Научно-практический журнал
02/19

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

04 Заседание Совета по стратегическому развитию и национальным проектам 8 мая 2019 года

08 Внесены изменения в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов

22 Итоговое заседание коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации

46 Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко: Работа страховых представителей приобретает совершенно другое качество

ISSN 2221-9943

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

02/19

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 2, 2019

Научно-практический журнал

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Председатель редакционного совета
Н.Н. Стадченко – Председатель ФОМС, к.э.н.

Заместитель председателя редакционного совета
Н.А. Хорова – заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации

Т.Ю. Гроздова – директор ТФОМС города Севастополя, д.м.н.

А.В. Грот – вице-президент Общероссийской общественной организации малого и среднего предпринимательства «ОПОРА РОССИИ», д.э.н., профессор

Н.А. Губриева – директор ТФОМС Краснодарского края, к.ф.н.

О.М. Драпкина – директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН

Н.П. Дронов – председатель исполнительного комитета МОД «Движение против рака»

Ю.А. Жулёв – сопредседатель Всероссийского союза общественных объединений пациентов

С.Г. Кравчук – заместитель Председателя ФОМС

Д.Ю. Кузнецов – вице-президент Всероссийского союза страховщиков

А.Л. Линденбратен – руководитель научного направления ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», д.м.н., профессор

А.В. Решетников – директор Института социальных наук, д.м.н., д. социол. н., профессор, академик РАН

Л.М. Рошаль – Президент Национальной Медицинской Палаты, Президент Московского НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, д.м.н., профессор

И.В. Соколова – заместитель Председателя ФОМС

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

Т.И. Фролова – член комитета Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья, к.м.н.

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

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

С.В. Шишкин – директор Центра политики в сфере здравоохранения НИУ ВШЭ, д.э.н., профессор.

Главный редактор:
Е.А. Политова – *генеральный директор ООО «Издательство «Офтальмология», к.п.н.*

ISSN 2221-9943

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

Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 27.05.2019 года. Тираж: 2000 экз. Формат: 205 х 275 мм. Объем: 78 полос

Адрес редакции: ООО «Издательство «Офтальмология»
127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А.
Тел.: (499) 488-87-03
E-mail: iol.buh@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (для отправки статей) Internet: www.omsjournal.ru

При перепечатке ссылка на журнал «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» обязательна

© «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации», 2019

Выходит 1 раз в два месяца с 2006 года
Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия
Регистрационный номер ПИ № ФС77-23840 от 28 марта 2006 года

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

Подписной индекс по каталогу агентства ООО «УП Урал-Пресс» – 36347

ISSN 2221-9943
9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Заседание Совета по стратегическому развитию и национальным проектам. 4

Внесены изменения в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов. 8

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко провела совещание Совета директоров фондов обязательного медицинского страхования Северо-Кавказского федерального округа 12

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко по итогам посещения Краснодарского края: Работа страховых представителей снизила число жалоб от пациентов 16

Новые кадровые назначения 20

КОЛЛЕГИЯ МИНЗДРАВА РОССИИ

Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2018 году и задачах на 2019 год. Доклад Министра здравоохранения В.И. Скворцовой на итоговом заседании коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации 22

Выступление Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко на заседании итоговой коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации 34

ПУБЛИКАЦИИ В СМИ

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко: Работа страховых представителей приобретает совершенно другое качество 46

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СМО

Н.И. Гришина, А.А. Старченко
Экспертная оценка исполнения права пациента на добровольное информированное согласие на онкологическое вмешательство в системе обязательного медицинского страхования 52

А.Д. Рыжаков
«АльфаСтрахование-ОМС» представляет проект «Здравографика». Интерактивные инсталляции с технологиями дополненной реальности появятся в российских поликлиниках 62

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

С.А. Малышева
Использование механизмов обязательного медицинского страхования в целях реализации Указа Президента Российской Федерации В.В. Путина от 07.05.2018 № 204 70

Правила оформления статей 78

ЗАСЕДАНИЕ СОВЕТА ПО СТРАТЕГИЧЕСКОМУ РАЗВИТИЮ И НАЦИОНАЛЬНЫМ ПРОЕКТАМ

8 мая 2019 года, Москва, Кремль

Под председательством Президента Российской Федерации В.В. Путина состоялось заседание Совета при Президенте по стратегическому развитию и национальным проектам.

> ***Т.А. Голикова:*** *«В основном мероприятия национального проекта «Здравоохранение» направлены на предотвращение смертности населения. По итогам I квартала отмечается снижение смертности на 3 процента, или на 16 тысяч человек».*

О здравоохранении

Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации **Т.А. Голикова:** В основном мероприятия национального проекта «Здравоохранение» направлены на предотвращение смертности населения. Хочу отметить, что по итогам I квартала отмечается снижение смертности на 3 процента, или на 16 тысяч человек. Такое снижение произошло за I квартал в 60 регионах страны, в том числе свыше 5 процентов – в 26 регионах страны, наибольшее в Ленинградской, Псковской, Пензенской областях. Теперь главное – не допустить отрицательной динамики, чтобы она не пошла в обратную сторону.

На сохранение положительных тенденций направлены мероприятия по обеспечению доступности медицинской помощи, в первую очередь, для сельских жителей. По итогам прошлого года в сельской местности построено 350 фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, столько же будет построено и в этом году. Закуплено 246 мобильных медицинских комплексов, ещё 500 будет закуплено и поставлено в регионы в этом году. За 2018 год свыше полутора тысяч поликлиник и поликлинических подразделений внедрили бережливые технологии. В I квартале эта тенденция продолжилась, и это ещё почти 400 подразделений. Это уже позволило в данных поликлиниках в три раза сократить время ожидания приёма врача, увеличить время работы врача непосредственно с пациентом. Теперь после приёма врача пациент не должен снова идти в регистратуру, чтобы записаться на дополнительное обследование, это сделает врач.

С 2019 года расширено число регионов, развивающих санитарную авиацию, их уже 49. За I квартал ими осуществлено 334 вылета, эвакуировано в медицинские организации 458 наших граждан, это в два раза больше, чем за аналогичный период прошлого года. Чтобы добиться устойчивой динамики снижения смертности, необходимо обеспечить раннее выявление заболеваний и их лечение.

Д.А. Медведев 17 апреля, выступая в Государственной Думе, объявил двухлетнюю Всероссийскую диспансеризацию населения. Те медицинские организации, которые готовы сегодня обеспечить полный комплекс исследований, должны в обязательном порядке приложить все усилия для привлечения как можно большего числа лиц к диспансеризации. Создание удобств для граждан – залог успеха проведения этого мероприятия. Для этого Пра-

вительством внесены поправки в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, согласно которым регионы должны определить перечень медицинских организаций, на базе которых гражданину может быть предоставлен полный цикл медицинских исследований, предусмотренных программой диспансеризации.

Мы уже поручали это сделать регионам. И сейчас я ещё раз, пользуясь случаем, хочу обратиться к коллегам с необходимостью проведения этой работы на качественном уровне.

Также важно помнить, что регионы должны обеспечить поликлиники медицинскими кадрами, для чего им предоставлено право привлекать врачей стационарного звена, которых по итогам 2018 года в городах профицит четыре тысячи.

Кроме того, субъекты обязаны стимулировать таких работников, так как в соответствии с поручением Президента, данном в Послании, диспансеризация для удобства граждан должна проводиться в вечерние часы и в субботу.

Возрастает роль страховых представителей, которые обязаны информировать граждан о необходимости проведения диспансеризации в определённых регионами медицинских организациях. Уже 19 миллионов граждан посредством СМС-сообщений проинформированы.

С учётом того, что нами поставлена задача охватить профосмотрами и диспансеризацией в 2019 году почти 62 миллиона наших граждан, а также то, что по новым, принятым нами в апреле правилам диспансеризация для граждан после 40 лет становится ежегодной, мы должны усилить роль страховых медицинских организаций и медицинских представителей по работе с населением. Для этого мы изменили правила системы обязательного медицинского страхования.

В соответствии с Вашим поручением, Владимир Владимирович, введена новая идеология скринингов на выявление онкологических заболеваний в зависимости от возраста пациента и локализации возможного онкологического заболевания. Мы надеемся, что это позволит значительно увеличить выявляемость онкозаболеваний на ранних – первой и второй – стадиях. Это должно позволить снизить летальность таких больных в течение первого года после выявления заболевания и увеличить им продолжительность жизни.

Главный вклад в снижение смертности таких больных должно дать увеличение доступности химиотерапии, на проведение которой уже в этом году выделено из федерального бюджета 70 миллиардов рублей. Такое лечение в I квартале получили свыше 135 тысяч человек. При этом необходимо следить за тем, чтобы химиотерапия не ограничивалась первым и вторым курсами, как это было ранее, а проводилась полноценно в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи как на стационарном этапе, так в дневном стационаре и амбулаторно. На это регионам

> ***Т.А. Голикова:*** *«С учётом того, что нами поставлена задача охватить профосмотрами и диспансеризацией в 2019 году почти 62 миллиона наших граждан, а также то, что по новым, принятым нами в апреле правилам диспансеризация для граждан после 40 лет становится ежегодной, мы должны усилить роль страховых медицинских организаций и медицинских представителей по работе с населением. Для этого мы изменили правила системы обязательного медицинского страхования».*

нужно обратить самое серьёзное внимание. Мы как Правительство организовали оперативный ежемесячный мониторинг такого лечения.

Мы очень осторожно оцениваем первые результаты. Но я хочу сказать, что смертность от новообразований по итогам I квартала снизилась на 1,6 процента.

Следующее направление – это борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями. За 2018 год дополнительно к 609 уже созданным было открыто 47 региональных сосудистых центров и первичных сосудистых подразделений, где лечение прошли почти 97 тысяч наших граждан. С 2019 года начаты мероприятия по дооснащению и переоснащению таких отделений медицинским оборудованием, преимущественно отечественного производства. Всего планируется обновить и закупить свыше 2,5 тысячи единиц оборудования, чтобы дальше наращивать потенциал оказания медицинской помощи нашим гражданам.

Продолжены мероприятия по оказанию помощи детям. Младенческая смертность за I квартал снизилась на 15,7 процента, достигнув исторического минимума – 4,3 на тысячу родившихся, что ниже целевых значений, которые установлены указом Президента уже к 2024 году. Теперь главное – добиться сохранения данной динамики и не допустить роста. Каждый случай должен быть подробно разобран специалистами. Собственно, для этого было создано 32 перинатальных центра.

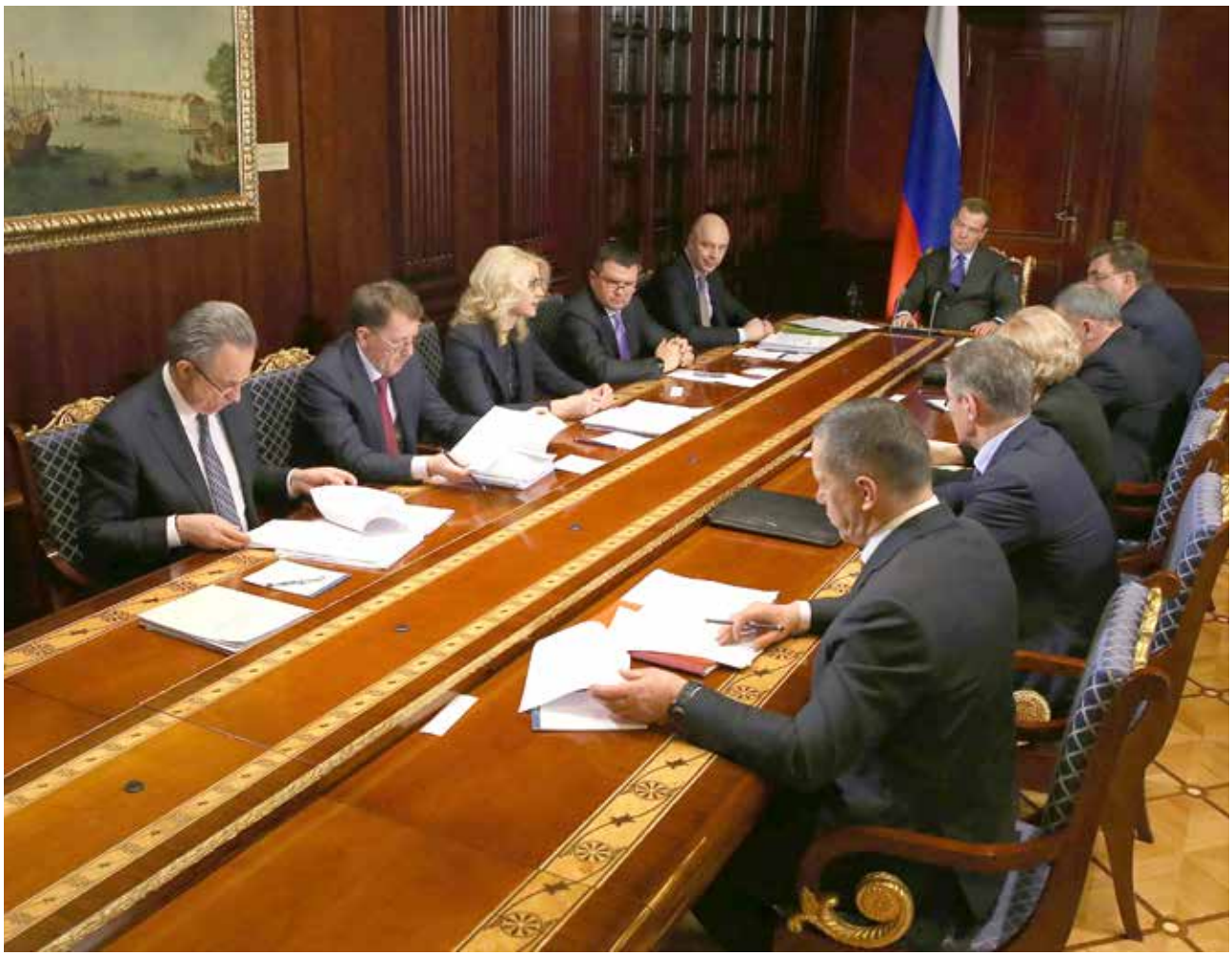
Все изменения в системе здравоохранения невозможны без её качественного кадрового обеспечения. Во всех регионах сегодня приняты кадровые программы, определена потребность в работниках по конкретным специальностям. В бюджетах территориальных фондов обязательного медицинского страхования предусмотрены достаточные средства на выплату заработной платы для тех работников, которые вновь будут поступать в медицинские организации. Первые результаты мы получим по итогам исполнения за первое полугодие.

