

Медицинская

28 октября 2015 г.
среда
№ 81 (7603)

газета®

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

Работают мастера

Возвращая к настоящей жизни

Ростовские онкологи задают тон



В Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте Минздрава России проведена уникальная операция – пациентке удалена часть таза, поражённая опухолью, и установлена ультрасовременная металлоконструкция.

У молодой жительницы Ростовской области было обнаружено злокачественное образование на костях таза. Онкологи РНИОИ приняли решение удалить переднее костное полукольцо, а чтобы пациентка смогла полноценно двигаться, – установить металлоконструкцию из титановых сплавов – систему для стабилизации таза. В мировой медицинской практике таких операций проводится 2-3 в год, в Москве и Санкт-Петербурге –

Онкологи РНИОИ проводят операцию

единичные случаи, для региона – это первое событие.

– Для нашей пациентки мы заказали в Германии ультрасовременное устройство – усовершенствованную металлоконструкцию. Данная модель до сих пор в России не использовалась, – говорит директор РНИОИ, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Олег Кит. – Стоимость изделия составила порядка 500 тыс. руб. Высотехнологичная медицинская помощь оказана за счёт средств из федерального бюджета.

Операцию проводили две бригады хирургов: абдоминальные онкологи и онкоортопеды. Она длилась 6 часов и прошла без осложнений. Пациентка

чувствует себя хорошо и готовится к выписке. Жительница Ростовской области получила шанс на полное излечение и возможность вернуться к полноценной жизни. Она сможет ходить, сидеть и даже выносить беременность. Не будет испытывать дискомфорта и психологического страха к физическим нагрузкам, при этом отсутствует косметический дефект. Благодаря особому сплаву менять данную конструкцию в течение жизни не придётся, с ней можно проходить МРТ и рамки металлодетекторов в зонах безопасности.

Алла МЫСНИК,
внешт. корр. «МГ».

Фото автора.

Григорий КУРАНОВ,
депутат Госдумы РФ,
член регионального штаба ОНФ
в Пермском крае:

Оптимизировать учреждения здравоохранения – значит обеспечивать всем жителям равную доступность к первичной медицинской помощи.

Стр. 4



Федеральный фонд
обязательного медицинского
страхования –
о деятельности системы в 2014 г.

Стр. 6-11

В центре внимания

Снижение ССЗ: как обеспечить прорыв

В С.-Петербурге состоялось очередное заседание Экспертного совета по здравоохранению при Комитете Совета Федерации по социальной политике. В повестку дня были вынесены сердечно-сосудистые нарушения, которые вызывают наибольшую заболеваемость и смертность и требуют инновационных подходов в лечении.

Как обеспечить прорыв в ликвидации заболеваний кровообращения, и шёл разговор в стенах городского Центра медицинской профилактики под «дирижёрством» первого заместителя председателя Людмилы Косткиной и председателя экспертного совета Виталия Омелянковского с участием представителей исполнительных органов государственной власти различных субъектов РФ, а также ведущих медицинских экспертов, учёных.

Собравшиеся прослушали доклады ведущих клиницистов из крупнейших научно-практических лечебных центров страны, всесторонне обсудили вопросы профилактики и раннего скрининга ССЗ, что позволяет обнаружить скрытые нарушения в организме. В Санкт-Петербурге, например, заболеваемость сегодня ССЗ по сравнению с периодом двухлетней давности уменьшилась в основном за счёт стойко-

го снижения количества пациентов с ишемической болезнью сердца и острым инфарктом миокарда, при этом благодаря усилению профилактической работы.

Участники заседания выразили уверенность, что в настоящее время службам здравоохранения всех субъектов РФ необходимо решать стоящую перед ними задачу повышения качества медицинской помощи путём активного внедрения передовых технологий и достижений медицинской науки. Однако дальнейшая модернизация отрасли невозможна без продуманной структуризации деятельности медицинских организаций, оптимальной маршрутизации пациентов, внедрения одобренных протоколов лечения и программ реабилитации кардиологических больных.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
собр. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Перемены

В Абакане — полный комплект!

Региональный сосудистый центр в Абакане наконец-то получил законченный вид. Позапный, с февраля 2014 г., ввод в действие подразделений центра завершился на днях торжественным открытием отделения эндоваскулярной хирургии.

Таким образом, теперь в РСЦ, рассчитанном на 120 коек, есть все службы, необходимые для оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с острым инфарктом и острым нарушением мозгового кровообращения: от-

деление эндоваскулярной хирургии, нейрохирургическое отделение, отделение реанимации и интенсивной терапии, отделение реабилитации.

Для полного «боекомплекта» оснащения центру не хватало только ангиографа. Теперь эта проблема решена, оборудование приобретено и уже готово к работе. Примечательно, что руководить отделением приглашён опытный сердечно-сосудистый хирург из Красноярского федерального центра кардиохирургии Александр Ковалёв. По его словам, до конца года в РСЦ планируется

оказать высокотехнологичную помощь более чем 100 пациентам, а в 2016 г. здесь предполагают пролечить свыше 500 больных.

Начало полноценной работы «своего» РСЦ позволяет здравоохранению Республики Хакасия решить стратегическую задачу – оперировать и реабилитировать жителей региона на месте, а не транспортировать пациентов с инсультом в соседние территории.

Елена БУШ,
собр. корр. «МГ».

Абакан.

АРЕНДА

МЕДИЦИНСКОЙ АППАРАТУРЫ
И ТЕХНИКИ



МЕДИЦИНСКАЯ
МЕТРОЛОГИЯ

+7-495-609-66-89 | Info@medmetr.ru

Новости

Помочь сделать выбор

В приморской столице состоялось торжественное открытие краевого центра медико-социальной поддержки женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Он стал новой структурой отделения психопрофилактики, психотерапии и медико-социальной помощи, которое, в свою очередь, входит в состав Владивостокского клинко-диагностического центра.

Среди основных задач новой структуры – реализация мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин, их медико-социальную защиту и поддержку, оказание психологической помощи, разработка и проведение комплекса мероприятий, направленных на профилактику и снижение абортот. Основными же задачами центра являются сопровождение беременной женщины и преабортивное психологическое консультирование.

В центре работают 3 психотерапевта, 12 психологов, 8 социальных работников и юрист. Все они уже имеют серьёзный опыт помощи людям, попавшим в беду. Тем более она оказывается здесь бесплатно.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Владивосток.

Радикально и успешно

В Научно-практическом центре медицинской помощи детям Департамента здравоохранения Москвы на днях была произведена уникальная операция 13-летней пациентке, которая поступила в отделение онкологии по поводу злокачественной опухоли теменно-затылочной области (злокачественная РЕС-ома).

Ранее, при обследовании в столичных медицинских учреждениях, девочке была установлена IV стадия заболевания: опухолевый узел до 10 см в диаметре в мягких тканях теменно-затылочной области с прорастанием в чешую затылочной кости. После поступления в НПЦ большой было проведено 3 курса химиотерапии, в результате чего опухоль значительно уменьшилась, а также сократились метастазы.

Несмотря на положительную динамику, в дальнейшем у пациентки был отмечен рост новообразования. По результатам консилиума под руководством директора НПЦ помощи детям профессора Александра Притыко было принято решение о проведении хирургической операции: удаления кожной и костной части опухоли теменно-затылочной области с комбинированной кожной пластикой кожно-костного дефекта теменно-затылочной области аутокожей из задне-внутренней поверхности правого бедра.

Операция была выполнена с участием врачей четырёх специальностей: онкологов, черепно-лицевых хирургов, нейрохирургов, а также пластических хирургов. Бригада специалистов клиники успешно решила задачу: опухоль радикально удалена, а образовавшийся дефект замещен собственной кожей пациентки.

В настоящее время у пациентки наблюдается положительная динамика состояния здоровья.

Алина КРАУЗЕ.

Москва.

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

Современные технологии

О «живых очередях» забываем

В Чите для записи к врачам поликлиническая служба разворачивает сенсорные киоски

Современные информационные технологии, применяемые при регистрации и диспетчеризации амбулаторных пациентов, добрались до столицы Забайкалья. Клинический медицинский центр Читы стал первым медицинским учреждением в Забайкальском крае, в чьих стенах внедрена система электронной очереди в регистратуру.

Терминалы с выбором услуги в меню на экране и встроенным принтером для печати талонов установлены пока что в двух подразделениях – консультативно-диагностическом и поликлиническом № 2. Но с приобретением в рамках аукционной закупки ещё нескольких сенсорных киосков «электронная очередь» заработает и на остальных площадках поликлинического объединения, который был организован год назад путём слияния государственных поликлиник Читы и Забайкальского краевого консультативно-диагностического центра для большей доступности первичной медико-санитарной помощи.

– Новация ориентирована, прежде всего, на соблюдение при оказании медицинских услуг приоритета посетителю, предусматривающего, в том числе, рациональное использование его времени, а также на создание спокойной и доброжелательной обстановки у окошек медицинской регистратуры, – поясняет главный врач Арутюн Гаспарян. – Ведь не секрет, что в «живых очередях» за талончиком к врачу нередко возникают конфликтные ситуации. Теперь у наших гостей нет не только не-



Пациентам Клинического медицинского центра Читы, не знакомым с работой сенсорного киоска, всегда готов прийти на помощь сотрудник диспетчерско-регистрационного отделения

обходимости спрашивать: «Кто последний?» и выстраиваться друг за другом «затылок в затылок», но и нужды поминутно беспокоиться о том, что впереди стоящий человек может уйти по-английски, и в результате очередь будет потеряна.

IT-технологии – именно тот инструмент, который помог обеспечить и конфиденциальность диалога пациента с медицинским регистратором. Если раньше, по словам заведующей диспетчерско-регистрационным отделением Альбины Кобозевой, очередь волея-неволей слышала происходящий разговор, то сейчас это полностью исключено.

Опыт регистрации посетителей в системе электронной очереди руководство поликлинического

объединения «подсмотрела» у коллег-соседей – в Иркутском областном клиническом консультативно-диагностическом центре. К уже перечисленным преимуществам переноса его на читинскую почву следует добавить, что однозначно сократилось фактическое время ожидания и очередности приёма при плановой форме первичной медико-санитарной помощи, а у специалистов появилась теперь возможность мониторить реализацию фактически оказанных объёмов медицинских услуг относительно заявленной потребности.

Владимир ВЕНИАМИНОВ, корр. «МГ».

Чита.

Фото автора.

Акции

День сердца, отмечаемый во всём мире уже пятый раз, начался в Омске с автопробега. Удивительно, но сотрудники дорожно-постовой службы не были осведомлены об этом празднике в будничные день, поэтому провожали колонну красных автомобилей, украшенных символами сердца на дверцах и красными флажками у лобового стекла, удивлёнными взглядами.

Автопробег, организованный центром профилактики Врачебно-физкультурного диспансера, стартовал от поликлиники Омского областного клинического кардиологического диспансера, а завершился в центре города, где его участники запустили в небо



Традиционный символ праздника – воздушные шары – улетят в небо

В красном цвете
Сердечное внимание омичей – сердцу

красный шар в виде сердца и несколько десятков белых, символизирующих кислород, которым сердце и насыщает сосуды. Жаль только что не наблюдалось растяжки с названием-девизом автопробега, под которым он проводился: «Сердце – главный сосуд жизни».

Но вполне удалась другая мероприятия, проведённые в Омске и сельских районах Прииртышья по



Акция «Измерьте давление самостоятельно» удалась

поводу Всемирного дня сердца. Скажем, в общеобразовательных учебных заведениях, где медики местных лечебно-профилактических учреждений устроили для подростков открытые уроки, предостерегающие мальчишек и девчонок от порочных соблазнов вроде курения и прочих «прелестей», якобы приобщающих их к взрослой жизни, но

в результате надрывающих их юные сердца. Порой было достаточно продемонстрировать на слайдах здоровую сердечную мышцу в сравнении с поражённой воздействием никотина или алкоголя. В поликлиниках и центрах здоровья каждый мог узнать о состоянии своего сердца, а после беседы на тему «Риск умереть в ближайшие

10 лет» заняться своими «сердечными» делами всерьёз.

Наконец, надо отдать должное Министерству здравоохранения Омской области, в более чем миллионном сибирском городе была проведена акция «Самостоятельно измерьте давление», аппаратуру для которой бесплатно предоставили медицинские сети и фирмы негосударственных форм собственности. Стул, столик да тонометр на нём, установленные в местах массовых посещений вроде гипермаркетов, – вот и всё, что понадобилось для осуществления этой акции. Правда, если было необходимо, к желающим без обращения к медикам немедленно узнать, всё ли у них в порядке с артериальным давлением, приходил на помощь консультант.

На финише Всемирного дня сердца члены комиссии Общественной палаты Омской области по вопросам социального развития, здравоохранения и демографии и специалисты регионального здравоохранительного ведомства провели «круглый стол» на тему «Совершенствование медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями». А это означает, что и дальше, а не только в этот знаменательный день, омские медики будут уделять болезням сердца особое внимание. Сердечное, одним словом.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.

Профилактика

Надёжная защита от гепатита

В Свердловской областной детской клинической больнице № 1 прошёл «круглый стол» на тему «Иммунопрофилактика гепатита В. У гепатита нет будущего!»

В мероприятии приняли участие врачи акушеры-гинекологи, неонатологи, главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения области. С помощью телемедицины на семинаре смогли присутствовать специалисты медицинских учреждений региона. Всех их собралось обсуждение новой методики защиты детей самого раннего возраста от гепатита В.

Особенно остро вопрос стоит среди новорождённых, у матерей которых обнаружено хроническое заболевание.

На мероприятии с докладом «Перинатальная профилактика HbV-инфекции» выступила сотрудник кафедры инфекционных болезней Казанского государственного медицинского университета кандидат медицинских наук Фарида Якупова. Она подчеркнула актуальность проблемы и важность работы ОДКБ № 1 как одного из первых медицинских учреждений в регионе, предложившего конкретные шаги для осуществления 100-процентной защиты новорождённых от болезни.

В настоящее время в РФ у детей с выявленным гепатитом В источником их инфицирования в 75% случаев оказывается мать. Внедрение вакцинации существенно повлияло на уровень заболевае-

мости, но тенденция к росту хронического гепатита В сохраняется.

– Возможность иммунизации детей для предотвращения развития болезни – это огромный шаг вперед. Для нас имеет большое значение внедрение новой методики в нашем медицинском учреждении, поддержка коллег, имеющих опыт в столь важном и социально значимом вопросе. Уже сегодня можно с уверенностью сказать, если медицина работает на профилактику – она работает на будущее, – подчеркнул главный врач ОДКБ № 1 Сергей Беломестнов.

Елена ЖУКОВА, спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

Деловые встречи

Оргкомитет конференции протестировали на ВИЧ

В Москве состоялось заседание организационного комитета 5-й конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, которая намечена на март 2016 г.

В рамках мероприятия сопредседатели и члены организационного комитета прошли тестирование на ВИЧ. Этой акцией был дан старт программы по тестированию

населения на ВИЧ в Российской Федерации и странах Восточной Европы и Центральной Азии.

Оргкомитет в целом утвердил программу, а также формат и

порядок подготовки итогового позиционного документа предстоящего мероприятия, являющегося одной из крупнейших международных площадок для принятия решений, направленных на консолидацию усилий стран Восточной Европы и Центральной Азии в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сито!

Кагры

Предлагаемые Федеральным фондом обязательного медицинского страхования изменения в программу «Земский доктор» по бюджету 2016 г. помогут регионам снизить дефицит медицинских кадров. Так прокомментировала эту инициативу заместитель председателя Совета Федерации Галина Карелова.

Она пояснила, что в соответствии с этими предложениями в программу «Земский доктор» должны быть включены посёлки городского типа, предельный возраст участников

«Земского доктора» могут скорректировать

программы в 2016 г. увеличится с 45 до 50 лет, а доля финансового участия фонда ОМС в программе поднимется до 60%.

По словам Г.Кареловой, эти изменения отвечают пожеланиям и врачей, и пациентов, и руководителей регионов. Сенатор отметила, что проблема дефицита медицинских кадров в регионах

не потеряла своей остроты, хотя благодаря программе «Земский доктор» в сельские районы удалось привлечь более 15 тыс. специалистов. Однако нужно как минимум в 2, а по некоторым оценкам, почти в 3 раза больше, заметила она.

Константин ЩЕГЛОВ.

МИА Сито!

Перспективы

Дефибрилляторы – в метро и аэропортах?

«Дорожную карту» по совершенствованию законодательства о применении автоматических дефибрилляторов разрабатывает совместно с производителями этих аппаратов для «запуска» остановившегося сердца Минпромторг России. Согласно документу, они могут появиться в российских аэропортах и метро.

В «дорожной карте», в частности, будет прописано, где могут располагаться автоматические наружные дефибрилляторы (АНД) и кто может ими воспользоваться. Предпола-

гается, что в первую очередь использовать аппараты для оказания первой помощи в общественных местах смогут врачи, спасатели, а также люди, прошедшие курсы по оказанию первой помощи. Если опыт окажется удачным, то на втором этапе могут разрешить применять дефибрилляторы обычным прохожим.

Идею по установке дефибрилляторов в многолюдных местах недавно одобрил председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сито!

Санитарная зона

Простудился – носи маску



Если сегодня практику обязательного использования ватно-марлевых повязок в периоды распространения гриппа и ОРВИ можно увидеть только в аптечной сфере, то вскоре носить маски могут заставить всех заболевших россиян. Такое обращение поступило из Госдумы РФ в Роспотребнадзор.

Автор обращения – депутат фракции «Справедливая Россия», заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по энергетике Олег Михеев обратился к главному государственному санитарному врачу

РФ и руководителю Роспотребнадзора Анне Поповой с просьбой рассмотреть целесообразность внесения изменений в некоторые санитарно-эпидемиологические требования для борьбы с гриппом и ОРВИ.

Инициатива может коснуться школьников и студентов, а также пользователей общественного транспорта. В частности, депутат предлагает заставить школы и перевозчиков обеспечивать заболевших марлевыми повязками...

Валентин МАЛОВ.

