снова появляется она же с большим букетом цветов: «Спасибо, Виктория Викторовна! С вами побеседовала тогда и – никуда не делась, родила третьего ребёнка как миленькая! Я вам признаюсь, что мы с мужем уже запланировали четвёртого...»

Возвращение круглого отличника

Александр ОЗОРНИН, заведующий отделением клиники первого психического эпизода Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х.Кандинского, кандидат медицинских наук:

– Специалисты в области психоанализа не ощущают напряжения и не обижаются на своих бывших пациентов, когда те, заведя их на улице, в лучшем случае делают вид, что не узнают, а в худшем – переходят на другую сторону. Как бы грубо ни звучало, но психологи, психотерапевты и психиатры – это вроде помойного ведра: всё, что есть плохого, в него выливается. А человеку, которому сейчас хорошо, совсем не хочется вспоминать, что когда-то было плохо.

Но все ли мои бывшие пациенты с хорошиими исходами болезней надевают на себя «шапки-невидимки» и растворяются как небесные тела в Млечном пути? Виталий, инженер одного из крупных предприятий Читы, чья история закончилась хеппи-эндом, – один из немногих, кто при каждой нашей случайной встрече не только не отводит глаза, но и не прочь «укоротить дистанцию» в отношениях. Он всем своим видом показывает, как дружески расположен ко мне за то, что сейчас-то чувствует себя человеком, способным жить полной жизнью и вдыхать полной грудью. Разве что не хлопает меня по плечу. Я никогда не уклоняюсь от общения, даже если очень тороплюсь: мне дороги все мои пациенты, но этот – особенно.

С Виталием я знаком уже лет десять, с тех пор, как его госпитализировали в нашу психиатрическую больницу на «скорой». За моими плечами было уже 3 года работы в качестве ординатора отделения после окончания медицинской академии с красным дипломом. Такой же диплом светил и Виталию, который к моменту госпитализации учился на 4-м курсе одного из университетов Читы. Он был из числа тех, кого всегда и всем ставят в пример. Вначале в школе, потом в вузе. Круглый отличник, он являлся не просто гордостью университета, а её флагманом. И вдруг безупречный

учащийся стал отставать. Он по-прежнему проводил много времени за книгами, но учебный материал теперь усваивал плохо и с трудом аттестовывался по дисциплинам. Парня не отчисляли, принимая во внимание его прежние заслуги. Ну, переутомился, с кем не бывает!..



Родители настояли на тайм-ауте в учёбе и отвезли сына на отдых к морю. Однако ничего не поменялось, когда Виталий вернулся. Вдобавок, он замкнулся в себе, начал пропускать занятия. Закончилось

это всё развёрнутым эпизодом психоза. В день X у молодого человека развилось психомоторное возбуждение. Возмнив, что за ним организована слежка, он проверял углы в своей комнате, искал подслушивающие устройства, боялся выйти на улицу.

Доставленному в стационар студенту, у которого была диагностирована шизофрения, комиссионно назначили форсированную инсулинокоматозную терапию. Этот метод лечения «королевы психиатрии» активно применялся у нас первичным больным ввиду его доказанной эффективности. Главный врач нашей больницы Ольга Петровна Ступина ещё в своей кандидатской диссертации исследовала пятилетний катмнез пациентов, получивших шокотерапию, и сделала вывод о хороших отдалённых итогах. Виталию за четыре с лишним недели было выполнено 20 сеансов искусственного погружения в кому и вывода из неё, как лечащий врач, я лично их проводил. К концу нелёгкого процесса лечения мы достигли весьма неплохих результатов.

Но задача стояла не в том, чтобы только выписать пациента с улучшением состояния, а в том, чтобы вернуть его в привычную среду, восстановить социальные связи. Поэтому за купированием острого состояния последовала кропотливая работа психотерапевта и психолога. Помогло вернуть Виталия к прежней жизни и хорошее микроокружение. Друзья от него не отвернулись. На период лечения он оформил академический отпуск.

А на следующий год смог восстановиться в университете, который благополучно и окончил. К тому же, он женился. Мой бывший пациент не перестал получать медикаментозную терапию, но это ему не мешает быть счастливым...

Она рисовала зубами

Анджела ЛИ, заведующая отделением реанимации и интенсивной терапии Краевой детской клинической больницы (Чита):



– Есть пациенты, о которых врачи проносят воспоминания через всю жизнь. Для меня это – девочка Полина, она сейчас на ПМЖ в Германии, но до того, как туда уехать, 4 года была подключена к аппарату искусственной вентиляции

легких в нашем отделении. Хотя ИВЛ и относится к одному из наиболее эффективных и изученных средств реанимации и интенсивной терапии, случаи столь длительного протезирования внешнего дыхания достаточно редки, а для нашей больницы то испытание до сих пор первое и единственное.

Семья девочки – мама, папа, бабушка

– проживала в Чите, но готовилась к переезду в Германию, чтобы воссоединиться с родственниками по отцовской линии. Уже был оформлен комплект иммиграционных документов, как неожиданно трёхлетняя Полина тяжело заболела. Перенесённая респираторная инфекция аукнулась серьёзным системным осложнением с множественным поражением периферических нервов. Госпитализировали её в наше отделение. У пациентки были все показания к переводу на ИВЛ. Неврологи выставили диагноз, который звучал почти приговором: «Полирадикулоневрит. Паралич Ландри». Специалисты-то знают: среди страдающих этой болезнью смертность очень высокая, а примеров выздоровления крайне немного.

Тогда отделением реанимации и интенсивной терапии руководила Ирина Александровна Дорожкова, я работала обычным врачом-дежуром. Мы отчаянно боролись за девочку, стремясь управлять ситуацией. В комплексную терапию включили плазмаферез, ультрафиолетовое облучение крови и другие доступные нам методы лечения. Консультировались по телефону со столичными коллегами. Добились и очной консультации – в Читу приехал маститый невролог из Российской детской клинической больницы. Но старания добиться позитивной динамики в состоянии здоровья больной не увенчались успехом. Хуже того, развились осложнения, которые затронули спинной мозг и привели к обездвиженности. У ребёнка сохранилась двигательная функция только на уровне шейного отдела позвоночника.

Как-то нужно было жить дальше. Вскоре вполне жилой вид приобрела отдельная палата, в которой размещалась Полина. В ней установили телевизор. Когда ей надоело смотреть на голубой экран, она иногда просила свою маму или кого-нибудь из медперсонала вложить ей в рот кисточку и раскрашивала акварелью детские картинки. Рисовала любимица всего нашего отделения замечательно. А ещё она удивляла нас своей наблюдательностью. Однажды в моё дежурство с одной из медсестёр на рабочем месте случилась истерика. Я спросила о причине – та не захотела со мной говорить, выбежала на улицу. И тут свой тоненький голос подаёт с кровати 5-летняя кроха: «Я думаю, что Аня с Сашей поругалась. Он же за ней ухаживает!»

Так мы узнали про служебный роман медсестры и медбрата из нашего отделения, которые, кстати, вскоре поженились...

За 4 года Полина один раз втихаря погуляла в больничном дворе. Стоял прекрасный летний день, и её мама с мольбой заглянула мне в глаза: «Подышим свежим воздухом?» Конечно же, за Полину на улице дышал под мою ответственность и под моим присмотром портативный транспортный аппарат ИВЛ...

Не оставляла мысль, что в Германии, где живут родственники девочки, пациентам с подобным заболеванием предоставлены всеядные возможности не только для ежедневных прогулок, но и для полной социализации. Оказаться среди них может, если постараться, и наша Полина! Ирина Александровна инициировала с немцами переговоры, после чего на нас вышел Международный Красный Крест. Так как мы гарантировали, что больная транспортная, настал день, когда в Читу прибыл из Гамбурга спецсамолёт.

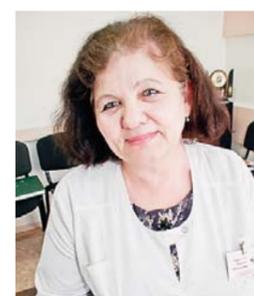
Полина улетела под Новый год, а в апреле 2011-го состоялся 1-й съезд анестезиологов и реаниматологов Забайкальского края. Я выступила на нём с презентацией нашего 4-летнего уникального опыта интенсивной терапии ребёнку с восходящим параличом. Прислушав, участники съезда поднялись и аплодировали стоя...

Главной на лыже была «черепаха»

Наталья КОРОТКОВА, заместитель главного врача Краевого врачебно-физкультурного диспансера по меди-

цинской части, главный внештатный специалист по спортивной медицине и лечебной физкультуре Министерства здравоохранения Забайкальского края, заслуженный работник здравоохранения Читинской области:

– Это произошло зимой 1988 г. Я работала врачом по контролю детского отделения областного врачебно-физкультурного диспансера. Наш тогдашний «главный» Виктор Яковлевич Макаров, формируя лыжную команду ОВФД для участия в зимней Спартакиаде работников здравоохранения Читинской области, зачем-то включил в неё и меня. Решению начальства я совершенно не обрадовалась, напротив, сильно огорчилась. Мне импонировали игровые виды спорта, в детстве я занималась баскетболом, однако никогда в жизни не вставала на лыжню и даже не имела понятия, как крепить лыжи к ботинкам!



Команда состояла, помимо меня, из двух инструкторов ЛФК и врача спортивной медицины, далеко не новичков в беге на «снегоступах». На пригласительные к лыжной гонке Виктор Яковлевич отвёл нам

3 недели. Занятия в зале лечебной физкультуры, тренирующие быстроту и выносливость, проводились ежедневно. Два раза мы выходили на лыжню. Программа подготовки включала также посещение бани с берёзовым веником на даче главврача. Всё это время он подбадривал: «Ничего, девчонки, тяжело в учении – легко в бою! Мы победим, обещаю!».

Моему изумлению не было предела. О какой победе он говорит? Да я покую себя и свой диспансер позором на долгие годы! Начиная с нуля в этом виде спорта, просто невозможно достичь каких-либо внушительных результатов за короткое время! При всей авантюристике, как мне казалось тогда, нашего предприятия, я беспрекословно повиновалась указаниям главного врача. И не только потому, что тот был мастером спорта по биатлону. В.Макаров обладал умением повелевать людьми, возведённым ещё великим Сократом в главное достоинство руководителя. К тому же он явно просчитал, как будут развиваться события на лыжне и распределил силы так, чтобы победа досталась нам. Но понимание этого пришло ко мне чуть позже...

И вот наступил день Спартакиады. Я поклялась себе, чего бы мне этого не стоило, пройти маршрут достойно. Стартовали. Конечно же, по меркам опытных лыжников, я плелась по лыжне черепахой. Всё, что я помню, это просьбы и увещевания соперников, следующих за мной сзади, уступить им дорогу. «Лыжню!!!», – вопили самые несдержанные из них и костыляли мне по мягкому месту лыжной палкой. Как же я могла покинуть снежную колею, если главный врач поставил мне задачу, пропустив вперёд своих, закрыть её для чужих? Он знал мой характер – я была молодая, очень упрямая, и поэтому режиссёр именно мне отвёл в своей постановке главную роль.

Через «не могу» я упорно двигалась к цели – падала на дистанции, но поднималась на ноги и вновь устремлялась вперёд. Помешать сопернику, отнять у него драгоценное время в ходе спортивной борьбы – такова была тактика нашего тренера. Если отсутствует опыт, то надо брать хитростью!

В лыжной гонке команда врачебно-физкультурного диспансера заняла первое место. В эту удивительнейшую победу я внесла вклад своими синими от кровоподтёков ягодицами...

Записал Владимир КЛЫШНИКОВ, спец. корр. МГ».

Забайкальский край.

Фото автора.

Итоги

Отчёт о деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2015 г.

Обеспечение финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования

В 2015 г. в целях обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования Федеральным фондом ОМС (далее – Федеральный фонд) осуществлялись полномочия по аккумулированию средств ОМС и управлению ими, формированию и использованию средств нормированного страхового запаса.

Федеральным законом № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с 2012 г. предусмотрено установление единых требований к субъектам РФ по определению размера страховых взносов на ОМС неработающего населения, поступающих с 2012 г. в бюджет Федерального фонда в размере, рассчитанном в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Федеральным законом № 354-ФЗ от 30.11.2011 «О размере и порядке расчёта тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» установлен единый для всех субъектов Российской Федерации тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения в размере 18 864,6 руб.

В 2015 г. размер страховых взносов на ОМС неработающего населения в субъектах РФ определялся как произведение численности неработающих застрахованных лиц на 1 апреля года, предшествующего очередному, в субъекте Российской Федерации и тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения, установленного Федеральным законом № 354-ФЗ от 30.11.2011 «О размере и порядке расчёта тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» с учётом коэффициента дифференциации. Размер страховых взносов в расчёте на одного застрахованного неработающего гражданина в среднем по Российской Федерации в 2015 г. составил 7242,6 руб., или 131% от уровня 2014 г. (5528,8 руб.).

Впервые доходы бюджета Федерального фонда от страховых взносов на ОМС работающего населения в 2015 г. формировались в соответствии с Федеральным законом № 212-ФЗ от 24.07.2009 «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» со всех сумм выплат и иных вознаграждений в пользу физических лиц без ограничения предельной величины базы для начисления страховых взносов, за исключением не подлежащих обложению сумм выплат по тарифу 5,1% для основной категории плательщиков, для «льготных» категорий плательщиков страховых взносов в переходный период – по пониженным тарифам страховых взносов, установленным статьями 58, 58.1, 58.4, 58.5 указанного Федерального закона.

Выпадающие доходы бюджета Федерального фонда в связи с применением отдельными плательщиками пониженных тарифов страховых взносов компенсировались за счёт бюджетных ассигнований федерального бюджета.

В соответствии с действующим законодательством для целей обязательного медицинского страхования в 2015 г. в территориальных органах Пенсионного

фонда РФ зарегистрировано 10 млн страхователей для работающих граждан (из них 5,4 млн (54%) – юридические лица, 4,6 млн (46%) – индивидуальные предприниматели), в территориальных фондах ОМС – 90 страхователей для неработающих граждан (из них 86 – органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, 4 – организации, определённые Правительством РФ), поставленные на учёт в соответствии с частью 7 статьи 17 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

По данным единого регистра застрахованных лиц, численность лиц, застрахованных по ОМС, по состоянию на 1 апреля 2014 г. составила 146,1 млн человек, из них: работающих – 61 млн (41,8% от общей численности застрахованных), неработающих – 85,1 млн (58,2%). Численность застрахованных лиц в Крымском федеральном округе на указанную дату принята по данным Росстата. Из общей численности застрахованных (без учёта Крымского федерального округа) численность лиц в трудоспособном возрасте составила 84,4 млн человек, или 58,7%, моложе трудоспособного возраста – 25,2 млн, или 17,5%, старше трудоспособного возраста – 34,2 млн, или 23,8%.

В 2015 г. субвенции, предоставляемые из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов ОМС, распределялись в соответствии с методикой, утверждённой Постановлением Правительства РФ № 462 от 05.05.2012 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Размер субвенции из бюджета Федерального фонда бюджету территориального фонда ОМС исчислялся, исходя из численности застрахованного по ОМС населения соответствующего субъекта РФ и подушевого норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС, установленного в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи, с учётом климатогеографических и экономических особенностей субъекта РФ.

Финансовая деятельность Федерального фонда в 2015 г. осуществлялась в соответствии с Федеральным законом № 387-ФЗ от 01.12.2014 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.» (далее – Федеральный закон о бюджете).

Доходы бюджета Федерального фонда на 2015 г. утверждены в сумме 1 619 774 009,1 тыс. руб.