Продолжает развиваться информатизация здравоохранения. Телемедицинские технологии внедрены и уже широко используются в 53 регионах страны. 37 тысяч пациентов находятся на дистанционном наблюдении с применением телемедицинских технологий. 175 тысяч врачей ведут медицинскую документацию в электронном виде. За I квартал наши федеральные учреждения проконсультировали четыре тысячи пациентов с помощью этих самых телемедицинских технологий.

https://www.kremlin.ru

ВНЕСЕНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРОГРАММУ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2019 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2020 И 2021 ГОДОВ

15 апреля 2019 года, Горки, Московская область



На совещании с вице-премьерами Председатель Правительства Российской Федерации Д.А. Медведев сообщил о внесении изменений в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов.

Во вступительном слове Председатель Правительства Российской Федерации **Д.А. Медведев** подчеркнул, что Постановлением Правительства Российской Федерации от 12 апреля 2019 года № 440 вносятся изменения в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Во-первых, человек, который нуждается в этом, сможет получать паллиативную помощь теперь в любом регионе – вне зависимости от того, где он прописан. Во-вторых, люди смогут проходить профилактические медосмотры и диспансеризацию не только днём, но и в вечерние часы и в субботу. Организация этого процесса – зона ответственности регионов, конечно. В-третьих, мы определим чёткие сроки постановки диагноза по онкологии – не более 14 календарных дней с даты назначения исследований. Это позволит упорядочить работу по таким существенным проблемам, которые связаны с тяжёлыми заболеваниями.

> ***Д.А. Медведев:*** *«Во-первых, человек, который нуждается в этом, сможет получать паллиативную помощь теперь в любом регионе – вне зависимости от того, где он прописан. Во-вторых, люди смогут проходить профилактические медосмотры и диспансеризацию не только днём, но и в вечерние часы и в субботу».*

Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации **Т.А. Голикова** в своем сообщении остановилась на теме диспансеризации и профосмотров и реализации изменений в законодательство, которые были внесены Правительством и подписаны в марте Президентом, о паллиативной помощи.

В рамках национального проекта «Здравоохранение» утверждены показатели, согласно которым в 2019 году более 61 миллиона наших граждан должны пройти диспансеризацию и профосмотры.

За два месяца (это первая отчётность) диспансеризацию прошло 8 миллионов человек – чуть более 13% от той цифры, которая установлена на 2019 год. Мы получаем обращения граждан и справедливые нарекания по поводу того, что им неудобно проходить диспансеризацию, так как какие-то процедуры проводятся в разных местах. Изменения, которые сейчас предполагаются программой госгарантий, нацелены на то, чтобы устранить возникающие неудобства и разрешить эти проблемы.

В программе отдельно выделены, как мы докладывали уже Президенту, онкологические скрининги и конкретизированы действия регионов по проведению диспансеризации.

> ***Т.А. Голикова:*** *«В рамках национального проекта «Здравоохранение» утверждены показатели, согласно которым в 2019 году более 61 миллиона наших граждан должны пройти диспансеризацию и профосмотры».*

Важно, что регионы должны в обязательном порядке определить перечень организаций – диспансеризация и профосмотры должны быть проведены в полном объёме. Эта информация должна быть в обязательном порядке размещена на сайтах департаментов здравоохранения субъектов Федерации. Это обязательное требование.

В соответствии с посланием Президента предусмотрено, что граждане вправе пройти диспансеризацию в вечерние часы и субботу. При этом мы понимаем, что это дополнительная нагрузка на медицинские организации, поэтому для её проведения субъекты вправе привлекать врачей из стационаров. Кроме того, в программе прописано, что за это должны быть соответствующим образом поощрены врачи, если они работают сверхурочно и в субботу.

Эти изменения также достаточно подробно отражены в новом Порядке проведения диспансеризации и профосмотров, а также Правилах обязательного медицинского страхования.

Об изменениях в программе, которые связаны с паллиативной помощью. Впервые в Российской Федерации

> ***Т.А. Голикова:*** *«Впервые в Российской Федерации паллиативная помощь будет оказываться не только в медицинских организациях, но и на дому. Ранее такой способ получения медицинской помощи нашим гражданам был недоступен».*

паллиативная помощь будет оказываться не только в медицинских организациях, но и на дому. Ранее такой способ получения медицинской помощи нашим гражданам был недоступен. Понятно, что нам вместе с субъектами нужно будет ещё отработать алгоритмы оказания такой помощи. Несмотря на то, что следом за изменениями, которые Вы сейчас подписали, будет ещё межведомственный приказ министерств здравоохранения и социальной защиты по взаимодействию, в программе такой порядок оказания помощи уже достаточно серьёзно детализирован и субъекты могут в этом направлении начинать работу. Программой предусмотрено информирование медицинской организации первичного звена, к которой прикреплён пациент, если ему нужна такого рода помощь, чтобы гражданину такая помощь была оказана на дому. Кроме того, в ближайшее время Минздрав утверждает перечень оборудования и порядок его передачи пациенту на дом, чего тоже раньше не было, это было фактически запрещено.

И ещё одна крайне чувствительная тема: обеспечение детей, нуждающихся в обезболивании, детскими формами лекарственных препаратов. Уже разные варианты подхода к этой теме мы отрабатывали, но сейчас как первый шаг в программе государственных гарантий разрешено регионам организовывать изготовление детских форм на базе государственных аптек, которые имеют лицензию. Сейчас в 56 регионах страны такие аптечные учреждения имеются, и они вправе организовать такую работу. Дальнейшее взаимодействие у нас идёт в рамках усилий Минпромторга по развитию отечественной фармацевтической промышленности и поэтапному выводу на российский рынок детских форм лекарственных препаратов.

Наконец, последнее, что закрепляется: пациент, который нуждается в паллиативной помощи, может теперь получить её в любом регионе. И препятствия, которого до этого было, а именно проблемы финансового обеспечения оказания этой помощи, теперь не будет, потому что в рамках программы государственных гарантий предполагается межрегиональное заключение соглашений об оплате, как это делается в системе обязательного медицинского страхования по другим направлениям. Мы очень рассчитываем на то, что регионы предметно отнесутся к этим изменениям в программу государственных гарантий и в ближайшее время примут необходимые нормативные акты, чтобы эти изменения запустить.

https://www.government.ru

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ*

от 12 апреля 2019 года № 440

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРОГРАММУ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2019 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2020 И 2021 ГОДОВ

Правительство Российской Федерации постановляет:

Утвердить прилагаемые изменения, которые вносятся в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденную постановлением Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2018, № 51, ст. 8013).

Председатель Правительства
Российской Федерации
Д. МЕДВЕДЕВ

* Постановление Правительства Российской Федерации от 12.04.2019 г. № 440 размещено на сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования www.ffoms.ru в разделе «Документы», подразделе «Постановления и Распоряжения Правительства РФ».

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ Н.Н. СТАДЧЕНКО ПРОВЕЛА СОВЕЩАНИЕ СОВЕТА ДИРЕКТОРОВ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

15-16 апреля 2019 года, г. Грозный, Чеченская Республика

Глава Чеченской Республики Рамзан Кадыров приветствовал участников совещания и отметил, что на повестке дня важный вопрос – развитие онкологической службы.

«За короткий срок мы буквально преобразили онкологический диспансер. Сегодня он обладает всеми кадровыми и технологическими возможностями для диагностики и лечения.

Отдельного внимания заслуживает система обязательного медицинского страхования. Мы гордимся тем, что наша республика находится в лидерах по многим показателям развития

ОМС. Это результат эффективной работы команды территориального фонда и Вашей, Наталья Николаевна, поддержке. Уверен, что наша совместная работа будет способствовать дальнейшему развитию системы здравоохранения региона», – отметил Рамзан Кадыров.

Глава Чеченской Республики добавил, что в день совещания в республике отмечается праздник – День отмены КТО. «В этот день мы говорим о здоровье нации и о методах развития здравоохранения. Если бы несколько лет назад нам сказали, что мы будем проводить мероприятия подобного рода, то нам бы никто не поверил», – подчеркнул он.

Наталья Стадченко поздравила жителей региона с 10-й годовщиной Дня отмены КТО и поблагодарила Главу Республики за поддержку отрасли здравоохранения.

«Примечательно, что этот год – первый год реализации национального проекта здравоохранения – объявлен в Чеченской Республике Годом здравоохранения. Следует отметить, что бюджет Федерального фонда ОМС на 2019 год и плановый период 2020-2021 годов позволит выполнить все задачи, которые перед нами поставлены. Если говорить о параметрах бюджета, то субвенция на реализацию базовой программы обязательного медицинского страхования на 2019 год составляет более 2 трлн рублей, что на 198 млрд рублей больше к уровню предыдущего года. Для регионов СКФО субвенция составляет 106,7 млрд рублей с приростом на 9,5 млрд, что в 3 раза больше, чем было в 2012 году». Данный объем субвенции позволяет в полном объеме обеспечить финансирование Программы госгарантий на 2019 год, которая содержит значительные новации и, в первую очередь, в развитии медицинской помощи по онкологии, первичной медико-санитарной помощи.

Председатель Федерального фонда ОМС добавила, что в настоящее время безусловным приоритетом является реализация Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204.

Впервые с 2019 года в базовые программы ОМС установлены нормативы объемов финансовых затрат оказания медицинской помощи: онкологической, диспансеризации и ЭКО. Для оказания медицинской помощи по профилю «онкология» только в 2019 году будет направлено более 200 млрд рублей, что в 1,5 раза больше уровня 2018 года.

В целях реализации Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» с 2019 года из федерального бюджета направлено в бюджет Федерального фонда ОМС дополнительно 70 млрд рублей. И в том числе 3,6 млрд рублей для субъектов Северо-Кавказского федерального округа. Для обеспечения более справедливой оплаты медицинской помощи в 2019 году детализированы КСГ по профилю «онкология» в условиях круглосуточного и дневного стационара. Тарифы на оплату химиотерапии учитывают стоимость и длительность, что обеспечит покрытие расходов медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь, в том числе лекарственной терапии. Таким образом, созданы все условия, необходимые для оказания доступной и качественной медицинской помощи застрахованным лицам с онкологическими заболеваниями.

По данным ТФОМС Чеченской Республики, в республике 9 организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь преимущественно по семи профилям: онкология, сердечно-сосудистая хирургия, офтальмология, травматология и ортопедия, неонатология, акушерство-гинекология, челюстно-лицевая хирургия.

Численность застрахованного населения составляет 1 402 208 человек, (в 2018 году – 1 387 304 человека).

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко встретилась с Главой Чеченской Республики Рамзаном Кадыровым. Во время беседы Глава Чеченской Республики отметил, что в Чеченской Республике особое внимание уделяется проблемам и перспективам развития здравоохранения. По его словам, ФОМС вносит весомый вклад в дело обеспечения населения качественными медицинскими услугами.

«Наталья Николаевна, я приветствую Вас в нашей республике. Мы очень рады Вашему визиту. Мы всегда чувствуем поддержку с Вашей стороны. Вы вносите весомый вклад в дело развития нашего здравоохранения. И мы благодарны Вам за Ваше внимание и помощь. За последние годы мы достигли больших успехов в здравоохранении – и в совершенствовании материально-технической базы, и в развитии кадрового потенциала. И по последним исследованиям мы вошли в десятку лучших субъектов РФ по качеству оказываемых населению медицинских услуг», - сказал он.

В рамках рабочей поездки Председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко, совместно с Главой Чеченской Республики Рамзаном Кадыровым, первым

заместителем Председателя Комитета Государственной Думы по бюджету и налогам Ириной Гусевой, заместителем Министра здравоохранения РФ Евгением Камкиным, приняла участие в торжественной церемонии открытия детской поликлиники № 1 в новом микрорайоне Грозного.

По словам Министра здравоохранения ЧР Эльхана Сулейманова, новая поликлиника является одним из многих объектов, предусмотренных к открытию в рамках объявленного Главой Чеченской Республики Годом здравоохранения.

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко отметила, что учреждение отвечает абсолютно всем требованиям для полноценной работы. Всё очень качественно и соответствует стандартам.

Н.Н. Стадченко выразила благодарность Главе Чеченской Республики за большое внимание сфере здравоохранения. «Поликлиника оснащена современным медицинским оборудованием. Здесь действительно хорошие диагностические возможности. За здоровье маленьких пациентов можно быть спокойным», – добавила она.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ Н.Н. СТАДЧЕНКО ПО ИТОГАМ ПОСЕЩЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ: РАБОТА СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СНИЗИЛА ЧИСЛО ЖАЛОБ ОТ ПАЦИЕНТОВ

19-20 апреля 2019 года, г. Краснодар

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко и депутат Государственной Думы Российской Федерации, первый заместитель Председателя Комитета по бюджету и налогам Ирина Гусева в ходе совместного визита посетили Краснодарский край с целью оценки эффективности развития сферы обязательного медицинского страхования в регионе.

