

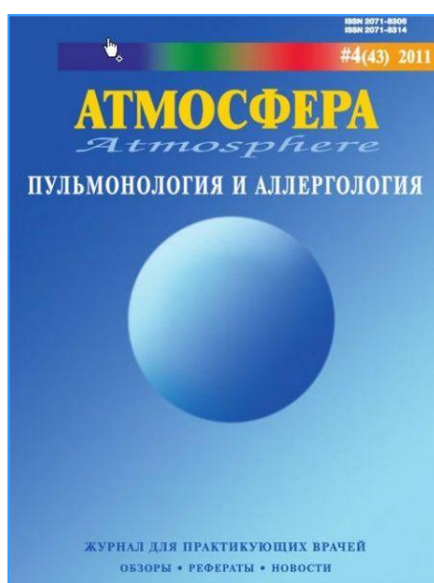


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

*Ежемесячный дайджест
материалов из периодических изданий,
поступивших в областную научную
медицинскую библиотеку МИАЦ*

№4 (апрель), 2016



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	17
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	19

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Щеглов, К. Минздрав России: удалось удержать позитивные тенденции. Что происходит в сфере здравоохранения за последнее время? // Медицинская газета. – 2016. – 23 март. (№ 19). – С. 4.

Президент РФ провёл в Ново-Огарёве рабочую встречу с министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой. Главу государства интересовала «текущая ситуация» в отрасли по результатам прошлого года и по результатам работы за 1 квартал, фактически – 2 месяца.

Смертность снижается.

– Несмотря на известные финансово-экономические колебания, нам удалось удержать те позитивные тенденции, которые до этого в течение ряда лет развивались, – отметила В. Скворцова.

– Важным положительным результатом явилось дальнейшее и очень существенное снижение младенческой и материнской смертности. Младенческая смертность снизилась на 12%, даже больше за 2015 г., достигнув 6,5 на тыс. родившихся живыми, а в январе – ещё на 4,6%, до 6,2. Это абсолютный исторический минимум.

– А сколько она составляла в 2014 г.? – поинтересовался В. Путин.

– 7,4. Важно при этом сказать, что более чем в половине регионов – в 44 из 85 – показатели младенческой смертности ниже средней по России, и есть показатели лучшие в мире. Скажем, в Томской области – 1,7, в Тамбовской и Тульской – 2,3, в Кабардино-Балкарии – 2,9. То есть у нас около 20 регионов имеют показатели ниже 3,5-4. Это действительно очень хорошие показатели.

Материнская смертность тоже снизилась более чем на 11% и достигла исторического минимума.

Конечно, мы надеемся, что в 2016 г. выстроим 32 перинатальных центра в 30 регионах, за этим следим очень строго. Это даст дополнительный мощный импульс дальнейшему развитию.

Хотелось бы также отметить, что продолжительность жизни россиян увеличилась – до 71,2 года, причём в большей степени увеличилась у мужчин – на полгода за 2015 г. Смертность трудоспособного населения существенно снизилась – в среднем на 4,5%. Это больше 21 200 человек, и прежде всего это мужчины в возрасте от 35 до 60 лет.

Основным фактором, влияющим сейчас на показатели общей смертности, является фактор старения населения. И в этой связи мы провели очень жёсткий анализ, каким образом увеличить шаг в снижении смертности, с тем, чтобы старение не явилось препятствием к снижению смертности, а мы могли эти два процесса – увеличение продолжительности жизни и снижение смертности – ускорить. У нас есть большой ресурс, в этом направлении мы работаем.

Приходят высокие технологии.

По высокотехнологичной помощи нам удалось достаточно резко увеличить её объём. В 2013 г. у нас объём был 505 тыс. человек. Сейчас уже больше 816 тыс. При этом хотелось бы отметить, что более разнообразной стала высокотехнологичная помощь, она пополняется действительно высокими технологиями, самыми современными.

Хотелось бы сказать, что в этом году мы впервые вышли на более чем 120 тыс. стентирований, причём уже более 20% больных с острым коронарным синдромом, в экстренном порядке в течение первых 3 часов с момента госпитализации стентируются.

– Хорошо, что сейчас в регионах это появилось...

– И если брать, скажем, такие плановые виды помощи, как трансплантация, то более 80% трансплантаций почек проходит уже в региональных клиниках.

Наряду с высокотехнологичной мы большое внимание уделяли повышению доступности первичной и скорой медицинской помощи. Это была достаточно серьёзная проблема, особенно в регионах с низкой плотностью населения и плохой транспортной инфраструктурой. Поэтому мы полностью пересмотрели те нормативы, которые работали до 2015 г., подняли требования к доступности. Они основываются теперь не только на численности проживающего населения в том или ином населённом пункте, но и предельном времени ожидания медицинской помощи, на возможностях транспортной инфраструктуры. То есть, фактически это комплексный подход, который позволил нам создать геоинформационную карту для всей страны, для каждого региона.

Это позволяет нам на примере каждого региона анализировать доступность медицинской помощи и проводить работу над ошибками.

Село становится ближе.

– А что делается для увеличения доступности на селе?

– В стране открыто несколько модульных производств. Это достаточно дешёвые, но очень качественные ФАПы и фельдшерские пункты разного метража с учётом проживания фельдшера. Мы строим достаточно много, около 500 ФАПов в год, причём это налажено практически во всех регионах.

Конечно, трудно компенсировать тот износ, который накопился за десятилетия по старой инфраструктуре. Но именно поэтому мы сейчас фактически точно для каждого региона определяем, где нам нужно обновить инфраструктуру, а где обойтись мобильными передвижными комплексами, если они будут приходить регулярно – не реже двух раз в год – для тотального профилактического обследования населения.

Кроме того, конечно, особое внимание – экстренной медицинской помощи, чтобы независимо от того, где бы человек ни проживал, он мог менее чем за 20 минут вызвать и получить скорую помощь. Наши геоинформационные ресурсы как раз позволяют, прежде всего для сельской местности, спланировать развитие инфраструктуры и активность на местах.

Также надо сказать, что мы в 2015 г. впервые начали прикреплять наше население не к конкретным медицинским организациям, а к конкретным врачам или фельдшерам, если речь идёт о сельской местности. Это позволило нам, начиная с марта 2015 г., мониторить работу каждого из 60 тыс. участков и анализировать работу каждого участка по числу смертей за неделю, количеству вызовов скорой помощи, в том числе необоснованных, количеству экстренных госпитализаций. И в ближайшее время мы опубликуем рейтинг качества работы терапевтических участков. Это позволяет нам точно «дотягивать» определённые районы и принимать меры вместе с регионами, для того чтобы повысить качество и доступность медицинской помощи.

На наш взгляд, здесь есть достаточно серьёзные подвижки, хотя, конечно, на сегодняшний день система пока не совершенна, и можно привести массу негативных примеров. Постараемся постепенно, шаг за шагом их исправить.

– Насколько доступны лекарства?

В отношении доступности лекарственных препаратов. За январь и февраль цены на жизненно важные препараты повысились на 0,4%. В несколько большей степени они поднялись на дешёвый сегмент.

– Это же в основном отечественные препараты? Почему именно на них идёт повышение?

Если вспоминать первые 2 месяца прошлого года – там повышение было 5,5%, то есть больше чем в 10 раз. В принципе, если опять-таки сравнивать это с рыночным сегментом, – там повышение существенно превышающее. То есть 0,4% – это достаточно стабильная цена, которая на потребительской возможности населения никак не сказывается.

Мы отдельно, очень внимательно контролируем ассортиментную доступность, потому что были сигналы, что в конце года случались перебои с определёнными лекарствами именно из этого сегмента.