Бюджет Федерального фонда за 2015 г. исполнен по доходам в сумме 1 573 543 366,0 тыс. руб. (97,1% утверждённого объёма).

Доходы Федерального фонда в 2015 г. сформированы за счёт:

- страховых взносов на ОМС, зачисляемых в бюджет Федерального фонда, в общей сумме 1 537 634 230,6 тыс. руб. (97,7% в общем объёме доходов Федерального фонда), в том числе:
 - работающего населения – в сумме

921 348 778,1 тыс. руб. (58,5% в общем объёме доходов Федерального фонда) (таблица 1 приложения);

- неработающего населения – сумме 616 285 452,5 тыс. руб. (39,2% в общем объёме доходов Федерального фонда) (таблица 1 приложения);

- межбюджетных трансфертов из федерального бюджета в сумме 23 860 000,0 тыс. руб. (1,5% в общем объёме доходов Федерального фонда);

- иные доходы в сумме 12 049 135,4 тыс. руб. (0,8% в общем объёме доходов Федерального фонда).

В соответствии с законодательством Российской Федерации главными администраторами доходов бюджета Федерального фонда от поступления страховых взносов на ОМС работающего населения является Пенсионный фонд РФ, от поступления страховых взносов на ОМС неработающего населения – территориальные фонды.

По данным главных администраторов доходов бюджета, на 1 января 2016 г. перед бюджетом Федерального фонда имеется задолженность по страховым взносам на ОМС работающего населения в размере 42,1 млрд руб., страховым взносам на ОМС неработающего населения – 1,4 млрд руб.

Расходы утверждены в сумме 1 668 267 517,1 тыс. руб., в том числе межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджету Фонда социального страхования РФ, – 19 030 000,0 тыс. руб.

Расходование средств бюджета Федерального фонда осуществлялось в соответствии с целями, установленными Федеральным законом о бюджете.

На выполнение территориальных программ ОМС в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в 2015 г. в бюджеты территориальных фондов ОМС направлено 1 427 051 543,7 тыс. руб.

Финансовое обеспечение средствами ОМС за счёт субвенции в расчёте на одно застрахованное лицо составило 9 764,7 руб.

В 2015 г. продолжилось осуществление единовременных компенсационных выплат сельским врачам с увеличением возраста медицинских работников до 45 лет. На данные цели из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов ОМС в соответствии с распоряжением Правительства РФ № 2594-р от 17.12.2014 «О распределении в 2015 г. иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целях осуществления в соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» единовременных компенсационных выплат медицинским работникам» и заявками субъектов Российской Федерации направлены иные межбюджетные трансферты в размере 1 870 407,7 тыс. руб. (74,2% утверждённого объёма средств, распределённого по субъектам РФ).

На оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребёнка в течение первого года жизни в Фонд социального страхования РФ в 2015 г. согласно представленным заявкам перечислены средства бюджета Федерального фонда в размере 18 367 586,5 тыс. руб. (96,5% утверждённого объёма).

В 2015 г. на изготовление полисов обязательного медицинского страхования единого образца Федеральным фондом направлено 1 192 983,3 тыс. руб.

В 2015 г. после выполнения всех текущих расходных обязательств бюджета Федерального фонда была передана дотация на сбалансированность федерального бюджета в размере 92 122 668,6 тыс. руб.

Реализация базовой программы обязательного медицинского страхования

Базовая программа ОМС на 2015 г. утверждена Постановлением Правительства РФ № 1273 от 28.11.2014 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг.»

Базовая программа ОМС устанавливала перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществлялось бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществлялось бесплатно, нормативы финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи (в том числе по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи) и нормативы финансового обеспечения базовой программы ОМС в расчёте на 1 застрахованное лицо, требования к территориальным программам и условиям оказания медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи.

В рамках реализации базовой программы ОМС застрахованным лицам оказывалась первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, включённая в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счёт средств ОМС, при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе III программы, осуществлялись мероприятия по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам, указанным в разделе III программы, медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях, а также по применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включённых в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи (раздел II).

Во исполнение Постановления Правительства РФ № 1273 от 28.11.2014 г. «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг.» органами государственной власти 85 субъектов РФ и города Байконура разработаны и утверждены территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг. (далее – территориальные программы государственных гарантий), включающие в себя территориальные программы ОМС.

Сведения о результатах проведения диспансеризации и медицинских осмотров в 2015 г.

Таблица 1

Профилактические мероприятия	Численность подлежащих диспансеризации, медицинским осмотрам в отчётном году, чел.	Численность прошедших диспансеризацию, медицинские осмотры, чел.	% выполнения	Объём средств, направленный за проведённую диспансеризацию и медицинские осмотры, тыс. руб.
Диспансеризация определённых групп взрослого населения	24 199 814	20 684 336	85,5	30 433 642,50
Профилактические медицинские осмотры взрослого населения	5 765 448	4 520 956	78,4	2 904 801,40
Всего взрослое население	29 965 262	25 205 292	84,1	33 338 443,90
Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	238 131	231 651	97,3	818 729,30
Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью	282 791	260 938	92,3	940 645,70
Профилактические осмотры несовершеннолетних	20 661 693	14 831 177	71,8	18 667 985,50
Периодические осмотры несовершеннолетних	7 480 515	4 272 138	57,1	1 777 422,90
Предварительные осмотры несовершеннолетних	1 136 697	1 117 824	98,3	2 465 104,00
Всего детское население	29 799 827	20 713 728	69,5	24 669 887,4
Итого:	59 765 089	45 919 020	76,8	58 008 331,3

В 2015 г. в соответствии с частью 6 статьи 81 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Министерством здравоохранения РФ, Федеральным фондом и высшими исполнительными органами государственной власти субъектов РФ были заключены соглашения о реализации территориальной программы (далее – трёхсторонние соглашения) в соответствии с правилами заключения данных соглашений, утверждёнными Постановлением Правительства РФ № 113 от 11.02.2015. Трёхсторонние соглашения включали планы мероприятий по устранению в субъектах Российской Федерации замечаний, изложенных в письмах Федерального фонда и Министерства здравоохранения РФ по результатам мониторинга территориальных программ субъектов РФ (далее – Планы мероприятий).

Основным среди указанных замечаний было несоответствие нормативов объёма и нормативов финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, установленной в территориальной программе ОМС, базовой программе ОМС.

Нормативы объёма предоставления медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи и норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчёте на 1 застрахованное лицо устанавливались в территориальной программе ОМС с учётом структуры заболеваемости в субъекте РФ.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи и средний подушевой норматив финансового обеспечения медицинской помощи за счёт средств ОМС в 2015 г. включали, в том числе:

- передаваемые в бюджеты территориальных фондов ОМС расходы бюджета субъекта РФ на содержание медицинских организаций;

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации определённых групп населения, диспансерному наблюдению, профилактическим медицинским осмотрам в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения РФ;

- расходы на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой участковыми терапевтами и педиатрами участковыми,

врачами общей практики (семейными врачами) и медицинскими сёстрами, работающими с перечисленными специалистами;

- денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сёстрам скорой медицинской помощи;

- расходы на вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение);

- расходы на оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация».

Утверждённая стоимость территориальных программ обязательного медицинского страхования на 2015 г. составила 1527,0 млрд руб. (на 11,2% выше 2014 г. – 1372,8 млрд руб.), в том числе за счёт субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов ОМС – 1414,2 млрд руб. (на 20,4% выше уровня 2014 г. – 1174,3 млрд руб.).

Доля средств ОМС в структуре территориальных программ государственных гарантий в целом по РФ составила 75,1% (на 2,7% выше уровня 2014 г.).

Средний подушевой норматив финансирования за счёт средств ОМС на финансирование базовой программы ОМС в 2015 г. составил 8260,7 руб. на одно застрахованное лицо. В субъектах РФ средний подушевой норматив финансирования на одно застрахованное лицо был скорректирован с учётом коэффициента дифференциации.

Утверждённый подушевой норматив финансирования территориальных программ ОМС в среднем по РФ сложился в размере 8930,7 руб. (без учёта коэффициентов дифференциации). Разница между подушевым нормативом финансового обеспечения территориальных программ и средним подушевым нормативом финансирования базовой программы в размере 670 руб. обеспечена межбюджетными трансфертами субъектов РФ. Наибольшие нормативы финансирования медицинской помощи в расчёте на 1 застрахованное лицо в рамках территориальных программ ОМС отмечены в Чукотском автономном округе (14 344,9 руб.), Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (13 313,5 руб.), Ненецком автономном округе (13 739,9 руб.), Тюменской области (12 232,9 руб.).

В 2015 г. средства нормированного страхового запаса Федерального фонда в размере 15 млрд руб. были направле-

ны на увеличение субвенций бюджетам территориальных фондов ОМС на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной медицинской помощи федеральными государственными учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения РФ, Федеральному медико-биологическому агентству и Федеральному агентству научных организаций. За счёт указанных средств комиссиями по разработке территориальных программ ОМС субъектов РФ установлены дополнительные объёмы оказания специализированной медицинской помощи федеральным государственным учреждениям, что позволило не допустить снижения объёмов оказания медицинской помощи федеральными государственными учреждениями и, следовательно, исключить их недофинансирование.

Кроме того, средства нормированного страхового запаса Федерального фонда в размере 9,4 млрд руб. были направлены на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ ОМС (в связи с изменением курсов валют при приобретении импортных лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов).

За счёт указанных средств комиссиями по разработке территориальных программ ОМС субъектов РФ увеличены тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС в рамках базовой программы.

В 2015 г. структура тарифа на оплату медицинской помощи за счёт средств ОМС в рамках базовой программы ОМС включала все статьи расходов, за исключением расходов медицинских организаций, связанных с капитальным ремонтом, разработкой проектно-сметной документации для его проведения и приобретением оборудования стоимостью свыше 100 тыс. руб. за единицу.

В субъектах РФ тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС в части расходов на заработную плату включали финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

- участковым терапевтам и педиатрам, врачам общей практики (семейным врачам и медицинским сёстрам, работающим с этими специалистами, за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим

ФАПами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сёстрам, в том числе медицинским сёстрам патронажным, за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- врачам, фельдшерам и медицинским сёстрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;
- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2015 г. устанавливались следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС в Российской Федерации:

- при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях;

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объёма медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объёма медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объёма медицинской помощи);

- при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, – за законченный случай лечения, включённого в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

- при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, – за законченный случай лечения заболевания, включённого в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

- при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады «скорой», в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), – по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

В целях обеспечения единой на территории РФ методологии формирования тарифов на оплату медицинской помощи за счёт средств ОМС Федеральным фондом принят приказ № 200 от 18.11.2014, устанавливающий требования к структуре и содержанию тарифных соглашений по:

- 1) способам оплаты медицинской помощи;

- 2) размеру и структуре тарифов на оплату медицинской помощи;

- 3) размеру неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоплату, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Кроме того, в субъекты РФ были направлены методические рекомендации «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках Программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)» (письмо Минздрава России № 11-9/10/2-9454 от 15.12.2014).

Ежегодно с 2013 по 2015 г. в российскую модель клинико-статистических групп (далее – КСГ) вносились изменения, необходимые для совершенствования механизма финансового обеспечения медицинской помощи в целях снижения неэффективных расходов медицинских

(Продолжение. Начало на стр. 6.)

организаций, перераспределения на дневной стационар объёмов медицинской помощи при заболеваниях, требующих круглосуточного наблюдения.

В 2015 г. группировка КСГ включала 258 групп заболеваний, по которым медицинская помощь оказывалась в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Одним из существенных преимуществ использования модели КСГ при оплате медицинской помощи является более справедливое распределение финансовых ресурсов: за более затратные случаи медицинская организация получает больше средств, за наименее затратные – меньше.

Кроме того, если раньше оплата медицинской помощи зависела от длительности лечения, а не от конкретного пациента, и медицинскими организациями было выгодно возмещать свои затраты за счёт длительного пребывания больного на койке, то при использовании модели КСГ такой стимул для медицинских организаций перестал иметь место.

Так, средняя длительность пребывания пациента на койке в рамках базовой программы ОМС с 2013 г. сократилась на 6%. Если в 2013 г. она составляла 9,9 дня, то по итогам 2015 г. – 9,3 дня.

Этот показатель свидетельствует о повышении интенсивности работы стационаров.

В рамках проведения мероприятий, направленных на снижение смертности от основных причин, с июня 2015 г. обеспечивается отражение в едином регистре застрахованных лиц сведений о персонифицированном прикреплении застрахованных лиц к педиатру, терапевту и врачу общей практики, и по состоянию на конец 2015 г. доля прикрепленных от общей численности застрахованных лиц составила 97,2%.

Федеральным законом № 374-ФЗ от 14.12.2015 в рамках нормативно-правового регулирования данного вопроса внесены дополнения в статью 44 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в части сбора, обработки, передачи и хранения сведений о медицинском работнике, выбранном застрахованным лицом в соответствии с законодательством РФ для получения первичной медико-санитарной помощи.

Финансовое обеспечение и реализация отдельных направлений и мероприятий

В 2015 г. в рамках базовой программы ОМС за счёт средств ОМС осуществлялось финансовое обеспечение следующих профилактических мероприятий:

- диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью;
- медицинские осмотры несовершеннолетних, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них;
- диспансеризация определённых групп взрослого населения;
- профилактические медицинские осмотры взрослого населения (табл. 1).

Диспансеризация и медицинские осмотры взрослого населения

Диспансеризация определённых групп взрослого населения

Порядок проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения утверждён приказом Министерства здравоохранения РФ № 36н от 03.02.2015 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения».

В 2015 г. диспансеризация определённых групп взрослого населения подлежала 24 199 814 человек, что составляет 20,7% от численности застрахованных

Итоги

Отчёт о деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2015 г.

лиц, прикрепленных к медицинским организациям, проводящим диспансеризацию (см. табл. 1).

В её реализации участвовало 3725 медицинских организаций.

Медицинскими организациями проведена диспансеризация 20 684 336 человек (85,5% от подлежащих диспансеризации) на сумму 30 433 642,50 тыс. руб.

В 2 субъектах РФ план проведения диспансеризации исполнен более чем на 100%: в Архангельской (112,7%) и Ростовской области (101%).

В 12 субъектах РФ план проведения диспансеризации не исполнен, в том числе наименьшие показатели исполнения плана (менее 70%) отмечены в Республике Крым (1,9%), г. Севастополе (11,7%), Камчатском крае (43,3%), г. Байконуре (45,3%), Чукотском автономном округе (51,6%).

Профилактические медицинские осмотры взрослого населения

Порядок проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения утверждён приказом Министерства здравоохранения РФ № 1011н от 06.12.2012 «Порядок проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения».

В 2015 г. профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения подлежало 5 765 448 человек (см. табл. 1).

Медицинскими организациями проведено 4 520 956 профилактических медицинских осмотров (78,4% от запланированного количества) на сумму 2 904 801,40 тыс. руб.

Диспансеризация и медицинские осмотры детского населения

Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

Порядок проведения в 2015 г. диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, установлен приказом Министерства здравоохранения РФ № 72н от 15.02.2013 «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в 2015 г. подлежало 238 131 человек (см. табл. 1).

В реализации диспансеризации участвовало 1638 медицинских организаций.

Плановые показатели по диспансеризации на год утверждены во всех субъектах Российской Федерации, кроме Республики Крым, в г. Байконуре указанная категория детей отсутствует.

Медицинскими организациями проведена диспансеризация 231 651 застрахованному лицу (97,3% от плана) на сумму 818 729,30 тыс. руб.