«Создание единых колл-центров в территориальных фондах ОМС и в страховых медицинских организациях дает возможность в максимально короткие сроки реагировать на обращения граждан, не позволяя обращениям трансформироваться в жалобы. Именно работа страховых представителей путем активной помощи и сопровождения граждан во время лечения позволила снизить число жалоб. Большинство вопросов решаются непосредственно на местах, в момент

обращения. Ни одно обращение не снимается с контроля до тех пор, пока оно не решено», – сообщила Председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко.

Глава ФОМС совместно с депутатом Госдумы посетили Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Краснодарского края, где ознакомились с организацией работы контакт-центра, работы управления информационных технологий.

Особое внимание делегации было направлено на развитие пациентоориентированных технологий в регионе. Наталья Стадченко обратила внимание представителей ТФОМС на то, что в системе здравоохранения происходят существенные изменения, улучшается качество оказания медицинской помощи, расширяется список услуг, доступных по ОМС, поэтому очень важно наличие полноценной обратной связи с застрахованными.

По данным Территориального фонда ОМС Краснодарского края, с появлением возможности обращаться в контакт-центры как территориального фонда, так и страховых медицинских организаций в любое время, в том числе и в нерабочее, на треть возросло количество обращений именно за консультациями.

Контакт-центр в ТФОМС Краснодарского края функционирует с 2016 года. Сегодня в нем ежедневно работают 4 оператора – три оператора первого уровня, и один оператор второго уровня, врач-эксперт. Контролирует работу операторов администратор контакт-центра, который готовит аналитические материалы о работе с обращениями граждан. В них содержатся в том числе и рекомендации по устранению (недопущению) случаев нарушения прав застрахованных, которые передаются в СМО и от них непосредственно – в медицинские организации региона.

В некоторых случаях обращения граждан из контакт-центра ТФОМС переадресуются непосредственно в страховые медицинские организации. Все обращения, которые передаются в СМО, не снимаются с контроля в контакт-центре ТФОМС. «Мы наладили обратную связь и обязательно перезваниваем им, чтобы выяснить – получил ли человек помощь от своей страховой медицинской организации», – пояснили представители контакт-центра.

Председатель ФОМС посетила центр управления информационных технологий ТФОМС Краснодарского края, который назвала уникальным. «Обычно территориальные фонды закупают программные комплексы у сторонних разработчиков, при этом в информационном центре ТФОМС Краснодарского края работают специалисты, которые сами разрабатывают эти программы для нужд фонда и создают собственный качественный и востребованный продукт», – отметила она. Сегодня силами специалистов центра создано 60 программных комплексов, которые интегрированы в единую информационную систему ТФОМС, и любые специалисты:

экономисты, врачи, сотрудники отдела закупок и др. – могут пользоваться учетными формами в данной системе и другим широким функционалом.

Наталья Стадченко и Ирина Гусева встретились с коллективом ТФОМС, где отметили, что работа краснодарцев может служить примером для многих других территориальных фондов ОМС. Они отметили высокий уровень подготовки специалистов Фонда и поблагодарили их за качественную работу.

Во время визита делегации большое внимание было уделено работе страховых представителей на местах.

В 2018 году страховыми представителями региона принято и рассмотрено около 490 тыс. устных обращений от застрахованных граждан, в первом квартале 2019 года – около 60 тыс., в том числе по вопросам диспансеризации и возможности проведения различных обследований.

«Самое важное сегодня – раннее выявление заболеваний и начало лечения. Это означает совсем другое качество жизни, совсем другой прогноз восстановления после курса лечения, – подчеркнула Наталья Стадченко. – Поэтому мы уделяем огромное внимание диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам. И страховые представители с этого года не только информируют граждан о необходимости прохождения диспансеризации, но и в случае выявления заболевания контролируют постановку на диспансерный учет, прохождение необходимых обследований в срок, помогают в случае возникновения проблем при диспансерном наблюдении, а кроме того, и формируют у пациентов приверженность к здоровому образу жизни».

В рамках нацпроекта «Здравоохранение» в 2019 году планируется проинформировать о праве пройти профилактические осмотры 44% взрослого застрахованного населения, а к 2024 году информированием должны быть охвачены 100% застрахованных лиц старше 18 лет.

Популяризовать среди населения бережное отношение к своему здоровью и своевременной профилактике призван и федеральный проект «Бережливая поликлиника», одна из целей которого – ускорить прохождение диспансеризации.

Председатель ФОМС посетила амбулаторно-поликлиническое отделение г. Краснодара ГБУЗ НИИ ККБ № 1 для того, чтобы проверить, как развиваются «бережливые технологии» в регионе и как работают страховые представители на местах.

Наталья Стадченко высоко оценила работу по развитию этого направления в Краснодаре. В учреждении, которое обслуживает 23 тыс. человек, положительные изменения налицо. Так, если до внедрения «бережливых технологий», в регистратуру по различным вопросам обращались 70% посетителей, а время ожидания в очереди превышало 10 минут, то сегодня с введением электронной очереди, грамотного распределения потоков, понятной навигации, информационных стендов и т.п., к услугам регистратуры обращается не более 30% посетителей. Даже при «пиковой» загрузке очередь не превышает 2-3 человек, а время ожидания – 2-3 минут.

Значительно упрощено и прохождение диспансеризации – в учреждениях с «бережливыми технологиями» пациентам нет необходимости занимать очереди в нескольких местах, бегать с этажа на этаж к разным специалистам. В таких поликлиниках пациенты проходят большинство исследований 1-го этапа в одном кабинете за один день, кроме того, есть возможность пройти профилактические мероприятия в вечерние часы и в субботу. 2-й этап (дополнительные обследования при выявлении на 1-м этапе диспансеризации каких-либо медицинских показаний) занимает 2-3 дня. Кроме того, при внедрении модели «Бережливой поликлиники» не допускается пересечение застрахованных граждан при проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров с иными потоками пациентов.

В поликлинике Краснодара отметили, что внедрение «бережливых технологий» было бы невозможно без страховых представителей, которые принимают

активное участие на всех этапах проекта. Так, организованы посты страховых представителей во всех медицинских организациях, участвующих в реализации проекта. В период проведения дежурства контролируются работа регистратур, инфоматов, наличие очередей, в том числе в процедурные кабинеты и кабинеты диагностических исследований, проводится консультирование посетителей поликлиник по вопросам ОМС. В «Бережливых поликлиниках» края в 2018 году страховыми представителями проведено около 6 тыс. дежурств, на которых принято 28 тыс. обращений застрахованных граждан. В первом квартале 2019 года уже проведено свыше 1,6 тыс. дежурств и рассмотрено около 7,5 тыс. обращений по различным вопросам получения медицинской помощи.

С 2019 года в «Бережливых поликлиниках» началось внедрение новой информационной системы – интерактивной инсталляции «Здравографика», созданной с использованием технологий дополненной реальности. Это совместный проект Минздрава РФ, Федерального фонда ОМС и ООО «АльфаСтрахование-ОМС». Инновационная интерактивная система внедряется в рамках информирования застрахованных граждан о реализации национального проекта «Здравоохранение» и позволит популяризировать здоровый образ жизни и своевременную профилактику.

Работу инновационного проекта в ходе визита в поликлинику также оценила Председатель Федерального фонда ОМС. «Здравографика» представляет собой стенд-инсталляцию, состоящую из большого экрана и сенсорной панели. Внутри – библиотека знаний, которая носит медицинский, рекомендательный и популярный характер. Любой посетитель поликлиники может в интерактивном режиме получить информацию о наиболее значимых заболеваниях и их профилактике, рекомендации по здоровому образу жизни, подробную информацию о рекомендуемой ему диспансеризации и особенностях здорового образа жизни: принципах правильного питания, борьбы со стрессом, отказе от вредных привычек, организации физической активности. Также посетитель может отправить персональные рекомендации себе на электронную почту и использовать их в повседневной жизни. Кроме того, проект направлен на повышение осведомленности граждан о сервисе страховых медицинских организаций, задача которых – информировать и защищать их интересы в вопросах оказания бесплатной медицинской помощи. В отдельном разделе собрана вся информация о том, как страховая медицинская организация обеспечивает поддержку в получении бесплатной медицинской помощи и защищает права пациентов.

«Сегодня в системе здравоохранения происходят качественные изменения: активно внедряются принципы бережливого производства в медицинских учреждениях, растет качество оказания медицинской помощи, расширяется список услуг, доступных по ОМС. Проект «Здравографика» позволит своим современным технологичным решением популяризовать у людей бережное отношение к своему здоровью и своевременную профилактику», – отметила Наталья Стадченко.

«На примере этой поликлиники я увидела современный подход – штат укомплектован врачами, есть оборудование, информационные стенды, которые наглядно помогают разобраться и найти ответы на любые вопросы. За год людей, которые хотят следить за своим здоровьем, стало больше, и при этом здравоохранение становится доступнее. А значит, мы сможем решить нашу главную задачу – наладить качественную профилактику», – заключила депутат Государственной Думы Ирина Гусева.

НОВЫЕ КАДРОВЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан

Кофанова Юлия Анатольевна, 1969 года рождения, назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан на основании Распоряжения Правительства Республики Башкортостан от 23 апреля 2019 г. № 376-р.

Кофанова Ю.А. в 1992 году окончила Башкирский государственный медицинский институт по специальности «лечебное дело».В 1994 году окончила клиническую ординатуру БГМИ. Кандидат медицинских наук.

С 1994 по 2000 год - врач кабинета функциональной диагностики Узловой больницы станции Дема.

С 2000 по 2004 год - заведующая отделением функциональной диагностики Отделенческой больницы станции Уфа ФГУП «Куйбышевская железная дорога».

С 2005 по 2010 год - заведующая-врач функциональной диагностики НУЗ «Отделенческая больница на станции Уфа ОАО «РЖД».

С 2010 по 2016 год - главный врач Поликлиники № 47 г. Уфы.

С 2016 до декабря 2017 года - главный врач Поликлиники № 43 г. Уфы.

С 27 декабря 2017 по 29 января 2019 года - заместитель Министра здравоохранения Республики Башкортостан.

С 29 января 2019 до 23 апреля 2019 года - исполняющая обязанности директора Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан».

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия

Дзейтов Магомед Алиевич,1979 года рождения, назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия на основании Распоряжения Правительства Республики Ингушетия от 10.04.2019 г. № 215- р.

Дзейтов М.А. в 2012 году окончил Российскую правовую академию Министерства юстиции Российской Федерации по специальности «правоведение». Советник юстиции 2 класса.

С 09.2005 по 10.2005 года - судебный пристав по обеспечению установленного порядка деятельности Назрановского городского отдела судебных приставов.

С 10.2005 по 06.2006 года - судебный пристав по обеспечению установленного порядка деятельности Назрановского районного отдела судебных приставов. С 06.2006 по 08.2006 года - судебный пристав - исполнитель Назрановского городского отдела судебных приставов. С 10.2007 по 12.2008 года - судебный пристав - исполнитель Джейрахского районного отдела судебных приставов. С 12.2008 по 07.2010 года - судебный пристав - исполнитель Назрановского районного отдела судебных приставов. С 07.2010 по 11.2011 года - заместитель начальника отдела - заместитель старшего судебного пристава Назрановского районного отдела судебных приставов. С 11.2011 до 10.04 2019 года - начальник отдела - старший судебный пристав Назрановского городского отдела судебных приставов.

Награжден почетными грамотами Республики Ингушетия, Правительства Республики Ингушетия, ФССП России, медалями «За службу III степени», «150 лет основания института судебных приставов», «За заслуги». Имеет благодарности Народного собрания Республики Ингушетия и ФССП России. Заслуженный юрист Республики Ингушетия.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Магаданской области

Щербакова Анастасия Дмитриевна, 1981 года рождения, назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области на основании Распоряжения Правительства Магаданской области от 04 .03. 2019 г. № 29-рп.

Щербакова А.Д. в 2006 году окончила ГОУ ВПО «Российский государственный гуманитарный университет» города Москвы по специальности «финансы и кредит».

Трудовую деятельность начала в 2003 году. До 2005 года работала экономистом в Тенькинской районной больнице. В 2005–2006 годах занимала должность ведущего экономиста в ГУЗ «Магаданский областной медицинский информационно-аналитический центр». С 2006 по 2019 год - ведущий экономист по финансовой работе, заместитель главного врача по экономике ОГБУЗ «Магаданский родильный дом».

В 2014 году А.Д. Щербакова вошла в комиссию по разработке территориальной программы ОМС Магаданской области.

Награждена грамотой Управления здравоохранения мэрии города Магадана, Благодарственным письмом Магаданской областной Думы. Лаурет премии «Человек года» в номинации «За достижение в сфере экономики и финансов» в 2013 году.

ОБ ИТОГАХ РАБОТЫ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2018 ГОДУ И ЗАДАЧАХ НА 2019 ГОД

Доклад министра здравоохранения В.И. Скворцовой на итоговом заседании коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации

24 апреля 2019 года, Москва

Как обозначил Президент Российской Федерации Владимир Владимирович Путин в своём Послании, ключевая государственная задача сегодня – сбережение народа, а один из важнейших базовых показателей благополучия страны – продолжительность жизни ее граждан.

В 2018 году продолжительность жизни в России достигла своего исторического максимума, увеличившись у мужчин – на 0,3 года, у женщин – на 0,2 года и составив, в среднем, 72,9 года. При этом сократилась разница между продолжительностью жизни мужчин и женщин до 10 лет.