На сегодняшний день из отечественных дешёвых препаратов у нас выпадения, с точки зрения международных непатентованных наименований (МНН), нет вообще, и ассортимент стабильный. Но на 2,5% снизилось количество торговых форм. Это никак не снижает качество помощи, потому что достаточно большое количество аналогов по всем МНН, которыми легко заменить отсутствующие препараты.

– Если говорить об импортных препаратах дешёвого сегмента – там выпадение более существенное, снижение на 18% и в ассортиментном, и в ценовом выражении. Имеется в виду в целом рынок дешёвых препаратов. Но поскольку мы держим весь спектр МНН стабильным, то, по сути, речь идёт о перераспределении рынка дешёвых препаратов с акцентом на отечественные.

По данным маркетинговых компаний, которым мы специально заказывали исследования, какого-то сокращения коммерческого рынка препаратов нет.

Развивать фармацевтику на собственной базе.

– Мы несколько лет назад создали целую программу развития отечественной медицинской и фармацевтической промышленности. Как она работает?

– Это программа Министерства промышленности и торговли РФ, но мы при этом очень тесно общаемся.

– За последние 3 года было развито около 70 отечественных производств. Сейчас уже речь идёт о полноцикловом производстве, о глубокой локализации и об оригинальных препаратах. Поэтому положительная динамика налицо.

Я докладывала вам по перечню жизненно важных препаратов – их 23,5 тыс. торговых наименований, 646 международных непатентованных наименований. Если взять весь спектр торговых препаратов – 81% уже в том или ином виде производится на территории Российской Федерации. Из них по полному циклу, имею в виду производство субстанции или изменение субстанции, – где-то 67%. Пока ещё достаточно большая доля, так скажем, поверхностно локализованных производств.

Нас волнует одна проблема, которая сводится к тому, что население сейчас меньше тратит собственных ресурсов для получения лекарств в амбулаторном сегменте: по данным социологических опросов, примерно на 11%. И в этой связи падает приверженность к лечению, в том числе пациентов из тех групп, которые должны принимать постоянную терапию в течение 1-2 лет: после операций на сосудах, в том числе аортокоронарного шунтирования, стентирования, или после инфарктов и инсультов. В этой связи мы разработали программу и провели пилотный проект по частичному государственному возмещению стоимости этих лекарств.

– Правильно. Людям просто тяжело.

– Да. Хотелось бы помогать. Тем более что экономия будет очень большая. Просто отсутствие повторных таких тяжёлых заболеваний, на которые мы тратим несколько сот тысяч рублей на одного пациента. Поэтому здесь будет и прямая экономия, и непрямая.

– В чём заключается предложение?

– В том, чтобы предусмотреть уже в бюджете 2017 г. небольшую сумму денег в Фонде обязательного медицинского страхования, для того чтобы дифференцированно, в зависимости от собственной мотивации человека на постоянное лечение, компенсировать часть стоимости лекарств.

– Сколько это примерно?

– Если говорить о тех 120 тыс., которые прошли стентирование, то 100% лечения на один год стоит 4,7 млрд. Это для страны в целом не очень большая сумма денег, но она решает проблему. Мы на 50%, как минимум, уменьшим повторные сосудистые события...

– Подготовьте это предложение. Уже сейчас нужно его обсуждать, имею в виду, что работа над бюджетом 2017 г. практически начинается...

Маринин, А. Общественное здоровье: новые вызовы // Медицинская газета. – 2016. – 18 март. (№18). – С. 5.

Отмечаемые в последние десятилетия снижение преждевременной смертности и рост продолжительности жизни связаны, прежде всего, с успешной реализацией программ общественного здоровья. Согласно экспертным оценкам, по меньшей мере 2/3 от срока, на который увеличилась средняя продолжительность жизни в XX веке, обусловлено успешной реализацией программ общественного здоровья, среди которых обеспечение безопасности дорожного движения и труда, борьба с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, сокращение потребления алкоголя и табака, а также снижение потребления соли и сахара.

Сохраняющийся высокий потенциал мер, направленных на охрану общественного здоровья, делает особенно актуальным поиск новых доказательно эффективных практик с целью их последующего применения как на страновом, так и на международном уровнях.

Важнейший импульс развитию программ общественного здоровья на международном уровне был придан 1-й Глобальной министерской конференцией по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, прошедшей в 2011 г. в Москве. Положения Московской декларации, принятой по результатам указанной конференции, нашли отражение в целом ряде политических и организационных документов ВОЗ и ООН. Общий рост интереса к вопросам охраны общественного здоровья привёл к тому, что решением 70-й сессии Генассамблеи ООН в

число целей устойчивого развития ООН была включена цель по обеспечению условий для здоровой жизни и укрепления благополучия для всех.

Основным руководящим документом для практической реализации политических решений стал разработанный ВОЗ и принятый Всемирной ассамблеей здравоохранения «Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 гг.».

Всемирная ассамблея здравоохранения также приняла комплексную глобальную систему мониторинга, включающую 9 добровольных глобальных целей, которые предстоит достичь к 2025 г., и 25 показателей, которые можно применять во всех условиях на региональном и страновом уровнях в целях мониторинга тенденций и оценки прогресса, достигнутого в реализации национальных стратегий и планов по неинфекционным заболеваниям.

В 2015 г. ВОЗ утвердила глобальный координационный механизм, чем фактически завершила создание практических документов по борьбе с неинфекционными заболеваниями.

Таким образом, мы можем констатировать, что все необходимые идеологические и политические документы, связанные с проблемой неинфекционных заболеваний, созданы, и наступило время реальных действий.

Сегодня в борьбе с неинфекционными заболеваниями можно выделить два принципиальных направления. Первое – это формирование здорового образа жизни населения. Второе – адекватный ответ системы здравоохранения в плане своевременного выявления факторов риска и развивающихся неинфекционных заболеваний, взятие под контроль течения этих болезней с помощью эффективных лекарств и технологий.

Эффективная работа по формированию здорового образа жизни предполагает направление усилий на борьбу с основными факторами риска неинфекционных заболеваний, среди которых лидирующее место занимают потребление табака, алкоголя, неправильное питание.

По оценкам экспертов, курение табака связано примерно с 20% всей смертности у взрослых в мире. В глобальном измерении отказ от курения прибавил бы около 2,5 лет к ожидаемой продолжительности жизни, а в некоторых странах – до 5 лет.

По данным ВОЗ, потребление алкоголя ассоциировано примерно с 6% всей смертности в мире и около 5% всего бремени болезней. Для сосудистых катастроф он ещё выше – до 25%.

Если говорить о здоровом питании, то одно лишь сокращение количества потребляемой соли до рекомендованных 5 г/сутки позволило бы в глобальном изменении сохранить около 2,5 млн жизней ежегодно.

Работа по указанным направлениям требует межсекторального подхода, объединения усилий государственных и общественных институтов, а также отдельных индивидов. Оптимальной организационной формой обеспечения такого межсекторального взаимодействия является принятие национальной стратегии по борьбе с неинфекционными заболеваниями и соответствующего национального плана.

Основой действий по борьбе с неинфекционными заболеваниями в России является Государственная программа развития здравоохранения, которая стартовала в 2011 г. Аналогичные программы созданы и работают во всех регионах страны. Координация действий по формированию здорового образа жизни на федеральном уровне осуществляется Правительственной комиссией, куда входят все министры кабинета, а также представители общественных организаций, всех религиозных конфессий.

Межсекторальные меры, предпринятые в нашей стране, позволили не только снизить потребление алкоголя и табака на 17% за последние 4 года, но и сократить объём болезней и смертей, ассоциированных с их потреблением.