В 34 субъектах РФ план проведения диспансеризации исполнен на 100% и более, наибольшие показатели достигнуты в Ярославской области (121,7%),

лённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, установлен приказом Министерства здравоохранения РФ № 216н от 11.04.2013 «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью».

В 2015 г. диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью подлежал 282 791 человек (см. табл. 1).

В реализации диспансеризации участвовало 2573 медицинские организации.

Плановые показатели по диспансеризации на год были утверждены во всех субъектах Российской Федерации, кроме Республики Крым.

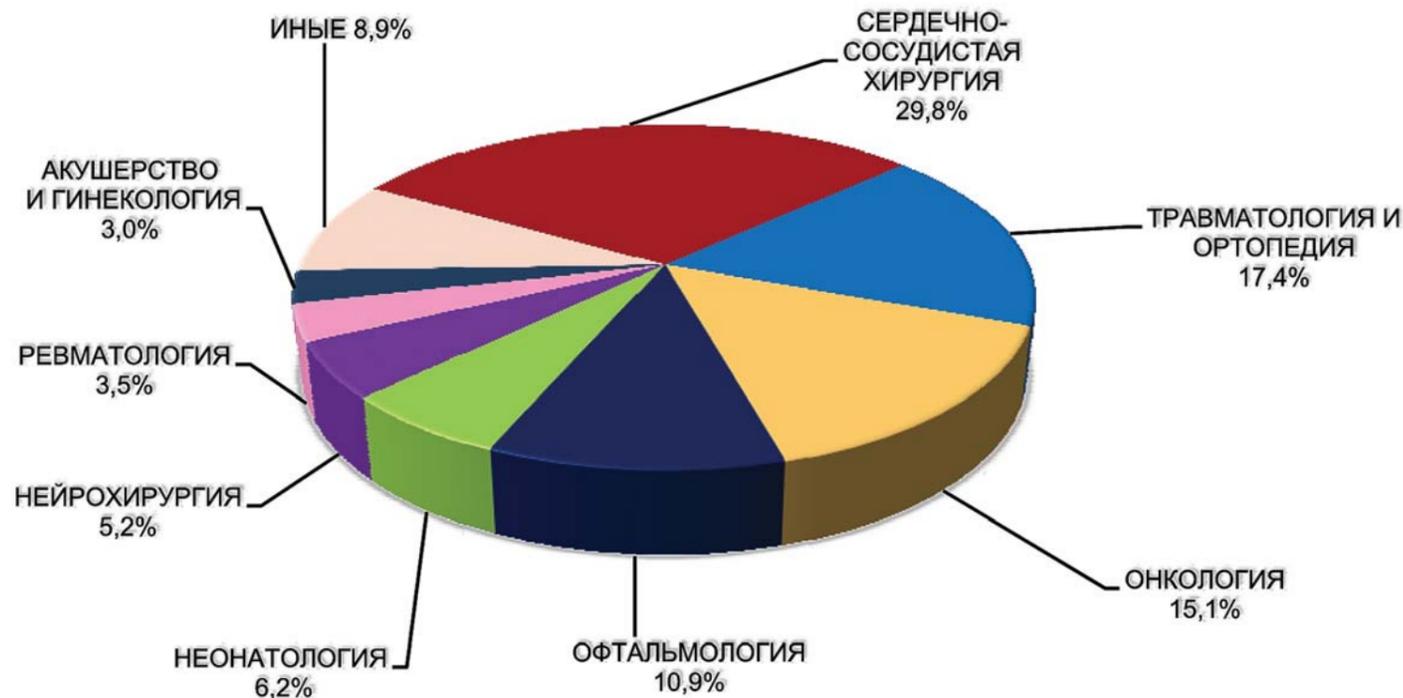
Медицинскими организациями проведена диспансеризация 260 938 застрахованных лиц (92,3% от плана) на сумму 940 645,70 тыс. руб.

В 20 субъектах РФ план проведения диспансеризации исполнен на 100% и более, наибольшие показатели достигнуты в Курганской области (109%), Санкт-Петербурге (103,7%), Ленинградской (103,6%), Кемеровской (103,2%), Костромской (101,5%) областях, г. Севастополе (101%), Самарской (101%), Амурской (100,8%) областях.

В 10 субъектах РФ план проведения диспансеризации не исполнен, в том числе наименьшие показатели исполнения

Диаграмма 1

Объёмы оказанной высокотехнологичной медицинской помощи в 2015 г. в рамках базовой программы ОМС по профилям



В 10 субъектах РФ план проведения профилактических медицинских осмотров исполнен на 100% и более, в том числе наибольшие показатели исполнения плана отмечены в Свердловской (121,2%), Иркутской (106,6%) областях, Алтайском крае (105,8%).

В 26 субъектах РФ план проведения профилактических медицинских осмотров не исполнен, в том числе наименьшие показатели исполнения плана (менее 70%) отмечены в Мурманской (1,2%), Ульяновской (3,7%) областях, г. Севастополе (9,6%), Чеченской Республике (19,7%), Республике Северная Осетия – Алания (26,4%), Курской области (26,5%).

г. Севастополе (110,9%), Владимирской (106,6%), Ленинградской (106,4%) областях, Республике Саха (Якутия) (107,1%), Тамбовской (103%) и Орловской (102,8%) областях.

В 2 субъектах РФ план проведения диспансеризации исполнен менее чем на 70%: Оренбургская область (69,3%), Чукотский автономный округ (23,4%).

Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью

Порядок проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усынов-

плана (менее 70%) отмечены в Чукотском автономном округе (21,1%), г. Москве (23,3%), Камчатском крае (48,3%), Еврейской автономной области (50,8%), Чеченской Республике (51,4%), Ульяновской (59,4%), Оренбургской (60,8%) областях.

Медицинские осмотры несовершеннолетних

Медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ № 1346н от 21.12.2012 «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные

учреждения и в период обучения в них», предусматривающим 3 вида осмотров несовершеннолетних:

- профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних;
- периодические медицинские осмотры несовершеннолетних;
- предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних.

1. Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних.

Профилактическим осмотрам несовершеннолетних по Российской Федерации в 2015 г. подлежало 20 661 693 человек (см. табл. 1).

В реализации профилактических медицинских осмотров участвовало 3094 медицинские организации.

Плановые показатели по профилактическим осмотрам несовершеннолетних на год были утверждены во всех субъектах Российской Федерации, кроме Республики Крым.

Медицинскими организациями проведено 14 831 177 профилактических осмотров несовершеннолетних (71,8% от плана) на сумму 18 667 985,50 тыс. руб.

В 7 субъектах РФ план проведения профилактических осмотров исполнен на 100% и более: в Хабаровском крае (165,6%), Ленинградской области (162,8%), Республике Марий Эл (116,7%), Ульяновской области (116,5%), Алтайском крае (103,6%), Ставропольском крае (102,5%), Республике Тыва (100%).

В 37 субъектах РФ план проведения профилактических осмотров не исполнен, в том числе наименьшие показатели исполнения плана (менее 70%) отмечены в г. Севастополе (15,3%), г. Байконуре (19%), Камчатском крае (30,4%), Еврейской автономной области (31,9%), Омской (39,8%) и Новгородской (39,8%) областях.

Периодические медицинские осмотры несовершеннолетних

Периодическим осмотрам несовершеннолетних в 2015 г. подлежало 7 480 515 человек (таблица 1).

В реализации проведения периодических осмотров несовершеннолетних участвовало 2648 медицинских организаций.

Медицинскими организациями проведено 4 272 138 периодических осмотров несовершеннолетних (57,1% от плана) на сумму 1 777 422,90 тыс. руб.

В 14 субъектах РФ план проведения периодических осмотров несовершеннолетних исполнен на 100% и более, наибольшие показатели достигнуты в Омской (139,6%), Ленинградской (131,5%), Калининградской (118,7%), Воронежской (105,4%), Оренбургской (105,3%) областях, Пермском крае (105,2%), Астраханской области (101,5%).

В 40 субъектах РФ план проведения диспансеризации не исполнен, в том числе наименьшие показатели исполнения плана (менее 70%) отмечены в Еврейской автономной области (0,5%), Республике Бурятия (2,5%), г. Байконуре (2,8%), Чеченской Республике (4,1%), г. Севастополе (6,5%), Курганской области (8,5%).

Предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних

Предварительным осмотрам несовершеннолетних в 2015 г. подлежало 1 136 697 человек (см. табл. 1).

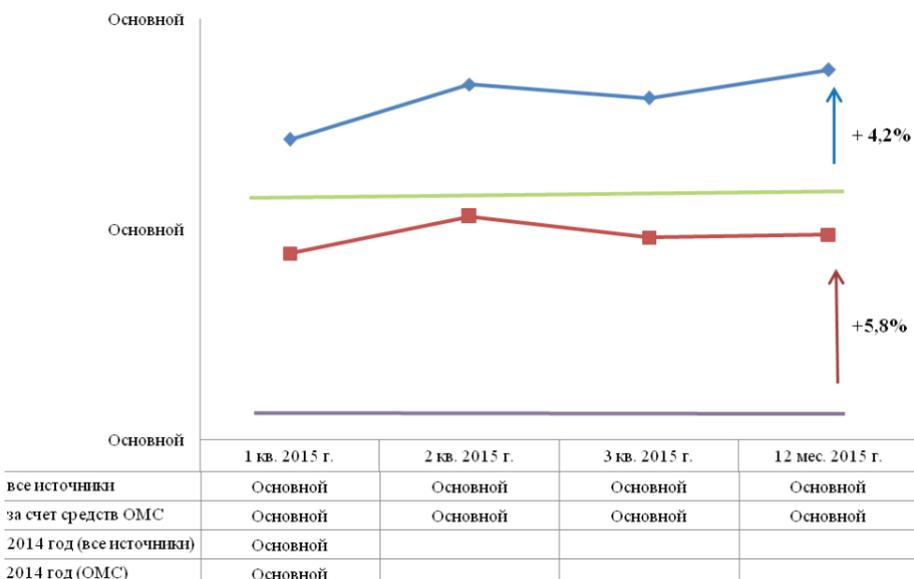
В реализации предварительных осмотров несовершеннолетних участвовало 2597 медицинских организаций.

Медицинскими организациями проведено 1 117 824 предварительных осмотра несовершеннолетних (98,3% от плана) на сумму 2 465 104 тыс. руб.

В 10 субъектах РФ план проведения предварительных осмотров несовершеннолетних исполнен на 100% и более, наибольшие показатели достигнуты в Калининградской (175,2%), Вологодской (122,2%) областях, Республике Дагестан (108%), Иркутской (106,2%), Воронежской (101,8%) и Томской (100,3%) областях.

В 21 субъекте РФ план проведения предварительных осмотров несовершеннолетних не исполнен, в том числе наименьшие показатели исполнения плана (менее 70%) отмечены в Новгородской области (3,1%), г. Байконуре (4,1%), г. Севастополе (13,4%), Республике Ингушетия (33%), Ульяновской области (33,7%).

Динамика изменения среднемесячной начисленной заработной платы всех работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования, тыс. руб.



Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования

В рамках базовой программы ОМС высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП) оказывалась 800 медицинскими организациями, что на 24,8% больше по сравнению с 2014 г. (641 медицинская организация), в том числе:

– 134 медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам государственной власти (далее – ФГУ);

– 612 медицинскими организациями, подведомственными органам государственной власти субъектов РФ;

– 54 медицинскими организациями негосударственной формы собственности.

Всего за 2015 г. оплачено 357 758 законченных случаев госпитализации, что на 56,4% больше по сравнению с 2014 г. (228 805), или 99,9% от запланированного количества госпитализаций в 2015 г. (358 266), из них по ВМП, оказанной в:

– ФГУ – 82 194 госпитализации (104,6% от запланированного количества – 78 615);

– медицинских организациях, подведомственных органам государственной власти субъектов Российской Федерации, – 264 788 госпитализаций (98,4% от запланированного количества – 268 969);

– медицинских организациях негосударственной формы собственности – 10 776 госпитализаций (100,9% от запланированного количества – 10 682).

Наибольшие объемы ВМП выполнены в рамках территориальных программ ОМС г. Москвы (51 219 госпитализаций), г. Санкт-Петербурга (24 430), Свердловской области (13 555), Республики Башкортостан (12 787), а также Краснодарского края (12 139).

Наибольшее количество госпитализаций отмечено в:

1) ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1 им. С.В.Очаповского» Минздрава Краснодарского края (6359);

2) ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница им. С.П.Боткина» Департамента здравоохранения Москвы (5613);

3) ГБУ Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая больница» (5076);

4) БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1» (3384);

5) ГБУ Ростовской области «Ростовская областная клиническая больница» (3305).

В 2015 г. более 29,8 тыс. застрахованных пролечено за пределами территории страхования (8,3% от общего количества госпитализаций).

Наибольшие объемы госпитализаций по межтерриториальным взаиморасчетам отмечены в г. Москве (9459, или 18,5% от общего количества выполненных в регионе госпитализаций), г. Санкт-Петербурге (6821, или 27,9%), Чувашской Республике (1399, или 30,8%), Кировской области (1133, или 26%) и Новосибирской области (1096, или 12,8%).

В структуре выполненных объемов ВМП

наибольшее количество госпитализаций оказано по профилям медицинской помощи (диаграмма 1):

– сердечно-сосудистая хирургия (106 777 госпитализаций, или 29,8% от общего количества госпитализаций);

– травматология и ортопедия (62 420, или 17,4%);

– онкология (53 945, или 15,1%);

– офтальмология (38 958, или 10,9%);

– неонатология (22 225, или 6,2%);

– нейрохирургия (18 433, или 5,2%);

– ревматология (12 667, или 3,5%);

– акушерство и гинекология (10 641, или 3%).

В структуре выполненных объемов более половины случаев составили следующие виды ВМП:

– коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца (25,1%);

– эндопротезирование суставов конечностей (9,4%);

– реконструктивно-пластические, микрохирургические, обширные циторедуктивные, расширенно-комбинированные хирургические вмешательства, в том числе с применением физических факторов (гипертермия, РЧА, ФДТ, лазерная и криодеструкция и др.) при ЗНО, в том числе у детей (6,6%);

– комплексное хирургическое лечение глаукомы, включая микроинвазивную энергетическую оптико-реконструктивную и лазерную хирургию, имплантацию различных видов дренажей (5,7%);

– эндоваскулярная, хирургическая коррекция нарушений ритма сердца без имплантации кардиовертера-дефибриллятора (4,7%).

Средняя длительность одной госпитализации при оказании ВМП в 2015 г. составила 12,5 дня (на 5,7% ниже аналогичного показателя в 2014 г. – 13,25 дня).

Финансовое обеспечение ВМП в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования составило 46 739 248,2 тыс. руб., или 99,9% от утверждённой стоимости, что на 63,6% больше в сравнении с 2014 г. (28 575 378 тыс. руб.), в том числе оказанная в:

– ФГУ – 9 189 672,2 тыс. руб. (105,4% от утверждённой стоимости – 8 717 708,6 тыс. руб.);

– медицинских организациях, подведомственных органам государственной власти субъектов РФ, – 36 372 207,4 тыс. руб. (98,5% от утверждённой стоимости – 36 921 583,5 тыс. руб.);

– медицинских организациях негосударственной формы собственности – 1 177 368,7 тыс. руб. (102,3% от утверждённой стоимости – 1 150 522 тыс. руб.).

Значительный размер финансового обеспечения (более 80% от общего объема использованных средств ОМС) направлен на оплату ВМП по профилям:

– сердечно-сосудистой хирургии (18 017 886,8 тыс. руб., или 38,5% от общего объема использованных средств ОМС);

– травматологии и ортопедии (7 580 366,7 тыс. руб., или 16,2%);

– онкологии (5 906 246,9 тыс. руб., или 12,6%);

– неонатология (5 419 966,4 тыс. руб., или 11,6%);

– нейрохирургия (2 601 714,1 тыс. руб., или 5,6%).