Своих исторических минимумов достигли младенческая и материнская смертность, снизившись за год на 8,9% и 8,2% соответственно. При этом в 44 регионах страны младенческая смертность по

результатам 2018 года стала ниже среднероссийского показателя – 5,1 на тысячу родившихся живыми, а в 32 регионах не зарегистрировано ни одного случая материнской смерти.

Достичь таких результатов во многом позволила реализованная по поручению Президента масштабная программа строительства перинатальных центров и встраивания их в 3-уровневую службу родовспоможения. В прошедшем году почти каждый месяц в стране открывался новый перинатальный центр: за год их введено в эксплуатацию десять.

Свой вклад в демографию внесла и профилактика абортов. В 2018 году их количество снизилось на 9,6%, то есть почти на 60 тыс. случаев, а за 7 лет – более чем на 39%.

Значительно увеличилась доступность экстракорпорального оплодотворения. Проведено свыше 78 тыс. бесплатных процедур ЭКО, что на 21% больше, чем годом ранее. Это позволило появиться на свет 28,5 тыс. детей.

Одним из ключевых направлений работы Министерства здравоохранения в 2018 году была профилактика инфекционных заболеваний и обеспечение биологической безопасности.

Впервые в истории страны было привито от гриппа 70,8 млн человек, т.е. почти половина населения. В результате, по сравнению с предыдущим эпидсезоном, заболеваемость гриппом снизилась на 24%.

В 2018 году Всемирная организация здравоохранения документально подтвердила, что Россия остановила передачу краснухи, чем внесла значительный вклад в элиминацию этого заболевания в государствах Европы.

По данным ВОЗ, в течение последних лет наша страна стала мировым лидером по темпам снижения заболеваемости и смертности от туберкулеза. С 2012 года заболеваемость снизилась на 35%, а смертность – в 2,3 раза, что в 5 раз превышает среднемировую динамику.

Сегодня мы совместно с ВОЗ оказываем поддержку 18 странам мира с высокими показателями заболеваемости, распространенности и смертности от туберкулеза. Проведенная в Москве Первая Министерская конференция по туберкулезу стала основой для первой в истории встречи высокого уровня и специального совещания Генеральной Ассамблеи ООН.

Серьезной инфекционной угрозой является ВИЧ-инфекция. Эта проблема ещё остро стоит в нашей стране. Вместе с тем, принятые Правительством РФ системные меры позволили достичь позитивных изменений в борьбе с этим заболеванием.

Так, почти полностью прекращен «вертикальный путь» передачи инфекции: заражение регистрируется лишь у 1,5% детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей.

Нам удалось стабилизировать эпидемический процесс у взрослых: на протяжении последних трех лет количество новых случаев инфекции не прирастает. К стабилизации привело значительное увеличение охвата населения бесплатным тестированием на ВИЧ, а инфицированных пациентов – лечением.

38 млн граждан, или почти 26% населения страны, прошли в 2018 году тест на ВИЧ, что на 12% превышает показатель 2017 года.

60% ВИЧ-инфицированных, находящихся на диспансерном наблюдении, сегодня получают необходимое лечение по современным схемам ВОЗ. При этом снижение вирусной нагрузки отмечено более, чем у 73% получающих антиретровирусную терапию.

Однако, наша задача в 2020 году достичь Цели устойчивого развития ООН по ВИЧ – 90-90-90, т.е. 90% выявления инфекции, 90% лечения выявленных инфицированных и 90% снижения вирусной нагрузки у получающих лечение.

2019 год должен стать важным шагом на этом пути. «Выход на плато» по числу новых случаев ВИЧ-инфекции позволяет прогнозировать возможность снижения заболеваемости при условии расширения охвата лечением до 75% уже в этом году.

В 2018 году Минздравом завершено строительство Национального интеграционного центра мониторинга биологических угроз и создание его программно-аппаратного комплекса. Сегодня к программно-аппаратному комплексу подключены 555 микробиологических лабораторий в 7 пилотных

регионах страны, 307 из которых передают результаты лабораторных исследований автоматизировано, в режиме реального времени.

За 2019 год к Центру поэтапно будут подключены лаборатории всех регионов, что позволит существенно повысить эффективность решения ключевой задачи по прогнозированию и быстрому противодействию биологическим угрозам и рискам их возникновения, сократив время согласованного реагирования всех заинтересованных служб и ведомств.

Российская Федерация сохраняет лидирующие позиции в борьбе с эпидемиями и пандемиями на международном уровне. Наряду с еще девятью странами мира, мы вошли в созданный по инициативе ВОЗ Совет по мониторингу глобальной готовности к чрезвычайным ситуациям, основной задачей которого является предупреждение и реагирование на глобальные угрозы.

Хорошо известно, что более чем на 60% здоровье человека зависит от его собственных действий. Мотивировать людей к заботе о своем здоровье непросто. Требуется последовательная реализация системных мер.

В нашей стране начала формироваться система общественного здоровья, включающая создание «мотивирующей среды» через развитие сети центров общественного здоровья, реализацию региональных, муниципальных, корпоративных «программ здоровья», а также через нормативное регулирование, образовательную деятельность и таргетированные коммуникации.

Министерством разработаны инициативы, направленные на снижение доступности алкогольной и табачной продукции, создание безопасной и свободной от табачного дыма окружающей среды, формирование здорового образа жизни, в том числе на рабочем месте.

Проводимая работа на данном направлении позволила сократить объемы потребления алкоголя и табака. Так, потребление алкоголя сократилось в 2018 году до 9,3 литров на душу населения с 18 литров в 2011 году, то есть почти в два раза. Это привело к сокращению числа не только алкогольных отравлений, но и других алкоголь-ассоциированных расстройств, что сказалось, прежде всего, на снижении смертности мужчин трудоспособного возраста – с 2012 года на 18%.

Необходимым элементом медицинской профилактики является раннее выявление заболеваний и их факторов риска, осуществляемое в рамках современной системы скринингов – профилактических осмотров и диспансеризации, которые прошли в 2018 году 61,9 млн граждан, в том числе 26,7 млн детей.

Так, в результате диспансеризации более 56% злокачественных новообразований были выявлены на первой и второй стадиях, что привело к снижению одногодичной летальности до 22% и повышению пятилетней выживаемости почти до 55%. Смертность от злокачественных новообразований за год снизилась на 0,6%.

Одновременно с этим, впервые было установлено предельное время ожидания диагностических исследований и госпитализации пациентов с онкологическими заболеваниями, уточнены этапы оказания медицинской помощи.

Более 11 тысяч страховых представителей начали осуществлять деятельность по мотивированию населения к здоровому образу жизни, своевременному прохождению профилактических осмотров и диспансеризации и повышению приверженности к лечению.

В сентябре 2018 года авторитетный медицинский журнал «Ланцет» отметил Россию, как одну из немногих стран, которая, по прогнозам международных экспертов, в рамках исполнения ЦУР может к 2030 году уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний.

В 2018 году наша страна стала сопредседателем Независимой комиссии высокого уровня по неинфекционным заболеваниям ВОЗ и сумела оказать помощь 11 странам мира в разработке национальных политик по профилактике и борьбе с НИЗ. Этому способствовала деятельность специализированного методологического центра ВОЗ по неинфекционным заболеваниям в Москве.

Нам предстоит серьёзная напряжённая работа в рамках реализации национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» для дальнейшего снижения смертности населения, особенно смертности трудоспособных мужчин – с сегодняшнего показателя 729 на 100 тыс. до 530 к 2024 году.

С этого года во всех регионах страны должны быть реализованы дополнительные меры по повышению доступности и качества программ профилактики.

Это и программы формирования здорового образа жизни в каждом населённом пункте и в каждом организованном коллективе взрослых и детей, и ежегодные профилактические осмотры с 18 лет, и ежегодная диспансеризация с 40 лет, расширение онкоскринингов, дополнительная диспансеризация лиц старших возрастных групп. Необходимые изменения внесены в обновлённые Порядок проведения профилактических осмотров и диспансеризации и Правила обязательного медицинского страхования.

Субъекты РФ должны в обязательном порядке определить перечень медицинских организаций для проведения диспансеризации и профосмотров в полном объёме. Эту информацию необходимо разместить на сайтах региональных департаментов здравоохранения и медицинских организаций, активно довести до населения.

Важно, чтобы были созданы условия для прохождения диспансеризации в вечерние часы и субботу, когда это удобно людям. При этом, безусловно, сверхурочная работа медиков должна быть финансово компенсирована.

Все профилактические осмотры, включая лабораторные и инструментальные исследования, оплачиваются «полным рублём» из ОМС, а ресурсы на расширение кадрового состава первичного звена заложены в нормированных страховых запасах территориальных фондов ОМС.

Как отметил в Послании Федеральному Собранию Президент, доступность первичной медико-санитарной помощи должна быть обеспечена для всех граждан страны, независимо от их места жительства.

Территориальное планирование размещения медицинской инфраструктуры обязано соответствовать особенностям расселения жителей региона. Это – прямое полномочие субъектов РФ.

В целом, с 2012 года количество сельских медицинских подразделений в России увеличилось более чем на 7% – до 50 тыс. единиц, при этом доля врачебных подразделений возросла до 28%.

Благодаря дополнительным финансовым средствам из Резервного фонда Правительства РФ, в 2018 году введены в строй 350 новых врачебных амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов. Это привело к росту общего числа врачебных амбулаторий на 102, или на 2%. За год доля зданий сельских медицинских объектов, требующих капитального ремонта, сократилась почти на 12%.

Вместе с тем, общее число ФАПов и фельдшерских пунктов за 2018 год снизилось на 0,9% (или на 331 объект). Преимущественно это связано с сокращением численности сельского населения на 226,3 тыс. человек, а также с увеличением на 984 числа малонаселенных пунктов с числом жителей менее 100 человек, где не поддерживаются стационарные медицинские объекты.

Данная тенденция должна компенсироваться развитием передвижных форм работы для малонаселенных районов, позволяющих провести на месте профилактические осмотры и обследования.

В 2018 году было приобретено 246 мобильных комплексов. Число передвижных ФАПов увеличилось на 56% – с 96 до 150. Всего в стране работают уже около 3,8 тыс. мобильных медицинских бригад.

В результате число амбулаторных посещений сельскими жителями не только не снизилось, но увеличилось за год почти на 1 млн, а посещений медицинских организаций, расположенных в сельской местности, – на 1 млн 200 тысяч (рост на 0,7%).

За ближайшие 3 года мы должны полностью достроить медицинскую инфраструктуру села, в соответствии с геоинформационной системой и едиными требованиями и нормативами, а также существенно расширить выездные формы работы.

Для представителей старших возрастных групп, проживающих в сельской местности, с конца этого

года должна быть обеспечена бесплатная транспортировка до медицинских организаций районного центра.

Автотранспорт необходимо приобрести в ближайшее время в рамках Федерального проекта «Старшее поколение».

Одновременно с повышением доступности медицинской помощи мы уделяем особое внимание созданию комфортной среды в амбулаторных медицинских организациях.

Совместно с Управлением Президента РФ по внутренней политике и госкорпорацией «Росатом» Минздравом России реализуется проект «Бережливая поликлиника». Уже в 52 субъектах, включая 19, присоединившихся к проекту по собственной инициативе, принципы бережливого производства внедрены в 1070 поликлинических подразделениях: 578 взрослых и 492 детских – это втрое больше, чем было год назад.

К 2021 году мы планируем полностью перевести на новые стандарты все детские поликлиники, а к 2024 году – не менее 70% поликлиник страны.

В 2018 году на базе 9 образовательных организаций Минздрава России созданы специализированные обучающие центры – Школы лидеров бережливых технологий в здравоохранении, обучение в которых прошли уже более 3,5 тыс. человек.

Результаты внедрения бережливых технологий в поликлиниках очевидны: это сокращение более чем в три раза (до 13 минут) времени ожидания пациентов в очереди у кабинета врача и почти в 4 раза (до 7 минут) – в очереди в регистратуру.

Интересно, что независимая оценка условий оказания услуг в медицинских организациях показала в 2018 году рост средней оценки удовлетворенности с 49% в 2016 году до 85% (в 1,7 раза), оценки доброжелательности и вежливости персонала – с 49% до 86% (в 1,8 раза), комфортности условий во время ожидания – с 41 до 81% (практически в 2 раза).

Вместе с тем пока низкой остается оценка доступности услуг для инвалидов – только 59%. Следует уделить самое пристальное внимание улучшению условий в медицинских организациях для людей с ограниченными возможностями здоровья, налаживанию тесного взаимодействия с организациями медико-социальной экспертизы, в том числе используя цифровые технологии. Необходимые подходы и критерии качества формирования доступной среды определены в созданной «Новой модели медицинской организации».

Особое направление нашей работы – развитие службы скорой медицинской помощи. В 2018 году за счет средств федерального бюджета в регионы поставлено 1780 автомобилей скорой помощи класса В. А всего с 2016 года было поставлено 5360 автомобилей класса В и 113 реанимобилей на шасси российского производства.

Это позволило на четверть снизить долю автомобилей скорой медицинской помощи с высокой степенью износа и сроком эксплуатации свыше 5 лет – до 32% в 2018 году.

В прошедшем году уже в 60 субъектах РФ начали работу автоматизированные станции скорой помощи, в 12 – работает единая региональная информационная система управления службами скорой медицинской помощи.

Как результат, на всей территории страны показатель 20-минутного доезда бригады скорой медицинской помощи обеспечен в 89,4% случаев, а при ДТП – в 95%.

До конца 2021 года во всех регионах нашей страны должна быть создана единая система диспетчерской службы скорой медицинской помощи, которая на основе технологии ГЛОНАСС позволит оптимизировать маршрутизацию больных и дополнительно сократить время как доезда до пациента, так и эвакуации.