МИА Сито!

Подписка-2016

Продолжается подписная кампания



Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на первое полугодие 2016 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2016».

Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

50075 – на месяц;

32289 – на полугодие;

42797 – на год.

Физические лица также могут подписаться

на «МГ» через редакцию по льготным ценам, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru. или по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.**

Справки по телефонам: **8-495-608-7439, 681-3596, 8-916-271-0813.**

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте www.mgzrt.ru

Министерство связи											
АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ											
Медицинская газета											
(индекс издания)											
Количество комплектов											
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)		(адрес)									
Кому											
ДОСТАВочная КАРТОЧКА											
на газету		(индекс издания)									
Медицинская газета											
Стоимость	подписки	руб.	коп.	количество комплектов							
	переадресовки	руб.	коп.								
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)		(адрес)									
Кому											

«Практика показывает, что, когда речь идёт о сокращении или оптимизации, почему-то всегда начинают с села. Но если людям нигде больше получить медпомощь, как только в небольшой поликлинике, которая работает десятилетиями, то нельзя её закрывать. От граждан я слышу печальные шутки, что закрывают очередное медучреждение на селе, а из лекарств остаётся «только чеснок».

Эти слова Президента РФ на форуме Общероссийского народного фронта по здравоохранению «За качественную и доступную медицину!», полагаю, хорошо иллюстрируют результаты той глобальной проверки хода реформы, которая проходит в регионах.

До больницы по бездорожью...

Пермские активисты ОНФ обратятся к губернатору края с просьбой не допустить фактическую ликвидацию больницы в Юго-Камском сельском поселении в ходе её реорганизации. Кроме того, «фронтовики» проведут вскоре прямую линию, в ходе которой жители региона смогут задать любые вопросы министру и другим руководителям регионального здравоохранения. Так реагирует региональное отделение ОНФ на массовые жалобы жителей и врачей Пермского края на закрытие сельских больниц и увольнение главных врачей.

Жители Юго-Камского сельского поселения Пермского района собрали 2 тыс. подписей под обращением, в котором они просят остановить начавшуюся в июле реорганизацию поселковой больницы. После того как она стала филиалом Пермской районной больницы, в ней были сокращены койко-места в детском и хирургическом отделениях, ликвидированы неврологическое и родильное отделения, а также палаты интенсивной терапии. Закрыта станция скорой помощи. На всё поселение, в котором проживают более 7 тыс. человек, работает одна машина «скорой», поэтому больным часто приходится долго ждать приезда врачей.

С подобной же проблемой столкнулись жители посёлков Усть-Чёрная, Керос, Серебрянка, Оныл Гайнского района Пермского края после закрытия местного стационара. Они вынуждены преодолевать 120 км бездорожья до районной больницы.

Член регионального штаба ОНФ в Пермском крае, депутат Госдумы РФ Григорий Куранов убеждён, что «оптимизировать учреждения здравоохранения – не значит сокращать, а, наоборот, обеспечивать всем жителям региона равные возможности и равную доступность к первичной медицинской помощи, особенно на селе».

Глава Фонда независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье», член центрального штаба ОНФ Эдуард Гаврилов уверен, что «такое значительное сокращение медицинской помощи в Пермском крае не могло остаться без последствий». Только за 8 месяцев этого года по сравнению с аналогичным периодом 2014 г. смертность в регионе выросла на 4,3%, в том числе от инфекционных и паразитарных заболеваний – на 22%, от новообразований – на 11,7%.

Недоступная доступность

ОНФ и власти Магаданской области не сошлись в оценке состояния службы скорой помощи в регионе.

Активисты фронта обеспокоены возможной недоступностью службы скорой медицинской помощи для отдалённых поселений Магаданской области, а также низкой готовностью службы к суровым зимним условиям.

выяснить реальные планы региона по исполнению поручения Президента РФ, лидера ОНФ Владимира Путина.

Ликвидация «скорой» в отдалённых районах приведёт к тому, что без медицинской помощи останется несколько посёлков, в том числе и посёлок городского типа в Хасынском районе Талая, расположенный в 276 км от Магадана, беспокоятся активисты

годно закупают у одних и тех же поставщиков необходимые медикаменты и материалы», – заключил Д.Болдырев.

Указ не писан...

Между тем эксперты ОНФ считают, что Правительство РФ избегает публичной отчётности об исполнении майских указов Президента РФ. До сих пор не

смертности от различных причин, создание и модернизация высокопроизводительных рабочих мест, доступность детских садов и т.д. Эта информация должна быть публична. Открытость и прозрачность органов власти позволит не только обеспечить эффективное публичное обсуждение и экспертное сопровождение реализации планов, но и поможет простым гражданам увидеть и

Итоги и прогнозы

Оптимизировать — не значит сокращать

ОНФ берёт под контроль реформу системы здравоохранения в регионах



Оптимизация здравоохранения по-пермски

Впервые эту тему озвучил работник службы Сергей Зеленков на форуме ОНФ по здравоохранению. В частности, он рассказал, что парк автомобилей службы СМП не приспособлен для климатических условий региона, и кроме того, в регионе наблюдается их недостаток.

На запрос ОНФ министр здравоохранения области Сергей Зайнутдинов заявил, что «вопрос о ликвидации каких-либо подразделений скорой медицинской помощи в Магаданской области не ставился и даже не обсуждался». А на официальном сайте областного правительства сообщается: данные проведённой инвентаризации показывают, что весь автотранспорт службы на 100% соответствует требованиям эксплуатации в зимних условиях.

Но как отмечают в ОНФ, проверка местного министерства не соответствует данным работников службы СМП Магаданской области. Кроме того, в ОНФ сообщили, что «служба скорой помощи в отдалённых посёлках может быть попросту ликвидирована. Это даёт руководству региона возможность не покупать новые укомплектованные машины», – отмечает пресс-служба ОНФ.

Фронт берёт под контроль сохранение службы скорой помощи в Магаданской области. Поводом для этого послужили тревожные сигналы в недавно созданный при ОНФ Центр мониторинга качества и доступности медицинской помощи: местные власти вместо того, чтобы наладить работу службы «03», обсуждают возможность её ликвидации. Координатор центра, депутат Госдумы РФ и заслуженный врач России Николай Говорин намерен обратиться к губернатору области Владимиру Печёному с целью

ОНФ. Эта же проблема коснётся и других посёлков, расположенных по федеральной автомобильной дороге Р504 «Колыма», находящихся более чем в 300 км от центра области. Если на этой трассе произойдёт ДТП, то теперь пострадавшим необходимо будет ожидать медицинскую помощь 4-5 часов.

«Система поражена коррупцией»

Эксперт регионального отделения ОНФ в Оренбургской области Дмитрий Болдырев считает, что система здравоохранения поражена коррупцией. «В медицине коррупция больше всего распространена на уровне сотрудников, которые связаны с материально-техническими ценностями и бланками строгой отчётности», – отметил он.

По словам эксперта, самые распространённые виды взяток в здравоохранении – за получение больничного листа или его продление; признание негодности к военной службе; справки, необходимые для управления транспортным средством; подтверждение или сокрытие медицинских фактов; «нужный» рецепт. Он подчеркнул, что в Центральной России также получила распространение коррупция при продвижении через врачей определённых фармакологических брендов и при закупке оборудования.

«В Оренбургской области мы часто сталкиваемся с тем, что больница закупает медицинское оборудование, аналог которого можно приобрести гораздо дешевле. И если отследить закупки предыдущих лет, то проявляется устойчивая связь с определённым производителем. Многие медицинские учреждения еже-

создан специализированный ресурс, на котором размещалась бы вся информация об их исполнении, констатирует Центр ОНФ по независимому мониторингу исполнения указов президента «Народная экспертиза». В ОНФ отмечают, что отсутствие такого ресурса тормозит развитие гражданского общества и снижает эффективность общественного контроля за работой исполнительной власти всех уровней.

Напомним, что Президент РФ впервые поручил создать форму публичной отчётности в своём поручении № 1294, согласно которому до 1 августа 2013 г. кабмин должен был разработать такую форму. Необходимо было также предусмотреть её практическое применение и размещение информации на официальном специализированном сайте, а также регулярное обновление не реже одного раза в месяц. Ответственными за выполнение поручения были назначены Минэкономразвития и Минкомсвязи России.

По данным ОНФ, срок исполнения поручения трижды переносился, поскольку разработанные формы публичной отчётности не были утверждены. В связи с этим на комиссии по мониторингу достижения целевых показателей социально-экономического развития РФ сопредседатель Центрального штаба ОНФ Александр Бречалов заявил об отсутствии публичной отчётности. Он упомянул о сложности получения объективных данных о работе правительства.

По итогам заседания комиссии кабмину было дано дополнительное поручение об утверждении порядка обязательного размещения и регулярного обновления публичной отчётности органов исполнительной власти субъектов страны, отражающей конкретные мероприятия, планируемые к реализации, целевые и фактические показатели эффективности, объёмы планового и фактического финансирования. Срок его выполнения – до 1 сентября 2015 г. Однако история с прошлым поручением повторилась: типовой формы публичной отчётности создано не было и размещение её на отдельном сайте так и не организовано.

«В майских указах содержится свыше 40 целевых показателей, большая часть которых касается социальной сферы: уровень оплаты труда бюджетников, снижение

оценить работу местных властей и сравнить результаты в своём городе с показателями соседей», – отметил руководитель Центра ОНФ «Народная экспертиза» Николай Николаев.

Он добавил, что сегодня общественный контроль за реализацией всех этих программ не представляется возможным из-за отсутствия единой публичной отчётности, что, по его мнению, не даёт возможности составить общую картину о нынешнем состоянии дел, а также целостное представление о результативности работы исполнительной власти. Таким образом, снижаются качество и эффективность государственных программ, уверен Н.Николаев.

Напомним, что ранее ОНФ подвёл промежуточные итоги мониторинга исполнения указов Президента РФ. С начала года и по состоянию на 4 октября в Народный фронт поступило 188 докладов об исполнении поручений, из которых эксперты признали качественно выполненными лишь 8. Центры мониторинга и рабочие группы ОНФ по итогам анализа докладов правительства об исполнении поручений обратили внимание на необходимость доработки 152 пунктов.

Вместе с тем в ОНФ и в «Опоре России» заявили, что, по их оценкам, примерно 80% всех поручений правительству, связанных с майскими указами, не выполнены.

Своё исследование за прошлый год предоставила и Счётная палата РФ. Её аудиторы отметили, что регионам с каждым годом достаётся всё меньше средств от федеральных властей на выполнение майских указов. Из 62 целевых показателей на 2014 г. оказались не выполнены 18, или почти треть. Среди них – указы в сфере снижения смертности населения от ДТП, об обеспечении дошкольного образования и др. Счётной палатой были отмечены и отклонения от целевых показателей средних зарплат определённых профессий.

Такая вот печальная картина. Остаётся надеяться, что подключение к контролю над ней мощных сил ОНФ хоть как-то поправит дело. Ведь результаты перемен в здравоохранении каждый россиянин чувствует на себе.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Ориентуры

От сердца к сердцу

25 лет находится на передовой сражения за здоровье маленьких россиян кардиохирургическое отделение ДГБ № 1 Санкт-Петербурга

Ещё четверть века назад в нашей огромной стране было всего одно лечебное отделение, где лечили пороки сердца у детей, – несколько коек в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева в Москве. 25 лет спустя в детской городской больнице №1 Санкт-Петербурга выполняются кардиохирургические операции самого высокого качества на международном уровне. За эти годы многое произошло: сюда пришли новые технологии, новые знания, и конечно, в коллектив вошли новые люди. История о том, как всё начиналось в 1990 г., и уникальных высококлассных специалистах ДГБ №1 – в материале нашего корреспондента.

В 1987 г. в детскую городскую больницу №1 пришли работать трое молодых врачей-кардиохирургов – Виктор Довгань, Николай Киселёв и Дмитрий Певный. Их взяли на работу, но трудиться пришлось не по специальности – не было кардиохирургического отделения, даже аппарат искусственного кровообращения удалось приобрести не сразу. В основном приходилось заниматься общей детской хирургией – переломы, ожоги, грыжи... Операции на сердце были единичными и не всегда успешными.



Главный врач ДГБ № 1 Санкт-Петербурга, профессор, заслуженный врач РФ Анатолий Каган



Главный кардиолог отделения кардиохирургии Андрей Цытко осматривает 5-летнего Женю, готовящегося к операции

В 1988 г. в Ленинград на кинофестиваль приехала американская делегация. Среди них оказалась продюсер Джоанн МакГоуэн. Именно с ней поделилась своей бедой переводчица Елена Сенотова, работавшая на фестивале: дочь Маша тяжело больна, умирает, у неё врождённый порок сердца. И Джоанн, вернувшись в США, организовала для девочки операцию в детской больнице Окленда, у доктора Найлса Янга. Маша вернулась в СССР здоровой, об этом написали в прессе – и в Окленд начали приходить сотни писем от родителей, для которых подобная операция (кстати, на тот момент на Западе вполне рутинная) была единственной надеждой на спасение жизни их детей.

Решение пришло быстро: чем везти сотни малышей туда, надо помочь организовать кардиохирургическое

отделение здесь. И сюда, в ДГБ №1, приехала целая команда американских специалистов: кардиохирургов, реаниматологов, сестёр... Они привезли с собой оборудование и даже расходные материалы. Работали бок о бок с российскими коллегами, за одним операционным столом. Проект получил название «От сердца к сердцу». В течение следующих лет американцы приезжали ещё несколько раз. А наши врачи учились – тому, как надо проводить диагностику, какие нужны операции, как выхаживать детей в послеоперационном периоде. А самое главное – менялось представление о профессиональных стандартах.

Заведующий кардиохирургическим отделением ДГБ №1 Рубен Мовсесян рассказывает: «Дети умирали. У них не было возможности получить вообще никакой кардиохирургической помощи.

Это стало возможным только благодаря сотрудничеству с зарубежными коллегами. Вся команда российских хирургов, которые обучались здесь, работали потом более 15 лет на уровне самых современных стандартов. Такой огромный потенциал был заложен изначально при создании этого отделения».

Из недавних операций, которыми по праву можно гордиться: оперативное вмешательство у 460-граммового ребёнка с пороком сердца, или, например, проведённая совместно с немецкими коллегами пересадка клапанов лёгочной артерии двум маленьким пациентам без вскрытия грудной клетки. Операции уникальные, и проводятся достаточно редко. Особенно важно, что они уменьшают инвалидизацию, снижают сроки пребывания на койке и уменьшают послеоперационные осложнения.

Из 10 тыс. детей, прооперированных за эти 25 лет, больше половины операций – 6 тыс. – было сделано при искусственном кровообращении. Неудивительно, что с 2013 г. ДГБ №1 является ведущим учреждением в России по количеству операций такого типа у новорождённых детей. Здесь также впервые удалось подключить к аппарату искусственного кровообращения ребёнка весом 1 кг 380 гр.

Но важно лечить не столько болезнь, сколько пациента, считает главный врач профессор Анатолий Каган. Заведующий кафедрой детской хирургии Санкт-Петербургского ГМУ им. И.И. Павлова, в своё время он был вице-губернатором Санкт-Петербурга, а также возглавлял городскую Комитет по здравоохранению. Огромный опыт в организации здравоохранения, отличное знание своей области... В ДГБ № 1 он работает (с небольшим перерывом) с 1977 г. – уже более 30 лет.

И, верный своему призванию, продолжает создавать и улучшать уникальный

многопрофильный детский стационар. На сегодняшний день это единственная детская больница в Северо-Западном регионе, которая занимается лечением всех пороков развития, не только кардиохирургических. Это и нейрохирургия, и общая хирургия, офтальмология, пульмонология и др. Работают специалисты всех направлений – более 50 операций в год проводится смешанными бригадами.

в структуре многопрофильного стационара, и многого достигли. Годовое количество посетителей составляет 60 тыс. человек. И это не считая диагностического центра.

О востребованности учреждения говорит и динамика развития. За последние полтора года здесь открылось 90 коек реанимации. Это почти 1/6 коечного фонда, и она занята тяжело больными и теми, кто нуждается

в лектив единомышленников. В больнице 2 тыс. человек персонала. 70% из них – это молодые доктора от 25 до 40 лет. Полное отсутствие текучки кадров – есть врачи и сёстры, которые работают здесь более 25 лет, – также о многом говорит.

Но попасть на работу сюда непросто. Требуется высочайший профессиональный уровень, знание современных технологий и методов, определённый склад харак-



Одно из мгновений кардиохирургии

Структура больницы отражает её задачи – здесь есть отделения всех направлений. Одновременно можно развернуть 9 операционных. Есть даже вертолётная площадка. На базе больницы созданы такие центры, как ожоговый, куда везут детей со всей страны – здесь могут выхаживать ожоги до 90%

в высокотехнологичных вмешательствах.

Кроме существенной поддержки на городском уровне – ДГБ закрывает 100% потребностей Санкт-Петербурга, хорошо знают больницу и в федеральном министерстве. В июне этого года ДГБ №1 получила федеральные квоты на лече-

тера и, конечно, владение иностранным языком. Ведь международное сотрудничество – с американскими, немецкими, финскими, израильскими коллегами – одно из ключевых направлений, благодаря которому здесь могут поддерживать высокие стандарты и осведомлённость о том, что происходит в современном медицинском мире.