Оплата госпитализаций осуществлялась по тарифам, принятым в субъектах РФ на основе норматива финансовых затрат на один случай госпитализации, установленного разделом № 1 Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г. и дифференцированного по доле заработной платы, установленной для каждой группы ВМП письмом Министерства здравоохранения РФ №11-9/10/2-7796 от 21.12.2015 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г.» Дифференциация осуществлялась на коэффициент дифференциации, применяемый при распределении субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в соответствии с методикой, утверждённой Постановлением Правительства РФ № 462 от 05.05.2012 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов РФ полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Средняя стоимость одной госпитализации при оказании ВМП в целом по РФ в 2015 г. составила 130,6 тыс. руб. (на 4,6% больше в сравнении с 2014 г. – 124,9 тыс. руб.), в том числе в:

– ФГУ – 111,8 тыс. руб. (на 0,2% меньше в сравнении с 2014 г. – 112 тыс. руб.);

– медицинских организациях, подведомственных органам государственной власти субъектов Российской Федерации, – 137,4 тыс. руб. (на 4,8% больше в сравнении с 2014 г. – 131,1 тыс. руб.);

– медицинских организациях негосударственной формы собственности – 109,3 тыс. руб. (на 8,3% больше в сравнении с 2014 г. – 100,9 тыс. руб.).

Наиболее затратными профилями ВМП являлись:

– неонатология (243,9 тыс. руб., или на 86,7% больше средней стоимости лечения);

– сердечно-сосудистая хирургия (168,7 тыс. руб., или на 29,2% больше средней стоимости лечения);

– эндокринология (159,3 тыс. руб., или на 21,9% больше средней стоимости лечения);

– нейрохирургия (141,1 тыс. руб., или на 8% больше средней стоимости лечения).

Наименее затратными профилями ВМП в 2015 г. являлись:

– офтальмология (42,8 тыс. руб., на 67,2% ниже средней стоимости лечения);

– оториноларингология (57,4 тыс. руб., на 56,1% ниже средней стоимости лечения);

– урология (71,9 тыс. руб., на 44,9% ниже средней стоимости лечения);

– дерматовенерология (86,2 тыс. руб., на 34% ниже средней стоимости лечения).

Наибольшая стоимость одной госпитализации отмечена по видам ВМП:

– выхаживание новорождённых массой тела до 1500 г, включая детей с экстремально низкой массой тела при рождении, с созданием оптимальных контролируемых параметров поддержки витальных функций и щадящих развивающих условий внешней среды под контролем динамического инструментального мониторинга основных параметров газообмена, гемодинамики, а также лучевых, биохимических, иммунологических и молекулярно-генетических исследований (309,7 тыс. руб., на 137,1% выше средней стоимости лечения);

– реконструктивные и корригирующие операции при сколиотических деформациях позвоночника 3-4-й степени с применением имплантатов, стабилизирующих систем, аппаратов внешней фиксации, в том числе у детей первых лет жизни и в сочетании с аномалией раз-

(Продолжение на стр. 10-11.)

(Продолжение. Начало на стр. 6.)

вития грудной клетки (288,4 тыс. руб., на 120,7% выше средней стоимости лечения);
– внутрисосудистый тромболитизис при окклюзиях церебральных артерий и синусов (244,4 тыс. руб., на 87% выше средней стоимости лечения).

Наименьшая стоимость одной госпитализации отмечена по видам ВМП:

– хирургическое и/или лазерное лечение ретролентальной фиброплазии (ретинопатия недоношенных), в том числе с применением комплексного офтальмологического обследования под общей анестезией (41,3 тыс. руб., на 68,4% ниже средней стоимости лечения);

– транспупиллярная, микроинвазивная энергетическая оптико-реконструктивная, интравитреальная, эндовитреальная, гейджевая хирургия при витреоретинальной патологии различного генеза (41,9 тыс. руб., на 67,9% ниже средней стоимости лечения);

– комплексное хирургическое лечение глаукомы, включая микроинвазивную энергетическую оптико-реконструктивную и лазерную хирургию, имплантацию различных видов дренажей (42 тыс. руб., на 67,9% ниже средней стоимости лечения).

Обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу обязательного медицинского страхования

В соответствии с пунктами 2, 3 части 1 статьи 6 Федерального закона № 387-ФЗ от 01.12.2014 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг.» в 2015 г. направлены средства нормированного страхового запаса Федерального фонда в сумме 77 642 819,4 тыс. руб. на предоставление федеральному бюджету иных межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение оказания гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС, федеральными государственными учреждениями, включёнными в перечень, утверждаемый федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. Указанные межбюджетные трансферты Федеральный фонд предоставил Министерству здравоохранения РФ, Управлению делами Президента РФ, Министерству образования и науки РФ, Министерству Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Министерству обороны РФ, Министерству энергетики РФ, Министерству труда и социальной защиты РФ, Федеральному агентству научных организаций, Федеральному агентству воздушного транспорта.

В том числе:

1. В соответствии с Постановлением Правительства РФ № 1559 от 26.12.2014 «Об утверждении правил финансового обеспечения в 2015 г. оказания высокотехнологической медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС, гражданам Российской Федерации в федеральных государственных учреждениях за счёт иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в федеральный бюджет» направлены иные межбюджетные трансферты, предоставляемые из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет, в сумме 77 100 000 тыс. руб.

2. В соответствии с Постановлением Правительства РФ № 1246 от 17.11.2015 «О порядке направления в 2015 г. средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение иных межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение оказания гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу обязательного медицинского страхования, и на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования (в связи с изменением курсов валют при приобретении

Итоги

Отчёт о деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2015 г.

импортных лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов) направлены средства нормированного страхового запаса Федерального фонда на увеличение иных

заработной плате работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования».

В 2015 г. среднемесячная номинальная начисленная заработная плата всех работников медицинских организаций в сфере

спублике Мордовия (+10,5%), Чеченской Республике (+10,8%), г. Санкт-Петербурге (+11,4%), Белгородской области (+17,9%) (диаграмма 4).

Большинство субъектов РФ достигли плановых значений показателей «дорожных карт» по заработной плате врачей. В 3 субъектах Российской Федерации отклонения от плана незначительные (менее 5 процентных пунктов). Существенно не достигнуты показатели «дорожных карт» в Республике Хакасия (-12,2%) и г. Москве (-11,7%).

По отдельным врачебным специальностям среднемесячная заработная плата и темп прироста среднемесячной заработной платы составили:

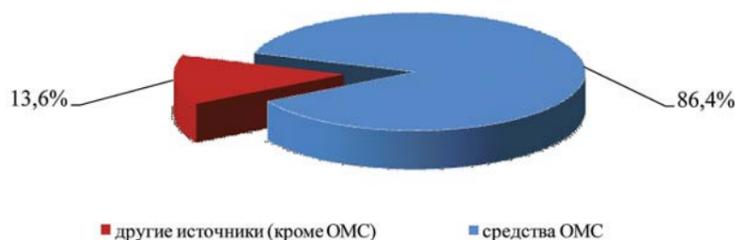
– по терапевтам участковым – 44,75 тыс. руб. (прирост к 2014 г. +2,7%); снижение по сравнению с 2014 г. наблюдается в 22 субъектах РФ, в том числе в Брянской области (-10,3%), Чукотском автономном округе (-7,3%), Пермском крае (-4,8%), Челябинской области (-4,7%), Чувашской Республике (-4,3%);

– по педиатрам участковым – 44,53 тыс. руб. (прирост к 2014 г. +3,1%); снижение по сравнению с 2014 г. наблюдается в 18 субъектах РФ, в том числе в Республике Ингушетия (-16,1%), Калининградской области (-5,6%), Пермском крае (-5,2%), Калужской (-4,5%) и Псковской (-2,5%) областях;

– по врачам общей практики – 41,7 тыс. руб. (прирост к аналогичному периоду 2014 г. +2,2%); снижение по сравнению с 2014 г. наблюдается в 36 субъектах РФ, в том числе в Республике Ингушетия (-36,5%), Еврейской автономной области (-24,8%), Курганской области (-9,9%), Республике Калмыкия (-8,8%), Республике Северная Осетия – Алания (-8,4%);

– по врачам-специалистам – 47,68 тыс. руб. (прирост к 2014 г. +3,6%); снижение по сравнению с 2014 г. наблюдается в 14 субъектах РФ, в том числе в Чукотском автономном округе (-22,1%), Республике

Диаграмма 3
Доля средств обязательного медицинского страхования в среднемесячной заработной плате работников медицинских организаций в сфере ОМС за 2015 г.



межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение оказания гражданам РФ высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС в сумме 542 819,4 тыс. руб.

В соответствии с пунктами 2, 3 части 1 статьи 6 Федерального закона № 387-ФЗ от 01.12.2014 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг.» в 2015 г. направлены средства нормированного страхового запаса Федерального фонда в сумме 5 035 000 тыс. руб. Министерству здравоохранения РФ в виде иных межбюджетных трансфертов на предоставление субсидий бюджетам субъектов РФ в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу.

В том числе:

1. В соответствии с Постановлением Правительства РФ № 1572 от 27.12.2014 «О предоставлении в 2015 г. субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу обязательного медицинского страхования» в сумме 5 000 000 тыс. руб.

2. В соответствии с Постановлением Правительства РФ № 1246 от 17.11.2015 «О порядке направления в 2015 г. средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение иных межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение оказания гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу обязательного медицинского страхования, и на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования (в связи с изменением курсов валют при приобретении импортных лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов)» в сумме 35 000 тыс. руб.

Мониторинг заработной платы работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования

Мониторинг заработной платы работников медицинских организаций в сфере ОМС осуществлялся в соответствии с приказом Федерального фонда № 65 от 26.03.2013 «Об установлении формы и порядка предоставления отчётности о

ОМС (далее также – среднемесячная заработная плата) составила 28,8 тыс. руб. (87,1% от средней по экономике за 9 месяцев 2015 г. (33,08 тыс. руб.) и увеличилась по сравнению со среднегодовым значением 2014 г. на 4,2% (диаграмма 2).

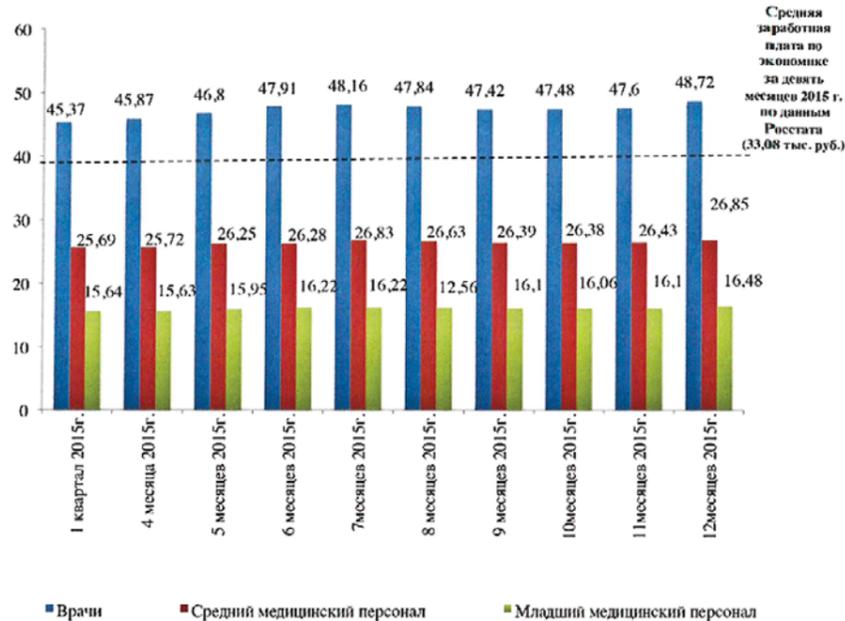
По субъектам Российской Федерации темп прироста в 2015 г. по сравнению с 2014 г. изменяется от -1,7% (в Пермском крае) до +14,5% (в Чеченской Республике).

По сравнению с 2014 г. доля средств ОМС в среднемесячной заработной плате за отчётный период увеличилась на 1,3 процентных пункта – до 86,4% (диаграмма 3).

Среднемесячная заработная плата за счёт средств ОМС составила 24,88 тыс. руб. и увеличилась по сравнению с 2014 г. на 5,8%.

Среднемесячная заработная плата врачей в 2015 г. составила 48,72 тыс. руб. (147,3% от средней по экономике

Диаграмма 4
Динамика изменения среднемесячной начисленной заработной платы по основным категориям работников медицинских организаций, тыс. руб.



за 9 месяцев 2015 г. (33,08 тыс. руб.) и увеличилась по сравнению с 2014 г. на 4,2%. Снижение заработной платы по сравнению с 2014 г. наблюдается в 12 субъектах РФ, в том числе в Республике Северная Осетия – Алания (-3,2%), Пермском крае (-2,1%), Нижегородской области (-2%), Забайкальском крае (-1%). Опережение среднего темпа прироста заработной платы по сравнению с 2014 г. наблюдается в 30 субъектах Российской Федерации, наибольшие значения (более +10%) отмечаются в Ре-

Северная Осетия – Алания (-2,8%), Нижегородской области (-2,6%).

Среднемесячная заработная плата среднего медицинского (фармацевтического) персонала в 2015 г. составила 26,85 тыс. руб. (81,2% от средней по экономике за 9 месяцев 2015 г. (33,08 тыс. руб.) и увеличилась по сравнению с 2014 г. на 3,2%. Опережение среднего темпа прироста заработной платы по сравнению с 2014 г. наблюдается в 33 субъектах Российской Федерации, наибольшие значения (более +9%) отмечены

в г. Санкт-Петербурге (+12,5%), Республике Мордовия (+16,4%), Чеченской Республике (+14,5%), Томской (+16,1%), Вологодской (+12,2%), Белгородской (+10,5%), Тамбовской (+10,0%) областях, Республике Саха (Якутия) (+9,8%) (диаграмма 4).

Большинство субъектов Российской Федерации достигли плановых значений показателей «дорожных карт» по заработной плате среднего медицинского персонала. В 4 регионах имелись незначительные отклонения от плана (менее 5 процентных пунктов).

Среднемесячная заработная плата медицинских сестёр составила 26,56 тыс. руб. Темп прироста по сравнению с 2014 г. составляет +4,8%. Опережение среднего темпа прироста заработной платы наблюдается в 18 субъектах Российской Федерации, наибольшие значения (более +7,0%) отмечены в г. Санкт-Петербурге (+7,1%), Республике Татарстан (+7,5%), Пензенской (+7,8%), Челябинской (+9%) областях, Республике Мордовия (+10,2%), Вологодской (+10,7%) и Белгородской (+11,1%) областях. Снижение по сравнению с 2014 г. наблюдается в 15 субъектах Российской Федерации, в том числе в Чукотском автономном округе (-5,9%), Республике Калмыкия (-4,4%), Нижегородской области (-3,7%), Республике Тыва (-3,3%), Мурманской области (-2,7%), Забайкальском крае (-2,3%), Республике Ингушетия (-1,7%).