Для обеспечения медицинской помощью жителей удаленных и труднодоступных районов активно развивается санитарная авиация. По итогам 2018 года, дополнительно выполнено 6,7 тыс. вылетов, что позволило эвакуировать и своевременно оказать помощь свыше 9 тысячам пациентов, в том числе почти 2 тыс. детей, из них 724 – в возрасте до 1 года.

Дальнейшее развитие получила служба экстренной специализированной медицинской помощи

пациентам с острыми сосудистыми нарушениями.

В 2018 году число первичных и региональных сосудистых центров возросло до 656. Увеличена частота применения системного тромболизиса и ангиопластик коронарных артерий. Это обеспечило снижение смертности от инфаркта миокарда на 7,3% и от цереброваскулярных болезней на 3,6%.

В рамках реализуемого Федерального проекта по борьбе с сосудистыми заболеваниями запланировано укрепление материально-технической базы и переоснащение сосудистых центров и отделений, в том числе часть первичных сосудистых отделений будет оснащена ангиографами для выполнения рентгенэндоваскулярных вмешательств.

Повышается доступность высокотехнологичной медицинской помощи. Сеть медицинских организаций, выполняющих ВМП, расширилась с 2012 года более чем в три раза – до 1085, в основном за счёт региональных медицинских организаций.

Это позволило нарастить объемы высокотехнологичной помощи в 2018 году на 84 тыс. пациентов до 1 млн 131 тыс. человек. Важно отметить, что 305 тыс. из них (или 27%) – сельские жители, что превышает долю сельских жителей в населении страны.

Особое внимание мы уделяли выстраиванию современной модели медицинской реабилитации, в том числе детской.

За 2018 год охват пациентов реабилитационной помощью после оказания специализированной медицинской помощи повысился на 68% с 23,8 до почти 40%. Объем финансового обеспечения реабилитационной помощи за счет средств ОМС увеличился до 19,5 млрд рублей. Это зафиксировано впервые введёнными в Программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи нормативами объёмов и финансирования медицинской реабилитации.

Разработаны программы подготовки новых специалистов – участников мультидисциплинарных бригад, которым предстоит оказывать реабилитационную помощь в соответствии с научно обоснованными и современными международными рекомендациями.

Важнейшей инициативой, которая приобрела форму федерального закона, стало развитие паллиативной медицинской помощи. Я хотела бы поблагодарить общественные организации, принимавшие самое активное участие в работе над законопроектом. Данный закон расширил понятие паллиативной помощи и условия ее оказания, предусмотрел порядок взаимодействия организаций медицины и социального обслуживания, а также возможность оказания помощи на дому с применением медицинских изделий, включая дыхательную и другую аппаратуру.

Одновременно с этим Министерством была продолжена работа по укреплению коечного фонда паллиативной помощи. За год число паллиативных коек в стране увеличилось для взрослого населения на 6%, а для детей – на 9,3%, что составило в общей сложности почти 12 тыс. коек.

В прошедшем году были разработаны и утверждены профессиональные стандарты врача по паллиативной медицинской помощи и сиделки (помощника по уходу). Внедрены три клинические рекомендации для пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи.

Впервые проведены расчеты и установлены нормы потребности пациентов в наркотических средствах при оказании паллиативной помощи. Законодательно закреплено право каждого на обезболивание.

Совместно с Минпромторгом и фармпроизводителями проведена серьёзная работа по планированию выпуска новых сильнодействующих обезболивающих, включая неинвазивные и детские формы, которые будут вводиться поэтапно до 2023 года.

Для дополнительного обеспечения детей раннего возраста обезболивающими в большинстве регионов страны в активное состояние приведены производственные аптеки, лицензированные для работы с субстанциями наркотических и других сильнодействующих соединений. Обновлены все производственные регламенты, проведены обучающие семинары для провизоров.

Все регионы обязаны обеспечить нуждающихся

быстродействующими анальгетиками в необходимых формах и дозировках (в том числе в каплях, сиропе, суппозиториях и др.).

Дальнейшему развитию паллиативной медицинской помощи посвящена специальная ведомственная программа, на которую ежегодно предусмотрено более 4 млрд рублей.

Одним из главных направлений работы Министерства здравоохранения РФ является создание и внедрение системы управления качеством медицинской помощи. С этой целью был разработан и уже вступил в силу федеральный закон, который закрепляет определение клинических рекомендаций, типовую их структуру, включая раздел с критериями оценки качества медицинской помощи, а также их статус и механизм встраивания в систему оказания медицинской помощи.

Для контроля ключевых параметров, влияющих на качество оказания медицинской помощи, на пилотном примере онкологических заболеваний внедрена новая система анализа реестра-счетов на оплату медицинской помощи по ОМС. Это позволило в автоматизированном режиме осуществлять контроль за объемом, качеством и своевременностью медицинской помощи.

Отдельный акцент сделан на контроль качества химиотерапии и её соответствия клиническим рекомендациям. В этом году средства на химиотерапию практически удвоены (дополнительно выделено 70 млрд рублей).

Эти ресурсы должны быть правильно и эффективно освоены! Прошу обратить на это особое внимание!

Необходимый элемент качества и доступности медицинской помощи – бесперебойное обеспечение лекарственными препаратами.

В прошедшем году в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов дополнительно включены 38 международных непатентованных наименований, большая часть которых предназначена для лечения онкологических и редких заболеваний. Всего в Перечень теперь входят 735 позиций, что соответствует примерно 7 тысячам лекарственных препаратов, из которых 80% производятся в России.

Расширение Перечня позволило удержать цены на наиболее востребованные населением лекарства на стабильном уровне.

Принят закон, которым на федеральный уровень поднято лекарственное обеспечение по пяти наиболее затратным орфанным заболеваниям, что позволит уменьшить затраты субъектов Российской Федерации на 10 млрд рублей.

С 1 января 2018 года в промышленном режиме функционирует информационно-аналитическая система мониторинга и контроля в сфере государственных и муниципальных закупок лекарственных препаратов, предназначенная для анализа закупок в разрезе заказчиков, поставщиков и производителей для каждого международного непатентованного наименования и каждого торгового наименования с определением референтных цен в однородных группах лекарственных препаратов и отклонений от них.

Эта система должна не только повысить эффективность расходования государственных ресурсов, но и предотвратить правонарушения в области закупок лекарственных препаратов.

Развитие лабораторных комплексов, внедрение выборочного контроля качества лекарственных препаратов, увеличение числа экспертиз привели в 2018 году к снижению доли недоброкачественных лекарств на фармацевтическом рынке на 19%, по сравнению с показателем предыдущего года.

Для полного исчезновения некачественной и контрафактной фармацевтической продукции реализуется проект по прослеживанию движения лекарственных препаратов с помощью маркировки упаковок. В настоящее время уже отслеживается движение более 18 млн упаковок почти 2 тыс препаратов.

Система показала свою эффективность в первые же месяцы работы, позволив вскрыть правонарушения на сумму свыше 500 млн рублей.

С 1 октября 2019 года лекарственные препараты, применяемые при 7 высокозатратных нозологиях, должны иметь идентификационный знак, а с января

2020 года – и все вводимые в гражданский оборот лекарственные препараты.

Особого внимания требует лекарственное обеспечение в амбулаторных условиях. Ведь у двух из трёх пациентов, спасённых от острого инфаркта миокарда или инсульта, если они не принимают необходимую медикаментозную терапию, сосудистые нарушения повторяются в течение года, при этом в более тяжёлой, часто летальной форме.

Неудивительно, что положительная динамика в состоянии здоровья населения и снижении смертности регистрируется лишь в тех регионах, которые обеспечивают доступность «вторичной профилактики» сосудистых заболеваний, оказывая помощь пациентам из групп риска в приобретении лекарств и работая над повышением их приверженности к амбулаторному лечению.

В сентябре 2018 года Президент Российской Федерации поддержал курс на поэтапный переход от системы льготного лекарственного обеспечения к наиболее прогрессивной и эффективной системе частичного или полного государственного возмещения стоимости лекарств по референтным ценам.

Первыми в этот проект вступят пилотные регионы с полностью сформированной цифровой системой лекарственного обеспечения, включая электронную выписку рецептов.

Во все времена и исторические периоды «кадры решают всё».

Для оказания качественной медицинской помощи необходимо обеспечить отрасль адекватным количеством квалифицированных медицинских специалистов.

За четыре года численность врачей в государственной системе здравоохранения увеличилась более чем на 6 тыс. человек и составила почти 549 тыс. врачей. Увеличилось число специалистов по таким дефицитным специальностям, как анестезиология-реаниматология, рентгенология, патологическая анатомия, педиатрия, но особенно – по онкологии (на 19%) и общей врачебной практике (на 18,3%). Продолжает снижаться коэффициент совместительства: в 2018 году он составил уже 1,35.

Особое внимание мы уделяем кадровому обеспечению на селе.

В 2018 году было расширено действие программы «Земский доктор» на города с населением до 50 тыс. человек. В нее также были включены единовременные выплаты в размере 500 тыс. рублей для фельдшеров. В общей сложности число участников программы достигло 34,3 тыс. человек, из них в прошедшем году в программу вошли 5,3 тыс. врачей и фельдшеров.

В результате по сравнению с 2014 годом, численность врачей, работающих в сельской местности, увеличилась почти на 2 тыс. человек, или на 3,8%.

Вместе с тем распространение программы на средний медицинский персонал (28% от всех участников) и трудоустройство большого числа «земских врачей» (в некоторых регионах – почти всех) в малые города привело к сокращению притока врачей на село по сравнению с 2017 годом на 1 859 человек.

Это обусловило снижение общего числа врачей, работающих на селе, на 1,5 тыс., а обеспеченности врачами сельских жителей – на 2% (с 14,9 до 14,6 на 10 тыс.).

Обеспеченность средним медицинским персоналом в сельской местности снизилась на 2,1% – с 53,4 до 52,3 на 10 тыс. населения.

С учётом необходимости устранения кадрового дефицита и достраивания инфраструктуры сельского здравоохранения Президентом страны принято решение о снятии возрастного ценза для приходящих работать в рамках программы «Земский доктор».

При реализации программы нужно учитывать баланс потребностей, развивая кадровый потенциал городов не в ущерб селу.

Кроме того, нужно помнить, что основным механизмом устранения кадрового дефицита остается целевая подготовка.

Доля целевых бюджетных мест по программам специалитета превысила 50%, а в некоторых вузах – выросла до 80%, по программам ординатуры – превысила 60%.

Эффективность целевой подготовки, т.е. доля возврата на необходимое рабочее место и отработки

в течение 3 лет, составила уже 90%, что подтверждает её адекватность и по сути замену советской системы обязательного распределения.

По данным ВЦИОМ, на вопрос, какую профессию, род занятий вы бы пожелали для своих детей или внуков, 68% россиян заявили, что хотели бы, чтобы их ребенок стал врачом.

В прошедшем году на первый курс медицинских вузов по программам специалитета было зачислено более 60 тыс. студентов, что на 5,7% больше, чем в предыдущем году, причем с одним из наиболее высоких баллов ЕГЭ.

Первичную аккредитацию специалистов в 2018 году прошли 35,7 тыс. выпускников медицинских вузов и впервые – 56,5 тыс. выпускников медицинских колледжей. Это позволило более 4,5 тыс. молодых специалистов прийти в первичное звено на должности участковых врачей сразу после окончания вуза.

Характеристики квалификации медицинских работников, необходимой для осуществления профессиональной деятельности, в том числе выполнения определённой трудовой функции, закрепляют профессиональные стандарты.

За период с 2016 года Минздравом России совместно с Национальной медицинской палатой и Национальной фармацевтической палатой разработано, а Минтрудом утверждено 44 отраслевых профессиональных стандарта, из них с января 2018 года – 27. Еще 45 профессиональных стандартов будут подготовлены в течение 2019 года.

В соответствии с профессиональными стандартами разработан и направлен для утверждения 51 проект федеральных государственных образовательных стандартов подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре.

В 2018 году повышение квалификации за счет средств федерального бюджета прошло почти 177 тыс. врачей, еще около 17 тыс. – повысили свою квалификацию за счет средств нормированного страхового запаса территориальных фондов ОМС.

Наряду с этим огромную значимость приобрёл Федеральный портал непрерывного медицинского образования, на котором уже сегодня зарегистрировано более 500 тыс. специалистов, из которых не менее половины являются его активными пользователями.

Важнейшей задачей остается создание достойных условий работы медиков, включая повышение уровня заработной платы и введение эффективных мер стимулирования труда.

В 2018 году полностью завершен перевод работников медицинских организаций на «эффективный контракт» – работу по установленным показателям и критериям эффективности.

В большинстве субъектов РФ средняя величина должностных окладов врачей и среднего медицинского персонала увеличилась в полтора–два раза, что делает оплату труда медработника более стабильной.

Средняя заработная плата, по сравнению с 2012 годом, увеличилась у врачей на 120% и составила 75 тыс. рублей, у среднего медицинского персонала – на 92% (до почти 37 тыс. рублей), у младшего медицинского персонала – на 227% (до 34,3 тыс. рублей).

Совместно с регионами разработаны меры социальной поддержки медицинских работников.

Особую роль в развитии отечественного здравоохранения сыграло воссоздание на современном уровне сети национальных медицинских исследовательских центров.

Формирование вертикально-интегрированных профильных систем во главе с НМИЦами – профильными флагманами и головными методологами – абсолютно необходимо для обеспечения эффективности и качества медицинской помощи на основе внедряемых клинических рекомендаций и протоколов, для совершенствования подготовки и переподготовки медицинского персонала, тиражирования инновационных методов диагностики и лечения.