В Российской Федерации в течение последних 10 лет продолжительность жизни увеличилась более чем на 5 лет. Общая смертность при этом снизилась на 13,5%, инвалидность – в 2,5 раза.

За 10 лет в нашей стране смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снизилась на 27%, за последние 5 лет – на 16%, инвалидность от сердечно-сосудистых заболеваний уменьшилась в 4 раза. Российская Федерация выполнила 4 и 5 цели развития тысячелетия, достигнув исторического минимума по показателям младенческой смертности. Показатель смертности по стране в среднем составляет 6,3 промилле, но хотелось бы отметить, что в половине регионов страны он составляет от 3 до 4,5 промилле.

Несомненно, важной является и работа с общественным мнением, формирование установок на ведение здорового образа жизни. Сегодня в России на федеральных и региональных каналах демонстрируются тысячи видеороликов о здоровом образе жизни, функционирует федеральный интернет-портал takzdorovo.ru, который только за прошлый год посетило около 3,5 млн человек. Работает горячая линия по здоровому образу жизни, номер которой мы планируем наносить на пачки сигарет. Новым успешным средством решения задачи по привлечению внимания к здоровому образу жизни стал краундсор-синговый интернет-проект «Фабрика здоровья», запущенный в 2015 г. в сети Интернет. На нём люди сами делились своими советами по сохранению здоровья, могли выбирать лучшие из них путём открытого голосования. Более 10 млн человек посетили сайт проекта в 2015 г. Эта работа активно продолжается.

Хотелось бы отметить, что наряду с формированием здорового образа жизни в России действует широкомасштабная программа диспансеризации, которую уже прошли более 117 млн человек.

Наша программа построена на принципах социального равенства, на едином подушевом нормативе независимо от того, где человек живёт. Важно отметить, что мы в России создали национальную систему здравоохранения без различий для медицинских организаций разных форм собственности. И уже сейчас 22% медицинских организаций, работающих в рамках программы государственных гарантий – это частные медицинские организации. Наша задача – построить национальную систему здравоохранения независимую от форм собственности, основанную на принципах качества медицинской помощи, а также аккредитационных требований для медицинских работников.

Прогресс в области общественного здравоохранения, как правило, оказывает воздействие на людей во всём мире.

Поэтому наша страна приняла на себя ответственность по выдвигению проблематики общественного здоровья в контексте профилактики неинфекционных заболеваний в число ключевых международных вопросов, рассматриваемых сегодня не только в ВОЗ, но и в ООН. Россия взяла на себя большую долю финансирования этого направления в ООН. Сегодня на базе ведущих российских научных и практических центров создан ряд сотрудничающих центров ВОЗ, что играет особую роль в обмене опытом между врачами разных стран, особенно с врачами из стран с переходной экономикой.

В 2015 г. в Москве открыт географически удалённый офис ВОЗ по борьбе с НИЗ, благодаря чему мы можем консолидировать передовой мировой опыт в области борьбы с неинфекционными заболеваниями, передавая обновлённые методические наработки зарубежным коллегам.

Львова, Е. Новая эпоха в лечении рака? Будущее – за иммуноонкологией. На нее держат ориентир видные учёные // Медицинская газета. – 2016. – 8 апр.(№ 24). – С. 10.

Население планеты переживает настоящую «онкологическую эпидемию». К 2035 г. количество случаев злокачественных заболеваний в мире может достигнуть 24 млн (по сравнению с 14,1 млн в 2012 г.). В России только в 2014 г. в стране выявили более 560 тыс. новых случаев рака, что на 5,8% превысило показатель 2013 г. Об этом свидетельствует сегодняшняя официальная статистика.

Социально значимая задача.

Особое место в структуре рака занимает меланома кожи, высоко злокачественная опухоль, возникающая из клеток-меланоцитов, образующих пигмент меланин, что и обуславливает её окраску. Таким образом, меланома кожи – это чаще всего пигментное образование, но злокачественное. Для неё характерны значительная агрессивность, начало в молодом и среднем возрасте (преимущественно, от 15 лет до 50 лет), раннее возникновение отдалённых метастазов и крайне неблагоприятный прогноз (смертельный исход). Поэтому поиск эффективных способов лечения меланомы является, по сути, социально значимой задачей.

Показатели неутешительны. По данным ВОЗ, каждый год в мире регистрируют в среднем 132 тыс. новых случаев этой опухоли. В 2014 г. в России выявлено 9390 новых случаев меланомы кожи, и почти 12% из них умерли в течение первого года после постановки диагноза.

Распространённость заболевания в России за последние 10 лет выросла на 52% (с 36,1 пациентов на 100 тыс. населения в 2004 г. до 54,8 – в 2014 г.). А смертность за 10 лет (с 2003 по 2013 г.) увеличилась на 23%. Сохраняется высокий процент «запущенных» стадий (III-IV) на момент установления диагноза – до 25%.

В эпицентре опасности.

Эти убийственные цифры обусловлены усилением сокрушительного воздействия инсоляции на организм человека, даже в северных широтах планеты, что связано с неуклонным разрушением озонового слоя. По прогнозам, каждые 10% убывания концентрации озона в атмосфере будут приводить к 4500 новым случаям. Поэтому в зоне риска – жители многих стран мира.

Несмотря на то, что на долю меланомы в структуре всех видов рака приходится менее 5-10%, пигментные образования на коже (родинки или невусы), которые нередко «маскируют» меланому, встречаются у 90% населения.

У индивидов с крупными невусами (более 5 мм) и с их количеством от 11 до 25 штук риск меланомы увеличивается в 1,5 раза (по сравнению с теми, у кого менее 10 невусов). В связи с этим меланому сложно выявить на ранних стадиях, и эта опухоль приводит к смерти 60-80% пациентов в общей популяции лиц с опухолями кожи.

Онкологи утверждают: это серьёзное заболевание можно и нужно диагностировать на ранних стадиях при обычном осмотре кожи. Всё, что для этого требуется – это регулярные самостоятельные осмотры кожи и посещения специалиста. Население России очень плохо осведомлено о проблеме меланомы и, как результат, пациенты поздно обращаются к врачу, что приводит к неудачам в лечении.

Коварство – в запущенности.

Своевременно поставленный диагноз и адекватная терапия являются залогом долголетия, так как продолжительность жизни при меланоме кожи напрямую зависит от стадии опухоли и образа повседневного поведения.

В раннем периоде толщина опухоли составляет около 1 мм, и после проведения только хирургической операции 90% пациентов получают шанс прожить 5 лет без рецидивов.

Однако член Экспертного совета ВОЗ по меланоме Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, доктор медицинских наук, профессор Лев Демидов отмечает, что лечение меланомы кожи нередко начинают уже в запущенной стадии, поэтому это крайне опасная и смертельная опухоль.

«На сегодняшний день во многих странах, включая Россию, отмечается стремительный рост заболеваемости меланомой кожи. В нашей стране она занимает лидирующие места по приросту смертности. Это во многом связано с недостаточной информированностью населения и запоздалой диагностикой заболевания. Ранняя диагностика существенно улучшает результаты лечения и выживаемость пациентов, что диктует необходимость совершенствования программ по ранней диагностике меланомы с привлечением повышенного внимания общественности к проблеме меланомы», – комментирует он.

В 2014 г. в России, показатель запущенности в отношении меланомы кожи (когда заболевание выявлено на III-IV стадии) составил 22,1%. На поздних стадиях появляются отдалённые метастазы, заболевание переходит в метастатическую стадию, при которой смертность в течение 1 года составляет до 75%.