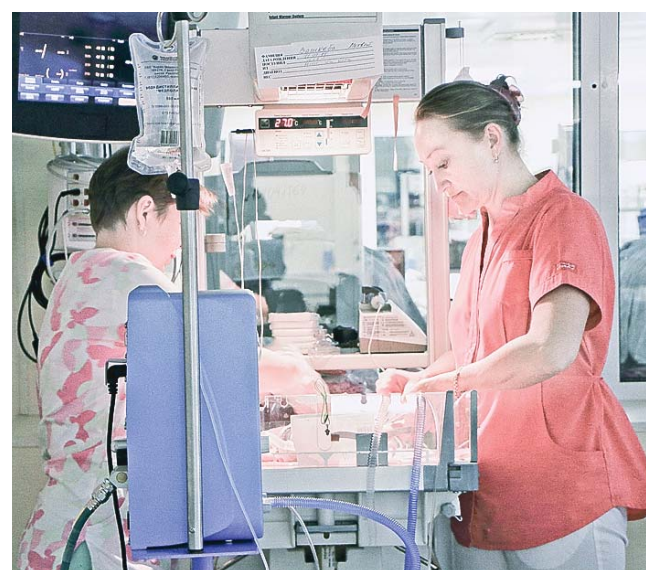
«Я верю не в то, что слышу, а в то, что вижу. Поэтому врач в первую очередь должен быть аккуратным, – делится своими мыслями главный врач. – Во-вторых, он должен быть обаятелен. Для меня очень важен климат в коллективе. Общительные люди, как правило, не создают проблем для окружающих. Они должны быть, конечно, достаточно развитыми в плане своих профессиональных навыков и, к сожалению, сегодня мы как никто чувствуем именно этот пробел. И ещё важно чувство профессии, чувство локтя, которое мы очень ценим».

В чём заключается настоящий профессионализм? В уважении к истории? В поддержке коллег? А может быть, в том, что каждый день врачи детской больницы №1 берут всё более и более сложные случаи, делают всё более и более сложные операции и никогда не перестают учиться.

Анна КАБИКОВА,
спец. корр. «МГ»

Санкт-Петербург.

Фото автора.



Отделение реанимации новорождённых

площади тела. Здесь же базируется известный на Северо-Западе онкогематологический центр, гемодиализный центр – единственный в Санкт-Петербурге и области. Не забыта и травматология, и конечно, центр по лечению пороков новорождённых. Одними из первых в ДГБ №1 пошли по пути создания поликлинического отделения

ние, уже проведены первые операции.

Всё, что здесь делают, интересно и очень привлекательно для университетов и колледжей, работающих на этой территории. Все ведущие вузы Санкт-Петербурга имеют здесь свои клинические базы.

Но самое главное – за эти годы здесь сложился кол-

Итоги

Отчёт о деятельности системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2014 г.

I. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В 2014 г. в системе обязательного медицинского страхования осуществляли деятельность Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд), 84 территориальных фонда обязательного медицинского страхования, включая Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконура (схема 1).

По данным единого регистра застрахованных лиц, численность лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию по состоянию на 1 апреля 2013 г., составила 143,5 млн чел., из них: работающих – 57 млн чел. (39,7% от общей численности застрахованных), неработающих – 86,5 млн чел. (60,3%). Из общей численности застрахованных, численность лиц в трудоспособном возрасте составила 85,2 млн чел. (59,4%), моложе трудоспособного возраста – 24,6 млн чел. (17,1%), старше трудоспособного возраста – 33,7 млн чел. (23,5%).

В отчётном периоде деятельность по обязательному медицинскому страхованию осуществляли 63 страховые медицинские организации и 215 их филиалов. В последние годы отмечается тенденция к сокращению количества страховых медицинских организаций и их укрупнению.

Страховые медицинские организации осуществляли обязательное медицинское страхование в 83 субъектах РФ и городе Байконуре. Крупнейшими из страховых медицинских организаций являются группа компаний «Росгосстрах» (ООО «Росгосстрах-Медицина» и ЗАО «Капитал Медицинское страхование»), ЗАО «МАКС-М», ОАО «РОСНО-МС», ОАО «СК СОГАЗ-Мед».

В 2014 г. медицинскую помощь по территориальным программам обязательного медицинского страхования оказывали 8460 медицинских организаций, из них 5751 – государственной системы здравоохранения (68,0% от общего числа медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования), в том числе – 621 подведомственных федеральным органам исполнительной власти, 5130 – исполнительным органам государственной власти субъектов РФ, а также 1025 – муниципальной системы здравоохранения (12,1%) и 1684 – частной системы здравоохранения (19,9%).

В соответствии с законодательством для целей обязательного медицинского страхования в территориальных органах Пенсионного фонда Российской Федерации зарегистрировано 9,6 млн страхователей для работающих граждан (из них: 5,3 млн (55,2%) – юридические лица и 4,3 млн (44,8%) – индивидуальные предприниматели), в территориальных фондах обязательного медицинского страхования – 88 страхователей для неработающих граждан (из них: 84 – органы исполнительной власти субъектов РФ, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов РФ, и 4 – иные организации, установленные постановлением Правительства РФ от 20 июля 2011 г. № 593 и поставленные на учёт в соответствии с частью 7 статьи 17 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

В целях реализации Федерального конституционного закона от 21.03.2014 № 6-ФКЗ «О принятии в Российскую Федерацию Республики Крым и образовании в составе Российской Федерации новых субъектов – Республики Крым и города федерального значения Севастополя» в 2014 г. проводились организационно-методические мероприятия по формированию системы обязательного медицинского страхования в указанных регионах, в том числе созданию территориальных фондов обязательного медицинского страхования, выдаче страховых полисов гражданам Российской Федерации, обеспечению ведения персонифицированного учёта



Схема 1

1. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения.
2. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения.
3. Платежи субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования, на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.
4. Предоставление субвенций на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.
5. Предоставление страховой медицинской организации средств в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.
6. Оплата медицинской помощи по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; осуществление контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включённых в реестр медицинских организаций.
7. Выдача полисов обязательного медицинского страхования на основании заявления застрахованного лица о выборе (замене) страховой медицинской организации.
8. Обращения за бесплатным оказанием медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования при наступлении страхового случая.

медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования.

В 2014 г. территориальными фондами обязательного медицинского страхования соответствующих субъектов РФ зарегистрированы 2 страхователя для неработающих граждан – Министерство здравоохранения Республики Крым и Главное управление здравоохранения Севастополя. Численность застрахованных лиц увеличилась на 2,3 млн чел. (Республика Крым и город Севастополь), из них неработающего населения – 1,3 млн чел.

II. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В 2014 г. деятельность Федерального фонда осуществлялась в соответствии с его уставными функциями и полномочиями, предусмотренными Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также положениями Федерального закона от 2 декабря 2013 г. № 321-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 г. на плановый период 2015 и 2016 гг.»

Доходы бюджета Федерального фонда на 2014 г. утверждены в сумме 1 240 116,1 млн руб., расходы – 1 240 116,1 млн руб., в том числе межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации – 19 030 000,0 млн руб. Бюджет Федерального фонда за 2014 г. исполнен по доходам в сумме 1 250 545,1 млн руб. (100,84% утверждённого объёма).

Доходы Федерального фонда в 2014 г. сформированы за счёт:

– страховых взносов на обязательное медицинское страхование, зачисляемых в бюджет Федерального фонда, в общей сум-

ме 1 218 440 563,2 тыс. руб. (97,4% в общем объёме доходов Федерального фонда), в том числе: – работающего населения в сумме 740 156 882,6 тыс. руб. (59,2% в общем объёме доходов Федерального фонда);

– неработающего населения, зачисляемых в бюджет Федерального фонда, в сумме 478 283 680,6 тыс. руб. (38,2% в общем объёме доходов Федерального фонда);

– межбюджетных трансфертов из федерального бюджета в сумме 28 550 000,0 тыс. руб. (2,3% в общем объёме доходов бюджета Федерального фонда).

Обеспечение финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования – одно из основных направлений деятельности Федерального фонда – предусматривает, прежде всего, достижение сбалансированности территориальных программ обязательного медицинского страхования за счёт субвенций, направляемых на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на территории всех субъектов Российской Федерации.

На данные цели в 2014 г. из бюджета Федерального фонда в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования направлено 1 173 927,9 млн руб.

На изготовление и доставку полисов обязательного медицинского страхования единого образца из бюджета Федерального фонда направлено 2737,3 млн руб. В 2014 г. было изготовлено и доставлено в территориальные фонды обязательного медицинского страхования более 34 млн штук полисов.

Кассовые расходы на предоставление федерального бюджета иных межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение оказания федеральными государственными учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному медико-биологи-

ческому агентству, Федеральному агентству научных организаций, Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации и Управлению делами Президента Российской Федерации, медицинской помощи, включённой в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу обязательного медицинского страхования, составили 24 409,5 млн руб. (99,96% от утверждённых уточнённой сводной росписью). Кассовые расходы на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе составили 74,6 млн руб.

В 2014 г. продолжилось осуществление единовременных компенсационных выплат сельским врачам. На данные цели из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования направлены иные межбюджетные трансферты в размере 1664,5 млн руб., что позволило привлечь на работу в сельские населённые пункты и рабочие посёлки 3321 медицинского работника.

На оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродового периода, а также диспансерного наблюдения ребёнка в течение первого года жизни в Фонд социального страхования Российской Федерации в 2014 г. перечислены средства бюджета Федерального фонда в размере 17 981,8 млн руб. (94,5% утверждённого объёма).

В соответствии со статьёй 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «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. На указанные цели уточнённой сводной росписью были предусмотрены бюджетные ассигнования в размере 52 655,7 млн руб. Кассовые расходы бюджета Федерального фонда на указанные цели составили 47 174,4 млн руб., или 89,6% от объёма, предусмотренного уточнённой сводной росписью.

В рамках мероприятий по организации защиты прав и законных интересов застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования Федеральным фондом рассмотрено 1066 письменных обращений граждан из 69 субъектов РФ, а также 2 обращения из Республики Беларусь, из них 518 обращений по вопросам организации обязательного медицинского страхования.

В 2014 г. Федеральным фондом проведено 122 проверки в 39 субъектах РФ. Информация о результатах проверок, выявленных нарушениях и недостатках во всех случаях направлялась в адрес высших исполнительных органов государственной власти субъектов РФ или в Министерство здравоохранения РФ, подведомственным ему федеральным органам исполнительной власти и Федеральному агентству научных организаций (66 писем), в том числе в правоохранительные органы направлена информация о результатах 12 проверок.

Информатизация в сфере обязательного медицинского страхования в 2014 г. осуществлялась в соответствии с Концепцией информатизации системы обязательного медицинского страхования на период 2011–2015 гг.

Основными направлениями деятельности Федерального фонда по информатизации являлись:

- построение единого информационного пространства системы обязательного медицинского страхования, интегрированного в единое информационное пространство системы здравоохранения в целом;
- нормативно-методологическое обеспе-

чение вопросов информатизации системы обязательного медицинского страхования;

- создание и развитие прикладных информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования;
- обеспечение информационной безопасности и защиты информации.

Законами субъектов РФ о бюджетах территориальных фондов обязательного медицинского страхования на 2014 г. прогнозируемый общий объем доходов установлен в сумме 1 240 116,1 млн руб., фактическое исполнение составило 1 250 545, 1 млн руб. или 100,8% плана.

Межбюджетные трансферты из бюджетов субъектов РФ, передаваемые территориальным фондам обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в части базовой программы ОМС, составили 132 144,6 млн руб.; на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС – 14 805,2 млн руб.

Расходы территориальных фондов обязательного медицинского страхования за 2014 г. составили 1 455 216,3 млн руб. При этом расходы на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования составили 1 394 080,0 млн руб. (95,8%), в том числе на содержание аппаратов органов управления государственных внебюджетных фондов 11 534,5 млн руб. (0,8%).

Организация подготовки и дополнительно профессионального образования кадров для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в 2014 г. проводилась в соответствии с Планом повышения квалификации специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования на 2014 г. Подготовку и дополнительное профессиональное образование кадров для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования осуществляли 11 образовательных учреждений, которыми было организовано 34 учебных мероприятия.

В 2014 г. подготовлено 1197 специалистов для сферы обязательного медицинского страхования, в том числе: 947 работников территориальных фондов обязательного медицинского страхования, 250 работников медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

III. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

В 2014 г. деятельность в сфере обязательного медицинского страхования осуществляли 63 страховые медицинские организации и 215 их филиалов в 83 субъектах РФ и в городе Байконуре (диаграмма 1). С 1 апреля 2014 г. произошло объединение ООО МСК «АсСтра», ООО «СМО «Сибирь» и ООО «АльфаСтрахование-МС» под единым брендом ООО «АльфаСтрахование-ОМС».

Большинство застрахованных лиц (115,4 млн человек, или 79,9%) застраховано в 13 страховых медицинских организациях и их филиалах, крупнейшими из которых являются группа компаний «Росгосстрах» (ООО «Росгосстрах-Медицина» и ЗАО «Капитал Медицинское страхование»), ЗАО «МАКС-М», ОАО «РОСНО-МС», ОАО «СК «СОГАЗ-Мед» (таблица 1, диаграмма 2).

Численность застрахованных лиц в крупных страховых медицинских организациях

Название страховой медицинской организации	Численность застрахованных лиц, (млн человек)	Процент от общего числа застрахованных лиц	Количество субъектов Российской Федерации, в которых осуществляется деятельность по ОМС
Группа компаний «Росгосстрах» (ООО «Росгосстрах-Медицина», ЗАО «Капитал Медицинское страхование»)	21,1	14,6	40
ЗАО «МАКС-М»	19,2	13,3	24
СМК ОАО «РОСНО-МС»	17,4	12,0	23
ОАО «СК СОГАЗ-Мед»	15,0	10,4	36
ООО «АльфаСтрахование ОМС»	10,8	7,5	9
ООО СК «Ингосстрах-М»	6,5	4,5	19
ООО МСК «РЕСО-МЕД»	6,2	4,3	12
ЗАО МСК ВТБ Медицинское страхование (ранее – ЗАО МСК «Солидарность для жизни»)	5,8	4,0	13
ООО СМК «АСТРАМЕД-МС»	3,6	2,5	3
ЗАО Страховая группа «Спасские ворота-М»	3,5	2,4	15
ООО СК «АК БАРС Мед»	3,2	2,2	1
ОАО МСК «УралСиб»	3,1	2,2	4

Диаграмма 2



В 2014 г. объем поступлений средств обязательного медицинского страхования в страховые медицинские организации из территориальных фондов обязательного медицинского страхования для оплаты медицинской помощи в соответствии с договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования составил 1 217 255,9 млн руб., что на 13% больше, чем в 2013 г. (таблица 2).

Объем средств нормированного страхового запаса, предоставленный территориальными фондами обязательного медицинского страхования при недостатке целевых средств для оплаты медицинской помощи, составил 63 496,5 млн руб. или 5,2% от суммы средств, перечисленных по дифференцированному подушевому нормативу на оплату медицинской помощи (в 2013 г. – 3,4% от суммы поступивших на оплату медицинской помощи средств).

Самый большой объем средств нормированного страхового запаса от суммы средств, поступивших для оплаты медицинской помощи, сложился в Саратовской области (42,0%), Ульяновской области (29,0%),

Диаграмма 1

Количество страховых медицинских организаций и их филиалов



в соответствии с договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. В 2014 г. средний показатель расходов на ведение дела по Российской Федерации составил 1,1% от суммы поступивших для оплаты медицинской помощи средств (в 2013 г. – 1,2%). Выше среднего российского уровня указанный показатель отмечен в 18 субъектах РФ и городе Байконуре. Самый большой процент расходов на ведение дела в Республике Саха (Якутия) 1,6%. В г. Москве, Новгородской, Ростовской областях и Красноярском крае – 1,5%.

В рамках договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию страховыми медицинскими организациями были наложены штрафы на медицинские организации в сумме 405,7 млн руб. (в 2013 г. – 304,7 млн).

Кроме того, в 2014 г. в страховые медицинские организации 37 субъектов РФ и города Байконур от территориальных фондов обязательного медицинского страхования поступили суммы средств, полученных в ре-

Таблица 2

Структура средств обязательного медицинского страхования, поступивших в страховые медицинские организации в 2013–2014 гг.

Наименование показателя	2013 г.		2014 г.	
	млн руб.	%	млн руб.	%
Поступило средств – всего	1 128 563,0	100,0	1 296 020,0	100,0
В том числе:				
на оплату медицинской помощи	1 077 455,0	95,472	1 217 255,9	93,923
на ведение дела	12 711,2	1,126	13 752,4	1,061
средства НСЗ территориальных фондов	36 996,3	3,278	63 496,5	4,899
штрафы, санкции, возмещение ущерба	316,9	0,028	419,8	0,033
В том числе:				
взысканные с медицинских организаций	304,7	0,027	405,7	0,031
средства, полученные в результате экономии годового объема средств ОМС	495,7	0,044	466,2	0,036
средства вознаграждения СМО за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении ОМС	157,4	0,014	108,1	0,008
средства на выплаты вознаграждений медицинским организациям за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи	239,3	0,021	388,3	0,030
прочие поступления	191,2	0,017	132,8	0,010

Псковской области (16,5%). Средства нормированного страхового запаса не направлялись в 2014 г. страховым медицинским организациям в 9 субъектах РФ – Карачаево-Черкесской Республике, Республике Тыва, Камчатском крае, Вологодской, Иркутской, Липецкой, Орловской, Тамбовской областях, Ненецком автономном округе и в городе Байконуре, а в 8 субъектах РФ (Республика Коми, Удмуртская, Чеченская, Чувашская республики, Приморский край, Амурская, Еврейская автономная область, Москва) отмечено сокращение объема указанных средств.

Объем средств, предназначенных на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, поступивших из территориальных фондов обязательного медицинского страхования в страховые медицинские организации, увеличился на 8,2%, что обусловлено увеличением суммы средств, поступивших для оплаты медицинской помощи

в результате экономии годового объема средств, в размере 466,2 млн руб. Также в страховые медицинские организации 18 субъектов РФ поступили средства вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, в размере 108,1 млн руб. Следует отметить тенденцию к снижению сумм указанных средств по сравнению с 2013 г. (495, 7 млн руб. и 157,4 млн соответственно).

При этом произошло увеличение суммы средств на выплаты вознаграждений медицинским организациям за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи на 62,3%: с 239,3 млн руб. в 2013 г. до 388,3 млн руб. в 2014 г. Основными направлениями расходов страховых медицинских организаций средств обязательного медицинского страхования в 2014 г., как и в предыдущие

(Продолжение на стр. 8-9.)

(Продолжение. Начало на стр. 8.)