Благодаря созданию федерального «узла» телемедицины на базе ВЦМК «Защита», центры уже взаимодействуют с более чем 780 профильными региональными медицинскими подразделениями и за год провели свыше 3,5 тыс. телемедицинских консультаций.

Нужно подчеркнуть, что сегодня мы уже не мыслим работу без цифровых технологий, которые

- определяют эффективность использования всех ресурсов системы здравоохранения;
- доступность, качество и комфорт оказываемой медицинской помощи;
- упрощают контакт населения с медицинскими организациями;
- создают возможности дистанционного повышения квалификации врачей;
- освобождают от бумажного документооборота, увеличивая время для непосредственной работы с пациентом.

В 2018 году завершено подключение больниц и поликлиник к скоростному Интернету. Дополнительно подключены 8,9 тыс. объектов.

До 15,5 тыс. увеличилось число медицинских организаций и их структурных подразделений, использующих медицинские информационные системы.

До 600 тыс. выросло число автоматизированных рабочих мест врачей, подключенных к медицинским информационным системам.

К региональным телемедицинским системам подключено уже 6,5 тыс. медицинских организаций, а к центральным архивам медицинских изображений – 5,5 тыс.

Более 4 млн 200 тыс. граждан воспользовались услугами и сервисами личного кабинета пациента «Мое здоровье».

В соответствии с утвержденным федеральным проектом, до конца 2021 года мы должны завершить работу по цифровизации всех медицинских организаций и подключению их к региональным цифровым сегментам и их централизованным серверам, а также по интеграции региональных сегментов с ЕГИСЗ. В целом должен быть сформирован единый для страны цифровой контур здравоохранения.

Обязательным условием развития здравоохранения является адекватное финансовое обеспечение. С 2013 по 2018 год расходы на реализацию Программы государственных гарантий выросли с 1,5 трлн до 2,5 трлн рублей, главным образом, за счёт средств обязательного медицинского страхования.

Благодаря внедрению с 2013 года наиболее эффективной системы оплаты специализированной медицинской помощи по клинико-статистическим группам, мы сумели высвободить ресурс ОМС для запуска широкомасштабной диспансеризации и внедрения в клинику новых современных технологий диагностики, лечения и реабилитации.

Был реализован основной принцип оплаты – справедливость, когда осуществляется большая оплата за больший объем оказанной медицинской помощи с учетом ее сложности.

С 2013 года число КСГ увеличилось со 187 до 477, из них 343 (в стационарных условиях) и 134 (в условиях дневного стационара), проведены перегруппировка и формирование новых КСГ, в том числе по профилям «онкология» и «медицинская реабилитация».

Один из элементов повышения доступности медицинской помощи – развитие проектов государственно-частного партнерства.

В прошедшем году здравоохранение продолжило удерживать лидерство по количеству инвестиционных проектов в социальной сфере. Сегодня на разных стадиях реализации находятся 178 инфраструктурных проектов, а объем инвестиций составил 77 млрд рублей.

Мы оцениваем позитивно и тот факт, что уже 30% всех медицинских организаций, работающих в ОМС, – это частные структуры. Имея развитые основные фонды и уровень оснащения, они участвуют в бесплатном оказании населению качественной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий.

Вместе с тем необходимо объективно оценивать соответствие частных медицинских организаций лицензионным требованиям для оказания профильной медицинской помощи в соответствии с едиными и обязательными для всей страны порядками. Прошу Росздравнадзор обратить на это самое пристальное внимание!

Отдельно хочу поставить акцент на недопустимости замещения гарантированной государством медицинской помощи платными услугами! И тем более недопустимости «подталкивания» пациентов к этому! Даже при возникновении форс-мажорных обстоятельств в конкретной медицинской организа-

ции всегда есть возможность получить необходимую помощь по договору в другой организации, работающей в ОМС.

Прошу взять этот вопрос под особый контроль! И вести непримиримую борьбу с манипулированием сроками ожидания помощи, с ограничениями в направлении больных, при очевидной необходимости, на бесплатные консультации, консилиумы, инструментальные и лабораторные исследования!

Росздравнадзор накопил значительный опыт в защите прав пациентов на бесплатное получение качественной и безопасной медицинской помощи. В 2018 году по итогам проверок восстановлены и защищены права более 20 тыс. граждан.

Это позволяет эффективно применять риск-ориентированный подход в борьбе с нарушениями.

Особую роль в контроле качества и доступности медицинской помощи должны играть страховые медицинские организации.

Наша задача – дополнительно активизировать и наполнить смысловым содержанием работу страховых представителей!

До конца 2024 года в каждом субъекте РФ должны быть открыты офисы страховых медицинских организаций для защиты прав застрахованных и разрешения конфликтов в досудебном порядке.

2018 год позволил значительно продвинуться в реализации научно-исследовательских проектов на основе применения разработанного Минздравом России механизма направленного инновационного развития медицины.

По этой модели реализуются более 30 тематик по наиболее актуальным для практического здравоохранения направлениям.

Так, завершена разработка первого отечественного транскатетерного протеза аортального клапана, не уступающего по своим характеристикам импортным аналогам.

Разработан и внедрен в первичное звено здравоохранения метод дистанционной регистрации и централизованного анализа ЭКГ.

Созданы и внедряются в клиническую практику новые материалы и биологически активные трансплантаты в области офтальмологии, титановые имплантаты с биоактивным покрытием, обладающим остеоиндуцирующими свойствами.

Готов к государственной регистрации резорбируемый хирургический протез для пластики дефектов полостей тела и укрепления мягкий тканей.

Разработана и внедрена методика оценки минимальной остаточной болезни при лимфопролиферативных заболеваниях, использующая самые современные технологии высокопроизводительного секвенирования.

Созданы универсальные платформенные решения для быстрого создания вакцин против новых биопатогенов.

Успешно завершены испытания лиофилизованной вакцины от лихорадки Эбола, которая не требует низкотемпературных условий хранения.

С целью оперативной индикации и идентификации биологических агентов разработана линейка из восьми биодетекторных приборов, предназначенных для использования как в лабораторных, так и в полевых условиях, в том числе в автономном автоматическом режиме. После завершения полномасштабных испытаний опытных серий они поступят в обращение.

Разрешена к медицинскому применению и уже серийно производится роботическая система нового поколения с обратной сенсорной связью «Экзокисть-2» для применения при реабилитации пациентов после инсульта и черепно-мозговой травмы.

Отмечу также успешное продолжение реализации программы Союзного государства России и Беларуси «Разработка новых спинальных систем».

В настоящее время в рамках кластера направленного инновационного развития начаты широкомасштабные проекты по внедрению геномных, молекулярно-генетических и генноинженерных технологий при основных заболеваниях человека по онкологии и иммунологии; микробиологии, вирусологии и вакцинологии; регенеративной медицине и нейронаукам.

2018 год был объявлен Президентом Российской Федерации Годом добровольца.

Активно работал созданный Минздравом Федеральный центр поддержки добровольчества в сфере охраны здоровья, на который был также возложен функционал развития наставничества.

Совместно со Всероссийским движением «Волонтеры-медики» был подготовлен План развития добровольчества в сфере здравоохранения.

Разработаны и внедрены во всех регионах страны методические рекомендации по организации работы волонтеров, которые легли в основу Приказа Минздрава о порядке взаимодействия волонтерских организаций и учреждений, подведомственных Минздраву.

Проведен образовательный цикл для региональных органов власти по взаимодействию с волонтерами.

В результате, за Год добровольца число волонтеров-медиков увеличилось вдвое, достигнув 24 тыс. человек.

Проведены десятки акций по самым значимым направлениям, такие как «Добро в село», «Стоп, ВИЧ/СПИД», «Тест на ВИЧ» и многие другие. Хочу подчеркнуть особую роль волонтеров в развитии системы общественного здоровья.

Мы рады, что именно волонтер-медик получил главную награду по итогам Года добровольца из рук Президента Российской Федерации. А первую государственную награду «За наставничество» вручили академику, ректору Самарского государственного медицинского университета Геннадию Петровичу Котельникову.

Несомненно, одним из главных результатов года стала разработка национального проекта «Здравоохранение», включающего 8 федеральных проектов по наиболее приоритетным направлениям развития, а также двух федеральных проектов национального проекта «Демография» – «Укрепление общественного здоровья» и «Старшее поколение».

В их основе лежит комплекс управленческих, логистических, организационных решений, опирающихся на современную научную базу.

Все проекты нацелены на вовлечение каждого гражданина в заботу о своём здоровье, на улучшение качества, доступности и комфортности оказания медицинской помощи, укрепление здоровья и увеличение продолжительности жизни населения.

Как подчеркнул Президент России, «национальные проекты построены вокруг человека, ради достижения нового качества жизни всех поколений, что может быть обеспечено только при динамичном развитии России».

Обеспечить динамичное развитие страны, достичь поставленных амбициозных целей, чтобы и медики, и пациенты почувствовали изменения к лучшему, – наша основная задача.

Нам предстоит пройти за 6 лет путь, который многие страны проходили десятилетиями.

Это будет время ответственных решений, масштабной, содержательной и энергичной работы.

https://www.rosminzdrav.ru

ВЫСТУПЛЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ Н.Н. СТАДЧЕНКО НА ЗАСЕДАНИИ ИТОГОВОЙ КОЛЛЕГИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

24 апреля 2019 года, Москва

Сегодня мне хотелось бы обозначить новые задачи, которые предстоит решить начиная с 2019 года.

Бюджет Федерального фонда ОМС на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов принят в новых реалиях - необходимости выполнения 204 Указа Президента Российской Федерации и национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография».

Особенностью 2019 года являлось принятие нового законодательства об ОМС – это новые методики по определению численности застрахованных лиц, расчету тарифа страхового взноса на неработающее население и распределению субвенции.

По новой методике определения численности застрахованных, человек, единожды работавший в году, считается работающим.

В результате общая численность неработающих застрахованных уменьшилась на 5 млн человек (с 85 до 80 млн). Благодаря этому, размер страховых взносов снизился в 60 субъектах Российской Федерации на 15,7 млрд рублей.

Изменился также расчет субвенции. За последние 2 года с учетом реализации Указа Президента по повышению заработной платы медицинских работников изменилась структура ее расходования. В связи с этим в Методике по распределению субвенции учтена фактическая структура соотношения заработной платы и прочих расходов, которая составляет 70 на 30% (было 60 на 40%).

Система ОМС существенно нарастила свой потенциал, и сегодня она является экономическим стержнем и основой здравоохранения.

Базовая программа обязательного медицинского страхования постоянно расширяется и составляет уже 90% от общего объема медицинской помощи по программе государственных гарантий страны.

Важнейшим принципом обязательного медицинского страхования является обеспечение конституционных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Успешное развитие во многом зависит от финансовой стабильности и устойчивости.

Эта задача решается за счет ежегодного роста субвенции, предоставляемой бюджетам Территориальных фондов по подушевому нормативу.

На 2019 год субвенция утверждена в размере более 2 трлн рублей (2 068,5 млрд рублей), что на 198,1 млрд рублей, или на 10,6%, выше 2018 года.

В субвенции полностью учтено выполнение Указа Президента по сохранению заработной платы врачей на уровне 200% к среднему трудовому доходу по региону, среднего медицинского персонала - 100%, а также увеличение заработной платы младшего медицинского персонала на индекс потребительских цен с 1 января.

Безусловным приоритетом системы ОМС является реализация Указа Президента от 7 мая 2018 года № 204.

В целях устранения кадровых диспропорций и дефицита по отдельным специальностям в составе субвенции на 2019 год предусмотрено 12,3 млрд рублей на увеличение численности врачей и среднего медицинского персонала первичного звена, (70,1 руб. в подушевом нормативе 11800,2 руб. на одно застрахованное лицо), в 2020 году – 36,7 млрд руб., в 2021 году – 50,4 млрд руб.

Чрезвычайно важное значение имеет борьба с онкологическими заболеваниям и одним из приоритетов базовой программы ОМС является финансирование оказания медицинской помощи онкопациентам.

Впервые, начиная с 2019 года, в субвенцию в рамках федерального проекта включены дополнительные средства на обеспечение химиопрепаратами пациентов с онкологическими заболеваниями за счет межбюджетного трансферта из федерального бюджета. В 2019 году - это 70 млрд рублей, в 2020 году – 120 млрд рублей, в 2021 году – 140 млрд рублей.