Из-за развития метастазов течение меланомы кожи III-IV стадии становится особенно агрессивным и мало предсказуемым. При этом возможности лекарственного лечения пациентов с метастатической меланомой кожи в России ограничены, и терапия доступными препаратами оказывается у них малоэффективной.

Среди новых направлений в лечении запущенных стадий меланомы кожи Л. Демидов выделяет регуляторы иммунного ответа, которые активируют клетки иммунной системы и оберегают их от преждевременной гибели.

Бич для раковых клеток.

Нарушениям функции иммунной системы отводят отдельное место в ряду причин развития онкологических заболеваний.

Следует обратить внимание на существование контрольных точек иммунитета, то есть, на различные механизмы реализации иммунного ответа. В норме, эти механизмы не дают иммунной

системе «атаковать» собственные ткани организма, но благополучно позволяют избавляться от периодически возникающих, патологических (в том числе, опухолевых) клеток. При «поломках» контрольных точек раковые клетки могут ускользать от воздействия иммунной системы, и начинается рост злокачественной опухоли.

Поэтому наиболее обнадеживающими следует признать исследования в области иммуноонкологии, в ходе которых изучают варианты нарушений иммунной системы при различных видах рака, возможности их модулирования с целью разрушения опухоли, перспективы восстановления иммунного контроля.

В случае с меланомой кожи ситуация осложняется тем, что, с одной стороны, риск развития этой опухоли повышается у пациентов с уже существующими иммунными нарушениями при иммунодефицитных состояниях (ВИЧ-инфекции), лимфомах.

С другой стороны, непосредственно в меланоме образуются многочисленные факторы (интер-лейкин-10 и другие), отрицательно влияющие на значимые иммунные характеристики микроокружения этой опухоли, что приводит к подавлению функции иммунной системы. Таким образом, развитие меланомы кожи в значительной степени связано с иммунными реакциями. Поэтому именно при меланоме в первую очередь начали использовать иммунотерапевтические подходы.

«Иммунотерапия рака всегда была в центре внимания исследователей. Реальные успехи иммунотерапии связаны с появлением нового поколения иммуноонкологических препаратов – ингибиторов регуляторных молекул ключевых этапов иммунного ответа. Эти препараты воздействуют не на раковые клетки, а на клетки иммунной системы больного, направляя их на борьбу с раком. И организм начинает самостоятельно бороться с опухолью с помощью иммунной системы, как с любой другой чужеродной клеткой», – комментирует ведущий научный сотрудник отделения биотерапии опухолей РОНЦ им. Н.Н. Блохина, член Е8МО и Российского общества клинической онкологии Галина Харкевич.

Иммуноонкологические препараты блокируют специфические рецепторы CTLA-4 и PD-1, расположенные на цитотоксических Т-лимфоцитах человека. Если на лимфоцитах человека присутствуют эти рецепторы, а на клетках опухоли – сходные молекулы (лиганды), то иммунная система не будет реагировать на опухоль, и заболевание начнёт прогрессировать.

Эти препараты связываются с рецепторами CTLA-4 или PD-1, вследствие чего иммунная система начинает распознавать опухоль, возникает системная стимуляция противоопухолевой активности Т-лимфоцитов и восстанавливается противоопухолевый иммунный ответ.

Такие препараты были изучены и доказали свою эффективность, в первую очередь, при терапии метастатической меланомы кожи.

На передовой позиции.

По наблюдениям Л. Демидова, на фоне лечения примерно в 20% случаях достигается длительный положительный эффект. Размеры опухоли уменьшаются, исчезают признаки прогрессирования заболевания и оно стабилизируется. Иными словами, применяя иммунотерапию, врачи помогают иммунной системе начать функционировать правильно и самостоятельно бороться с раком.

Иммунотерапию также можно использовать в сочетании с хирургическим лечением в комбинации со стандартными препаратами, предназначенными для терапии метастатической меланомы кожи. В последнем случае количество пациентов, достигших 5-летней продолжительности жизни, удваивается.

С 2011 г. эти препараты получили регистрацию в США, Европе и других странах мира, открыв доступ к высокоэффективному лечению пациентов.

В настоящее время иммуноонкология выходит на передовую позицию. Получены неожиданные результаты, особенно при лечении меланомы, при которой этот терапевтический подход позволил улучшить выживаемость.

Иммуноонкология не стоит на месте, данный подход исследуется и при других видах рака. Кроме меланомы, он уже доказал свою эффективность и используется в клинической практике в США и Европе для лечения рака лёгких и рака почки.

Таким образом, новые методики предоставляют ряду пациентов возможность надолго продлить жизнь и открывают новую эпоху в лечении онкологических заболеваний.

Важно, что иммуноонкологические препараты работают даже на последней стадии рака, когда стандартные методы лечения оказываются малоэффективными. Не в этом ли революция? С их появлением рак переходит из разряда смертельных недугов в хроническое заболевание.

Кадыров, Ф. Деятельность государственных учреждений: новации ГК РФ // Здравоохранение. – 2016. – № 4. – С. 28-32.

Правовое положение государственных и муниципальных учреждений.

Одной из новаций гражданского законодательства стало деление некоммерческих организаций на корпоративные и унитарные. В гл. 4 ГК РФ утратил силу общий параграф «Некоммерческие организации» и появились параграфы «Некоммерческие корпоративные организации» и «Некоммерческие унитарные организации».

Учреждения отнесены к унитарным некоммерческим организациям (ст. 123.21 ГК РФ). Они создаются собственником для выполнения управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера.

Учредитель – собственник всего имущества учреждения. Само учреждение получает право оперативного управления имуществом, закрепленным за ним собственником, и приобретенным по иным основаниям.

Учреждения не могут создать несколько соучредителей – в этом заключается смысл унитарности некоммерческой организации. Тем не менее, если учреждение было создано несколькими учредителями до 01.09.2014 (до вступления в силу Закона от 05.05.2014 № 99-ФЗ), ликвидировать его не нужно. Оно может быть преобразовано в автономную некоммерческую организацию или фонд.

Отметим, что новая редакция ГК РФ ввела запрет на преобразование государственных (муниципальных) учреждений в хозяйственные общества. Коллизионное положение Закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ (далее – Закон № 7-ФЗ), допускающее преобразование государственных и муниципальных учреждений в некоммерческие организации иных форм или в хозяйственное общество, должно быть приведено в соответствие с ГК РФ.

Кроме того, в настоящий момент нет законодательных актов, определяющих случаи и порядок преобразования государственных (муниципальных) учреждений.

Учреждение может быть частным (если оно создано гражданином или юридическим лицом) либо государственным и муниципальным (если оно создано Российской Федерацией, субъектом РФ или муниципальным образованием). Отметим, что учреждения, созданные организациями, принадлежащими РФ, субъекту РФ или муниципальному образованию, имеют статус частных учреждений.

Например, все медицинские организации ОАО «РЖД» – частные учреждения. Они созданы не публично-правовыми образованиями, а акционерным обществом.

Учредитель назначает руководителя учреждения. В случаях, которые предусмотрены законом, руководителя учреждения избирает коллегиальный орган, подотчетный учредителю. В этом случае учредитель утверждает руководителя учреждения.

Финансовое обеспечение государственных и муниципальных учреждений.

Порядок финансового обеспечения деятельности бюджетных, автономных и казенных государственных (муниципальных) учреждений определяется разными законами:

- Бюджетных – Законом от 12.01.1996 № 7-ФЗ;
- Автономных – Законом от 03.11.2006 № 174-ФЗ;
- Казенных – Бюджетным кодексом РФ. Государственные и муниципальные учреждения не отвечают по обязательствам собственников своего имущества и по-разному отвечают по своим обязательствам.