годы, являлась оплата медицинской помощи (таблица 3).

В абсолютном выражении отмечен рост расходов на оплату медицинской помощи (на 166 427,4 млн руб.) и суммы собственных средств страховых медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования (на 1 893,3 млн руб.). Диапазон доли средств, направленных на оплату ме-

Итоги

Отчёт о деятельности системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2014 г.

Таблица 3

Структура расходования средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями в 2013–2014 гг.

Направление расходов	2013 г.		2014 г.	
	млн руб.	%	млн руб.	%
Израсходовано средств – всего	1 111 225,2	100,0	1 279 326,1	100,0
В том числе:				
на оплату медицинской помощи	1 094 147,0	98,5	1 260 574,4	98,5
на формирование собственных средств	16 065,4	1,4	17 958,7	1,4
прочие расходы	1 012,8	0,1	793,0	0,1
Справочно:				
возврат средств в территори- альные фонды ОМС	19 636,2	1,8	5 954,8	0,5

дицинской помощи, по отношению к сумме израсходованных страховыми медицинскими организациями средств составил от 99,1% в Ульяновской области до 96,0% в городе Байконур. В среднем по Российской Федерации доля средств, направленных на оплату медицинской помощи, составила 98,5%.

В соответствии с частью 4 статьи 28 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в 2014 г. страховые медицинские организации формировали собственные средства, источники которых представлены в таблице 4.

IV. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В 2014 г. в сфере обязательного медицин-ского страхования участвовали 8 460

Министерству обороны Российской Феде-рации (0,7%). Медицинские организации негосударственной формы собственности (частной системы здравоохранения) – 1684 составили 19,9% от общего числа медицин-ских организаций в сфере обязательного медицинского страхования.

В 2014 г. число медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского стра-хования, увеличилось на 235 организаций (2,9%). Продолжает увеличиваться число стоматологических (на 5,2%) и санаторно-ку-рортных (на 21,3%) организаций (таблица 5). В сравнении с 2013 г. количество медицин-ских организаций негосударственной формы собственности увеличилось на 40,7% .

В медицинские организации, оказываю-щие медицинскую помощь по территори-альным программам обязательного меди-цинского страхования, в 2014 г. поступило на 173 947,4 млн руб. (15,2%) больше, чем в 2013 г., в том числе: из территориальных фондов обязательного медицинского страхо-вания – больше на 7 446,6 млн руб. (14,6%); из страховых медицинских организаций – больше на 166 635,5 млн руб. (15,2%).

В 2014 г. в ведомственные медицинские организации поступило 41,9 млрд руб., что составило 3,2% от всех средств обязатель-ного медицинского страхования, направлен-ных в медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования, в медицинские организации негосудар-ственной формы собственности – 50,4 млрд руб. (3,8%).

Израсходовано медицинскими организа-циями в 2014 г. больше на 161 209,3 млн руб. (14,2%), чем в 2013 г.

В целом по Российской Федерации по ви-дам затрат преобладали расходы на оплату труда с начислениями (70,3%). Расходы на продукты питания составили 1,8%, мягкий инвентарь – 0,2%, прочие статьи – 17,9% (таблица 6).

Наибольшая доля расходов на оплату тру-да отмечалась в Ямало-Ненецком автоном-ном округе (61,6%), Республике Северная Осетия – Алания (60,1%), Кабардино-Бал-карской Республике (59,8%), наименьшая – в г. Байконуре (45,9%), Чеченской Республи-ке (47,0%), Ставропольском крае (47,6%).

В структуре расходов средств обязатель-ного медицинского страхования в 2014 г. произошло увеличение удельного веса расходов на заработную плату с начисле-ниями (на 0,7%). Сократились расходы на медикаменты (на 0,4%), продукты питания (на 0,3%) Доля расходов на приобретение мягкого инвентаря и иные расходы осталась на прежнем уровне.

V. РЕАЛИЗАЦИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Во исполнение постановления Прави-тельства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. № 932 «О Программе госу-дарственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг.» (далее – Программа) органами госуда-рственной власти 83 субъектов Российской Федерации и города Байконура разработаны и утверждены территориальные программы государственных гарантий бесплатного ока-

Таблица 6

Структура расходов средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями в 2013–2014 гг. (%)

Направление расходов	2013 г.	2014 г.
Израсходовано – всего	100	100
В том числе:		
на оплату труда	53,9	54,5
начисления на зарплату	15,7	15,8
приобретение медикаментов	10,2	9,8
продукты питания	2,1	1,8
приобретение мягкого инвентаря	0,2	0,2
иные расходы	17,9	17,9

Формирование страховыми медицинскими организациями собственных средств (тыс. руб.)

Наименование показателя	2013 г.		2014 г.	
	Величина показателя	доля (в %) по отношению к сумме средств, направлен-ных на оплату медицинской помощи	Величина показателя	доля (в %) по отношению к сумме средств, направлен-ных на оплату медицинской помощи
1	2	3	4	5
Направлено на формирование собственных средств в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе:	16 065 407,9	1,47	17 958 673,5	1,42
Средства на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию	12 707 593,2	1,16	13 761 372,0	1,09
Средства, необоснованно предъявленные к оплате меди-цинскими организациями, выявленные при проведении медико-экономической экспертизы	1 488 190,0	0,14	2 108 213,9	0,17
Средства, необоснованно предъявленные к оплате меди-цинскими организациями, выявленные при проведении экспертизы качества медицинской помощи	1 058 596,5	0,10	1 281 523,0	0,10
Средства поступивших в результате уплаты медицинскими организациями штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежа-щего качества	156 164,7	0,01	224 696,4	0,02
Средства, образовавшиеся в результате экономии годового объема средств ОМС	495 662,8	0,045	466 187,2	0,04
Средства, являющиеся вознаграждением за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обе-спечении обязательного медицинского страхования	157 360,7	0,01	108 083,7	0,01
Средства, поступившие от юридических и физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи	39,8	0,000004	49,8	0,000004
Прочие источники	1 800,2	0,0002	8 547,5	0,0007

Таблица 5

Динамика числа самостоятельных медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования в 2013–2014 гг.

Наименование показателя	Количество организаций		%
	2013 г.	2014 г.	
Больницы (кроме участковых и специализированных больниц)	3 433	3 340	-2,7
Участковые больницы	118	90	-23,7
Специализированные больницы	172	160	-7,0
Родильные дома	143	136	-4,9
Госпитали	89	96	7,9
Медико-санитарные части	228	217	-4,8
Диспансеры	292	289	-1,0
Клиники	97	113	16,5
Амбулатории	80	62	-22,5
Поликлиники	1 551	1 599	3,1
Стоматологические поликлиники	1 056	1 111	5,2
Женские консультации	24	23	-4,2
Центры	557	755	35,5
Станции скорой медицинской помощи	226	232	2,6
Санаторно-курортные организации	75	91	21,3
Иные медицинские организации	84	146	73,8
Всего	8 225	8 460	2,9

зания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг. (далее – территориальные программы государственных гарантий), включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Особенности реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2014 г.

Программа установила перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществлялось бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществлялось бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы её оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

В рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования осуществлялось финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также медицинской реабилитации, проводимой в медицинских организациях.

Впервые программой предусматривалось включение высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) в базовую программу обязательного медицинского страхования. Установлен перечень видов ВМП, оплачиваемой за счёт средств обязательного медицинского страхования, по 21 профилю оказания медицинской помощи.

Кроме того, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и средний подушевой норматив финансового обеспечения медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования в 2014 г. включали расходы на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сёстрами участковыми, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, медицинскими сёстрами врачей общей практики (семейных врачей); денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сёстрам скорой медицинской помощи.

В 2014 г. структура тарифа на оплату медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования включала все статьи расходов, за исключением расходов государственных и муниципальных медицинских организаций, связанных с капитальным ремонтом, разработкой проектно-сметной документации для его проведения и приобретением оборудования стоимостью свыше 100 тыс. руб. за единицу.

Финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования

Утверждённая стоимость территориальных программ обязательного медицинского страхования на 2014 г. составила 1 372 774,5 млн руб. Фактическая стоимость территориальных программ обязательного медицинского страхования сложилась в размере 1 326 792,2 млн руб., что составляет 96,6% от утверждённой стоимости.

Согласно Программе средний подушевой норматив финансирования за счёт средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счёт субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2014 г. установлен в размере 6 962,5 руб. на одно застрахованное лицо. При этом для субъектов РФ установлены единые нормативы подушевого финансирования на одного застрахованного, которые корректируются с учётом коэффициента дифференциации. В среднем по Российской Федерации фактический подушевой норматив составил 7866,6 руб., что на 13,0% превышает установленный Программой, в сопоставимых показателях – на 5,7% выше установленного Программой с учётом скорой медицинской помощи.

С 2013 г. размер субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, рассчитывается в соответствии с единой для всех субъектов Российской Федерации Методикой распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов РФ полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, утверждённой постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462.

В соответствии с указанной методикой объём субвенций, предоставляемых бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, определяется исходя из численности застрахованных лиц, норматива финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования, установленного в Программе, и коэффициента дифференциации, рассчитываемого для каждого субъекта РФ в целях учёта региональных особенностей субъектов РФ.

Субвенции Федерального фонда, размер которых составил 1 173 927,9 млн руб. (85,5% от утверждённой стоимости территориальных программ обязательного медицинского страхования – 1 372 774,5 млн руб.), являлись основным источником финансового обеспечения выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2014 г.

В среднем по Российской Федерации в 2014 г. размер финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования на 1 застрахованное лицо за счёт субвенций, передаваемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, составил 8180,4 руб., что на 963,9 руб. (13,4%) больше, чем в 2013 г. (7 216,5 руб.).

Кроме того, источниками финансового обеспечения выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2014 г. явились платежи субъектов РФ в сумме 146 949,8 млн руб., передаваемые территориальным фондам обязательного медицинского страхования на:

- дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования, а также финансовое обеспечение;
- дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования;
- скорой помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи в соответствии с нормативами, установленными базовой программой обязательного медицинского страхования).

В структуре расходов медицинских организаций на оплату медицинской помощи расходы на оплату труда с начислениями составили 70,3%, при этом расходы на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инвентарий составляют 9,8% от общих расходов.

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи

В 2014 г. расходы на скорую медицинскую помощь составили 96 376,0 млн руб.

Средняя стоимость 1 вызова (без учёта влияния коэффициентов дифференциации) составила 1987,4 руб. (131,8% от установленного Программой норматива – 1507,4 руб.). Финансовое обеспечение 1 вызова скорой медицинской помощи сложилось выше установленного Программой норматива в 58 субъектах РФ, в том числе в Ямало-Ненецком автономном округе (265,6% от установленного Программой), г. Москве (222,4%) и в г. Санкт-Петербурге (209,2%).

При этом фактическая стоимость 1 вызова не достигла утверждённого территориального норматива в 26 субъектах РФ: неисполнение составило от 33,3% в Республике Тыва до 0,3% в Республике Ингушетия.

Фактическая стоимость 1 вызова скорой медицинской помощи в среднем по Российской Федерации не достигла утверждённого федерального показателя на 3,6%. В 55 субъектах РФ фактическая стоимость сложилась ниже утверждённой. Наименьшее исполнение утверждённой стоимости отмечено в Республике Саха (Якутия) (61,2%), Республике Дагестан (70,3%), Республике Мордовия (82,2%). Наибольшее превышение фактического показателя над утверждённым

территориальным нормативом отмечено в Алтайском крае (131,8%), Забайкальском крае (117,8%), а также в Приморском крае (114,3%).

Финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях

В целом расходы на медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования составили 489 377,3 млн руб., что выше показателя 2013 г. (422 409,8 млн руб.) на 15,8%, в том числе: расходы на медицинскую помощь с профилактической целью – 188 049,3 млн руб. (38,4% расходов на медицинскую помощь в амбулаторных условиях), в неотложной форме – 15 990,2 млн руб. (3,3%), в связи с заболеваниями – 285 337,8 млн руб. (58,3%).

Средняя стоимость 1 посещения с профилактической целью (без учёта влияния коэффициентов дифференциации) составила 354,7 руб. (111,4% от установленного Программой норматива – 318,4 руб.).

В 56 субъектах РФ стоимость посещения с профилактической целью (без учёта коэффициентов дифференциации) соответствовала или превышала установленный Программой норматив, в том числе в 12 регионах указанное превышение составило более 30%.

Наибольшая фактическая стоимость 1 посещения с профилактической целью (без учёта коэффициентов дифференциации) отмечена в Ямало-Ненецком автономном округе – 654,7 руб. (на 105,6% выше установленного Программой норматива), в Ханты-Мансийском автономном округе – 612,7 руб. (на 92,4%), в Ненецком автономном округе – 525,5 руб. (на 65,1%), наименьшая – в Республике Алтай – 192,7 руб. (60,5%), в Республике Тыва – 225,8 руб. (70,9%) и в г. Байконуре – 239,7 руб. (75,3%).

Средняя стоимость 1 посещения в неотложной форме (без учёта влияния коэффициентов дифференциации) составила 423,0 руб. (103,8% от установленного Программой норматива – 407,6 руб.).

В 52 субъектах РФ фактическая стоимость указанной единицы объема медицинской помощи сложилась ниже установленного Программой норматива. Наименьшая стоимость 1 посещения в неотложной форме отмечена в Тюменской области – 230,3 руб. (56,5% от установленного Программой норматива), Чувашской Республике – 234,4 руб. (57,5%) и в Республике Мордовия – 269,1 руб. (66,0%), наибольшая – в Москве – 962,3 руб. (236,1%), Ханты-Мансийском автономном округе – 771,1 руб. (189,2%) и в Забайкальском крае – 680,7 руб. (167,0%).

Средняя стоимость 1 обращения в связи с заболеванием (без учёта влияния коэффициентов дифференциации) составила 910,5 руб. (97,6% от установленного Программой норматива – 932,8 руб.).

В 62 субъектах РФ фактическая стоимость указанной единицы объема медицинской помощи сложилась ниже установленного Программой норматива. Наименьшая стоимость 1 обращения в связи с заболеванием отмечена в Республике Дагестан – 647,0 руб. (69,4% от установленного Программой норматива), Забайкальском крае – 651,9 руб. (69,9%) и в Кабардино-Балкарской Республике – 666,0 руб. (71,4%), наибольшая – в Ямало-Ненецком автономном округе – 1585,1 руб. (169,9%), Ненецком автономном округе – 1253,4 руб. (134,4%) и в Магаданской области – 1178,0 руб. (126,3%).

Финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях

Расходы на медицинскую помощь в стационарных условиях сложились на уровне 649 769,6 млн руб., что выше показателя 2013 г. (591 473,6 млн руб.) на 9,9%. Средняя стоимость 1 случая госпитализации (без учёта влияния коэффициентов дифференциации) составила 20 526,9 руб. (107,0% от установленного Программой норматива – 19 186,2 руб.). Фактическая стоимость 1 случая госпитализации (без учёта коэффициентов дифференциации) сложилась ниже установленного Программой норматива в 32 субъектах РФ, в том числе в Республике Алтай – 15 174,8 руб. (79,1% от установленного норматива), в Карачаево-Черкесской Республике – 15 779,6 руб. (82,2%), в Республике Марий Эл – 15 838,4 руб. (82,5%). Наиболее высокая стоимость 1 случая госпитализации отмечена в Чукотском автономном округе – 41 347,8 руб. (на 115,5% выше установленного Программой норматива), Ненецком автономном округе – 32 120,2 руб. (на 67,4%) и в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре 31 081,3 руб. (на 62,0%).

В среднем по Российской Федерации исполнение утверждённого показателя стоимости 1 случая госпитализации составило 101,9%. При этом фактическая стоимость

1 случая госпитализации не достигла утверждённых территориальных нормативов в 32 субъектах РФ. Наименьшая фактическая стоимость указанной единицы объема медицинской помощи сложилась в Республике Адыгея (79,6% от утверждённого территориального норматива), Республике Калмыкия (85,0%) и в Еврейской автономной области (86,5%), наибольшая – в Чукотском автономном округе (превышение утверждённого территориального норматива на 52,1%), г. Байконуре (на 27,7%) и в Республике Саха (Якутия) (на 22,3%).

В 2014 г. Федеральным фондом совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации, Международным банком реконструкции и развития, а также органами государственной власти субъектов РФ и территориальными фондами обязательного медицинского страхования были продолжены мероприятия по совершенствованию системы оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, направленные на отработку единых принципов и механизмов финансирования стационаров за счёт средств обязательного медицинского страхования на основе клинко-статистических групп (КСГ). Указанные мероприятия обрабатывались в 8 субъектах РФ: Краснодарском, Ставропольском и Хабаровском краях, Республике Татарстан, Московской, Кемеровской и Свердловской областях, а также в Санкт-Петербурге.

На 2014 г. «Рекомендациями по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ) за счёт средств системы обязательного медицинского страхования», направленными информационным письмом Министерства здравоохранения РФ от 11 ноября 2013 г. № 66-0/10/2-8405, определена федеральная модель КСГ, включающая 201 группу заболеваний с соответствующими коэффициентами относительной затратоемкости. Кроме того, предусмотрено применение поправочных коэффициентов (управленческого коэффициента, коэффициента уровня оказания медицинской помощи и коэффициента сложности курации пациента), устанавливаемых на федеральном уровне с целью адаптации федеральной модели. Модель оплаты медицинской помощи, указанной в стационарных условиях, по КСГ (федеральная или региональная) получила широкое распространение: её реализация осуществлялась в 48 субъектах РФ.

В результате реализации в 2012-2014 гг. мероприятий по отработке механизмов оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, актуализированы методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования «Способы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ)» (письмо Министерства здравоохранения РФ от 15 декабря 2014 г. № 11-9/10/2-9454).

Финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров

Расходы на медицинскую помощь, оказанную в условиях дневных стационаров, составили 62 829,0 млн руб., что выше показателя 2013 г. (40 554,8 млн руб.) на 54,9%. Средняя стоимость 1 пациенто-дня (без учёта влияния коэффициентов дифференциации) составила 704,1 руб. (57,4% от установленного Программой норматива – 1227,9 руб.). Финансовое обеспечение 1 пациенто-дня в дневных стационарах сложилось ниже установленного Программой норматива в 82 субъектах РФ, в том числе в Еврейской автономной области (20,4% от установленного Программой), Кабардино-Балкарской Республике (23,2%) и во Владимирской области (29,0%). При этом фактическая стоимость 1 пациенто-дня не достигла утверждённого территориального норматива в 82 субъектах РФ: его неисполнение составило от 93,6% в Чукотском автономном округе до 2,0% в Карачаево-Черкесской Республике.

Реализация территориальных программ обязательного медицинского страхования по видам и условиям оказания медицинской помощи

В среднем по Российской Федерации в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского стра-

(Окончание. Начало на стр. 8.)

хования фактические объёмы медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактической целью, а также в стационарных условиях, превысили установленные Программой нормативы. Объёмы скорой медицинской помощи, медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме и в связи с заболеваниями, а также медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, сложились ниже установленных Программой нормативов.

Исполнение объёмов скорой медицинской помощи

Утверждённый территориальный норматив объёма скорой медицинской помощи по территориальным программам обязательного медицинского страхования составил в целом по Российской Федерации 0,313 вызова в расчёте на 1 застрахованное лицо в год, или 98,5% к установленному Программой нормативу (0,318 вызова). Фактический показатель сложился на уровне 0,288 вызова (90,4% к установленному Программой и 92,0% к утверждённому территориальному нормативу).

По субъектам Российской Федерации отклонение фактического показателя от норматива скорой медицинской помощи, установленного Программой, составило от 0,201 вызова на 1 застрахованное лицо в Чукотском автономном округе до 0,379 вызова в Еврейской автономной области. В 64 субъектах Российской Федерации фактические показатели объёма скорой медицинской помощи сложились ниже установленного Программой норматива, а также не достигли утверждённых территориальных нормативов. Наименьшие объёмы скорой медицинской помощи отмечены в Чукотском автономном округе (63,3% от установленного Программой норматива), Чеченской Республике (63,4%), Самарской области (67,9%); наибольшее превышение фактического показателя к установленному Программой нормативу отмечено в Еврейской автономной области (на 19,1%), Томской (на 11,8%) и Калининградской (на 11,5%) областях.

Исполнение объёмов медицинской помощи в амбулаторных условиях

Утверждённый показатель объёма медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией и посещения среднего медицинского персонала), составил в целом по Российской Федерации 2,417 посещения в расчёте на 1 застрахованное лицо в год, или 106,5% к нормативу, установленному Программой (2,27 посещения). Фактический показатель сложился на уровне 3,143 посещения (138,5% к установленному Программой и 130,1% к утверждённому значению показателя).

В 73 субъектах Российской Федерации фактические показатели объёма медицинской помощи с профилактической целью выше или соответствуют установленному программой показателю. Наибольшее превышение указанных фактических объёмов медицинской помощи над установленным Программой нормативом отмечено в Красноярском крае (на 185,2%), Калининградской области (на 177,8%) и Республике Алтай (на 174,8%). Наименьшие фактические показатели объёмов медицинской помощи с профилактической целью сложились в Чеченской Республике (48,8% от установленного Программой норматива), Иркутской области (67,0%) и Еврейской автономной области (83,9%).

При этом в 26 субъектах РФ значения фактических показателей не достигли утверждённых территориальных нормативов; наибольшее невыполнение объёмов указанного вида медицинской помощи отмечено в Чеченской Республике (на 43,6% ниже утверждённого территориального норматива), Ненецком автономном округе (на 47,5%) и Чукотском автономном округе (на 59,0%).

Утверждённый показатель объёма медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме составил в целом по Российской Федерации 0,423 посещения в расчёте на 1 застрахованное лицо в год, или 92,0% к среднему нормативу, установленному Программой (0,46 посещения). Фактический показатель сложился на уровне 0,224 посещения (48,7% к установленному Программой и 53,0% к утверждённому значению показателя).

В 80 субъектах РФ указанные фактические показатели сложились ниже установленно-го Программой норматива и не достигли утверждённых нормативов. Наименьшие фактические объёмы медицинской помощи в неотложной форме отмечены в Крас-

Итоги

Отчёт о деятельности системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2014 г.

нодарском крае (2,3% от установленного Программой норматива), Ямало-Ненецком автономном округе (4,8%), Алтайском крае (6,0%); наибольшие показатели – в Чувашской Республике (104,1%), Кемеровской области (103,9%), а также в Томской области (101,4%).

Утверждённый показатель объёма медицинской помощи в амбулаторных условиях в связи с заболеванием составил в целом по Российской Федерации 2,088 обращений в расчёте на 1 застрахованное лицо в год или 108,8% к среднему нормативу, установленному Программой (1,92 обращения). Фактический показатель сложился на уровне 1,858 обращения (96,8% к установленному Программой и 89,0% к утверждённому значению показателя).

По субъектам РФ диапазон отклонений фактического показателя от установленного программой среднего норматива объёмов медицинской помощи в амбулаторных условиях в связи с заболеванием составил от 0,512 обращения на 1 застрахованное лицо в Калининградской области до 3,6 обращения в Ханты-Мансийском автономном округе – Югра. В 25 субъектах фактические показатели объёма медицинской помощи в связи с заболеванием сложились выше установленного Программой норматива. При этом утверждённые нормативы объёма медицинской помощи не выполнены в 61 субъектах РФ.

Исполнение объёмов медицинской помощи в стационарных условиях

Утверждённый показатель объёма медицинской помощи в стационарных условиях составил в целом по Российской Федерации 0,182 случая госпитализации в расчёте на 1 застрахованное лицо в год, или 103,3% к показателю, установленному Программой (0,176 случая госпитализации). Фактический показатель сложился на уровне 0,188 случая госпитализации (106,6% к установленному и 103,3% к утверждённому значению показателя).

При общем сокращении объёмов стационарной помощи в среднем по Российской Федерации, в 73 субъектах фактические показатели превысили установленный Программой норматив. Наибольшее превышение отмечено в Республике Тыва – 171,9% к установленному Программой нормативу, Республике Саха (Якутия) – 146,1% и Республике Мордовия – 144,1%, что обусловлено климатогеографическими особенностями указанных регионов, недостаточным развитием их дорожной инфраструктуры, а также низкой плотностью населения регионов. Наименьшие объёмы сложились в Ненецком автономном округе (78,4% от установленного программой), Москве (78,4%) и Республике Ингушетия (90,4%).

Фактические показатели объёма стационарной медицинской помощи в 61 субъекте РФ перевыполнены по отношению к утверждённому территориальным нормативам. Наибольшее превышение отмечено в Республике Дагестан (на 29,6% выше утверждённого показателя), Республике Алтай (на 27,7%) и Ленинградской области (на 24,0%).

Средняя длительность пребывания одного больного в стационаре составила 9,6 дня и по сравнению с 2013 г. (10,0 дня) сократилась на 4,0%.

Исполнение объёмов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров

Утверждённый показатель объёма медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, составил в целом по Российской Федерации 0,561 пациенто-дня в расчёте на 1 застрахованное лицо в год, что превысило показатель, установленный Программой (0,55 пациенто-дня), на 2,0%. Фактический показатель сложился на уровне 0,529 пациенто-дня (96,2% к установленному Программой и 94,3% к утверждённому значению показателя).

В 47 субъектах РФ фактический показатель соответствовал или сложился выше установленно-го Программой. Наибольшее превышение отмечено в Республике Мордовия (на 61,2%), Самарской области (на

39,0%) и Тюменской области (на 35,2%). В 6 субъектах фактический показатель сложился ниже установленного Программой более чем на 50%: в Республике Ингушетия (17,5% от установленного Программой норматива), Чукотском автономном округе (19,1%), Республике Дагестан (27,9%), г. Москве (33,6%), Ненецком автономном округе (35,5%), Чеченской Республике (40,1%).

Фактические показатели объёма медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, превысили утверждённые в 37 субъектах, в том числе в Республике Мордовия (на 61,2%), Самарской области (на 39,0%) и в г. Санкт-Петербурге (на 24,9%).

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования высокотехнологичную медицинскую помощь (далее – ВМП) оказывала 641 медицинская организация, в том числе:

- 124 медицинских организаций, подведомственных федеральным органам государственной власти (далее – ФГУ);
- 432 медицинских организаций, подведомственных органам государственной власти субъектов РФ;
- 85 медицинских организаций негосударственной формы собственности.

Всего за 2014 г. оплачено 228 805 случаев госпитализаций (96,0% от запланированного количества – 238 295), из них по ВМП, оказанной в медицинских организациях:

- ФГУ – 51 214 госпитализаций (97,6% от запланированного количества – 52 500);
- медицинские организации, подведомственные органам государственной власти субъектов РФ – 163 228 госпитализаций (96,1% от запланированного количества – 169 910);
- медицинские организации негосударственной формы собственности – 14 363 госпитализаций (90,4% от запланированного количества – 15 885).

заций), ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н.Фёдорова» Минздрава России (3915 госпитализаций), ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» Минздрава России (3657 госпитализаций), «ГКБ № 67» Москвы (2967 госпитализаций).

В структуре выполненных объёмов ВМП наибольшее количество госпитализаций оказано по профилям медицинской помощи (диаграмма 3):

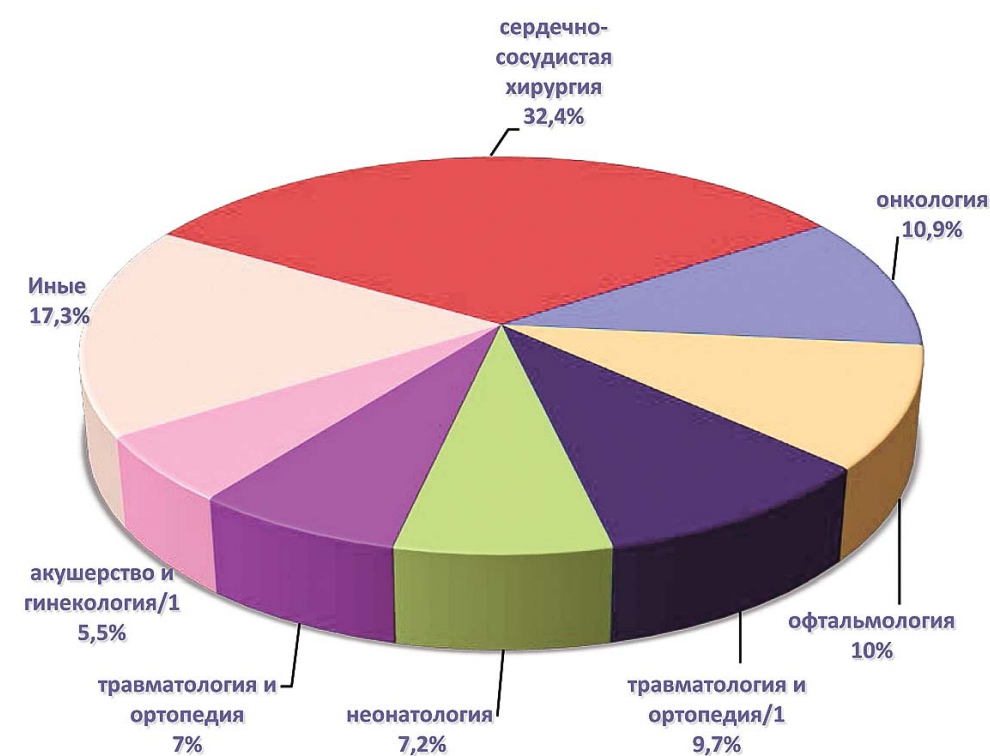
- сердечно-сосудистая хирургия (74 169 госпитализаций, или 32,4% от общего количества госпитализаций);
- онкология (24 959 госпитализаций, или 10,9% от общего количества госпитализаций);
- офтальмология (22 801 госпитализация, или 10% от общего количества госпитализаций);
- травматология и ортопедия/1 (22 237 госпитализаций, или 9,7% от общего количества госпитализаций);
- неонатология (16 499 госпитализаций, или 7,2% от общего количества госпитализаций);
- травматология и ортопедия (16 062 госпитализаций, или 7,0% от общего количества госпитализаций);
- акушерство и гинекология/1 (12 478 госпитализаций, или 5,5% от общего количества госпитализаций).

При этом наибольшие объёмы ВМП, выполненные:

- ФГУ, оказаны по профилям «сердечно-сосудистая хирургия», «онкология», «травматология и ортопедия/1», «офтальмология»;
- медицинскими организациями, подведомственными органам государственной власти субъектов РФ, оказаны по профилям «сердечно-сосудистая хирургия», «онкология», «неонатология», «травматология и ортопедия/1»;
- медицинскими организациями негосударственной формы собственности, оказаны по профилям «акушерство и гинекология/1», «офтальмология», «сердечно-сосудистая хирургия».

Диаграмма 3

Объёмы оказанной высокотехнологичной медицинской помощи в 2014 г. в рамках базовой программы ОМС по профилям



Наибольшие объёмы ВМП выполнены в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования г. Москвы (42 825 госпитализаций), г. Санкт-Петербурга (18 738 госпитализаций), Свердловской (12 053 госпитализаций) и Московской областей (9755 госпитализаций), а также Краснодарского края (7773 госпитализаций).

Наибольшее количество госпитализаций отмечено в БУЗ ГКБ им. С.П.Боткина ДЗМ Москвы (4920 госпитализаций), ГБУЗ «ККБ № 1» Краснодарского края (4217 госпитали-

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

- коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца (26,7%);
- эндопротезирование суставов конечностей (9,7%);
- эндоваскулярная, хирургическая коррекция нарушений ритма сердца без имплантации кардиовертера-дефибриллятора (5,7%);
- комплексное хирургическое лечение

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

– экстракорпоральное оплодотворение при бесплодии, культивирование и перенос эмбриона в полость матки, включая интрацито-плазматическое введение сперматозоида (5,5%).

Наибольшие объёмы ВМП, выполненные:

- ФГУ, оказаны по видам «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца», «эндопротезирование суставов конечностей»;

- медицинскими организациями, подведомственными органам государственной власти субъектов РФ, оказаны по видам «коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца», «эндопротезирование суставов конечностей», «эндоваскулярная, хирургическая коррекция нарушений ритма сердца без имплантации кардиовертерадефибриллятора», «поликомпонентная терапия синдрома дыхательных расстройств, врождённой пневмонии, сепсиса новорождённого, тяжёлой церебральной патологии новорождённого с применением аппаратных методов замещения или поддержки витальных функций на основе динамического инструментального мониторинга основных параметров газообмена, гемодинамики, а также лучевых, биохимических, иммунологических и молекулярно-генетических исследований»;

- медицинскими организациями негосударственной формы собственности, оказаны по виду «экстракорпоральное оплодотворение при бесплодии, культивирование и перенос эмбриона в полость матки, включая интрацито-плазматическое введение сперматозоида».

Средняя длительность одной госпитализации при оказании ВМП в 2014 г. составила 13,25 дня.

В 2014 г. финансовое обеспечение ВМП в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования составило 28 575 378,0 тыс. руб. (97,4% от утверждённой стоимости – 29 328 710,2 тыс. руб.), в том числе оказанной в:

- ФГУ – 5 736 392,6 тыс. руб. (101,3% от утверждённой стоимости – 5 660 659,8 тыс. руб.);

- медицинскими организациями, подведомственными органам государственной власти субъектов РФ – 21 390 521,6 тыс. руб. (96,5% от утверждённой стоимости – 22 165 456,8 тыс. руб.);

- медицинскими организациями негосударственной формы собственности – 1 448 463,8 тыс. руб. (96,4% от утверждённой стоимости – 1 502 593,6 тыс. руб.).

Значительный размер финансового обеспечения (более 70% от общего объёма использованных средств ОМС) направлены на оплату ВМП по профилям:

- сердечно-сосудистая хирургия (11 458 575,9 тыс. руб., или 40,1% от общего объёма использованных средств ОМС);

- неонатология (3 585 971,5 тыс. руб., или 12,5% от общего объёма использованных средств ОМС);

- онкология (2 705 812,2 тыс. руб., или 9,5% от общего объёма использованных средств ОМС);

- травматология и ортопедия/1 (2 558 200,2 тыс. руб., или 9% от общего объёма использованных средств ОМС).

Средняя стоимость одной госпитализации при оказании ВМП в целом по Российской Федерации в 2014 г. составила 124,9 тыс. руб., в том числе в:

- ФГУ – 112,0 тыс. руб.;

- медицинские организации, подведомственные органам государственной власти субъектов РФ – 131,1 тыс. руб.;

- медицинские организации негосударственной формы собственности – 100,9 тыс. руб..

Наиболее затратными профилями ВМП в 2014 г. являлись:

- травматология и ортопедия/2 (272,1 тыс. руб., или на 117,9% больше средней стоимости лечения);

- неонатология (217,3 тыс., или на 74% больше средней стоимости лечения);

- сердечно-сосудистая хирургия (154,5 тыс., или на 23,7% больше средней стоимости лечения).