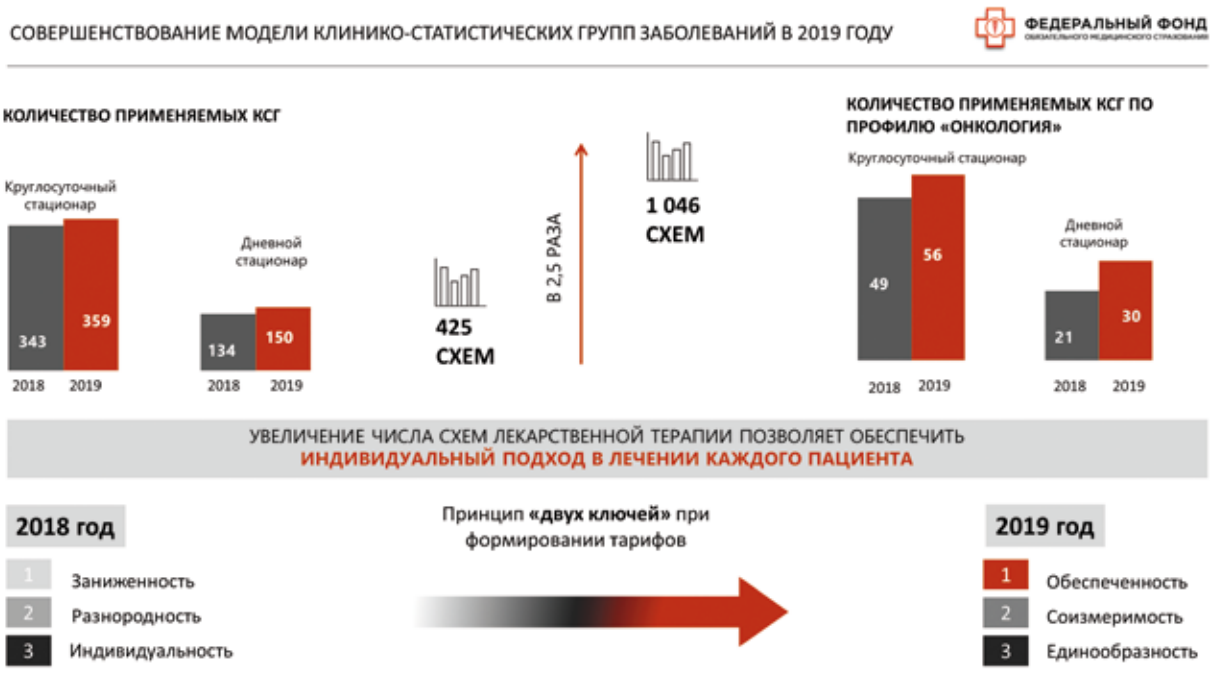
С 2019 года базовой программой обязательного медицинского страхования установлены нормативы объема и финансовых затрат на оказание онкологической медицинской помощи.

На оказание медицинской помощи по профилю «онкология» на 2019 год в составе субвенции предусмотрено более 200 млрд рублей, с приростом более чем 1,5 раза к факту 2018 года, в составе которых учтены 70,0 млрд рублей, что полностью обеспечит пациентов химиотерапией, в соответствии с клиническими рекомендациями, причем дорогостоящими препаратами.

На 1 апреля 2019 года на финансовое обеспечение медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями предоставлена субвенция в размере 50,1 млрд рублей.

Израсходовано 28,6 млрд рублей (57,2%), из них: 19,8 млрд рублей - в стационарных условиях, 8,8 млрд рублей - в дневном стационаре. Затраты на химиотерапию составили более 16,9 млрд рублей.

Для формирования клинико-статистических групп по профилю «онкология» на основе клинических рекомендаций было разработано и просчитано более 600 стандартизированных модулей, описывающих оказание медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в условиях круглосуточного и дневного стационара.



Для обеспечения более справедливой оплаты медицинской помощи в 2019 году детализированы КСГ (до 509 с 477 в 2018 году).

В том числе по профилю «онкология» в условиях круглосуточного и дневного стационаров их число увеличилось с 70 до 86 КСГ, в том числе за счет выделения 12 новых КСГ по химиолучевой терапии. Количество схем лекарственной терапии увеличено в 2,5 раза: с 425 в 2018 году до 1 046 схем в 2019 году. Таким образом, созданы все условия, необходимые для индивидуального подхода к эффективному лечению каждого пациента и должны способствовать прекращению преимущественного использования самых дешевых препаратов первой линии для лечения онкозаболеваний.

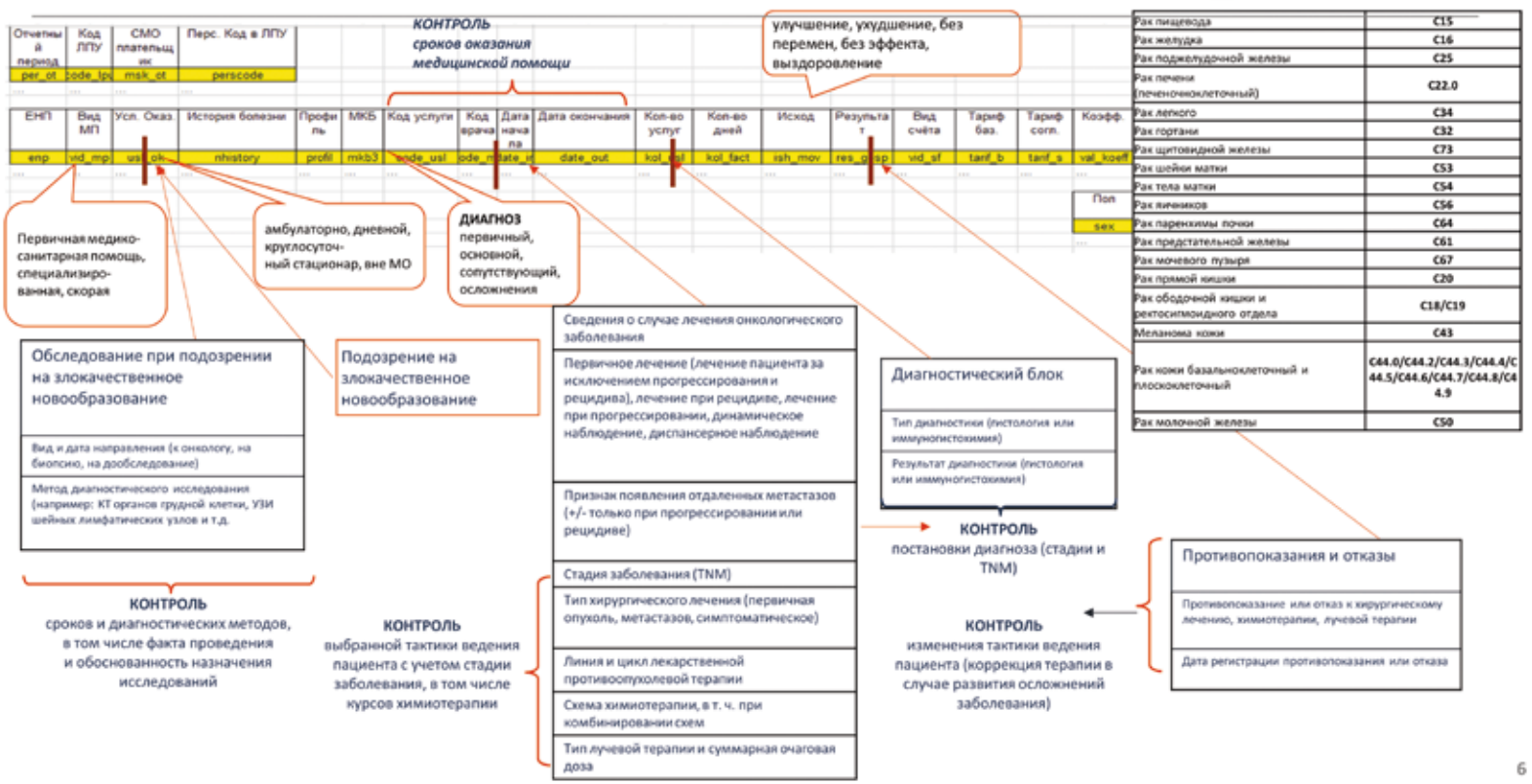
Важное место в контроле за соблюдением правильного и эффективного лечения отводится тарифообразованию.

Теперь в соответствии с законодательством введен принцип «двух ключей» для согласования тарифных соглашений, вступивший в силу в этом году. Федеральный фонд дает заключения на тарифные соглашения, а субъект Российской Федерации обязан его исправить в установленный срок.

Приказ Минздрава России о порядке и сроках рассмотрения тарифных соглашений и подготовки заключений Федерального фонда издан 28 января 2019 г. № 25н.

КОНТРОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ПАЦИЕНТАМ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



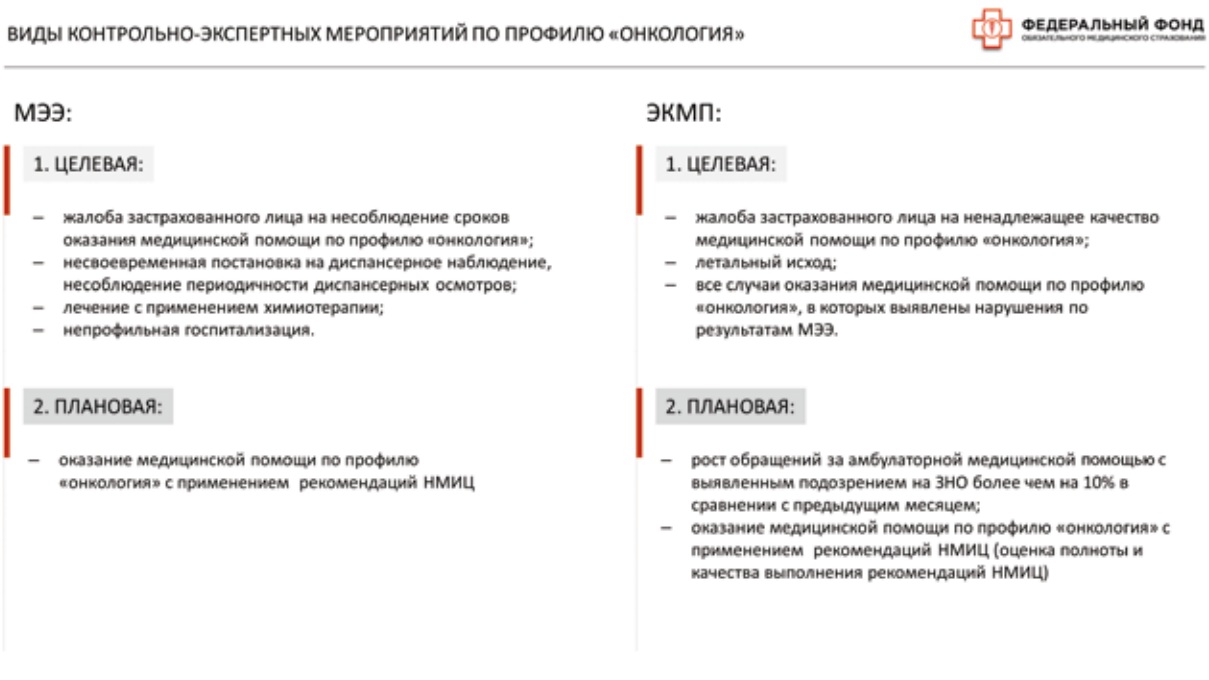
Особое внимание при реализации федерального проекта по онкологии уделено контрольно-экспертным мероприятиям.

Внедрены новые инновационные подходы к контролю медицинской помощи, включая контроль своевременности медицинской помощи, оценку ее соответствия порядкам оказания медицинской помощи и клиническим рекомендациям по данному профилю, соответствие выбранной врачом тактики лечения характеру и стадии заболевания.

Приказом Фонда утверждены новые поля в реестре счета и разработан регламент экспертизы качества медицинской помощи для контроля в автоматизированном режиме ключевых параметров, влияющих на качество оказания онкологической медицинской помощи.

Благодаря этому, мы видим каждого пациента уже при подозрении на злокачественное новообразование, постановку на диспансерное наблюдение, что позволяет более предметно отбирать случаи для медико-экономического контроля.

Наша совместная задача – реализовать федеральный проект на высоком профессиональном уровне.



Начиная с 2019 года, контроль качества медицинской помощи, оказываемой по ОМС, становится превентивным. Меняется структура экспертных мероприятий, значительно увеличивается количество поводов для проведения целевых и тематических экспертиз.

Страховые компании, используя информационные ресурсы территориальных фондов, уже на этапе оказания медицинской помощи должны отслеживать своевременность постановки пациентов с хроническими заболеваниями на диспансерный учет, проведения им необходимой диагностики и лечения; проводить контроль за полнотой выполнения рекомендаций, данных в ходе телемедицинских консультаций, медицинскими работниками федеральных медицинских центров; выявлять непрофильные госпитализации и совместно с органами управления здравоохранением и территориальными фондами принимать меры по переводу пациента в профильные медицинские организации, имеющие соответствующую материально-техническую базу.

Данное направление особенно важно при оказании медицинской помощи пациентам с острыми сосудистыми нарушениями и онкологическими заболеваниями и позволит обеспечить доступность и качество медицинской помощи, и повлиять на снижение смертности населения.

Кроме того, в рамках реализации федерального проекта по формированию системы защиты прав пациентов с 2020 года во всех регионах будут организованы офисы страховых медицинских организаций.

Указанные меры позволят реализовать принцип экстерриториальности за счет внедрения досудебной защиты страховой медицинской организацией каждого застрахованного лица в любом субъекте Российской Федерации, независимо от места оказания медицинской помощи, при возникновении спорных случаев и претензий пациентов.

Еще одним важным направлением совместной деятельности по формированию системы защиты прав пациентов является создание и развитие института страховых представителей, основанного на принципах пациентоориентирования и обеспечения прав застрахованных лиц на бесплатное получение медицинской помощи.