Среднемесячная заработная плата младшего медицинского персонала в 2015 г. составила 16,48 тыс. руб. (48,7% от средней по экономике за 9 месяцев 2015 г. (33,08 тыс. руб.) и увеличилась по сравнению с 2014 г. на 5,9%. Опережение среднего темпа прироста заработной платы наблюдается в 36 субъектах РФ, наибольшие значения (более +10%) отмечены в Ямало-Ненецком автономном округе (+10,1%), Сахалинской (+11%), Вологодской (+12,2%), Кемеровской (+12,5%), Омской (+14,1%), Кировской (+15,5%) областях. Снижение заработной платы по сравнению с аналогичным периодом 2014 г. наблюдается в 9 субъектах РФ, в том числе в Ненецком автономном округе (-3,7%), Смоленской (-2,5%), Мурманской (-1,2%) областях, Забайкальском крае (-1,2%), Республике Саха (Якутия) (-1,7%), Чукотском автономном округе (-0,5%) (диаграмма 4).

Не достигнуты плановые значения показателей «дорожных карт» по заработной плате младшего медицинского персонала в 21 субъекте РФ. В 18 субъектах РФ отклонения от плана незначительные (менее 6 процентных пунктов). Существенно не достигнуты показатели в Республике Татарстан (-10,8%) и Ямало-Ненецком автономном округе (-10,9%).

Медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, а также диспансерное (профилактическое) наблюдение ребёнка в течение первого года жизни

В 2015 г. в соответствии с Федеральным законом № 387-ФЗ от 01.12.2014 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг.» предусмотрены межбюджетные трансферты, передаваемые бюджету Фонда социального страхования РФ на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также профилактического медицинского осмотра ребёнка в течение первого года жизни.

В бюджет Фонда социального страхования РФ было направлено 18 367 586,5 тыс. руб. (96,5% от утверждённого объёма средств).

Указанные средства направлялись медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам в период беременности, и медицинским организациям, оказывающим стационарную помощь женщинам и новорождённым в период родов и в послеродовой период, на оплату труда, а также на приобретение медицинского оборудования, инструментария, мягкого инвентаря, изделий медицинского назна-

Таблица 2
Этапы реализации мероприятий по строительству перинатальных центров

I этап (организационный)	II этап (строительство перинатальных центров)	III этап (ввод в эксплуатацию перинатальных центров)
– разработка технического задания; – разработка проектной документации; – получение разрешения на строительство; – выбор подрядчика; – разработка программы подготовки и переподготовки медицинского персонала	– ограждение и расчистка территории; – подготовка котлована (установка свай); – возведение здания; – подготовка внешних инженерных коммуникаций; – поставка и монтаж медицинского оборудования; – реализация программы подготовки и переподготовки медицинских кадров	– получение разрешения на ввод объекта капитального строительства в эксплуатацию; – укомплектование медицинскими работниками перинатального центра; – получение лицензии на осуществление медицинской деятельности

чения, медикаментов и дополнительного питания для беременных и кормящих женщин.

Вышеуказанные мероприятия позволили укрепить материально-техническую базу женских консультаций и родильных домов в целях улучшения качества оказания медицинских услуг женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

Единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в сельских населённых пунктах и рабочих посёлках

В 2015 г. в соответствии с Федеральным законом № 387-ФЗ от 01.12.2014 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг.» осуществлялось финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, предусмотренных частью 12.1 статьи 51 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 в 2015 г. осуществлялись единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 45 лет, прибывшим в 2015 г. после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населённый пункт либо рабочий посёлок или переехавшим на работу в сельский населённый пункт либо рабочий посёлок из другого населённого пункта.

Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2015 г. осуществлялось в равных долях за счёт иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджетам территориальных фондов ОМС из бюджета Федерального фонда и средств бюджетов субъектов РФ.

Согласно распоряжению Правительства РФ № 2594-р от 17.12.2014 «Об утверждении распределения в 2015 г. межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в целях осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам», утверждённый размер иных межбюджетных трансфертов с учётом резерва составил 3 200 000 тыс. руб.

В 2015 г. из бюджета Федерального фонда на осуществление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам направлено 1 870 407,7 тыс. руб. (74,2% от утверждённого объёма средств, распределённого по субъектам РФ), что позволило привлечь на работу в сельские населённые пункты и рабочие посёлки более 3,3 тыс. медицинских работников.

По итогам года полностью (на 100%) выполнены плановые показатели в 11 субъектах РФ: республиках Карелия, Мордовия, Тыва, Хакасия, Хабаровском крае, Амурской, Саратовской, Тверской, Томской областях, г. Санкт-Петербурге, Еврейской автономной области.

В 31 субъекте РФ плановые показатели по привлечению молодых медицинских работников были перевыполнены, для чего потребовалось выделять допол-

нительные средства, как из резерва, утверждённого распоряжением Правительства РФ № 2594-р от 17.12.2014, так и из бюджетов соответствующих субъектов РФ. Всего сверх установленного плана единовременные компенсационные выплаты получили 242 человека, в том числе в Пермском крае – 23; в Челябинской области – 21; в Удмуртской Республике – 20; в Брянской области – 19; в Республике Адыгея – 17; в Республике Башкортостан – 16; в Тульской области – 12; в Новгородской области – 11; в Пензенской области – 10; в Курганской, Магаданской и Свердловской областях – по 8 человек; в республиках Татарстан и Саха (Якутия) – по 7; в Оренбургской области – 6; в Московской и Ульяновской областях – по 5 человек; в Камчатском крае, Архангельской, Белгородской, Волгоградской, Курской и Сахалинской областях – по 4 человека; во Владимирской области – 3; в Республике Коми, Калининградской, Костромской, Рязанской, Смоленской областях – по 2 человека; в Кемеровской и Мурманской областях – по 1 человеку.

Задачи на 2016 г.

В 2016 г. Федеральным фондом будет осуществляться реализация Федерального закона № 365-ФЗ от 14.12.2015 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 г.» в части:

– осуществления контроля за поступлением страховых взносов на ОМС, в том числе за применением страхователями для неработающих граждан законодательства об обязательном медицинском страховании в части уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения;

– осуществления контроля за деятельностью территориальных фондов ОМС по выполнению функций администратора доходов бюджета Федерального фонда, поступающих от уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения;

– предоставления субвенций на реализацию территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС;

– финансового обеспечения единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

– финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС, оказываемой в федеральных государственных учреждениях.

В 2016 г. финансовое обеспечение территориальных программ ОМС будет осуществляться в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании. Особое внимание будет уделяться следующим направлениям:

– финансированию высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем, установленным разделом I Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г., утверждённой постановлением Правительства РФ № 1382 от 19.12.2015;

– мониторингу объёмов и стоимости медицинской помощи, оказываемой федеральными государственными учреждениями в сфере ОМС;

– формированию здорового образа жизни населения посредством информирования о факторах риска неинфекционных заболеваний, мотивирования к ведению здорового образа жизни, обеспечения для этого условий, а также привлечения работодателей к проблеме профилактики;

– проведению диспансеризации и медицинских осмотров взрослого и детского населения;

– обеспечению единой тарифной политики на оплату медицинской помощи за счёт средств ОМС в субъектах РФ на основе соблюдения требований к структуре и содержанию тарифных соглашений, установленных приказом Федерального фонда № 200 от 18.11.2014;

– достижению целевых показателей «дорожных карт» по заработной плате медицинских работников в сфере ОМС.

В 2016 г. будет продолжено отражение в едином регистре застрахованных лиц сведений о персонифицированном прикреплении застрахованных лиц к педиатру, терапевту и врачу общей практики.

Будут подготовлены проекты федеральных законов «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 г.» и «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 г. и плановый период 2018 и 2019 гг.»

Проектирование, строительство и ввод в эксплуатацию перинатальных центров

В соответствии со статьёй 50 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в 2013–2016 гг. продолжается реализация программ модернизации здравоохранения в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию 32 перинатальных центров (далее – программы модернизации здравоохранения) в 30 субъектах РФ: республиках Башкортостан, Бурятия, Дагестан, Ингушетия, Кабардино-Балкарская, Карелия, Саха (Якутия), Татарстан и Хакасия, Алтайском, Краснодарском, Красноярском (г. Ачинск и г. Норильск) и Ставропольском краях, а также в Архангельской, Белгородской, Брянской, Калужской, Ленинградской, Липецкой, Московской (г. Коломна и г. Наро-Фоминск), Нижегородской, Оренбургской, Пензенской, Псковской, Самарской, Сахалинской, Смоленской, Тамбовской, Ульяновской и Челябинской областях (см. рис. 1).

Указанные мероприятия реализуются в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, и направлены на создание условий для оказания доступной и качественной медицинской помощи матерям и детям, снижение материнской, младенческой и детской смертности, а также совершенствование территориальной модели оказания акушерской и неонатологической помощи, повышение эффективности перинатальной помощи.

В соответствии с распоряжением Президента РФ № 46-рп от 04.03.2014 на Государственную корпорацию по созданию условий для развития, производству и экспорту высокотехнологичной промышленной продукции «Ростех» (далее – ГК «Ростех») возложены функции заказчика по обеспечению выполнения инженерных изысканий, подготовке проектной документации для строительства перинатальных центров, а также строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров в 15 субъектах РФ: республиках Башкортостан, Бурятия, Дагестан, Ингушетия, Карелия, Саха (Якутия), Архангельской, Брянской, Ленинградской, Оренбургской, Пензенской, Псковской, Смоленской, Тамбовской, Ульяновской областях.

Реализация мероприятий по строительству перинатальных центров

В соответствии с Программой развития перинатальных центров в Российской Федерации, утверждённой распоряжением Правительства РФ № 2302-р от 09.12.2013, реализация мероприятий по

(Окончание. Начало на стр. 6.)

строительству перинатальных центров осуществляется в три этапа (см. табл. 2).

В Нижегородской области получены разрешение на ввод объекта в эксплуатацию и лицензия на осуществление медицинской деятельности, с августа 2015 г. осуществляется приём пациентов.

В Белгородской области получено разрешение на ввод объекта в эксплуатацию, осуществлялась закупка оборудования.

Здания перинатальных центров были возведены, и оборудование закупалось в 8 регионах: Алтайском крае, Липецкой, Московской (г. Наро-Фоминск), Самарской, Челябинской областях, в том числе работающих с ГК «Ростех» Республике Башкортостан, Брянской и Оренбургской областях.

Здания перинатальных центров были возведены, но оборудование не закупалось в 6 регионах: республике Татарстан, Ставропольском крае, в том числе работающих с ГК «Ростех» республиках Дагестан, Бурятия, Ингушетия, Псковской области.

Здания 4 перинатальных центров находились в высокой степени готовности (строились последние этажи) в Калужской и Московской (г. Коломна) областях, в том числе работающих с ГК «Ростех» Пензенской и Тамбовской областях.

Здания перинатальных центров возводились в 10 регионах: республиках Кабардино-Балкарская и Хакасия, Краснодарском и Красноярском (г. Ачинск) краях, Сахалинской области, в том числе работающих с ГК «Ростех» республиках Карелия, Саха (Якутия), Архангельской, Ленинградской, Ульяновской областях.

Подготовка котлована (установка свай) осуществлялась в Красноярском крае (г. Норильск) и Смоленской области.

Для оснащения перинатальных центров планируется приобрести: магнитно-резонансные томографы – 17 ед., маммографы – 22 ед., рентгеновские аппараты – 107 ед., инкубаторы для выхаживания новорождённых – 1273 ед., аппараты искусственной вентиляции лёгких для женщин – 506 ед., аппараты искусственной вентиляции лёгких для детей – 993 ед., фетальные мониторы – 693 ед., мониторы операционные – 945 ед., ультразвуковые аппараты – 275 ед., анализаторы состава и свойств биологических жидкостей медицинские – 515 ед., реанимобили – 43 ед.

Кабардино-Балкарской Республикой, Алтайским краем, Белгородской, Калужской, Липецкой и Нижегородской областями приобретено 3613 ед. медицинского оборудования, в том числе: маммографы – 1 ед., рентгеновские аппараты – 4 ед., инкубаторы для выхаживания новорождённых – 100 ед., аппараты искусственной вентиляции лёгких для женщин – 39 ед., аппараты искусственной вентиляции лёгких для детей – 121 ед., фетальные мониторы – 82 ед., мониторы операционные – 9 ед., ультразвуковые аппараты – 35 ед., анализаторы состава и свойств биологических жидкостей медицинские – 25 ед., реанимобили – 2 ед.

В целях организации работы в перинатальных центрах подготовлено 2265 медицинских работников (67,7% от планового показателя – 3344 человека).

Финансовое обеспечение мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров

Финансовое обеспечение программ модернизации здравоохранения на 2013-2016 гг. предусмотрено в размере 80 905 645,4 тыс. руб., из них:

– за счёт субсидий Федерального фонда – 52 655 701,6 тыс. руб. (65,1% от уровня расходных обязательств субъектов РФ);

– за счёт средств бюджетов субъектов Российской Федерации – 28 249 943,8 тыс. руб. (34,9% от уровня расходных обязательств субъектов РФ).

Использование средств всех источников составило в целом 26 082 317,7 тыс. руб. (32,2% от размера финансового обеспечения региональных программ модернизации здравоохранения), из них:

– субсидий Федерального фонда на строительство перинатальных центров – 20 668 463,4 тыс. руб. (39,3% от размера предоставленных средств);

Итоги

Отчёт о деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2015 г.

– средств бюджетов субъектов РФ – 5 413 854,3 тыс. руб. (19,2% от размера предусмотренных средств).

В ГК «Ростех» использовано за счёт средств всех источников 9 185 178,2 тыс. руб. (34,1% от суммы, направленной в ГК «Ростех», – 26 915 310,7 тыс. руб., или 23,7% от суммы предусмотренных средств в регионах, работающих с ГК «Ростех», – 38 786 327,5 тыс. руб.), в том числе:

– субсидий Федерального фонда – 8 345 777,5 тыс. руб. (34,2% от суммы, направленной в ГК «Ростех», – 24 383 596,5 тыс. руб., или 28,5% от суммы предусмо-

контрольных мероприятий по данному направлению работы;

– завершение реализации Программы развития перинатальных центров в РФ.

Организация защиты прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования

В 2015 г. мероприятия по защите уполномоченных Федеральным законом № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской

(по 9), Забайкальского края, Калужской и Челябинской областей (по 8), Республики Дагестан, Псковской и Ульяновской областей, Хабаровского края (по 7), республике Бурятия и Коми, Пермского края, Брянской, Мурманской, Новосибирской, Оренбургской областей, г. Севастополя, Ямало-Ненецкого автономного округа (по 6), Владимирской области (5), из остальных территорий по 1-4 обращения.

98 обращений, поступивших по электронной почте, не содержали сведений о субъекте РФ, из которого поступило обращение.

Основные вопросы, содержащиеся в обращениях:

Рисунок 1

Строительство перинатальных центров в 2015 г.



тренных средств в регионах, работающих с ГК «Ростех», – 29 234 868,9 тыс. руб.).

– средств бюджетов субъектов Российской Федерации – 839 400,7 тыс. руб. (33,2% от суммы, направленной в ГК «Ростех», – 2 531 714,2 тыс. руб., или 8,8% от суммы предусмотренных средств в регионах, работающих с ГК «Ростех», – 9 551 458,6 тыс. руб.).

Задачи на 2016 г.

В 2016 г. Федеральным фондом будут осуществляться мероприятия по реализации статьи 50 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

– подтверждение остатков средств на 1 января 2016 г., образовавшихся в бюджетах территориальных фондов ОМС (бюджетах субъектов РФ) в результате неполного использования в 2014-2015 гг. средств, предоставленных из бюджета Федерального фонда (бюджетов территориальных фондов ОМС) на финансовое обеспечение мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров;

– мониторинг реализации в субъектах РФ мероприятий по строительству перинатальных центров и использования средств на данные цели, проведение

Федерации» прав и законных интересов застрахованных лиц включали:

– рассмотрение обращений граждан;

– представление законных интересов застрахованных лиц при рассмотрении спорных случаев в досудебном и судебном порядках;

– контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС;

– информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав.