Наименее затратными профилями ВМП в 2014 г. являлись:

- офтальмология (35,9 тыс. руб., на 71,3% ниже средней стоимости лечения);

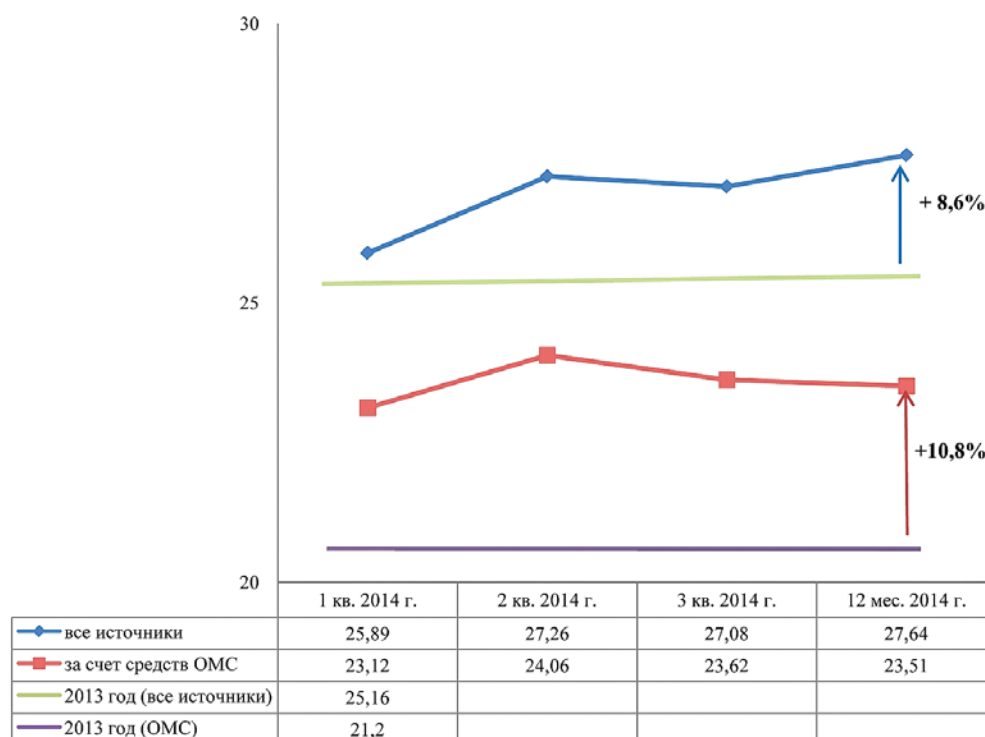
- оториноларингология (56,5 тыс., на 54,8% ниже средней стоимости лечения);

- урология (65,1 тыс., на 47,9% ниже средней стоимости лечения).

Наибольшая стоимость одной госпитализации отмечена по видам ВМП:

- внутрисосудистый тромболитизм при окклюзиях церебральных артерий и синусов

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



Доля средств обязательного медицинского страхования



(317,3 тыс. руб., на 154% выше средней стоимости лечения);

- 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 щадяще-развивающих условий внешней среды под контролем динамического инструментального мониторинга основных параметров газообмена, гемодинамики, а также лучевых, биохимических, иммунологических и молекулярно-генетических исследований (273,2 тыс. руб., на 118,8% выше средней стоимости лечения);

- реконструктивные и корригирующие операции при сколиотических деформациях позвоночника 3–4 степени с применением имплантатов, стабилизирующих систем, аппаратов внешней фиксации, в том числе у детей первых лет жизни и в сочетании с аномалией развития грудной клетки (272,1 тыс. руб., на 117,9% выше средней стоимости лечения).

Наименьшая стоимость одной госпитализации отмечена по видам ВМП:

- хирургическое и/или лучевое лечение злокачественных новообразований глаза, его придаточного аппарата и орбиты, включая внутриорбитальные доброкачественные опухоли; реконструктивнопластическая хирургия при их последствиях (24,8 тыс. руб., на 80,1% ниже средней стоимости лечения);

- комплексное хирургическое лечение глаукомы, включая микроинвазивную энергетическую оптико-реконструктивную и лазерную хирургию, имплантацию различных видов дренажей (32,7 тыс. руб., на 73,8% ниже средней стоимости лечения);

- реконструктивно-пластические и оптико-реконструктивные операции при травмах (открытых, закрытых) глаза, его придаточного аппарата, орбиты (35,3 тыс. руб., на 71,7% ниже средней стоимости лечения).

VI. МОНИТОРИНГ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Мониторинг заработной платы работников медицинских организаций в сфере

Диаграмма 4

тыс. руб.) и увеличилась по сравнению со среднегодовым значением 2013 г. на 8,6% (диаграмма 4).

По субъектам Российской Федерации темп прироста в отчетном периоде по сравнению с 2013 г. изменялся от 1,8% до 19,8%. Опережение среднего темпа прироста заработной платы отмечено в 57 субъектах Российской Федерации, наибольшие значения (более +15%) в Ростовской области (+15,3%), Белгородской области (+15,3%), Республике Алтай (+15,5%), Чеченской Республике (+15,7%), Республике Дагестан (+16,4%), г. Санкт-Петербурге (+16,5%), Вологодской области (+17,0%), Челябинской области (+17,7%), Приморском крае (+19,8%).

По сравнению с предыдущим годом доля средств обязательного медицинского страхования в среднемесячной заработной плате за отчетный период увеличилась на 0,8 процентных пункта до 85,1% (диаграмма 5).

Среднемесячная заработная плата за счет средств обязательного медицинского страхования составила 23,5 тыс. руб. и увеличилась по сравнению с 2013 г. на 10,8%.

Среднемесячная заработная плата врачей в отчетном периоде составила 46,78 тыс. руб. (143,4% к средней по экономике за 2014 г. (32,61 тыс. руб.)) и увеличилась по сравнению с 2013 г. на 8,7%. Снижения заработной платы по сравнению с 2013 г. в субъектах РФ не наблюдается. Опережение среднего темпа прироста заработной платы, по сравнению с 2013 г., наблюдается в 43 субъектах РФ, наибольшие значения (более +14%) в Самарской области (+14,7%), Челябинской области (+15,3%), Карачаево-Черкесской Республике (+15,3%), Белгородской области (+15,7%), Республике Татарстан (+15,7%), г. Санкт-Петербурге (+16,0%), Ростовской области (+16,4%), Республике Саха (Якутия) (+20,8%), Приморском крае (+21,8%).

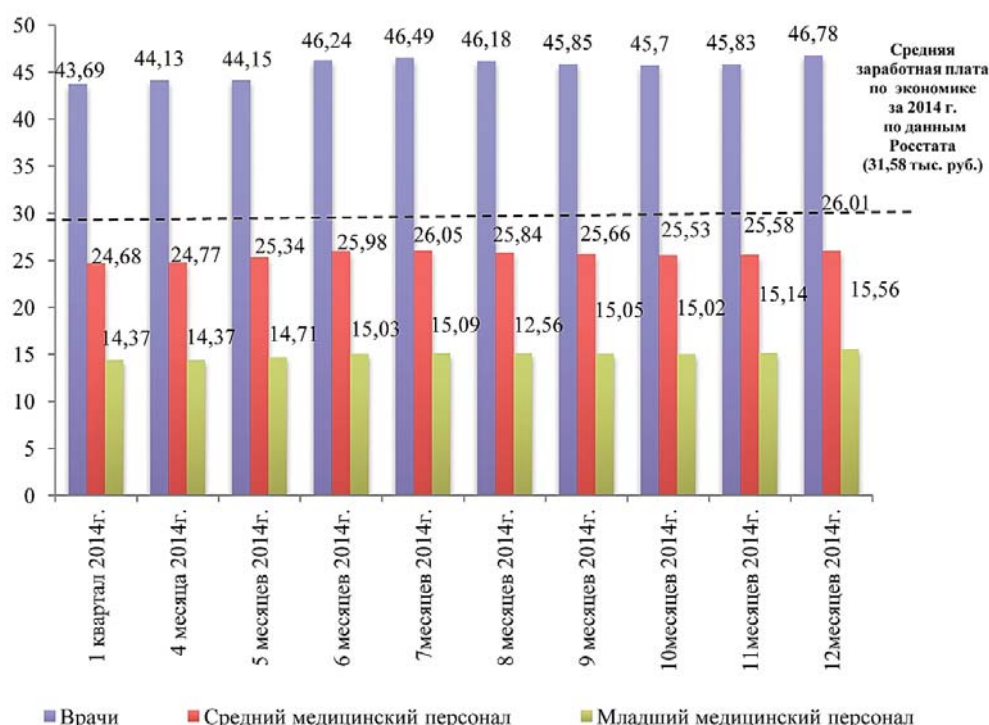
Большинство субъектов Российской Федерации достигли плановых значений показателей «дорожных карт» по заработной плате врачей. Отклонение планового значения «дорожной карты» наблюдалось в г. Москве (-13,7 процентных пункта).

По отдельным врачам специальностям темп прироста среднемесячной заработной платы опередил средний по категории «врачи»:

- по терапевтам-участковым – 43,57 тыс. руб. (прирост к уровню 2013 г. +10,8%), снижение по сравнению с 2013 г. наблюдается в Ненецком автономном округе (-14,1%),

Диаграмма 5

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



обязательного медицинского страхования осуществлялся в соответствии с приказом Федерального фонда от 26 марта 2013 г. № 65 «Об установлении формы и порядка предоставления отчетности о заработной плате работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования».

В 2014 г. среднемесячная номинальная начисленная заработная плата (далее также – среднемесячная заработная плата) всех работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования составила 27,64 тыс. руб. (84,7% к средней по экономике за 2014 г. (32,61

Кабардино-Балкарской Республике (-4,7%), Рязанской области (-2,6%);

- по педиатрам-участковым – 43,19 тыс. руб. (прирост к уровню 2013 г. +10,1%), снижение по сравнению с 2013 г. в Ненецком автономном округе (-4,7%);

- по врачам общей практики – 40,81 тыс. руб. (прирост к уровню 2013 г. +12,1%), снижение по сравнению с 2013 г. наблюдается в Ямало-Ненецком автономном округе (-19,8%),

- по врачам-специалистам – 46,01 тыс. руб. (прирост к уровню 2013 г. +8,4%), снижение по сравнению с 2013 г. наблюдается в г. Москве (-0,8%) (диаграмма 6).

События

Без любви нет педиатрии

О Юрии Вельтищеве трудно говорить в прошедшем времени

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова приняла участие в открытии мемориальной доски памяти академика Юрия Вельтищева.

— Юрий Евгеньевич — человек уникального масштаба, — сказала она. — Он впервые ввёл в клинические дисциплины элементы фундаментальных наук и тем самым обеспечил стремительное развитие всех основных направлений педиатрии: клинической генетики, биохимии, иммунологии, нефрологии, неврологии, пульмонологии и многих других.

Юрий Евгеньевич являлся основоположником медицинской кибернетики, первым в нашей стране создавал электронные базы данных и регистры, которые помогали отслеживать редкие патологические состояния. Он — составитель первой классификации редких состояний и заболеваний.

По мнению министра, этот день стал знаменательным не только для Научно-исследовательского клинического института педиатрии РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Вельтищев является родоначальником целых научно-практических школ, расцвет педиатрии в нашей стране во многом связан и с его именем. Выдающийся учёный был научным руководителем при написании более 140 кандидатских диссертаций, 40 докторских. Не случайно в Москву на открытие памятной доски в честь него приехали учёные и клиницисты из разных регионов нашей страны...

Имя Ю.Вельтищева НИКИ институт педиатрии носит с сентября этого года. А торжественное мероприятие прошло в первый



Вероника Скворцова и Мария Школьниковы открывают памятную доску.

день работы XIV Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии». Его участники с помощью телемоста смогли увидеть это событие и даже выступить со словами признательности и благодарности по отношению к одному из корифеев отечественной медицины.

— На первом учёном совете НИКИ педиатрии (после объединения с Российским национальным исследовательским медицинским университетом им. Н.И.Пирогова) было принято решение ходатайствовать о присвоении нашему институту имени нашего великого педиатра Юрия Евгеньевича Вельтищева, — пояснила директор института, профессор Мария Школьников. — Это решение было единогласно поддержано на учёном совете.

После завершения торжественной церемонии, отвечая на вопросы журналистов, Вероника Скворцова напомнила, что в 2014 г. по сравнению с 2011 г. почти в 2 раза больше детей получили высокотехнологичную помощь: более 101 тыс. против 54,5 тыс. При этом, если в 2011 г. она в основном оказывалась в федеральных центрах и только около 4 тыс. детей получили её в регионах, то в 2014 г. эта цифра выросла в 7 раз. Это свидетельствует о росте доступности современных медицинских технологий по всей стране.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Фото
Юрия ЛУНЬКОВА.

Решения

Акушеры объединились с психиатрами

Институты бывшего Томского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук — НИИ онкологии, НИИ кардиологии, НИИ психического здоровья, НИИ медицинской генетики, НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии и НИИ фармакологии и регенеративной медицины им. Е.Д. Гольдберга — отныне образуют Томский национальный исследовательский медицинский центр.

Это первое в нашей стране подобное функциональное объединение научных организаций медицинского профиля. Инициатором его выступило ФАНО России. Разработаны концепция системы управления, программа развития и проект устава новой организации.

Базовым учреждением, вокруг которого объединяются томские академические институты медицинского профиля, стал НИИ онкологии. Его директор академик РАН Евгений Чойнзонов так пояснил корреспонденту «МГ» идею

вновь образованного национального исследовательского центра: «Этот интеграционный проект призван решить задачи, которые поставлены государством перед российской наукой. Находясь «под одной крышей», мы будем готовить научные программы, которые имеют тематику, общую для разных институтов. А для реализации этих программ будем сообща использовать исследовательское оборудование, которое есть на вооружении наших институтов. Одна из основных задач объединения — создание центра трансляционной медицины, который позволит максимально быстро передавать результаты научных разработок из институтских лабораторий в практику клиник».

Главное условие объединения, подчеркивает академик Чойнзонов, — это равные права всех 6 институтов, вошедших в состав центра.

Хотя формально академические институты являются федеральными учреждениями, ФАНО России привлекло к решению вопроса о создании национального ис-

следовательского медицинского центра администрацию Томской области и заручилось её поддержкой. «Институты сохраняют прежние адреса, профили и объёмы медпомощи по ОМС, финансирование, направления научной работы, в них будут трудиться те же люди, — прокомментировал результаты переговоров заместитель губернатора Томской области по социальным вопросам Чингис Акатаев. — Изменится идеология работы: станет больше прикладных исследований, позволяющих ученым конвертировать знания в новые методы лечения, новые лекарства, чтобы применять их в медицинской практике».

Задача по активизации прикладных исследований и созданию центра трансляционной медицины предполагает адекватное и стабильное финансирование институтов, вошедших в объединение, со стороны ФАНО. Учёные надеются, что так и будет.

Елена ЮРИНА.
МИА Сито.

Острая тема

На федеральном портале проектов нормативных правовых актов появился проект распоряжения Правительства РФ об изменениях, которые вносятся в программу фундаментальных научных исследований государственных академий наук на 2013-2020 гг.

суммы предназначены Российской академии художеств, Российской академии архитектуры и строительных наук, Российской академии образования, в институтах которых, оказывается, тоже проводятся фундаментальные научные исследования.

В проекте распоряжения Пра-

Одним больше, другим меньше...

В целом на российскую фундаментальную науку в 2016 г. планируется направить около 80 млрд руб. — почти на 10 млрд больше, чем в нынешнем. Как распределится эта сумма?

Согласно обнародованному проекту, 74,5 млрд руб. получит Федеральное агентство научных организаций России для обеспечения исследовательской деятельности подведомственных ему институтов. Эта сумма на 8 млрд превышает бюджет ФАНО на фундаментальную науку в 2015 г.

Тем же документом предполагается ассигновать РАН 2,6 млрд руб. А Минздраву России, в подчинении которого также есть научные организации, правительство намерено выделить на 2016 г. 1,3 млрд руб. Финансирование фундаментальной науки в министерских институтах сократится на 13 млн в сравнении с текущим годом.

Остальные деньги из общей

вительства РФ нет разъяснений, почему сформирован именно такой вариант бюджетного финансирования российской науки на предстоящий год и чем приведённые здесь изменённые параметры денежных трат отличаются от первоначально запланированных.

Примечательно, что сайт, на котором выложен этот документ, является официальным ресурсом для размещения информации не только о подготовке федеральными органами исполнительной власти проектов нормативных правовых актов, но и о результатах их общественного обсуждения. Владелец сайта — Минэкономразвития России — предлагает всем заинтересованным ведомствам и отдельным гражданам принять участие в дискуссии вокруг любого проекта, включая данный, научно-финансовый.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Деловые встречи

В целях практической подготовки

На прошедшем в Москве ежегодном Национальном конгрессе терапевтов (X по счёту) шла речь о многих аспектах внутренней медицины на современном этапе. В частности, большая часть научных докладов была посвящена профилактике социально значимых неинфекционных болезней — главных причин заболеваемости и смертности российского населения. Наряду с этим в рамках мероприятия неоднократно подчёркивалось, что выступления учёных-клиницистов должны быть ориентированы, прежде всего, на среднестатистического врача и содержать, главным образом, информацию для практического применения докторами.

— Согласно данным анкет-опросников, около 65% граждан нашей страны готовы к ведению здорового образа жизни, — отметил главный специалист Минздрава России по профилактической медицине, директор ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России Сергей Бойцов. — Данные цифры отнюдь не свидетельствуют, что все выразившие свое мнение респонденты придерживаются врачебных рекомендаций в этой области.

В целом же, по мнению учёного, российским врачам предстоит проделать ещё очень большую работу по снижению смертности от наиболее социально значимых неинфекционных заболеваний. Существенный резерв для снижения смертности, по его словам, имеется на уровне стационарного звена.

— От национального года по борьбе с сердечно-сосудистыми болезнями мы должны перейти к разработке Национального плана борьбы со всеми социально значимыми неинфекционными заболеваниями, и работа эта должна вестись на федеральном уровне под руководством правительственной комиссии, которая объединит усилия министерств, бизнеса, органов власти и общественных организаций в рамках

единой программы, — уверен С.Бойцов.

— Для того чтобы закрепить полученные результаты, больше внимания следует уделять практической подготовке врачей, — отметил президент Российского национального медицинского общества терапевтов (РНМОТ) академик РАН Анатолий Мартынов. — Вот уже 10 лет как наш конгресс проводится ежегодно, собирая в среднем около 5 тыс. специалистов в области внутренней медицины. За это время нами была проделана большая работа: во многих регионах на регулярной основе проводятся региональные конференции РНМОТ, научные исследования, публикуются лекции наших ведущих учёных, издан второй том путеводителя врачебных назначений. Это издания, которые помогают практическому врачу, в первую очередь амбулаторного звена, сориентироваться и в огромном перечне лекарственных препаратов, и в современных методах диагностики и лечения той или иной нозологии. Всё, что мы стараемся донести до наших коллег, по их же мнению, имеет большую практическую пользу, и в этом плане, я полагаю, мы работаем не напрасно.