Казенное учреждение отвечает денежными средствами, находящимися в его распоряжении. Бюджетное учреждение – всем находящимся у него на праве оперативного управления имуществом, в том числе, приобретенным за счет деятельности, приносящей доход. Исключение составляет:

- особо ценное движимое имущество, закрепленное за бюджетным учреждением собственником имущества, или приобретенное за счет средств, выделенных собственником;
- недвижимого имущества – независимо от того, на основании чего оно находится в оперативном управлении бюджетного учреждения и за счет каких средств приобретено.

Отметим, что теперь бюджетное учреждение отвечает по своим обязательствам, возникшим при выполнении госзадания или при оказании услуг по ОМС, и имуществом, приобретенным за счет средств от деятельности, приносящей доход.

Автономное учреждение отвечает по своим обязательствам всем имуществом, находящимся у него в оперативном управлении. Исключения – практически те же, что и для бюджетных учреждений (автономное учреждение дополнительно отвечает недвижимым имуществом, приобретенным за счет приносящей доход деятельности). Ежегодно автономное учреждение обязано опубликовывать отчеты о своей деятельности и об использовании закрепленного за ним имущества.

Если для того, чтобы ответить по своим обязательствам, средств и имущества учреждения недостаточно, собственник несет субсидиарную ответственность. Такие случаи перечислены в п. 4-6 ст. 123.22 ГК РФ:

- При недостаточности у казенного учреждения денежных средств;
- При недостаточности у бюджетного или автономного учреждения имущества, на которое может быть обращено взыскание, – по обязательствам, связанным с причинением вреда гражданам.

Напомним, что раньше учредители вообще не отвечали по обязательствам бюджетных и автономных учреждений. Положения, касающиеся субсидиарной ответственности собственника по обязательствам бюджетного и автономного учреждения, распространяются на правоотношения, возникшие после 01.01.2011 г. (п. 15 ст. 3 Закона № 99-ФЗ).

Право вести деятельность, приносящую доход.

Для того, чтобы деятельность считалась предпринимательской, она должна соответствовать нескольким требованиям. Во-первых, ее целью должно быть систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг. Во-вторых, она должна осуществляться на свой риск. Это следует из определения, данного в ст. 2 ГК РФ.

Государственные и муниципальные учреждения не могут вести предпринимательскую деятельность. В соответствии с действующим законодательством они вправе осуществлять только деятельность, приносящую доход, в то же время, четкого определения, что это такое, в законодательстве нет.

В то же время, по логике Федерального закона от 08.05.2010 № 83-ФЗ (далее – Закон № 83-ФЗ), другие некоммерческие организации могли вести оба вида деятельности – и предпринимательскую, и иную приносящую доход. Это не очень логично – получение прибыли не является основной целью некоммерческих организаций (ст. 50 ГК РФ).

После изменений, внесенных Законом № 99-ФЗ, в ГК прописана более четкая схема: коммерческие организации занимаются предпринимательской деятельностью, а некоммерческие – деятельностью, приносящей доходы. Условия для некоммерческих организаций два: деятельность должна быть предусмотрена уставом и соответствовать целям, ради которых создана организация.

Значит ли это, что некоммерческие организации могут получать только доход, и не могут получать прибыль? Нет, не значит. Деятельность, приносящая доход, как и предпринимательская, – это «приносящее прибыль производство товаров и услуг, ... приобретение и реализация ценных бумаг, имущественных и неимущественных прав, участие в хозяйственных обществах и участие в товариществах на вере в качестве вкладчика». Так написано в ст. 24 Закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ. То есть, формировать цены на платные медицинские услуги можно с учетом прибыли.

Существует коллизия между положениями ГК РФ и Законом № 7-ФЗ. В законе до сих пор сохраняется фраза, что «некоммерческая организация может осуществлять предпринимательскую и иную приносящую доход деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых она создана и соответствует указанным целям, при условии, что такая деятельность указана в его учредительных документах». Напомним что ГК РФ имеет приоритет по отношению к другим законам – нормы гражданского права должны соответствовать Гражданскому кодексу (ст. 3 ГК РФ).

Работа по устранению разночтений сейчас ведется. Помимо комментария на сайте Минюста, готовится проект закона «О внесении изменений в Федеральный закон «О

некоммерческих организациях» (в части приведения в соответствие с новой редакцией Гражданского кодекса Российской Федерации)». В Концепции развития гражданского законодательства, одобренной Советом при Президенте РФ по кодификации и совершенствованию гражданского законодательства (Пр-2745 от 13.10.2009) предложено полностью урегулировать статус некоммерческих организаций в ГК РФ.

В других законах планируется оставить только отсылки к нормам ГК РФ. Например, в Законе № 7-ФЗ – нормы, отражающие особенности государственной регистрации и контроля деятельности некоммерческих организаций, их правовое положение, создание, деятельность и ликвидацию, формы поддержки со стороны органов власти и местного самоуправления.

Имущество для оказания платных услуг.

Для ведения деятельности, приносящей доход, у бюджетных и автономных учреждений должно быть специальное имущество. Рыночная стоимость такого имущества не должна быть меньше минимального размера уставного капитала, предусмотренного для обществ с ограниченной ответственностью (п. 5 ст. 50 новой редакции ГК РФ). В 2016 г. размер уставного капитала общества с ограниченной ответственностью – не меньше десяти тысяч рублей (Закон от 08.02.1998 № 14-ФЗ).

Важный вопрос – на каком имуществе должны оказываться платные услуги в государственных учреждениях? Логично, чтобы оборудование, с помощью которого оказываются платные услуги, приобреталось за счет деятельности, приносящей доход. Но тогда получается, что сначала получить доход от такой деятельности. А ее нельзя вести без имущества – получается замкнутый круг. Правда, остаются добровольные пожертвования – они тоже относятся к деятельности, приносящей доход. Отметим, что в законе не прописаны меры ответственности за нарушение этих требований.

Как мы неоднократно указывали в публикациях, было бы целесообразно включать в себестоимость платных услуг амортизацию любого оборудования, используемого для их оказания. При этом, амортизация оборудования, приобретенного за счет бюджета или средств ОМС, должна или возвращаться в бюджет (фонд ОМС), или, оставаясь в учреждении, направляться на приобретение оборудования, которое используется для оказания бесплатной помощи.

Публичный договор.

Еще одной новацией стало то, что положения законодательства, применимые к лицам, осуществляющим предпринимательскую деятельность, распространяют свое действие на некоммерческие организации, ведущие деятельность, приносящую доход.

Так, в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 23.06.2015 № 25 сказано: «В соответствии с п. 4 ст. 50 ГК РФ некоммерческие организации могут осуществлять приносящую доход деятельность, если это предусмотрено их уставами, лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых они созданы, и если это соответствует таким целям. В этом случае на некоммерческую организацию в части осуществления приносящей доход деятельности распространяются положения законодательства, применимые к лицам, осуществляющим предпринимательскую деятельность (пункт 1 статьи 2, пункт 1 статьи 6 ГК РФ)».

Это важное нововведение. Ранее немало споров вызывал вопрос, распространяются ли на некоммерческие организации требования ст. 426 ГК РФ «Публичный договор» (например, о недопустимости предоставления преимуществ отдельным потребителям). В редакциях ГК РФ до 08.03.2015 в ст. 426 речь шла исключительно о коммерческих организациях.