За 2015 г. в Федеральный фонд поступило 2040 письменных обращений граждан, из них 831 – по вопросам оказания медицинской помощи и организации ОМС, в том числе 413 жалоб.

Данные обращения поступили из 77 субъектов РФ, а также 3 обращения – из Израиля и по 1 обращению – из Республики Беларусь, Приднестровской Молдавской Республики и Украины. Наибольшее число обращений поступило из г. Москвы (279 обращений), Московской области (76), г. Санкт-Петербурга (41), Ленинградской области (40), Краснодарского края (24), Республики Крым (18), Белгородской области (15), Республики Башкортостан, Свердловской и Томской областей (по 13), Ростовской и Самарской областей (по 12), Воронежской области (11), Ставропольского края (10), Красноярского края и Иркутской области

– организация оказания медицинской, в том числе лекарственной, помощи – 231 обращение (27,8% от общего количества обращений);

– качество оказания медицинской помощи – 121 (14,6%);

– сообщения о выявленных гражданами медицинских услугах, которые им не были оказаны, – 118 (14,2%);

– порядок обеспечения полисами ОМС и выбора страховой медицинской организации – 102 (12,3%), в том числе иностранных граждан, временно пребывающих в РФ и осуществляющих трудовую деятельность в рамках Договора о Евразийском экономическом союзе, – 32 (3,9%);

– выбор медицинской организации – 67 (8,1%);

– отказ в оказании медицинской помощи – 43 (5,2%);

– взимание денежных средств за оказание медицинской помощи, а также вопросы возмещения денежных средств и просьбы о выделении денежных средств – 35 (4,2%).

Таким образом, наибольшую долю составили обращения, связанные с организацией медицинской помощи. Данные вопросы, за исключением обеспечения полисами ОМС иностранных граждан, временно пребывающих в РФ и осуществляющих трудовую деятель-

ность в рамках Договора о Евразийском экономическом союзе, рассмотрены с участием территориальных фондов ОМС.

В соответствии с указанием Федерального фонда территориальными фондами ОМС были приняты необходимые меры: заявителям или их родственникам оказана требуемая медицинская помощь, они обеспечены полисами ОМС, организовано проведение экспертиз и метаэкспертиз качества медицинской помощи, застрахованные лица прикреплены к медицинским организациям на уровне первичного звена, в случаях взимания денежных средств за медицинскую помощь, оказанную в рамках территориальной программы ОМС, средства возмещены пациентам. Все принятые меры способствовали разрешению спорных вопросов в досудебном порядке.

Если за период с 2012 по 2014 г. отмечалось снижение количества письменных обращений граждан в Федеральный фонд (2012 г. – 815, 2013 г. – 643 (снижение на 21,1%), 2014 г. – 518 (снижение на 19,4%), то в 2015 г. произошло увеличение их количества – 831 обращение (на 60,4%).

В 2015 г. по сравнению с 2014 г. можно отметить увеличение количества обращений по вопросам организации оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения на 30,5% (231 и 177), качества медицинской помощи – на 40,7% (121 и 86), обеспечения полисами ОМС – на 96,2% (102 и 52), взимания денежных средств за оказание медицинской помощи – на 59,1% (35 и 22), выбор медицинской организации – более чем в 2,5 раза (67 и 27).

Также в 2015 г. поступили обращения по вопросам, которых не было в 2014 г. В 118 обращениях застрахованные лица сообщали о выявленных приписках в оказанных им медицинских услугах. Указанные обращения направлены в территориальные фонды ОМС для проведения экспертизы качества медицинской помощи. В 32 обращениях содержались вопросы о порядке выдачи полисов ОМС иностранным гражданам, временно пребывающим в Российской Федерации и осуществляющим трудовую деятельность в рамках Договора о Евразийском экономическом союзе.

Количество обращений по вопросам отказа в оказании медицинской помощи снизилось на 6,5% (с 46 до 43).

Рассмотрено более 900 устных обращений граждан, по которым были даны разъяснения. Обращения в основном касались вопросов получения полисов ОМС единого образца, выбора страховой медицинской организации в сфере ОМС, организации медицинской помощи иногородним гражданам в лечебных учреждениях г. Москвы, оказания медицинской помощи иностранным гражданам, в том числе беженцам из Украины.

В рамках VIII Всероссийской научно-практической конференции «Медицина и качество – 2015» проведено секционное заседание на тему «Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение выполнения государственных гарантий, связанных с этими правами».

14 декабря 2015 г. в Федеральном фонде, одновременно с федеральными органами государственной власти, организовано проведение Общероссийского дня приёма граждан.

Деятельность Межрегионального координационного совета по защите прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования

3 июля 2015 г. проведено расширенное заседание Межрегионального координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц и реализации законодательства в сфере ОМС, на котором рассмотрен вопрос о роли тематических экспертиз качества медицинской помощи в контроле медицинской помощи, предоставляемой при заболеваниях, влияющих на демографические показатели.

4 декабря 2015 г. проведено рабочее совещание членов Межрегионального координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи

и реализации законодательства в сфере ОМС, на котором рассмотрены следующие вопросы:

- реализация приказа Федерального фонда № 230 от 01.12.2010 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» в редакции приказа Федерального фонда № 130 от 21.07.2015;
- критерии оценки нарушений, выявленных при проведении контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере ОМС;
- совершенствование нормативных правовых актов в части организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере ОМС;
- финансирование ВМП за счёт субвенций Федерального фонда.

С учётом результатов рассмотрения указанных вопросов подготовлены проекты приказов Федерального фонда:

- «О внесении изменений в Порядок ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети Интернет, утверждённый приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 230 от 13.12.2011»;
- «О создании контакт-центров в сфере обязательного медицинского страхования»;
- «О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утверждённый приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 230 от 01.12.2010».

В 2016 г. будет продолжена деятельность по защите прав и законных интересов лиц, застрахованных по ОМС.

Совершенствование законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам обязательного медицинского страхования

Во исполнение поручения Президента РФ В.В.Путина № Пр-2183 от 18.09.2013 ГС и № Пр-2821 от 05.12.2014 в 2015 г. Федеральным фондом проведено участие в разработке комплекса мер, направленных на усиление роли и ответственности страховых медицинских организаций, а также на повышение финансовой стабильности системы ОМС.

Принят Федеральный закон № 432-ФЗ от 30.12.2015 «О внесении изменений в статью 25 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», который предусматривает:

- увеличение размера уставного капитала страховых медицинских организаций (с 60 млн руб. до 120 млн). При этом установлен переходный период до 1 января 2017 г., достаточный для приведения размеров уставных капиталов в соответствие с новыми требованиями;
- формирование в бюджетах территориальных фондов ОМС в составе нормированного страхового запаса средств, полученных в результате применения санкций к медицинским организациям при выявлении несвоевременного и некачественного оказания ими медицинской помощи, для последующего направления средств на финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования.

В течение 2015 г. приняты федеральные законы о бюджете Федерального фонда:

- «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 и плановый период 2016 и 2017 гг.» (№ 94-ФЗ от 20.04.2015);

- «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2014 г.» (№ 281-ФЗ от 05.10.2015);

- «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 г.» (№ 365-ФЗ от 14.12.2015).

Внесены изменения в Правила обязательного медицинского страхования (приказ Минздрава России № 536н от 06.08.2015) в части:

- предоставления страховым медицинским организациям права увеличить размер целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи, оказанной в декабре финансового года, до 95% от размера среднемесячного объёма средств, что позволило обеспечить все условия для выплат заработной платы медицинским работникам до начала следующего финансового года;
- установления требований об обязательном информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

Приказом Федерального фонда № 271 от 24.12.2015 «О создании контакт-центров в сфере обязательного медицинского страхования» установлена необходимость организации территориальными фондами ОМС деятельности контакт-центров в субъектах Российской Федерации в соответствии с регламентом его работы.

В 2015 г. проводилась работа по совершенствованию системы нормативных правовых актов, регулирующих порядок осуществления контроля объёмов, сроков и качества оказания медицинской помощи в сфере ОМС:

- внесены изменения в приказ Федерального фонда № 230 от 01.12.2010 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», направленные на повышение эффективности использования средств ОМС на всех этапах и уровнях оказания медицинской помощи, совершенствование взаимодействия территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций и органов государственной власти в сфере охраны здоровья в целях обеспечения условий для реализации застрахованными лицами законодательно установленных прав в сфере ОМС (приказы Федерального фонда № 130 от 21.07.2015 «О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утверждённый приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 230 от 01.12.2010» и № 277 от 29.12.2015 «О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утверждённый приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 230 от 01.12.2010»);
- уточнены требования к ведению территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом ОМС и размещению его на официальном сайте территориального фонда ОМС в сети Интернет (приказ Федерального фонда № 272 от 24.12.2015 «О внесении изменений в Порядок ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети Интернет»).

Федеральным фондом принято участие в подготовке проектов федеральных законов, регулирующих порядок исчисления и уплаты страховых взносов. Так, Федеральным законом № 347-ФЗ от 28.11.2015 «О внесении изменений в статью 33.1 Федерального закона «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации» и статью 58.2 Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»

предусмотрено сохранение на период до 2018 г. включительно тарифа страховых взносов в государственные внебюджетные фонды на уровне 2015–2017 гг. для основной массы плательщиков страховых взносов в размере 30%, в том числе в Федеральный фонд – 5,1%.

В 2015 г. Федеральным фондом принято участие в формировании Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г. в части разработки базовой программы ОМС (постановление Правительства РФ № 1382 от 19.12.2015 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г.»).

В целях разработки единых подходов к планированию и оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в качестве норматива объёма медицинской помощи в условиях дневного стационара введена новая единица учёта – 1 случай лечения в дневном стационаре (вместо 1 пациенто-дня).

Установлены предельные сроки ожидания оказания медицинской помощи:

- приёма терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), педиатра участкового – не более 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;
- консультаций врачей-специалистов – не более 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;
- проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи – не более 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;
- проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи – не более 30 календарных дней со дня назначения;
- специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи – не более 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию;
- время доезда до пациента бригадой скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме – не более 20 минут с момента её вызова.

В 2015 г. Федеральным фондом принято участие в подготовке предложений по внесению изменений в статью 51 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

- увеличение возраста медицинских работников, участвующих в программе «Сельский доктор», до 50 лет, а также увеличение «федеральной» доли в единовременных компенсационных выплатах до 60%;
- усовершенствование механизма прямого финансирования высокотехнологичной медицинской помощи;
- Республика Крым и город федерального значения Севастополь вошли в структуру расчётов и определения объёмов взносов российской системы ОМС.

Все предложения были реализованы в федеральном законе № 374-ФЗ от 14.12.2015 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации».

Во исполнение Федерального закона № 273-ФЗ от 25.12.2008 «О противодействии коррупции» в 2015 г. Федеральным фондом проведена работа по совершенствованию нормативного регулирования в области противодействия коррупции. Принятые в 2015 г. меры по совершенствованию нормативно-правового регулирования в сфере ОМС направлены на повышение качества жизни граждан, усиление гарантий их прав на охрану здоровья.

В 2016 г. будет продолжена работа по совершенствованию нормативно-правового регулирования отношений в сфере ОМС в рамках участия Федерального фонда в подготовке законодательных и нормативных правовых актов.

У них и у нас

ВИЧ не хочет сдавать позиции

Эксперты по-разному оценивают ситуацию

Ежегодно жертвами ВИЧ во всём мире становятся около 2,5 млн человек. За последнее десятилетие количество новых инфицированных каждый год остаётся примерно на одном уровне. Значит, борьба против ВИЧ не приносит особых плодов, говорят специалисты.

Хайдон Ванг из Института показателей и оценки здоровья в Вашингтоне считает: ситуация может ухудшиться из-за недостаточного финансирования соответствующих медицинских программ. «В связи с этим правительствам и международным агентствам необходимо приложить больше усилий, чтобы достичь уровня финансирования в 36 млрд долл. ежегодно, требуемых для достижения цели – остановить СПИД к 2030 г.», – говорит директор Института показателей и оценки здоровья Кристофер Мюррей.

На сегодняшний день в мире насчитывается около 38,8 млн человек, заражённых ВИЧ. Для сравнения – в 2000 г. инфицированных было 28 млн. Зато количество смертей вследствие СПИДа уменьшилось за последние 10 лет с 1,8 до 1,2 млн в год. Это результат применения антиретровирусной терапии.

Ситуация с распространением ВИЧ в России достигла уровня национальной катастрофы: к концу года в стране будет зарегистрирован миллион инфицированных, а через 4-5 лет их количество удвоится. Об этом на днях предупредил глава Федерального центра по профилактике и борьбе со СПИДом Вадим Покровский. Он подчеркнул, что эпидемия ВИЧ стала реальной национальной угрозой, поскольку вирус наиболее распространён среди самой трудоспособной категории граждан. Сейчас в России ВИЧ-инфицированы 2,5% мужчин в возрасте 30-35 лет и 1,2% женщин того же возраста. «Официальные данные можно умножить минимум

на два, так как болезнь долго протекает бессимптомно, поэтому множество людей даже не подозревает, что уже заражено», – заявил В.Покровский. Он пожаловался, что россияне не считают необходимым регулярно сдавать тесты на ВИЧ, так как в обществе до сих пор существует стереотип, будто вирус угрожает только гомосексуалистам и наркозависимым. Но из выявленных в 2014 г. случаев заражения только 1,2% вызвано гомосексуальными контактами, 57,3% – из-за инъекционного употребления наркотиков, а 40,3% заразились при гетеросексуальных контактах. «Сейчас главная группа риска – молодые женщины, которые живут в гражданском браке», – предупредил медик.

Минздрав, указывает В.Покровский, сконцентрировался на лечении тех, кто уже заболел: 18 млрд руб. выделено на закупку лекарств для антиретровирусной терапии, которую получают 200 тыс. из 721 тыс. человек, живущих с ВИЧ. «Бюджет готов лечить около 30%, но из мирового опыта известно: чтобы замедлить любую эпидемию, надо регулярно пролечивать минимум 70% заболевших», – сказал он.

Чтобы остановить эпидемию, Вадим Покровский предлагает незамедлительно ввести ряд мер, которые успешно действуют в других странах. Прежде всего разрешить заместительную терапию – одобренный ВОЗ вариант лечения, при котором наркозависимый не колет героин, а под контролем врача ежедневно принимает его синтетический аналог – метадон. Если человек болен ВИЧ, вместе с метадон он регулярно принимает и лекарство, что снижает опасность передачи вируса. «Именно заместительная терапия остановила эпидемию ВИЧ в Европе. Сейчас у нас одним шприцем колет сразу несколько человек, а терапия убирает этот риск», – указал главный борец со СПИДом. – Наши чиновники гово-

рят, что неэтично лечить наркомаанию с помощью другого наркотика, но сейчас гораздо важнее остановить эпидемию ВИЧ». Кроме того, медик призвал государство наладить так называемые программы снижения вреда, аналогичные тем, что действуют в Европе. «Необходимо ввести систему социальной работы с наркозависимыми, предоставлять им чистые шприцы, чтобы снизить угрозу заражения для всего общества. Надо обучать их, как не заразиться самим и не заразить окружающих», – сказал врач.

Другая важная мера профилактики – системное просвещение подростков о необходимости предохраняться. «В Германии, где самый низкий уровень ВИЧ в Европе, существуют обязательные уроки сексуального просвещения», – рассказал В.Покровский. – К сожалению, в России в Госдуме заседает большое количество депутатов, которые вместо спокойного обсуждения этой темы сразу начинают кричать про недопустимость разврата».