Яков ЯНОВСКИЙ.
МИА Сито!

Офтальмология

Стволовые клетки лечат слепоту

Врачи борются за зрение пересадкой клеток

Примерно каждый четвёртый европеец в возрасте старше 65 лет имеет ту или иную степень дегенерации макулы. Хирурги в Лондоне осуществили пересадку стволовых клеток в глаз человека в рамках клинических испытаний нового метода лечения слепоты.

Операция была сделана 60-летней пациентке в знаменитой глазной больнице «Мурфилдз». Она состояла в пересадке на участке сетчатки глаза небольшого количества специализированных эмбриональных стволовых клеток.

Лондонский проект по излечению слепоты возник 10 лет назад с целью оказания помощи пациентам, страдающим от возрастной дегенерации макулы или возрастного разрушения жёлтого пятна сетчатки, приводящего к слепоте. В рамках этого проекта 10 пациентов с влажной формой возрастной дегенерации макулы пройдут через эту процедуру. Все они внезапно утратили зрение в результате дегенерации кровяных сосудов в глазу. В течение последующего года за ними будут наблюдать врачи, которые хотят убедиться, что такие операции безопасны и могут привести к излечению.

«Клетки выглядят здоровыми»

Профессор Питер Коффей из Института офтальмологии Университетского колледжа Лондона, который возглавляет лондонский проект по излечению слепоты, предупреждает, что первые результаты операции станут известны только через 2-3 месяца. «Но уже сейчас мы наблюдаем процесс приживления клеток к сетчатке, и клетки эти выглядят здоровыми», — сообщил он.

Клетки, которые используются для такой операции, являются клетками пигментного эпителия сетчатки, то есть слоя клеток, которые окружают и питают фоторецепторы в жёлтом пятне. При возрастной дегенерации макулы эти клетки отмирают, и в результате глаз теряет способность видеть. Больные обычно испытывают потерю зрения в центральном поле, а симптомы включают размывание и искажение видимых объектов.

Клетки, использованные при операции, были получены из эмбриона на начальном этапе развития и стали основой для выращивания большего числа стволовых плюрипотентных клеток.

Регенерация сетчатки

Профессор Линдон Да Круз из больницы «Мурфилдз», который



провёл операцию, пояснил: «Речь идёт о настоящей регенерации сетчатки. В прошлом было невозможно заменять такие клетки. Если нам удастся заменять целые слои клеток и возвращать им их функцию, это станет огромной помощью для людей, которым угрожает утрата зрения».

В случае успеха этого метода лечения станет возможным оказание помощи также пациентам с ранними симптомами сухой возрастной дегенерации макулы.

Только в Британии этим синдромом страдают более 600 тыс. человек. В развитых странах это основная причина утраты зрения. По оценкам медиков, каждый десятый человек в возрастной категории старше 65 лет имеет ту или иную степень этого заболевания.

Стоимость такой операции остаётся пока неизвестной, хотя специалисты указывают, что лечение и помощь слепым являются одной из крупнейших статей расходов государственной системы здравоохранения в Британии.

Проблема выбора

Стволовые клетки не впервые используются для лечения слепоты. В 2012 г. пациентам, страдающим болезнью Штаргардта или юношеской дегенерацией жёлтого пятна, также вводились стволовые эмбриональные клетки в рамках

испытаний, проводившихся в США и Великобритании с участием медиков из больницы «Мурфилдз».

Нынешняя операция тесно связана с историей 40 пациентов с возрастной дистрофией макулы, прошедших лечение в больнице «Мурфилдз», в ходе которого им пересаживались клетки, взятые у них из глаза. Как говорит профессор Да Круз, у многих из них зрение резко улучшилось, некоторые стали в состоянии читать и водить машину, и это улучшение держится уже несколько лет.

По его словам, использование собственных клеток пациента является сложным и рискованным делом, и по этой причине лондонский проект остановился на использовании эмбриональных стволовых клеток, которые могут трансформироваться в любые специализированные клетки.

Эксперименты на лабораторных животных показали, говорит профессор, что с помощью хирургических методов возможна пересадка в глаз целых клеточных слоёв.

Хотя учёные пока не могут предсказать исход испытаний нового метода, годы подготовки придают им уверенность в том, что этот метод лечения слепоты обладает колоссальным потенциалом.

Подготовил
Юрий БОРИСОВ.
По материалам The Lancet.



Производитель солей для ванн
ООО «Ресурс-Ф» с 1997 года осуществляет поставки средств для бальнеотерапии в лечебно-оздоровительные учреждения (в соответствии с ФЗ-44).

тел.: +7(495) 598-23-10, 937-34-54,
resursf@list.ru www.res-f.ru

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»

приглашает для постоянного трудоустройства

врачей следующих специальностей:

- ✓ ортодонт
- ✓ акушер-гинеколог (стационар)
- ✓ неонатолог
- ✓ уролог
- ✓ врач ультразвуковой диагностики (наличие сертификата FMF)
- ✓ кардиолог
- ✓ анестезиолог-реаниматолог
- ✓ врач скорой медицинской помощи
- ✓ врач по спортивной медицине
- ✓ эндокринолог детский
- ✓ психиатр-нарколог
- ✓ инфекционист
- ✓ оториноларинголог
- ✓ физиотерапевт
- ✓ психиатр
- ✓ врач клинической лабораторной диагностики
- ✓ терапевт участковый (предоставление единовременной выплаты на хозяйственное обустройство в размере 1 млн руб. (постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры № 267-п от 14.08.2015)).

Местность приравнена к районам Крайнего Севера, предоставляется служебное жильё.

Контактный телефон для справок **8 (34675) 3-41-20.**

Резюме с указанием контактных телефонов присылать по факсу **8 (34675) 3-15-73**, e-mail: sovhospital@sovbolnica.pf или по адресу: **628240 ХМАО – Югра, г. Советский, ул. Гагарина, 62а.**

Открытия, находки

Учёные случайно нашли средство от облысения

Препарат против стресса помог мышам зарости шерстью

Исследуя влияние анти-стрессовых препаратов на пищевой тракт, учёные из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе неожиданно для себя открыли средство от облысения.

В экспериментах они использовали генетически изменённых мышей, страдающих перепроизводством стрессового гормона CRF (corticotrophin-releasing factor). Такие мыши, как правило, с возрастом начинают резко лысеть. Мышам делали инъекции препарата астрессин-Б, блокирующего действие CRF. Спустя 3 месяца они решили провести гастроэнтерологическое обследование мышей... и не смогли отличить генетически изменённых мышей от обычных мышей контрольной группы – почти все они, прежде лысые, густо заросли шерстью.

Исследователей поразило не только сам факт восстановления волосного покрова, но и чрезвычайно длительное действие препарата – инъекции делались в течение 5 дней, по одной инъекции в день, а действие лекарства сказывалось даже через 4 месяца. Учитывая, что мыши живут не больше 2 лет, по

человеческим меркам это целое десятилетие.

Последующие эксперименты подтвердили первоначальный результат. Когда же астрессин-Б стали давать молодым, генетически изменённым мышам, ещё не успевшим облысеть, препарат предотвратил потерю волос.

Давно известно, что стресс вызывает не только поседение, но и облысение тоже. Однако ни одно из чудо-средств, основанных порой и на антистрессовых препаратах, не приводило к полному восстановлению волосного покрова и не производило такого длительного воздействия. До сих пор препарат был испытан только на мышах и действует ли он таким же образом на людей, пока неизвестно. Но надежды на это есть. Во-первых, лысых мышей-мутантов пытались лечить от облысения «человеческим» препаратом. Он действовал на грызунов так же, как действует на людей – со скромным результатом. Во-вторых, стрессовый гормон присутствует и в человеческой коже, так что можно предположить, что механизм облысения у людей и у мышей один и тот же.

Инна СЕРГЕЕВА.

По материалам Associted press.

Исследование

Загадочная болезнь почек, убившая более 20 тыс. человек в Центральной Америке, большинство из которых являлись работниками плантаций сахарного тростника, может быть вызвана хроническим обезвоживанием, связанным с глобальным изменением климата, заявили исследователи Университета Колорадо.

Проводивший изучение Ричард Джонсон говорит: «Это может быть первая эпидемия, непосредственно вызванная глобальным потеплением. Некоторые районы

Болезнь связана с климатом

Никарагуа были названы «землёй вдов» из-за высокой смертности мужчин-работников по причине хронического заболевания почек».

Эпидемия была впервые описана в 2002 г. и получила название «месоамериканская нефропатия». Она была наиболее распространена среди чернорабочих на плантациях сахарного тростника в низких высотах побережья Центральной Америки. Болезнь также выявляли

в этом регионе среди сельскохозяйственных рабочих, шахтёров, рыбаков, строительных и транспортных работников.

Результаты анализов крови среди работников плантаций сахарного тростника в Сальвадоре показали 6,6 мг мочевой кислоты на децилитр в утреннее время и 7,2 мг во второй половине дня. Из 23 обследованных у 21 имелись хроническая болезнь почек и гиперурикемия.

Ранее выдвигались многочисленные версии, в том числе воздействие тяжёлых металлов, пестицидов и других токсичных химических веществ. Но считается, что главным виновником является хроническое рецидивирующее обезвоживание. Джонсон объясняет, что обезвоживание активирует путь в почках, который генерирует фруктозу, а она, в свою очередь, метаболизируется и производит мочевую

кислоту. Это может способствовать повреждению почек. Рабочие, часто употребляя напитки с высоким содержанием кукурузного сиропа, усугубляют проблему.

Учёные также обнаружили, что эти работники имели высокие концентрации кристаллов мочевой кислоты в моче, и считают, что эпидемия может набирать обороты, потому что глобальное потепление увеличивает риск обезвоживания.

Ирина МЕЛКУМОВА.

По материалам
American Journal
of Kidney Diseases.

Женщины, как правило, живут дольше мужчин – об этом странном явлении известно уже несколько десятков лет. Но приближаться к установлению его причин мы стали лишь недавно. Могут ли мужчины как-то повлиять на ситуацию?

Спросите эволюцию

Раньше считалось, что мужчин сводит в могилу непосильный труд. Работа в шахте или на поле приводит к чрезмерному напряжению организма, а полученные травмы подрывают здоровье. Однако в таком случае можно было бы ожидать сокращения разницы в продолжительности жизни мужчин и женщин, ведь в наши дни они выполняют примерно одинаковую сидячую работу. На самом деле разница в продолжительности жизни оставалась стабильной даже в периоды глубинных преобразований в обществе.

Жизнь мужчин короче жизни женщин, и эта ситуация не меняется. Взять хотя бы Швецию, которая располагает наиболее достоверными статистическими данными за большой промежуток времени. В 1800 г. средняя продолжительность жизни составляла 33 года у женщин и 31 год у мужчин, а на сегодняшний день – 83,5 и 79,5 года соответственно. В обоих случаях получается, что женщины живут примерно на 5% дольше мужчин.

Поразительное стабильное преимущество женщин с точки зрения выживаемости в начале, в конце и на протяжении всей жизни наблюдается во всех странах во все годы, за которые существует достоверная статистика рождений и смертей. Это одна из наиболее достоверных моделей в биологии человека.

Предположение о том, что мужчины якобы меньше заботятся о своём организме, также практически недоказуемо, хотя наличие таких вредных привычек, как курение, употребление алкоголя и переедание, отчасти позволяет объяснить, почему разница в продолжительности жизни мужчин и женщин колеблется от страны к стране.

Однако факт остаётся фактом: у шимпанзе, горилл, орангутангов и гиббонов самки также стабильно живут дольше самцов той же группы, а ведь обезьяны обычно не расхаживают с сигаретой в зубах и бутылкой пива в руках.

Видимо, ответ на этот вопрос

Мифы и факты

Гюльчатай, покажи личико!

Почему женщины живут дольше мужчин?



можно найти, изучая процесс эволюции.

«Разумеется, социальные факторы и образ жизни также играют свою роль, но, судя по всему, этот феномен коренится глубже, в биологическом устройстве человека», – утверждает Том Кирквуд, профессор Ньюкаслского университета (Великобритания), изучающий биологические основы старения.

Размер имеет значение

Разница в продолжительности жизни может объясняться действием многих механизмов, начиная с молекул ДНК, которые называются хромосомами и присутствуют в каждой клетке. Хромосомы располагаются парами, причём у женщин две X-хромосомы, а у мужчин одна X- и Y-хромосома. Это различие может исподволь влиять на процесс старения клеток. Наличие двух X-хромосом означает, что у женщин имеется запасная копия каждого гена на случай отказа первой.

У мужчин такого резерва нет, поэтому со временем, когда многие клетки начинают функционировать неправильно, мужчины подвергаются большему риску развития заболеваний.

Среди других вариантов объяснений можно назвать гипотезу «тренированного женского серд-

ца» – она заключается в том, что во второй половине менструального цикла у женщины учащается пульс, что равноценно выполнению физических упражнений с умеренной нагрузкой. Благодаря этому риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в течение жизни у женщин ниже.

А может быть, дело просто в размере. У людей более высокого роста в организме больше клеток, а значит, у них с большей вероятностью могут развиваться опасные мутации. Кроме того, в более крупном организме сжигается больше энергии, что может приводить к повышенному износу самих тканей. Поскольку мужчины обычно выше женщин, в перспективе они подвергаются большему риску.

Но, возможно, истинной причиной разницы в продолжительности жизни является выработка тестостерона, который отвечает также за большинство остальных мужских признаков: от низкого голоса и волосатой груди до лысеющей макушки.

Сила и слабость тестостерона

Возможно, на краткий срок тестостерон делает наш организм сильнее, но в дальнейшем он может стать причиной развития сердечно-сосудистых, инфекционных и онкологических

заболеваний. Например, тестостерон может способствовать выработке семенной жидкости, но в то же время провоцировать рак предстательной железы либо воздействовать на сердечно-сосудистую систему, повышая её эффективность в молодости, но в дальнейшем вызывая гипертонию и атеросклероз.

Женщины не просто не подвергаются риску, связанному с выработкой тестостерона, но и могут пользоваться своим собственным «эликсиром молодости», который помогает им справиться с некоторыми возрастными проблемами. Женский гормон эстроген действует как антиоксидант, нейтрализуя токсичные вещества, которые вызывают клеточный стресс.

Том Кирквуд считает это явление своего рода эволюционной компенсацией, дающей и мужчинам, и женщинам наилучшие возможности для передачи своих

генов. Во время спаривания самки обычно отдают предпочтение альфа-самцам, накачанным тестостероном. Но после рождения ребёнка, по мнению Кирквуда, мужчина уже не столь необходим: «Состояние потомства тесно связано с состоянием организма матери. Коротко говоря, здоровье матери для детей важнее, чем здоровье отца».

Для современных мужчин это слабое утешение. Как бы то ни было, учёные признают, что однозначный ответ на вопрос о причинах разницы в продолжительности жизни мужчин и женщин ещё не найден. Остаётся лишь надеяться, что в конечном счёте изучение этого вопроса позволит понять, как помочь нам всем продлить свою жизнь.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».
По материалам сайта
BBC Medicine.

Кстати

Не надо завидовать

У евнухов было в 130 раз больше шансов дожить до 100 лет, чем у остальных мужчин. Даже изнеженные короли не могли тягаться с ними по продолжительности жизни. Факты в поддержку этой гипотезы совершенно неожиданно были найдены при императорском дворе Государства Великий Чосон, как называли Корею вплоть до XX века.

Недавно корейский учёный Хан Нам Пак проанализировал подробную летопись придворной жизни в XIX веке, где помимо прочего содержались сведения о 81 евнухе, которым до наступления полового созревания удалили семенники. По итогам изучения этих материалов было установлено, что евнухи жили примерно по 70 лет, тогда как остальные придворные доживали в среднем до 50 лет.

Не все исследования показали такой сильный разброс, но в целом можно считать, что люди (и животные) без семенников действительно живут дольше. Точные причины этого явления установить пока не удаётся, но сотрудник Лондонского университетского колледжа (Великобритания) Дэвид Джем полагает, что сбой происходит к концу периода полового созревания. В подтверждение этого предположения он указывает на печальную судьбу людей, страдавших психическими заболеваниями и содержавшихся в специальных учреждениях в США в начале XX века.

В рамках «терапии» некоторых из них принудительно кастрировали, и тогда они, как и корейские евнухи, жили в среднем дольше других пациентов, но только если стерилизация была произведена до достижения ими возраста 15 лет.

Скандалы

Компания Coca-Cola вложила миллионы фунтов стерлингов в исследования британских учёных-диетологов, дабы опровергнуть утверждения о том, что производимые ею напитки могут привести к ожирению.

Миллионы на врачей

Гигантский концерн, который является спонсором олимпиад, чемпионатов мира по футболу и регби, финансировал более 10 проектов британских учёных, включая советников правительства в сфере здравоохранения, которые в своих трудах выражали сомнения в общепринятых представлениях о связи между сладкими напитками и ожирением.

Многие специалисты считают растущее потребление сахара причиной эпидемии ожирения, уносящей ежегодно жизни более 50 тыс. человек и обходящейся системе здравоохранения страны в 5 млрд фунтов стерлингов. По мнению Филипа Джеймса, ведущего

эксперта в сфере питания, недостаточно жёсткие законы в сфере производства продуктов и напитков привели к тому, что крупные компании могут использовать учёных для продвижения своей продукции. Неправильная диета, по мнению ряда учёных, наносит больше вреда здоровью, чем отсутствие физической нагрузки, употребление алкоголя и курение вместе взятые.

Однако, несмотря на призывы специалистов ввести налог на содержание сахара в продуктах питания, правительство отказалось пойти на такой шаг. После этого весь размах финансирования компанией Coca-Cola научных учреждений и

институтов, а также якобы независимых исследовательских организаций был обнародован в прессе.