Напомним, что «публичным договором признается договор, заключенный лицом, осуществляющим предпринимательскую или иную приносящую доход деятельность, и устанавливающий его обязанности по продаже товаров, выполнению работ либо оказанию услуг, которые такое лицо по характеру своей деятельности должно осуществлять в отношении каждого, кто к нему обратится (розничная торговля, перевозка транспортом общего пользования, услуги связи, энергоснабжение, медицинское, гостиничное обслуживание и т.п.)» Лицо, осуществляющее предпринимательскую или иную приносящую доход деятельность, не вправе оказывать предпочтение одному лицу перед другим лицом в отношении заключения публичного договора, за исключением случаев, предусмотренных законом или иными правовыми актами».

Ранее законодатель был вынужден указать в п. 4 ст. 9.2 Закона № 7-ФЗ: бюджетное учреждение вправе сверх установленного государственного (муниципального) задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного (муниципального) задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основным видам деятельности, предусмотренным его учредительным документом, в сферах, для граждан и юридических лиц за плату и на одинаковых при оказании одних и тех же услуг условиях.

Теперь проблема решена: понятие «публичный договор» распространяется на некоммерческие организации (в том числе, на учреждения любого типа) при осуществлении деятельности, приносящей доход.

Будаева, А. В регионе начали использовать хроматографы // Волжская коммуна. – 2016. – 21 апр. (№98). – С. 5.

В Самарской области выполнено поручение губернатора: региональный Минздрав приобрел два газовых хроматографа, которые позволяют выявлять синтетические наркотики в организме человека. Один аппарат получила Самара, другой – Тольятти.

По данным УФСК России по Самарской области, в 2015 году правоохранительные органы доставили 3243 человека с клиническими признаками наркотического опьянения в Самарский областной наркологический диспансер. И только у 57% из них экспертиза подтвердила факт употребления наркотиков. По словам главы ведомства С. П. Масюка, причина в том, что приборы, стоящие на вооружении в наркодиспансерах, просто не в состоянии найти в организациях наркопотребителей следы новейших синтетических веществ.

О необходимости обновления оборудования заговорили еще в 2014 году, когда по всей России от спайса стали гибнуть люди, а врачи и правоохранительные органы оказались не в силах определять, какими веществами они травятся. Тогда губернатор Самарской области Н.И. Меркушкин дал задание проработать вопрос о покупке хроматографа для нужд региона. Этот прибор способен выявлять в организме человека синтетические наркотики разных видов.

В рамках программы по борьбе с незаконным оборотом наркотиков и реабилитацией наркоманов в 2015 году власти выделили деньги на приобретение необходимого медицинского оборудования, и в конце года на 6,68 млн. рублей были приобретены два газовых хроматографа, 12 анализаторов и расходные материалы для наркологических диспансеров.

Некоторое время потребовалось на обучение персонала, и с начала этого года новые аппараты стали активно использовать в работе. По словам сотрудников самарского наркодиспансера, сложностей с обучением у них не возникло: ранее в учреждении имелся американский аналог хроматографа, но 2002 года выпуска. Новенький российский аппарат гораздо чувствительнее к различным веществам, у него большая база данных (так называемая библиотека) и широкий спектр возможностей.

«Прибор выводит на экран хроматограмму, – демонстрирует возможности хроматографа врач-лаборант ХГЛ ГБУЗ «Самарский областной наркологический диспансер» В. Н. Коваленко. Каждый пик, который на ней есть, это какое-то вещество. Показания легко «прочитать»: тут и ионная масса, и состав, и даже химическая формула. Вот смотрите, этот пик показывает, что человек пил кофе, вот тут – курил сигареты. Видите никотин? А если проанализируем вот этот пик – увидим кокаин. Этот вид наркотика в последнее время стал большой редкостью. Чаще всего выявляем морфин, анашу и амфетамин».

Что касается синтетических наркотиков, то здесь все дело в их концентрации. Аппарат может найти в биоматериале следы наиболее популярных у наркоманов АВ-Ртаса, РУР, РВ-22 и тому подобных. Однако бывает, что в руки наркопотребителю попадает сильно разбавленная доза. Раньше часто встречалось опиоидное вещество под названием «Белый китаец», но наркотика там было крайне мало – 0,1 грамм на килограмм смеси. С синтетическими

наркотиками такая же история, однако, и наука не стоит на месте. Так что и эту напасть, надеются медики, вскоре удастся побороть.

Раудина, М. В Самаре и Сызрани откроют новые диализные центры // Волжская коммуна. – 2016. – 21 апр. (№98). – С. 5.

По итогам 2015 года, Самарская область стала третьей в стране по уровню развития государственно-частного партнерства, уступив только Москве и Санкт-Петербургу. Больше всего проектов ГЧП реализуется в сфере здравоохранения.

На сегодняшний день в регионе реализуется 29 проектов государственно-частного партнерства. Об этом сообщил министр экономического развития, инвестиций и торговли Самарской области А. В. Кобенко. В их реализацию частные инвесторы вкладывают в общей сложности почти 12 млрд. рублей. Еще 45 проектов сейчас находятся на различных стадиях проработки.

«Задачу о развитии государственно-частного партнерства поставил перед нами в 2013 году губернатор Самарской области Николай Иванович Меркушкин, – напомнил А.В. Кобенко.

– Проекты, которые уже реализуются, направлены на модернизацию системы здравоохранения, ЖКХ, развитие спорта и туризма». Больше всего проектов ГЧП реализуется в сфере здравоохранения. Например, сейчас на территории областной больницы им. В.Д. Середавина возводят Центр экстракорпоральной гемокоррекции и клинической трансфузиологии. Медучреждение включает в себя две службы: диализный центр и подразделение по переливанию крови. Инвестор ООО «Фарм СКД» вкладывает в строительство и оснащение 350 млн рублей. Первых пациентов в клинике примут в 2017 году. Также в регионе строят крупный кардиохирургический центр (в областном центре), два диализных центра (один в Самаре, другой – в Сызрани), модернизируют самарскую больницу восстановительного лечения, строят ПЭТ-центр. Последнее учреждение необходимо для высокоточной диагностики онкозаболеваний.

Пимшин, А. Нагрузки на бюджет возрастают. Но объемы запланированной помощи останутся прежними // Медицинская газета. – 2016. – 20 апр. (№27). – С. 6

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

Предложенные поправки в законодательство разрешат Федеральному фонду ОМС напрямую финансировать такие клиники за оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), которая ещё не включена в базовую программу ОМС. Как говорится в комментарии министерства по заявленному новшеству, указанный законопроект совершенствует логику финансовых потоков, создавая единый прозрачный канал финансирования. О том, как будет работать система финансирования здравоохранения в этом году и планах по её совершенствованию, беседа с председателем Федерального фонда ОМС Натальей Стадченко.

- Наталья Николаевна, сложная экономическая ситуация предполагает вынужденный пересмотр отдельных статей расходов и федерального и региональных бюджетов. Фонд ОМС – внебюджетный, и, на первый взгляд, сокращение его не коснётся. Но нагрузка на бюджет ФОМС, тем не менее, может возрасти, если часть «бюджетных» видов погрузится в систему ОМС как, например, психиатрия. Что вы можете сказать по этой ситуации?

- Несмотря на непростую экономическую ситуацию, утверждённый федеральным законом бюджет Федерального фонда на 2016 г. не предусматривает сокращение расходов на оказание медицинской помощи. Регионы Российской Федерации получают субвенцию на финансовое обеспечение медицинской помощи, включённой в базовую программу ОМС, в размере 1458,6 млрд руб., что на 44,4 млрд. больше, чем в 2015 г. Подушевой норматив также, немного, но увеличится: с 8260,7 руб. до 8439 руб.

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

Однако нужно помнить, что статьёй 8 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» органам государственной власти субъектов предоставлено право введения в территориальные программы дополнительных объёмов страхового обеспечения к страховым случаям, входящим в базовую программу ОМС. Но при условии выделения соответствующих средств в систему ОМС из бюджета субъекта РФ.