«По данным ряда исследований, сексуальное просвещение в школах только увеличит интерес детей к сексу и приведёт к всплеску ВИЧ и других болезней, передающихся половым путём», – заявляет депутат Мосгордумы Людмила Стебенкова. – Вместо распространения презервативов мы пропагандируем среди молодежи верность партнёру и призываем к созданию здоровой семьи, это гораздо эффективнее». По мнению госпожи Стебенковой, предлагая внедрение программ снижения вреда Вадим Покровский «действует как типичный агент против интересов нашего государства». «Эти сведения об уровне ВИЧ-инфекции в РФ нельзя назвать достоверными».

Неудивительно, что воз и ныне там...

Валерий ПОЗДНЯКОВ.

По материалам информационных агентств.

Однако

Институт Сенгера предупреждает: варианты гена MC1R стоят за рыжим цветом волос, бледной кожей, веснушками. И они же связаны с увеличением числа генетических мутаций, приводящих к раку кожи. Однако наличие волос другого цвета при «спящем» гене MC1R не должно вас обманывать. В этом случае риск рака всё равно повышен. По словам учёных, данный ген довольно распространён.

Латентный «рыжий ген» угрожает тысячам людей раком кожи

Люди с рыжими волосами – это 1-2% населения Земли. А в Великобритании, к примеру, каждый четвёртый имеет проблемный ген. Если у человека две копии данного гена, у него рыжие волосы и вообще тип внешности, обязывающий внимательно следить за уровнем УФ-облучения. При наличии только одной копии гена внешность отличается от «канонической» (например, цвет волос разнится от блондина до шатена), однако риск рака всё равно повышен. Между тем, тысячи людей даже не подозревают, принимая солнечные ванны, что находятся в опасности.

Анализ более 400 образцов опухолей, забранных у пациентов с меланомой, показал: люди минимум с одной копией генетического варианта MC1R имели на 42% больше связанных с солнечными лучами мутаций в раковых образованиях, чем лица без гена. По сути, наличие проблемного генетического варианта было эквивалентно 21 году, проведённому на солнце. К тому же, один генетический вариант MC1R выливался в сниженную выработку меланина.

Давид НАНЕИШВИЛИ.

Вести.ru

Взгляд

Где спасение от диабета?

Новое исследование, проведённое в Университете Южной Дании, показало: у участников, часто катавшихся на велосипеде, риск сахарного диабета 2-го типа был на 20% ниже, чем у тех, кто на нём не катался. Учёные советуют ездить на велосипеде людям, которым не хватает времени на занятия спортом.

Специалисты отмечают, что езда на велосипеде уменьшает вероятность развития разных хронических заболеваний не только у молодёжи, но и у людей среднего возраста и пожилых.

Кстати, недавно учёные нашли белок, избавляющий от диабета. Учёные провели исследование на мышах. Они изучали гены, связанные с ожирением. В процессе исследования установили: белок TST повышал у грызунов чувствительность к инсулину.

Олег ЗАЛЁТНОВ.

По материалам Zee News.

Почему бы и нет?

Алтайский школьник Дмитрий Субботин разработал устройство, направленное на сканирование воздуха и определение в нём тех или иных аллергенов. Разработанную Дмитрием систему положительно оценили на международной выставке в Китае.

стоят за связью аллергии и времени года, в которое появился ребёнок. Речь идёт об эпигенетических маркерах (в частности, метилировании ДНК), которые появлялись в зависимости от времени рождения и присутствовали спустя 18 лет.

Из-за них, к примеру, рождённые осенью, чаще сталки-

Алтайский школьник спешит на помощь аллергикам

На сегодняшний день устройство тестируется на территории села, в котором живет школьник. Известно, что по периметру населенного пункта усаныены датчики, сканирующие воздух и определяющие количество аллергенов в нем. Что удобно, информация о концентрации аллергенов доступна на специальном сайте в интернете. Данное изобретение покажет аллергикам актуальную информацию, тем самым предупредив приступы. По мнению независимых экспертов, это настоящий научный прорыв. Кстати, по словам сотрудников Университета Саутгемптона, в ДНК человека есть особые маркеры, которые

ваются с экземой по сравнению с рождёнными весной. Учёные подчёркивают: эпигенетические изменения ДНК могут влиять на экспрессию генов в течение многих лет, а, возможно, и передаваться следующим поколениям. Учёные пока точно не установили, что именно провоцирует эпигенетические изменения. Не исключено влияние различий в температуре, в уровне освещённости (продолжительности светового дня) и особенности рациона.

Наум ДОНСКОЙ.

По материалам The Russian Times.

Опрос

Престиж против кризиса



Многие люди в 30 лет хотят иметь хорошо оплачиваемую работу и высокий профессиональный статус. Видимо, это правильно.

Как показало новое исследование, чем выше у человека уровень доходов, тем меньше у него шансов остаться в одиночестве. Эта корреляция наиболее сильна в середине взрослой жизни, так как на этом этапе деньги и профессиональный уровень особенно важны. Команда исследователей из Кёльнского университета провела опрос среди 16 132 добровольцев, обращая внимание на такие параметры, как уровень доходов, пол, состояние здоровья и круг общения.

Исследование показало: наличие престижной работы в возрасте 30 лет почти гарантировало защиту от одиночества. Оказалось, в 30 и в 50 лет люди, как правило, бывали одиноки из-за уменьшения количества социальных контактов и низкого уровня доходов. Примерно в возрасте 60 лет степень одиночества снижалась, достигая минимума к 70 годам. Рост числа одиноких людей в старости в основном был связан со смертью второй половины или проблемами со здоровьем.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам The Hindustan Times.

Одно лишь появление в кадре этой физиономии вызвало добрую улыбку. И весь СССР знал его фразочки про «мёртвых с косами вдоль дороги, несажаемый памятник, икру заморскую, баклажанную»... За кадром же оставался фанат здорового образа жизни, поставивший на себе благородный эксперимент – прожить здоровым 120 лет!

Следуя рецептам здоровья

«На протяжении многих лет Савелий Крамаров строго, даже фанатично, заботился о своём здоровье, – вспоминала его американская жена Марина Крамарова. – Он тщательно, можно сказать, скрупулёзно изучал все предписания и рекомендации диетологов и основы восточной медицины. В кухонных ящиках и на стенах были развешаны многочисленные рецепты здоровья. Он делал абсолютно всё возможное, чтобы дожить до глубокой старости, не болея. И шутил: «Это первый эксперимент как дожить до 120 лет здоровым».

Проснувшись утром, он пил чай из целебных трав. После этого молился Богу и бежал к океану (он жил в Сан-Франциско в нескольких кварталах от океана). Большую часть года плавал. Пробежка, зарядка на свежем воздухе, после чего первый завтрак – свежие разнообразные фрукты. Затем гигиенические процедуры и второй завтрак – большой салат из свежих овощей. Время от времени он очищал организм методом голодания.»

Голодал Крамаров по 10 дней. Каждое утро делал специальную зарядку для мозга по системе йога – полчаса стоял на голове для улучшения кровообращения. Постоянно медитировал. Играл в теннис. Не пил, не курил. Голову намазывал смесью чеснока и лука.

Советский Брэгг

Впрочем, начались все эти причуды ещё задолго до эмиграции в США.

Двоюродный брат актёра Виктор Волчек рассказывал: «Савва очень серьёзно занимался проблемами своего питания. Много чего не ел, не пил. Ради свежих кураги, чернослива, орехов всегда ездил на центральный рынок, а за мёдом – в Подмоскovie, ел фрукты и овощи в неограниченном количестве, мяса не употреблял».

Что привело Крамарова к такому образу жизни? Ведь ещё в начале 70-х кинодраматург Аркадий Инин рассказывал, что «Савва был как все» – покуривал, позволял рюмку-другую водки.

Судя по характеру его питания, трезвости, тренировкам, голоданию, толчком к резкой перемене стиля жизни стала книга американского натуропата Поля Брэгга «Чудо голодания».

Кстати, одной из веских причин переезда в США для Крамарова могло быть именно желание стопроцентно «жить по Брэггу» – у океана. Выполнять все правила здоровья учителя: бегать ежедневно по берегу, купаться в целебных волнах, принимать солнечные ванны, пить чистую воду, употреблять натуральные продукты, вдыхать чистый воздух...

Всё это Крамаров получил сполна. Человек с крепким здоровьем, он никогда не простужался, гордился своим накачанным гибким телом без единой капли лишнего жира. В Америке женился на эмигрантке-одесситке Марине, чьи воспоминания при-



Супруга актёра во всём винит американских докторов. Мол, после операции они просмотрели деформацию сердечного клапана, тромбоз, другие осложнения... Да и химиотерапия была усиленной.

Владимир Шаинский несколько лет назад рассказывал, что после операции в США по поводу рака мочевого пузыря категорически отказался от любой химиотерапии. Вот-вот Владимиру Яковлевику стукнет 89. Он тоже давний поклонник

что нам следует считать целебным в травах? Мне кажется, что постоянно пить чай, настоянный на целебных травах, так же безопасно, как и постоянно пить лекарства здоровому человеку с целью укрепления здоровья. Эффект при этом может быть прямо противоположным ожидаемому.

Дополнительному ошелачиванию крови у Крамарова мог послужить и океан – большую часть года он плавал. И жиры Крамаров не употреблял, а они могли подкислить кровь.

В итоге мы видим, что к фатальному исходу Крамарова могло привести только значительное ошелачивание его крови.

СССР. Эту потерю остро ощутил в 90-х, когда дважды приезжал на родину: на «Кинотавр» и съёмки фильма «Русский бизнес». Приём был оглушительный...

Впрочем, всё это версии, версии... Точные причины возникновения рака науке неизвестны. Он поражает как абсолютно здоровых, так и немощных. Одни сгорают сразу, как Савелий Крамаров, другие угасают долгими годами. А кто-то выкарабкивается.

Как-то я поинтересовался «не для печати» у одного из авторитетнейших онкологов России, почему одни заболевают раком, другие – нет. Он ответил коротко – «Судьба».

Жизнь как она есть

Неудача

«Джентельмена удачи»

Почему провалился эксперимент Савелия Крамарова?

водились выше. В 53 года стал отцом дочки Баси.

Уже под 60 записался в студию бразильских танцев, опять же следуя совету Брэгга, который любил танцевать с молодыми. Тогда же в очередной раз женился. Новая супруга Наталия была на 20 лет моложе. Это тоже один из принципов натуропатов – молодые жены, дескать, способствуют омоложению. Этому следовал академик А.Микулин, автор популярной в СССР книги «Активное долголетие, или Моя система борьбы со старостью». Он менял жён на всё более молодых и умер в 90! Через несколько дней после развода с пятой, супермолодой супругой. Академик-трезвенник Ф.Углов, автор «Памятки русского долгожителя», прожил 103 года. Вторая жена была на 32 года моложе. Примеры можно продолжать...

В 60 у Крамарова возникли боли в правом боку. Он обратился к врачу. Актёр свято верил в американскую медицину, ежегодно проходил тщательное обследование, хотя лекарств не любил, как любой уважающий себя натуропат. Доктор после анализов произнёс приговор – рак прямой кишки! «Он не поверил, – вспоминала жена Наталия. – Сказал мне: «Все смеяться будут: чтобы после соблюдения диеты и регулярных очищений организма такой вот диагноз!»

Увы, диагноз подтвердился. Ему немедленно сделали операцию. Химиотерапию. Вскоре последовали два инсульта. Актёр ослеп. Спустя 5 месяцев после операции скончался. Но даже на смертном одре постоянно спрашивал, кошерную ли пищу ему дают.

Как же могло случиться, что человек с идеальным здоровьем, образом жизни, намеревавшийся дотянуть до 120 без старости, ушёл в мир иной так рано, в 60? И хотя прошло два десятка лет, до сих пор на сайтах сыроедов, вегетарианцев, бегунов, голодарей регулярно обсуждается вопрос о причинах смерти Крамарова. Мол, стоит ли изнурять себя тренировками, голодовками, постной едой, если самому Крамарову это не помогло, а возможно, даже подтолкнуло в могилу.

ЗОЖ, но не столь фанатичный. Хотя делает зарядку на снегу в одних трусах. Но и горячительное он не отвергает.

Другое мнение – организм актёра не знал лекарств. Поэтому, наверное, усиленное медикаментозное лечение ускорило трагический конец. Тот же трезвый йог Вицин, соратник Крамарова по ЗОЖу и фильму «Джентельмены удачи», прожил 84 года. Поболее, чем его коллеги по «великолепной троице» Моргунов и Никулин, горячительное не отвергавшие. А мог и ещё дольше прожить, считает директор Музея трёх актёров Владимир Цукерман. Попав в больницу, Вицин получал много лекарств. И умер. Врачи же не знают, как лечить йогов.

Где же причины?

Подробно рассмотрел историю смерти Крамарова одесский врач Николай Друзьяк в популярной несколько лет назад книге «Как продлить быстротечную жизнь». Вот его мнение:

«Его рацион питания был тем плох, что значительную часть блюд составляли крупы. В этом он, возможно, следовал рекомендациям сыроедов, которые считали, что идеальное сыроедение (считайте, что идеальное питание) должно включать в себя только фрукты, орехи и зерна злаков. Но практически все зерновые культуры содержат несбалансированные белки, которые только «способствуют» ошелачиванию крови (посредством аммиака). Кроме того, все каши готовились примитивно просто – крупы всего лишь заливались кипятком, а поэтому они с трудом переваривались в кишечнике. По всей вероятности, переваривание продолжалось ещё и в прямой кишке, тогда как оно должно было заканчиваться в двенадцатиперстной и в итоге прямая кишка подвергалась интенсивному ошелачиванию.

Хочу обратить внимание и на чай из целебных трав, который по утрам пил Крамаров. Известно, какая трава использовалась и на какой воде заваривался этот чай, но ясно одно, что он имел щелочную реакцию, так как настои из сухих трав всегда имеют такую реакцию. Кроме того,

О значительном сдвиге реакции крови в щелочную сторону у Крамарова говорит и начавшийся у него тромбоз. Повышенному тромбозу способствует щелочная реакция крови и высокая концентрация кальция в ней».

Впрочем, «кислотно-щелочную» теорию, расписанную Друзьяком, принимают не все авторитеты и апологеты ЗОЖ, не говоря уж про официальную медицину. Там много сложностей, заморочек. Хотя к его тезису об опасности умеренного употребления травяных «целебных» чаёв стоит прислушаться. Да и с крупками не всё так просто, как пишут пропагандисты макробиотики, в основе которой питание крупками.

Другие версии

Страх. Актёр очень боялся рака, от которого умерли его бабушка, мать, сёстры. Возможно, это наследственная болезнь Крамаровых. Либо его догнал страх. Тот, кто панически боится рака, говорит, им в конце концов и заболевает.

Сшибка. Термин, введённый академиком Павловым. Столкновение в коре головного мозга процессов возбуждения и торможения, приводящее к срыву высшей нервной деятельности, расстройствам внутренних органов, серьёзным болезням. Именно так «Сшибка» назывался первоначально роман Александра Бека «Новое назначение», запрещённый одним из членов кремлёвского Политбюро и потому изданный впервые на Западе. Был популярен у нас в перестройку. Герой – видный сталинский нарком, отправленный послом в небольшую страну. Испытывал немало душевных «сшибок», стрессов, заболел раком. От рака умер и сам Бек. Подобные «сшибки» были у Крамарова.

Блистательный комик, он всегда мечтал о Гамлете и других серьёзных ролях.