Как говорит С.Кейпвелл, член совета британской неправительственной организации Faculty of Public Health, «Coca-Cola пытается манипулировать не только общественным мнением, но и политикой, а также политическими решениями. Тактика компании сходна с тем, что делали в своё время табачная и алкогольная индустрии, пытавшиеся воздействовать на научные исследования, финансируя якобы независимые группы. Речь идёт о грубейшем конфликте интересов».

По мнению Ф.Джеймса, недостаточно жёсткие законы в сфере производства продуктов и напитков привели к тому, что крупные компании могут использовать учёных для продвижения своей продукции.

Игорь НИВКИН.
По материалам Times.

Ну и ну!

Признанный мёртвым мужчина очнулся перед вскрытием

Индийский бездомный, официально признанный мёртвым, пришёл в сознание за несколько минут до вскрытия.

Полиция индийского города Мумбаи утром обнаружила бездомного человека без сознания и доставила его в местную больницу. Бездыханное тело было направлено в морг для вскрытия. Но незадолго до того, как оно началось, мужчина пришёл в сознание.

Главный врач больницы Сулейман Мерчант объясняет ошибку тем, что полицейские потребовали провести осмотр на обочине дороги за пределами медицинского заведения. Подобная спешка, по словам Мерчанта, была вызвана тем, что стражи порядка были заняты мероприятиями по обеспечению безопасности



в связи с грядущим визитом премьер-министра страны Нарендры Моди.

В данный момент пациент проходит лечение от истощения. Медики подозревают

также, что он страдает алкоголизмом и наркозависимостью, добавил Мерчант.

Инна СЕРГЕЕВА.
По сообщению Франс Пресс.

Здоровая жизнь

На ринг
вызывается... доктор

На спортивных соревнованиях могут быть самые неожиданные ситуации

Мы уже привыкли к тому, что человек в белом халате может, а, наверное, и должен, появляться в любом месте, где здоровью человека угрожает потенциальная опасность. Не в последнюю очередь к таковым относятся места проведения соревнований по единоборствам, где, несмотря на целый кодекс запрещающих или ограничивающих правил, возможны травмы.

На днях в невинномысском городском Дворце спорта «Олимп» впервые в жизни спортивного Ставрополя прошли 10 поединков лучших бойцов Юга России. Зачастую такие поединки называют «боями без правил», что неверно в принципе: бои как раз проходят именно по правилам ММА (от англ. Mixed Martial Arts – смешанные боевые искусства, представляющие



С.Закомолдин в «боевой готовности»...

собой сочетание множества техник, школ и направлений единоборств). В одном из поединков, при

проведении специального приёма «гильотина» боец терпел, не хотел сдаваться, и в результате – «уснул» (при передавливании сонной артерии нарушается кровоснабжение головного мозга, человек сначала засыпает, а потом теряет сознание). Здесь очень важно, чтобы рефери внимательно следил за нюансами схватки и вовремя её остановил. В нашем случае вовремя вмешавшийся спортивный врач Сергей Закомолдин привёл бойца в сознание, и всё закончилось благополучно.

Позже Сергей Петрович рассказал, что в его практике именно таких случаев не было, а в основном приходилось «врачевать» вывихи, ушибы, растяжения связок, иногда переломы. По мнению С.Закомолдина, этот случай мог привести к опасным последствиям.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.



...и в действии

Признание

Вечная жизнь?

Нобелевский лауреат в неё не верит

Томас Линдаль, получивший Нобелевскую премию в области химии за открытие клеточного инструментария ДНК, считает, что с помощью этого исследования будет возможно противодействовать повреждениям ДНК. Об этом сообщила в Стокгольме Королевская шведская академия наук, отвечающая за выбор обладателей награды.

Томас Линдаль, который получил премию за открытие клеточного инструментария ДНК вместе с ещё двумя учёными, считает, что знания об этом открытии не приведут к вечной жизни, но помогут медицине. Учёный работает в Великобритании, двое других лауреатов – Пол Модрич и Азиз Санкар – трудятся в США.

В сообщении Нобелевского комитета для прессы говорится, что награда, в частности, присуждена «за инструментарий, который позволяет на молекулярном уровне показать, как клетки

«ремонтируют» повреждённые ДНК и сохраняют генетическую информацию».

В ходе пресс-конференции в Стокгольме Томас Линдаль, поясняя значение своего исследования и коллег, сказал, что поиск методов, которые бы могли помочь в лечении многих серьёзных заболеваний, как, к примеру, рак, является очень важной работой.

«В организме возникает немало повреждений ДНК, что приводит к различным заболеваниям», – цитирует учёного РИА Новости. – Мы нашими исследованиями хотели бы противодействовать этим повреждениям. Поэтому в таком случае важно понимать механизм возникновения повреждений и таких заболеваний, как рак».

На один из вопросов журналистов по поводу того, могут ли знания о репарации ДНК привести к вечной жизни, он ответил, что «в вечную жизнь я не верю».

Иван ВЕТЛУГИН.

Юбилей

«Вы находитесь в составе больницы, которой в этом году исполнилось 140 лет, поэтому я с удовольствием поздравляю весь коллектив учреждения. Это не только старейшая, но и одна из самых лучших клиник столицы нашей страны. Настоящее медучреждение соответствует самым высоким мировым стандартам», – заявил мэр Москвы Сергей Собянин в ходе посещения роддома, входящего в состав столичной ГКБ № 29 им. Н.Э.Баумана, где ежегодно проходит около 8 тыс. родов.

«Только за последние 2 года количество родов увеличилось на 25-30%. Несмотря на то, что у нас низкий процент кесарева сечения, один из самых низких и в Москве и в России в целом, перинатальная смертность у нас достаточно низка, что также соответствует европейским показателям», – акцентировала внимание градоначальника заместитель главного врача стационара по акушерско-гинекологической помощи Лариса Есипова. – К нам приезжают жительницы всех округов столицы. Никому из обратившихся в помощи мы не отказываем, особенно если речь идёт об альтернативных родах», – добавила она.

В рамках проходящей в течение последних нескольких лет оптимизации столичного сегмента отрасли стационар в целом и роддом в частности были оснащены самым современным оборудованием. По программе модернизации здравоохранения Москвы было приобретено больше 230 единиц

Ситуация

Как сообщают британские СМИ, гражданка Португалии доктор лондонского футбольного клуба Ева Карнейро была намерена оспорить решение главного тренера «Челси» Жозе Моуринью отстранить её от работы с командой.

Спортивный врач
может подать
в суд на «Челси»

Авторитет медицины в спорте должен быть неоспорим

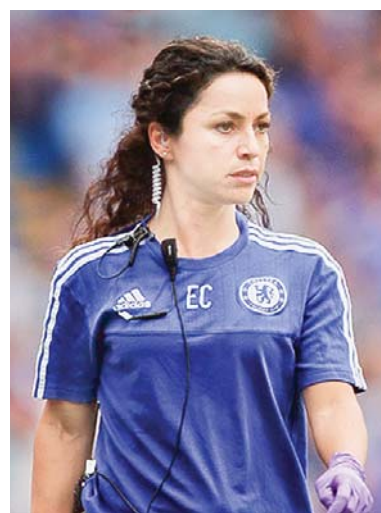
Медицинский специалист желает получить публичные извинения от своего соотечественника, возглавляющего лондонский клуб.

Ранее Моуринью после матча 1-го тура против «Суонси Сити» (2 : 2) раскритиковал действие медицинского персонала. Полузащитник «Челси» Эден Азар получил повреждение в одном из игровых эпизодов и по решению Карнейро покинул поле для оказания помощи. Однако тренер посчитал травму несерьёзной и был против того, чтобы Азар покидал поле. По его мнению, это помешало команде отыграться. К этому моменту «Челси» играл вдесятером после удаления голкипера Тибо Куртуа.

Ранее сообщалось, что Карнейро останется в штате клуба и будет выполнять функции врача. В данном конфликте отстранение Карнейро осудил глава медицинской службы Международной федерации футбола (ФИФА) Иржи Дворжак.

Ева Карнейро работает в «Челси» с 2009 г. и давно снискала симпатии всех любителей футбола в мире как один из немногих представительниц женского пола в истинно мужской игре. Поклонники футбола уже давно окрестили Еву самым красивым врачом в мире самой популярной игры с мячом.

Мировую известность доктор Карнейро заработала в феврале 2012 г., когда «Челси» противостоял итальянскому «Наполи» в 1/8 финала Лиги чемпионов. Тогда в первом матче «Наполи» уверенно переиграл лондонцев на своём поле



Ева Карнейро уверена в себе

(3 : 1), но врач «Челси» буквально влюбила в себя трибуны Неаполя. Местные тиффози восторженно встречали каждое её появление на поле, а после завалили весь Интернет признаниями в любви. А итальянские журналисты тогда назвали госпожу Карнейро «самым прекрасным явлением в игре соперников».

К слову, футболисты «Челси» в итоге оказались достойны своей докторши и в ответном матче победили «Наполи» со счётом 4 : 1, таким образом пройдя в 1/4 финала Лиги чемпионов.

Инна СЕРГЕЕВА.
По материалам LifeNews.

Плод больших перемен

О сёстрах милосердия московской общины – добрая память



современного медоборудования, среди них инкубаторы и системы интенсивного ухода за недоношенными детьми, УЗИ для новорождённых и многое другое.

В рамках визита в стационар С.Собянина руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун и главный врач больницы Ольга Папышева открыли мемориальную доску в память об основательницах больницы – сёстрах милосердия московской общины.

«Данное медучреждение является не только гордостью московского здравоохранения и частичкой её славной истории, но и надеждой, с которой мы смотрим в наше будущее. Сегодня это один из крупнейших авторитетных мощных больничных комплексов, которые появились на протяжении последних 5 лет в Москве», – подчеркнул А.Хрипун.

Марк ВИНТЕР.

Москва.

На литературный конкурс

ЛЮБОВЬ КОЛОСОВА-ДАВЫДЕНКО

«ОХОТНИЦЫ»

Мы с моей подружкой и сослуживицей Людмилой Тимченко были большими охотниками до ягод. Могли отправиться в лес и после ночного врачебного дежурства, и после суток бдения в больнице, невзирая на усталость – лишь бы ягоды нам посулили. Нашу страсть (не к ягодам, конечно, а к продолжительным лесным прогулкам) разделяла моя собака – лайка Пима. Она готова была из леса вообще не выходить, особенно если унюхает что-либо стоящее – ну не ягоды, конечно!

Вот однажды унюхала белку на сосне. Пока мы полянку земляники вокруг этой самой сосны обирали, Пимино увлечение белкой нас нисколько не заботило и не раздражало. Но когда ягоды закончились, а собачий охотничий азарт – нет, мы с Людой столкнулись с большими трудностями. Оказалось, это не мы её по лесу «выгуливаем», это она нас и сторожит, и охраняет, а в вопросах принципиальных – в вопросах охоты, в чём мы не бельмеса не понимаем, будет отныне соблюдать принципиальность...

Принципиальность – это значит: нашёл зверя – лови его, не отпускай! Не под деревом ковыряйся, а стреляй, стреляй, стреляй, стреляй! Иначе зачем припёрлись? Стреляй, стреляй, стреляй, стреляй – под этот её оглушительный лай мы вдвоём сначала пытались оттащить собаку от сосны. Напрасно! Наша лайка оказалась физически крепче, чем мы с Людой, да ещё дело принципа... Думали, под этой сосной и заночуем.

Но мы же Homo sapiens в конце концов! Додумались: один собаку тянет, другой в эту пугливую белку шишками пуляет. Насилу управились – белка унеслась, собака след потеряла и на нас



обиделась. Домой трусит и на нас даже не оглядывается.... Мы для неё полностью дискредитированы как «охотницы». Значит, надо всё брать на себя – в следующий раз...

В этот «следующий раз» мы немного заблудились и на обратной дороге домой выскочили из леса на одинокий хутор. Полуценное солнышко накалило придорожную пыль, и в этой пыли самозабвенно кувырвалось с десятков кур под предводительством древнего болтливого петуха. Он-то и стал жертвой охотничьего азарта нашей Пимы. Боже, какой переполох подняли куры! Воистину, этот петух им был очень дорог и любим.

Под это многоголосое истерическое кудяхтанье мы отступали к лесу: впереди всех я с полной корзинкой ягод, потом Людмила – с половинкой корзины, за-

тем Пима – с петухом в пасти. В несколько размеренно-ленивых скачков она нас обогнала, некоторое время гордо возглавляла наше отступление, затем презрительно бросала свой трофей под ноги бестолковой хозяйке. Я с размаху перепрыгивала жертву, Люда обогнала, и всё началось сначала: Пима меня обгоняет, «преподносит» трофей, я в ужасе его перепрыгиваю, Люда обогает... Пима догоняет...

В лесу остановились отдышаться: трофей пришлось признать – во избежание бунта – и уложить в рюкзак.

Петух был «доисторический» – блошиный и жёсткий: варить его пришлось часа три в скороварке. Достался он целиком и полностью нашей «охотнице» – за труды праведные и неправедные...

Москва.

ОБ АВТОРЕ. Любовь Колосова-Давыденко – врач с 30-летним стажем. Работала на скорой помощи, в сельской участковой больнице, в стационаре, поликлинике. Ныне – на пенсии.

Умные мысли

Виктор КОНЯХИН

От космоса до Земли — один шаг

- Ярая блондинка появляется специально для любви с первого взгляда.
- Нашёл фрагмент чужого счастья и пристраивал к своей неудачной жизни.
- Литературное братство крепится стаканом.
- Относись к жене легко: носи её на руках.
- Гроза уйдёт, озон – останется!
- Всю жизнь искал счастье. Находились одни подковы.
- Пчела жаловалась: «Что наша жизнь – пыльца».
- Лошади танцуют в цирке. Деревня развалилась – все ушли в город, на заработки.
- Козла не пинай, не ругай – всё равно бодаться будет.
- Человек – царь Природы. Но Природа боится царских отпрысков.
- Лягушка далеко прыгает, да болото быстро кончается.
- В пустыне каждая песчинка ходит по ветру.
- У каждой вороны – собственная каррплата.
- Природа без дураков глупеет. Природе некого обучать.
- Даже лошадей на бегах понимает: главное не участие, а ставки.
- Парк – это природа, за которую надо платить.
- Холостяк в доме своих мух не обижает, они сами дохнут с голода.
- Фонарь долго думает, на котором столбе расцвести?
- Память от павлина – только его хвост.
- Если между городами нет деревень, эта страна – пустыня.
- Бык никогда не думает, опасается – рога затупятся.
- Мысль проклянулась – к урожаю.
- Пашня – сытная грязь.
- Зерно клевать – и куриных мыслей хватит.
- Дары цивилизации растут на свалках.
- Фермер в книжной лавке: «Что у вас найдётся – курам на смех?»
- Началась битва за урожай. Пострадавших – нет.
- Объявление: «Свежий навоз для вашей дачи. Выезжаем на «тройке» по первому вызову».
- На кинофестивале победил детектив «Овощи». В жюри сидели козлы.
- Сорока мечтала жить в городе. Хотелось гадить на людей.
- Хорошо подкован? Иди в кузнецы, делись опытом!
- Плодоносят те, которые не бегут из своего сада.
- Язва желудка начинается с язвы огородника.
- Люди в зоопарках не размножаются, они строят домашние зверинцы.
- Все «горячие точки» космоса почему-то собрались на нашей планете.
- Дайте космосу время – и он выдаст любую цивилизацию.
- Планеты рекомендуют звёздам: «В Космосе лучше не светиться».
- Вокруг – летающие тарелки. Зелёные человечки свадьбу играют.
- Млечный путь оборудовали рыночными берегами.
- Всё, что легче воздуха, должно летать. Например, пустые мысли.

Москва.

Посох				Подбе- резовик	Брей- гель, картина	СКАНВОРД										Дорож- ный ...	Тимо- пол	Обвод- ка (спорт.)				
"През- рение", актриса	1000 кг		Озеро, Танза- ния				Сальбу- тамол							Озеро, Италия		Больш- шой платок	Гоголь, пьеса		Натя- нутая бечева			
Анта- цидное сред- ство				Шланг	Рос. адми- рал	"Ледя- ная, Дева", перс.	Древняя страна, Китай		Певчая птица, Африка		Серов, картина		Врач						Остров, Греция			
"... Эдема", Хемин- гуэй	Цвета- ева, стих.		Слова- кия								Боевые машины						Поэ- тесса Ашаль- чи ...					
			Шут	Сожа- ление		Монета, Древняя Персия	Франц. поли- цейский		Хоть бы ...				Кампис	Рос. гиги- енист								
	Тело ор- ганизма	Ткань с рубчи- ками				Рос. хокке- клуб		Стало быть	Герци- гова		Армян. молочн. продукт	... мудра, берет с утра					Приток Ама- зонки					
			Магни- тотвер- дый сплав			Певец Крис ...	Навес						М А Й К Л А				П А П П А Р					
Патри- циан. род, Генуя		Англ. физи- олог				Жу- равль							О Р	О К Л А Д	О Т Е Л Л О		И	А М Е				
Автор Валерий Шаршуков			Воспал. место на коже	"Граф ...", Пушкин			Брат Авеля						К Л А П А Н М Р Е М А Ш С К О П А				Т В Г Л О К С И Н И Я К В И Н А К С Р О Т					
													А Ц И Л А Ш А Н О Р Д А Р О Н А К И Р А				Г Ю Л И Й С К И П М Н Т С Е Т М А З					
													А Ф Е Р А К У Т У М О Л О Т				М И С Т Р О М У Т Ы Ю Р А					
													К А А Б Р А М Т Ю К А Й									

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 79 от 21.10.2015

*Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 79 от 21.10.2015.*

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы.
За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – В.КЛЫШНИКОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 3010181040000000022
БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М»
143405 Московская область
Красногорский район, г. Красногорск,
автодорога «Балтия», 23 км,
владение 1, дом 1.

Заказ № 15-09-00727
Тираж 31 098 экз.
Распространяется
по подписке в России
и других странах СНГ.

Корреспондент – Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845;
ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»:
50075 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.