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

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

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

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

Ежегодно, с 2013 по 2015 г., в модель КСГ вносились изменения, совершенствующие новый механизм финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях. Группировка КСГ в 2013 г. включала 187 групп заболеваний, а с 2016 г. их стало 426. Для медицинской помощи, оказываемой в стационарах – 308 и ещё 118 – для лечения в условиях дневных стационаров. Основные отличия обновлённой модели – это добавление КСГ для профиля «медицинская реабилитация», значительное увеличение количества групп для медицинской помощи детскому населению, оптимизация применения поправочных коэффициентов. Вводились коэффициенты учёта трёхуровневой системы оказания медицинской помощи и различных условий её оказания, создающие предпосылки для развития стационарозамещающих технологий и повышения доступности сложных медицинских технологий.

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

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

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

- Амбулаторная медицинская помощь оплачивается с использованием подушевого норматива. С развитием различных направлений профилактической медицины увеличивается и количество медицинских услуг, погружаемых в амбулаторный подушевой норматив финансирования (диспансеризация, пренатальный скрининг и т.д.). Как вы оцениваете адекватность этого способа оплаты в данных обстоятельствах?

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

С 2006 по 2012 г. финансирование профилактических мероприятий осуществлялось за счёт средств межбюджетных трансфертов, выделяемых из федерального бюджета. Диспансери-

зации подлежали определённые группы взрослого населения, проводилась диспансеризация детского населения. Охват диспансерными осмотрами в 2012 г. составил 28,8 млн. человек.

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

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

С установкой на развитие профилактических направлений здравоохранения, нормативы объёмов и финансовых затрат на эти цели постоянно увеличиваются. Норматив объёма профилактической медицинской помощи вырос с 2,04 обращений на 1 застрахованного в 2013 г. до 2,35 в 2016 г., финансовые затраты за счёт средств ОМС на 1 посещение увеличились соответственно с 266,3 руб. до 358,7 в 2016 г., прирост финансовых средств на обеспечение мер профилактики составил 34,7%.

Но говорить об оплате диспансерных мероприятий по подушевому нормативу неправильно. Подавляющее большинство регионов оплачивают диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры по законченному случаю, с учётом проведения всех необходимых этапов, как и рекомендует Минздравом России в ежегодных информационных письмах, разъясняющих порядок формирования территориальных программ государственных гарантий. Так что, по сути, способ оплаты профилактических мероприятий мало чем отличается от оплаты медицинской помощи в стационарных условиях. И там, и там используются модели, ориентированные на результат, на эффективное использование имеющихся в системе средств.

- Наталья Николаевна, что можно сказать об объёмах высокотехнологичной медицинской помощи на 2016 г., которая будет оплачиваться системой ОМС?

- Впервые она была включена в базовую программу ОМС в 2014 г. 459 наиболее растрированных методов ВМП стали оплачиваться за счёт субвенций Федерального фонда ОМС. Это стентирование коронарных сосудов, имплантация кардиоводителя ритма, эндопротезирование суставов, применение генно-инженерных биологических лекарственных препаратов при лечении системных заболеваний, комплексное хирургическое лечение глаукомы и др.

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

Президент России поставил задачу в 1,5 раза увеличить объёмы высокотехнологичной помощи к 2017 г. Это поручение уже перевыполнено, причём досрочно – с 505 тыс. случаев оказания ВМП в 2014 г. до 816, по предварительным данным, на 1 января 2016 г.

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

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

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

Но есть категория лиц трудоспособного возраста, занимающихся трудовой деятельностью без оформления договоров. Они имеют доход, но плательщиками взносов в социальные фонды при этом не являются. По различным экспертным оценкам таких «нелегалов» у нас порядка 8-12 млн. Все эти граждане согласно законодательству считаются неработающими, и уплата

страховых взносов за них – обязанность субъекта РФ, в котором они проживают. Главы территорий, безусловно, озабочены этим вопросом, потому что это создаёт серьёзную дополнительную нагрузку на региональные бюджеты.

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

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Красовский, А. Спасательные стволовые клетки // Медицинская газета. – 2016. – 18 март. (№18). – С. 12.

В НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова выполнена уникальная операция по удалению части шейки мочевого пузыря с последующим введением стволовых клеток пациента. Такой подход в лечении шейки мочевого пузыря применён впервые в мире.

По сообщению из Первого МГМУ, данный случай является несчастным (до 10%), но трудно поддающимся лечению осложнением простаты. Одна из опасностей – рецидив заболевания и многократные повторные вмешательства.

В мире предложено множество различных хирургических техник для лечения пациентов с рубцовой деформацией шейки мочевого пузыря. Однако большинство из предложенных способов лечения не приносят удовлетворения ни пациенту, ни врачу.

Учёными и клиницистами Первого МГМУ им. И.М. Сеченова предложен подход, который позволит снизить вероятность рецидива. В его основе лежит принцип использования собственных стволовых клеток пациента, а также различные биологически активные вещества ими выделяемые, которые способны уменьшить выраженность воспалительного процесса и способствуют улучшению кровотока в зоне введения, препятствуют чрезмерному развитию рубцовой ткани.

Данное клиническое исследование проводится согласно международным стандартам GCP. Предварительно было получено положительное решение независимого этического комитета; пациентом подписано информированное согласие.

В реализации данного исследования принимает участие большая команда врачей и ученых, под руководством ректора Первого МГМУ им. И. М. Сеченова члена-корреспондента РАН П. Глыбочко.

Клиническое исследование проводится в рамках существующего договора между Первым МГМУ им. И.М. Сеченова и Центром биомедицинских технологий Центральной клинической больницы с поликлиникой Управления делами Президента РФ.

Все оперативные вмешательства прошли успешно. Состояние пациента на утро после операции удовлетворительное. Побочных реакций и осложнений на данный момент не отмечено. В ближайшее время планируется удалить уретральный катетер и продолжить наблюдение за пациентом в рамках клинического исследования.

Лалаянц, И. Строй леса мозга // Медицинская газета. – 2016. – 25 март. (№20). – С. 13.

Ранним симптомом болезни Альцгеймера является выпадение кратковременной памяти, возникающее в результате нехватки «производства» новых нейронов из нервных стволовых клеток. Открытие сложных отношений между клетками гиппокампа и энторинальной коры (ERC), за что недавно дали Нобелевскую премию, привело к более глубокому пониманию механизмов памяти.

За её формирование, хранение и извлечение отвечают особые зернистые клетки гиппокампа, получающие сигналы «входа» от нейронов коры «носовой» части височной доли, или её полюса. Более полувека известно, что различные нарушения в этом сложном

«двуединстве» приводят к блокированию процессов памяти. Анна Илларионова и Валерий Гриневич из Ракового центра Гейдельберга вкпе с коллегами по Европейской лаборатории молекулярной биологии в итальянской Монтеротондо – «Круглой горе» – сумели разъединить тройственный союз памятных путей.

Сделали они это с помощью агониста, то есть вещества, подстёгивающего белковые рецепторы серотонина в мембранах-оболочках нервных клеток гиппокампа. Агонистом служил дипролил-аминотетралин (DPAT), синтезированный в начале 80-х годов и применяющийся как антидепрессант и анксиолитик при снижении веса, и как жаропонижающее, а также для снижения давления. Введение в нейроны разных светящихся протеинов позволило увидеть 3-цветность путей формирования памяти, её извлечения – воспоминания, а также забвения, которые были быстрее после применения упомянутого агониста.