Косоглазие придавало его лицу «необщее выражение» в актёрской среде. Он же мечтал от него избавиться и быть, как все. В конце концов, сделал операцию в США.

В Америке обрёл благополучную жизнь, но потерял фантастическую славу, которая окружала в

Кто знает, когда бы настигла судьба-злодейка Крамарова, не занимайся он здоровым образом жизни? Раньше 60 или позже? Что теперь гадать...

А как же его идейный вдохновитель, учитель Брэгг? По одной версии, он трагически погиб в 95 лет, занимаясь сёрфингом. Накрыла гигантская волна. Вскрытие показало: сердце и сосуды Брэгга были как у молодого мужчины. Эта легенда была особенно популярна в СССР. Её активно распространял переводчик Брэгга Стив Шенкман, активный пропагандист здорового образа жизни, создатель и первый главный редактор журнала «Будь здоров». Сам Шенкман умер от рака кишечника в 68 лет.

Рак мог «сидеть» в генах...

А вот что по этому поводу думает Сергей Арутюнов, московский врач-онколог:

– Чрезмерное и даже патологическое стремление к «здоровому образу жизни» называется орторексией и относится к разряду психоэмоциональных нарушений. Но я не думаю, что у Крамарова были проблемы с психикой. Скорее, его увлечение самыми разными оздоровительными методиками было следствием канцерофобии, то есть страха заболеть раком. Ведь его самые близкие родные – мама, бабушка, сёстры ушли из жизни от этой болезни. Помните, все обсуждали, что Анжелина Джоли удалила обе груди, чтобы избежать риска заболеть раком молочных желёз, от которого погибли её мама и тётя. Возможно, Савелия Крамарова мучили подобные страхи.

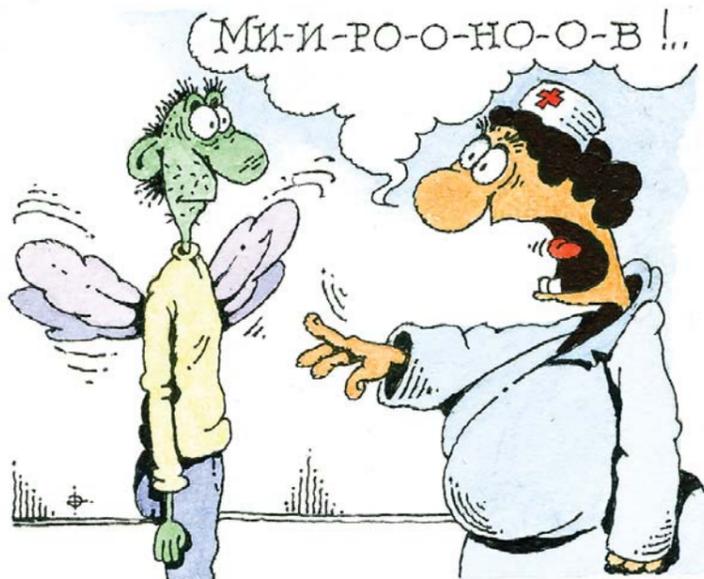
Конечно же, радикальные меры по «оздоровлению» – голодание по 10 дней, постоянное употребление сырых круп – могли подорвать здоровье актёра. Но вполне вероятно и генетическая предрасположенность. Возможно, сейчас, при современных ранних, скрининговых методах диагностики удалось бы распознать его болезнь на самой ранней стадии и вылечить. Но ещё несколько лет назад таких точных методов не было. К тому же он недолюбливал врачей, больше полагался на нетрадиционные методы. Хотя, впрочем, судьба есть судьба...

Евгений ЧЕРНЫХ,
внешт. корр. «МГ».

«Попрыгунья-стрекоза
Лето целое пропела;
Оглянуться не успела,
Как зима катит в глаза...»
Иван Крылов.

А ещё был случай

Стрекозёл



Если бы баснописец Крылов был знаком с нашим Мироновым, он бы эту басню ему посвятил. И точно – наш герой всё лето беззаботно «летает» по городу от одного пивного ларька к другому. «И под каждым ему кустом был готов и стол, и дом» – выпил, закурил, выспался на травке на свежем воздухе и дальше порхай себе! А вот «с зимой холодной холод, голод настаёт» – и Миронов тащится в наш туберкулёзный диспансер, вдруг вспомнив о своей хронической болячке – туберкулёзе лёгких. «Злой тоской удручённый» изъявляет он желание вылечиться и проводит очередной курс терапии долго и упорно, месяца этак 4-5, но «до вешних только дней». А там – снова беззаботное порханье у пивных ларьков. Этот «круговорот» Миронова вокруг Ярцевской фтизиатрической службы длится уже лет пять. Поэтому – личность он известная, легендарная. Все его знают – от главврача до повара, от медсестры до сторожа. И по комплекции Миронов – вылитая стрекоза, точнее – «стрекозёл»: тельце тщедушное, подсушенное хронической инфекцией; ручки-палочки всё время жестикулируют; голова с редким пушком и выпуклыми глазами всё время крутится из стороны в сторону. Это его старая привычка обозревать мир на все 360 градусов (а ну как представится случай выпить здесь, на этом длительно-нудном излечении). Так вот, чтобы медперсонал вдруг не застучал и не отобрал заветную бутылочку... И мировоззрение у Миронова «стрекозье» – приземлённое и недалёковидное. И разговоры о желании излечиться – одно пустое «стрекозье». В общем, весь он вылитый «стрекозёл». А почему он ещё и «козёл» – об этом ниже!

В разгар прекрасного лета, когда «стрекозёл» Миронов должен был ещё «порхать и порхать», позвонили нам из прозекторской с просьбой опознать труп мужчины. На вскрытии у него оказался туберкулёз лёгких, поэтому именно к нам и обратились. Это ответственное задание вызвалась выполнить Павловна, одна из старейших и уважаемых наших медсестёр. Она

знает в лицо всех наших «хроников», помнит все их диагнозы. Она – чёткого мировоззрения и комплекции «монументальной». Такую не страшно отправлять представлять нашу службу, такая не подведёт! Но всё же для «чистоты эксперимента» и «во избежание» всяких случайностей отправили вместе с ней и пациента из числа «старожилов». Не волнуйтесь, он из выздоравливающих и уже не «сеет», так что угрозу для общества не представляет, но может принести неоценимую помощь этому самому обществу на опознании. Как увидели наши посыльные на столе в прозекторской «неопознанный труп одинокого мужчины», сразу единодушно сошлись во мнении – наш Миронов. И тельце у него тщедушное, но ручки-палочки уже не жестикулируют, голова с редким пушком, но уже не крутится, а выпуклые глаза вдруг стали какими-то трагически «впуклыми»... В общем, отлетелся, отстрекотался наш Миронов!

Вечером, когда почти весь медперсонал отправился по домам, в тиши заброшенного сада сострадалицы из числа старожилов поминали Миронова. Выпивали немного. Говорили – мало, но веско: как страдал, как стоически боролся с проклятой болячкой, как «сгорел» в этой неравной борьбе... Расходился по палатам довольные собой и прекрасно проведенным вечером и вскоре позабыли о «безвременноушедшем»... На несколько месяцев.

Осень выдалась ранняя, грустная и дождливая. Сырые сумерки стужались вокруг туберкулёзного стационара, назойливый дождь монотонно стучался в окно. Нет, кто-то ещё стучался, вместе с дождём, и Павловна пошла посмотреть. В настроившемся вечер за окном, мокрое и сиротливое, маячило тщедушное тельце: ручки-палочки нетерпеливо поясняли просьбу своего хозяина вступить его в эту обитель тепла и покоя; голова с редким пушком вращалась

почти на 360 градусов и глаза... снова выпуклые. Сердце Павловны не выдержало. Она как стояла, так и рухнула через весь коридор «монументально», и наделала столько шума, что сбежались все «тяжелобольные и выздоравливающие». Окно тут же плотно зашторили, дверь забаррикадировали от призрака и до утра не подавали никаких признаков жизни. Вот какой «козёл» этот Миронов! Зачем он к нам «оттуда» явился?

Утром «воскресший», вымокший до нитки, возмущённый чёрствостью сотоварищей и недоступностью бесплатной медицины пациент поплёлся на приём в амбулаторию, тоже изрядно всех напугав. Но всё же был как-то признан, обласкан и «загоспитализирован» продолжать священную войну со своей хронической инфекцией.

А как же акт опознания? Оказывается, тот «труп одинокого мужчины» через час ещё раз опознали. Но не как Миронова. Теперь в опознании принимали участие уже не Павловна с пациентом, а жена с сестрой покойника. И труп принадлежал диспансерному больному совсем другого района. Мужчина воспользовался отсутствием уехавших на дачу, решил «подлечиться» на воздухе в другой природной полосе нашей необъятной России всеми доселе недоступными народными средствами и «сгорел» в этой неравной борьбе с живучей палочкой Коха.

Коллеги-патологоанатомы несомненно были удивлены такой востребованностью их «пациента». Но поудивлялись и забыли нам перезвонить – у них своих забот хватает. А наш Миронов, который всех так напугал, стал малопопулярен в среде своих «соратников» и «завсегдатаев» стационара. Он, впрочем, до сих пор ещё порхает. «Стрекозёл» он и есть «стрекозёл»!

Ирина АЛЕКСАНКИНА.

Московская область.

Сокровенное

Владимир КОРОЛЁВ

Посреди лета

Июль на радуги богат –
Ликует дуги!
И семь цветков –
весёлый ряд –
Несу подруге.

Синее неба василёк,
Горит гвоздичка.
Ромашка: белый лепесток,
Рыжеет личико.

От страсти розов Иван-чай,
И томна – липа.
Раскинув руки,
меня встречай!
(Сюжет для клипа!)

Стыдится страсти зверобой:
Мол, я – не роза. Зато –
соперник чаю
И с чашкой с кромкой
голубой
Со мной чуть поскучаешь...

Горстями будем малину есть
(Герань ревнива!)
...Июль. Жара.

На крыше жёсть
Бордовой сливы!

* * *

Рулоны сена –
совсем не копны,
А свёрток жгутов
чужой травы.
В копну мы, охнув,
нырнём с тобою –
Рулон вилами дерёте вы.

Охалка сена
(в ней сгусток лета)
Зимой душистей,
чем «Шанель»,
И пусть под снегом изба
просела

– Жужжит в сарае
июльский шмель!

Смоленск.

СКАНВОРД																																																																																																																																																																																		
Латунь	Роговица	Рыба, Черное море	Домперидон	Внук Кадма	"Па-яцы", перс.	Бета-ксолал	Боль в костях	Торж. обещание																																																																																																																																																																										
Алтайская флейта	Луговой волк	Одноклет. животное	Кубин. живописец	Будесонид	Болиголов	Приток Ангары	Англ. адмирал	Сильный слог	Незасеянное поле																																																																																																																																																																									
Вид черески	Жена раджи	Кунанбаев	Ампер	Игра актёра	Рос. врач, 19 век	Обезьяна	Фото-пленка	Охраняет часовой	Сын Ноя																																																																																																																																																																									
Франц. драматург	Роман Хаггарда	Серов, картина	Касатик	Движущая сила	Шуба у мордвы	Сов. грузовик	Частица света	Станина																																																																																																																																																																										
Автор Валерий Шаршуков	Златоуст, река	Гадание по приметам (стар.)	Доклад по-военному																																																																																																																																																																															
<table border="1"> <tr> <td>П</td><td>А</td><td>Р</td><td>У</td><td>С</td><td>Р</td><td>А</td><td>Б</td><td>Р</td><td>У</td><td>С</td><td>О</td><td>К</td> </tr> <tr> <td>О</td><td>У</td><td>А</td><td>Л</td><td>Л</td><td>Е</td><td>О</td><td>Л</td><td>Е</td><td>Н</td><td>Е</td><td>Б</td><td>Ы</td><td>К</td><td>Р</td><td>Т</td><td>И</td> </tr> <tr> <td>Т</td><td>А</td><td>Р</td><td>З</td><td>А</td><td>Н</td><td>Е</td><td>Д</td><td>У</td><td>Т</td><td>О</td><td>О</td><td>О</td><td>С</td><td>А</td><td>Р</td><td>С</td><td>И</td><td>Ш</td> </tr> <tr> <td>Р</td><td>А</td><td>Д</td><td>Е</td><td>В</td><td>А</td><td>О</td><td>Б</td><td>Л</td><td>О</td><td>М</td><td>С</td><td>Т</td><td>У</td><td>К</td><td>К</td><td>О</td><td>М</td><td>У</td><td>Л</td> </tr> <tr> <td>И</td><td>З</td><td>Ю</td><td>М</td><td>Р</td><td>И</td><td>Н</td><td>А</td><td>М</td><td>А</td><td>А</td><td>С</td><td>С</td><td>А</td><td>Б</td><td>Л</td><td>О</td><td>Х</td><td>А</td><td></td> </tr> <tr> <td>В</td><td>Х</td><td>С</td><td>А</td><td>Ж</td><td>А</td><td>К</td><td>Ф</td><td>Т</td><td>Л</td><td>М</td><td>О</td><td>Й</td><td>В</td><td>А</td><td>Л</td><td>А</td><td>К</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>И</td><td>В</td><td>Н</td><td>Е</td><td>В</td><td>О</td><td>Ф</td><td>И</td><td>Т</td><td>И</td><td>У</td><td>Д</td><td>Е</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Н</td><td>О</td><td>Е</td><td>Д</td><td>М</td><td>А</td><td>И</td><td>Г</td><td>Н</td><td>А</td><td>Т</td><td>О</td><td>В</td><td>А</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>В</td><td>А</td><td>Т</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										П	А	Р	У	С	Р	А	Б	Р	У	С	О	К	О	У	А	Л	Л	Е	О	Л	Е	Н	Е	Б	Ы	К	Р	Т	И	Т	А	Р	З	А	Н	Е	Д	У	Т	О	О	О	С	А	Р	С	И	Ш	Р	А	Д	Е	В	А	О	Б	Л	О	М	С	Т	У	К	К	О	М	У	Л	И	З	Ю	М	Р	И	Н	А	М	А	А	С	С	А	Б	Л	О	Х	А		В	Х	С	А	Ж	А	К	Ф	Т	Л	М	О	Й	В	А	Л	А	К			И	В	Н	Е	В	О	Ф	И	Т	И	У	Д	Е								Н	О	Е	Д	М	А	И	Г	Н	А	Т	О	В	А							В	А	Т																	
П	А	Р	У	С	Р	А	Б	Р	У	С	О	К																																																																																																																																																																						
О	У	А	Л	Л	Е	О	Л	Е	Н	Е	Б	Ы	К	Р	Т	И																																																																																																																																																																		
Т	А	Р	З	А	Н	Е	Д	У	Т	О	О	О	С	А	Р	С	И	Ш																																																																																																																																																																
Р	А	Д	Е	В	А	О	Б	Л	О	М	С	Т	У	К	К	О	М	У	Л																																																																																																																																																															
И	З	Ю	М	Р	И	Н	А	М	А	А	С	С	А	Б	Л	О	Х	А																																																																																																																																																																
В	Х	С	А	Ж	А	К	Ф	Т	Л	М	О	Й	В	А	Л	А	К																																																																																																																																																																	
И	В	Н	Е	В	О	Ф	И	Т	И	У	Д	Е																																																																																																																																																																						
Н	О	Е	Д	М	А	И	Г	Н	А	Т	О	В	А																																																																																																																																																																					
В	А	Т																																																																																																																																																																																
<p>Ответы на сканворд, опубликованный в № 55 от 27.07.2016.</p>																																																																																																																																																																																		