Сотрудники Медцентра Маунт-Синай в Лос-Анджелесе выявили роль гена С9, «сидящего» в коротком плече 9-й хромосомы (9p21), откуда его название, в работе мозговых макрофагов, роль которых выполняют микроглиальные клетки, или небольшие клетки «клея»-глии белого вещества мозга. Отсутствие гена приводит к нарушению работы лизосом микроглии, в которых происходит расщепление чужеродных антигенов, что необходимо для иммунной защиты мозговой ткани. В норме клетки микроглии активно блокируют рост бляшек Альцгеймера, однако мутации в гене С9 ведут к тому, что иммунная защита отключается. Из работ биологов-еретиков следует, что нейродегенеративные заболевания по сути аутоиммунные, что требует дальнейшего изучения.

Болезнь Альцгеймера, боковой амиотрофический склероз, жертвой которого является английский учёный С. Хокинг, а также паркинсонизм относят к нейродегенеративным, потому что они приводят к гибели нервных клеток. При болезни Паркинсона гибнут нейроны, синтезирующие допамин/дофамин, который необходим для поддержания клеточной жизнеспособности, нехватка другого нейротрансмиттера под названием серотонин опасна депрессией, доводящей до самоубийства, причину болезни Альцгеймера видят в выпадении нейротоксического амилоида, хотя «еретики» от нейробиологии давно говорят о пагубной роли микроглии в этом патологическом процессе.

В Станфорде решили облегчить задачу невропатологов, предложив подсаживать в мозг мышинных моделей болезней человека здоровые нейроны, получаемые в культуре. В самом подходе с использованием клеточной терапии нет ничего нового, однако дорогостоящая трансплантация не приносит ожидаемого эффекта в силу гибели нервных клеток. Поэтому в Станфорде видят решение проблемы в том, чтобы вносить клетки гиппокампа в особые «островки» диаметром не более 100 микрон (микрометров), 3D-остов которых образован из полимерных нановолокон. Благоприятное действие «строительных лесов» на жизнеспособность нервных и других клеток давно известно, но то в культуре. Специалисты Станфордского университета впервые перенесли островки с нервными клетками в гиппокамп мыши, получив увеличение «прироста» нервных отростков в 3,5 раза, а выживание трансплантированных нейронов возросло в 40 раз! Учёные полагают, что их метод сделает клеточные терапии нейродегенеративных заболеваний вполне реальными.

Инина, Ю. Разработан биосенсор для диагностики рака // Медицинская газета. – 2016. – 25 март. (№20). – С. 13.

Группой учёных из Сингапура был создан кремниевый биосенсор, который поможет диагностировать злокачественное новообразование всего за 15 минут.

Обнаружение на ранних стадиях заболеваний, таких как рак, может иметь огромное значение для увеличения шансов побороть их, и учёные из Агентства по науке, технологиям и исследованиям Сингапура разработали новый биосенсор, который способен быстро ставить подобный диагноз с помощью световых лучей обнаруживающих малейшие изменения в составе мочи.

При развитии опухолей в организме образуются микроРНК – они специфичны для различных форм рака. Устройство способно выявлять малейшие изменения в составе мочи. Новый датчик улавливает биомаркёры, известные как микро-РНК (тип рибонуклеиновой

кислоты), которые помогают переводить генетическую информацию ДНК в белок. Микро-РНК могут указывать на различные проблемы со здоровьем – благодаря тому, что они хорошо сохраняются в таких жидкостях, как моча и кровь, это идеальный способ для быстрой проверки на наличие в организме признаков заболевания.

Ми Кионг Парк (Mi Kyoung Park), одна из членов исследовательской группы, объяснила, что авторам уже удалось подтвердить эффективность использования сенсора при диагностике. Биосенсор пока протестирован всего на 5 пациентах – трое из них страдали раком мочевого пузыря на поздних стадиях, а двое других были здоровы. Устройство позволило обнаружить заболевание у онкологических больных и подтвердить отсутствие опухолей у здоровых участников исследования.

В ближайшее время авторы планируют проверить работу сенсора на большей выборке. Новое устройство позволит выявлять различные формы рака и, несомненно, найдёт применение в лабораторной диагностике, считают разработчики.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Белова, Н. В чем ты, сила богатырская? // Самарская газета. – 2016. – 16 апр. (№44). – С. 45.

Врачи не устают бить тревогу: нерациональное питание и, как следствие, избыточная масса тела шагают рука об руку с такими хроническими болезнями, как гипертония, болезни сердца, сахарный диабет. И с каждым годом они молодеют. Заместитель главного врача Самарского областного центра медицинской профилактики Сергей Григошкин рассказывает о заболеваниях, связанных с неправильным питанием:

– Около 40% населения планеты имеет избыток веса, из них 18% страдают ожирением. Нередко ожирение приводит к проблемам с артериальным давлением, заболеваниям сердца и даже некоторым видам онкологических заболеваний. Ожирение у подростков тоже представляет серьезную проблему: слишком мало активных игр и развлечений, а рацион подростка изобилует высококалорийными сладкими и жирными продуктами. Основная причина дисбаланса – это несоответствие между поступлением энергии и ее расходом. И не надо радоваться, что люди с ожирением похожи на богатырей. Да, русские богатыри имели избыток массы тела, но не за счет жира. Тяжелый физический труд и связанный с ним аппетит способствуют увеличению мышечной массы, укреплению костной структуры. Вес богатыря, может, и был избыточным, но в то же время оставался функциональным, то есть не обременял, а напротив, помогал человеку выдерживать большие физические нагрузки. И в наши дни атлеты в некоторых видах спорта имеют избыточный вес, но при этом высокую работоспособность и завидное здоровье.

Кстати, у детей и подростков бывает перекоп и в сторону дефицита массы тела. Это тоже предпосылка для развития некоторых заболеваний желудочно-кишечного тракта и опорно-двигательного аппарата. Такие дети чаще страдают нарушением осанки. Дефицит массы тела неблагоприятно сказывается на развитии внутренних органов.

Предел прочности есть у каждого организма, у каждого – свой. Систематические нарушения в режиме питания обязательно приведут к серьезным нарушениям в работе отдельных органов и систем организма и неблагоприятно скажутся на общем состоянии человека.

Центры здоровья призваны максимально мотивировать человека вести здоровый образ жизни, подвигнуть человека к коррекции массы тела. И для этого мы используем самые разные формы работы: групповые обучающие занятия, индивидуальное консультирование, проводим акции, организуем выездные приемы. В 2016 году при Самарском областном центре медицинской профилактики открылся Центр здоровья, который будет работать в общей системе с другими подобными центрами Самарской области, но при этом приоритетным направлением своей работы выбрал проведение профилактической медицинской работы в средних профессиональных образовательных учреждениях города и области.

Уважаемые коллеги!

Если Вас заинтересовала какая-либо статья, и Вы хотите прочитать ее полностью, просим отправить заявку на получение копии статьи из данного дайджеста через сайт МИАЦ (<http://medlan.samara.ru> – баннер «Заявка в библиотеку», «Виртуальная справочная служба»), по электронному адресу sonmb@medlan.samara.ru.

Обращаем Ваше внимание, что в соответствии с «Прейскурантом цен на платные услуги, выполняемые работы» услуга по копированию статей оказывается на платной основе (сайт МИАЦ <http://medlan.samara.ru> – раздел «Услуги»).

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Адрес: 443095, г. о. Самара, ул. Ташкентская, д. 159


Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье – выходной день

 (846) 979-87-91 – справочно-библиографический отдел

 (846) 979-87-90 – отдел обслуживания читателей

 тел./факс: (846) 372-39-38

✉ sonmb@medlan.samara.ru

✉ sonmb-sbo@medlan.samara.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>