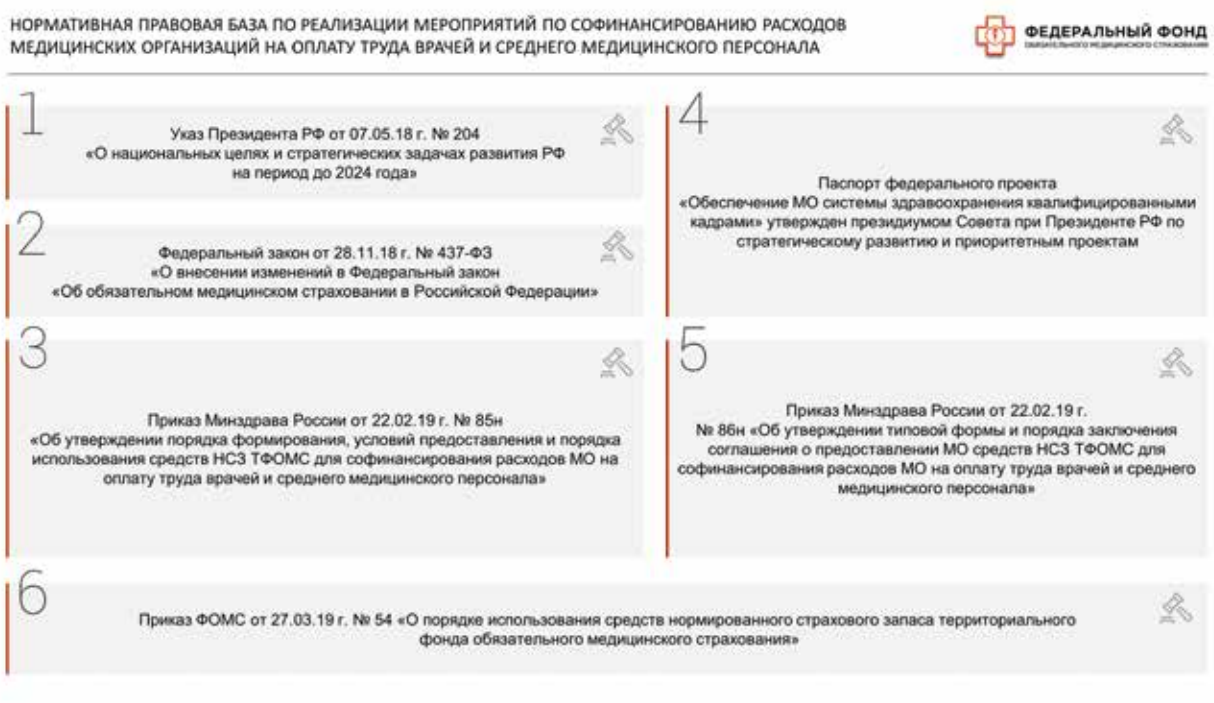
За три года количество страховых представителей увеличилось в 14 раз: с 800 человек до более 11 тыс.

Страховыми представителями в 2018 году индивидуально проинформировано более 30,9 млн. человек о необходимости прохождения диспансеризации.

Данная работа будет продолжена, и уже в рамках национального проекта в текущем году необходимо проинформировать 51,4 млн человек.

Особо важная роль отводится страховым представителям 3 уровня, которые должны сопровождать пациента с онкологическим заболеванием на всех уровнях оказания ему медицинской помощи, начиная с подозрения на данное заболевание, проводить оценку соответствия лечения порядкам оказания, стандартам медицинской помощи и клиническим рекомендациям.

Случаи несоблюдения сроков ожидания медицинской помощи, проведения пациентам химиотерапии отбираются страховым представителем 3 уровня для проведения контрольно-экспертных мероприятий сплошным методом. Федеральным фондом ведется мониторинг оказания медицинской помощи и экспертной деятельности страховых медицинских организаций по профилю «онкология».



Еще одно важное направление - это кадры.

Как я уже говорила ранее, необходимые средства для реализации поставленной задачи по устранению дефицита кадров в бюджете Федерального фонда предусмотрены.

Эти средства будут доводиться в субвенции для формирования нормированного страхового запаса территориального фонда. И далее, по заявкам медицинских организаций на основании трехсторонних соглашений, направляться адресно, по мере принятия на работу врачей или среднего медицинского персонала, исходя из сохранения соотношения заработной платы 200 и 100% соответственно.

Приказы Минздрава России о механизмах формирования и доведения указанных средств приняты и вступили в силу (приказы Минздрава от 22 февраля 2019 г. № 85н и № 86н).

Средства на софинансирование расходов медицинских организаций на оплату труда вновь прибывших медицинских работников в обязательном порядке должны утверждаться в бюджетах территориальных фондов.

В соответствии с порядком установленным приказами Минздрава России территориальные фонды обязательного медицинского страхования должны получить от органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации информацию о потребности медицинских организаций в медицинских кадрах (отдельно по врачам и среднему медицинскому персоналу) и утвердить предельные объемы для софинансирования на 2019 год для каждой медицинской организации.

Для организации ежемесячного мониторинга за использованием средств нормированного страхового запаса территориального фонда на указанные цели подготовлен приказ Федерального фонда от 12 апреля 2019 г. № 64.

Перед нами Президентом страны поставлены серьезные стратегические цели. И общая задача всех участников ОМС, объединив усилия, реализовать их.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ Н.Н. СТАДЧЕНКО: РАБОТА СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ПРИОБРЕТАЕТ СОВЕРШЕННО ДРУГОЕ КАЧЕСТВО

Помимо основной задачи – стабильного финансирования оказанной гражданам бесплатной медицинской помощи – на систему ОМС возложены две сложные задачи: защита прав застрахованных граждан, повышение её доступности, в том числе за счёт финансирования внедрения современных стандартов лечения и передовых технологий в клинической практике. Безусловно, очень важно, чтобы в ОМС были установлены одинаковые правила игры для всех. Тарифы изначально утверждались адекватные, не занижались для одних организаций, не завышались для других – без этого невозможно качественное оказание медицинской помощи. Об этом рассказала в интервью «Медицинской газете» Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко.

– Наталья Николаевна, началась реализация нацпроекта «Здравоохранение». Как будут финансироваться ФОМС различные направления нацпроекта?

– Общий объем субвенций, предоставляемых бюджетам ТФОМС на 2019 г., составит 2068,5 млрд руб., что на 198,1 млрд больше к уровню прошлого года. Данный объем субвенций позволил выйти на

подушевой норматив в размере 11 800, 2 руб. За счет субвенции обеспечивается реализация базовой программы ОМС, в рамках которой оказывается первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь и диспансеризацию, специализированная, в том числе высокотехнологичная, а также скорая медицинская помощь.

Программа государственных гарантий на 2019 г. содержит значительные новации, которые определены в соответствии с основными стратегическими целями и задачами, установленными 204 Указом Президента Российской Федерации.

С этого года расширен перечень ВМП, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования. В нее добавлены методы по сердечно-сосудистой хирургии (коронарная реваскуляризация миокарда), эндопротезирование суставов и конечностей. В 2018 г. ВМП, и базовую и внебазовую, получили уже 1 138,0 тыс. чел. с финансовым обеспечением 196,0 млрд руб.

Введен новый порядок профилактических осмотров, предусматривающий ежегодный осмотр каждого гражданина. Осмотр нацелен, в том числе, на скрининг злокачественных новообразований – рак шейки матки, рак молочной железы, колоректальный рак. Последние шесть лет численность прошедших диспансеризацию постоянно растет, в 2018 г. диспансеризацию прошли 23,4 млн человек, что соответствует 75,1% охвата от общего числа лиц, подлежащих диспансеризации.

Программа госгарантий на 2019 г. содержит значительные новации, в первую очередь, в развитии медицинской помощи по онкологии.

С 2019 г. впервые базовой программой ОМС установлены нормативы объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «онкология». Таким образом, объем средств, предусмотренный в 2019 г. на оказание медицинской помощи по профилю «онкология», составляет более 200,4 млрд руб., в том числе в стационарных условиях – 122,3 млрд руб., в условиях дневного стационара – 78,1 млрд руб., что существенно превышает уровень расходов на оказание медицинской помощи онкологическим больным в 2018 г. Средняя стоимость 1-го случая лечения в стационарных условиях по профилю «онкология» составит в 2019 г. 76,7 тыс. руб. (по другим профилям – 32-34 тыс. руб.).

Указанный уровень финансирования наполняется в том числе за счет дополнительно предоставляемого межбюджетного трансферта из федерального бюджета в бюджет ФОМС на лечение пациентов с онкологическими заболеваниями методом химиотерапии в сумме 70,0 млрд руб., а также на внедрение более эффективных методов лучевой терапии, выполнение высокотехнологичных хирургических вмешательств в 2020 г. – 120 млрд руб. и на оказание медицинской помощи с расширением применения радиологии в 2021 г. – 140 млрд руб.

В рамках реализации Указа Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 программой «Борьба с онкологическими заболеваниями» предусмотрено развитие новых технологий, в том числе в части проведения противоопухолевой лекарственной терапии пациентам. Расчет стоимости медицинской помощи по профилю «онкология», в том числе химиотерапии, осуществлялся с учетом стандартов специализированной медицинской помощи, рассчитанных на основе клинических рекомендаций, утвержденных Ассоциацией онкологов России.

Начиная с 2018 г., при проведении экстракорпорального оплодотворения за счет средств ОМС включена дополнительная услуга по криоконсервации с последующим переносом эмбриона, что позволило существенно удешевить расходы на повторный цикл ЭКО. В целях увеличения доступности процедуры ЭКО для женщин страны впервые установлен норматив объема медицинской помощи по ЭКО 0,000478 на 1 застрахованное лицо. ЭКО в 2019 г. будет стоить почти 114 тыс. руб.

По профилю медицинской реабилитации в базовой программе ОМС на 2019 г. предусмотрен переход от валовых показателей медицинской помощи (койко-дни) к показателям, характеризующим законченные случаи лечения.

– В прошлом году издан приказ Минздрава России о порядке использования средств нормированного страхового запаса территориальных фондов ОМС для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала. А что сейчас с зарплатой врачей? И для чего нужны дополнительные средства?

– Заработная плата врачей, как известно, по Указу Президента РФ, должна составлять 200% от среднемесячного дохода от трудовой деятельности в регионе; среднего медицинского персонала – 100%, а младшего медицинского персонала увеличена на индекс потребительских цен (4,3%).

Мониторинг заработной платы работников медицинских организаций в сфере ОМС осуществляется в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования 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 2018 г. среднемесячная заработная плата составила: врачи – 75,52 тыс. руб. или 200,3% к доходу от трудовой деятельности по прогнозу Минэкономразвития в РФ (в прошлом году - 37,70 тыс. руб.); средний медицинский персонал – 36,87 тыс. рублей (97,8%); младший медицинский персонал – 34,45 тыс. рублей (91,4%).

За последние два года с учетом выполнения Указа Президента РФ по повышению заработной платы медицинских работников изменилась структура расходования субвенции. В связи с этим в методике по распределению субвенции учтена фактически сложившая структура соотношения заработной платы и прочих расходов – 70 на 30% (было 60 на 40%).

Кроме того, Главой государства поставлена задача к 2024 году ликвидировать кадровый дефицит в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Для финансового обеспечения потребности медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в терапевтах, терапевтах участковых, педиатрах, педиатрах участковых, врачах общей практики, узких специалистах, фельдшерах, акушерах и/или других медицинских работниках со средним медицинским образованием в составе средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС, образуемых за счет субвенции из бюджета ФОМС, сформированы отдельные целевые средства, направляемые только на заработную плату медицинским работникам, вновь прибывшим на работу в практическое здравоохранение первичного уровня.

Объем их запланирован на 2019 год в размере 12,3 млрд рублей, исходя из дополнительной численности врачей и среднего медицинского персонала, спрогнозированной Минздравом России, и с учетом сохранения уровня достижения заработной платы 200% для врачей и 100% для среднего медицинского персонала от размера средней заработной платы в соответствующем регионе Российской Федерации.

– В 2018 году был принят закон, согласно которому председатель Тарифной комиссии после принятия Тарифного соглашения обязан в пятидневный срок представить его на согласование в Федеральный фонд ОМС. Как скажется нововведение на работе медицинских организаций?

– Да, в этом году ФОМС наделен полномочиями по подготовке заключений на соответствие тарифных соглашений субъектов РФ базовой программе ОМС. В рамках реализации указанного полномочия фонда определены жесткие требования к структуре и содержанию Тарифного соглашения, а Минздравом России – порядок и сроки рассмотрения ФОМС тарифных соглашений, а также типовая форма заключения.

Согласно вышеуказанному порядку председатель Комиссии по разработке территориальной программы субъекта РФ обязан в пятидневный срок направить в адрес ФОМС как Тарифное соглашение, так и все последующие изменения в Тарифное соглашение, сформированное в строгом соответствии с действующим законодательством.

Таким образом, указанные полномочия помогут

контролировать тарифы на территории всей страны, а в случае их занижения субъекты РФ обязаны внести соответствующие изменения в тарифные соглашения, позволяющие урегулировать проблему недофинансирования медицинских организаций.

В настоящее время ФОМС рассмотрены все тарифные соглашения субъектов РФ, в адрес 56 субъектов РФ направлены заключения о соответствии, а в адрес 32 субъектов РФ – о несоответствии тарифных соглашений базовой программе ОМС.

– Как известно, в бюджете ФОМС предусмотрены целевые средства на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС. Какие-то новые методы вошли в этот раздел ВМП?

– Такие средства на 2019 год выделены в сумме 94,6 млрд руб., на 2020 год – 103,9 млрд руб., на 2021 год – 109,0 млрд руб.

При расчете объема финансового обеспечения расходов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, на 2019 год запланировано увеличение плановых объемов ВМП. Это будет касаться наиболее востребованных видов ВМП по сравнению с текущим годом. Первое - нейроонкология (нейрохирургия) – 2,1 тыс. пациентов с финансовым обеспечением 681,7 млн руб. (операции при опухолях мозга в функционально значимых и труднодоступных областях мозга и лучевое лечение опухолей центральной нервной системы). Второе - онкология – 6 тыс. пациентов с финансовым обеспечением 1,9 млрд руб. (комплексная иммунохимиотерапия, включая таргетные препараты, при лейкозах; лучевая терапия при злокачественных новообразованиях, комплексная и высокодозная химиотерапия, включая лечение таргетными препаратами, лейкозов и лимфом). Третье - сердечно-сосудистая хирургия при коррекции нарушений ритма сердца с имплантацией кардиовертера-дефибриллятора – 100 пациентов с финансовым обеспечением 103,0 млн руб. Четвертое - травматология и ортопедия – 2,2 тыс. пациентов с финансовым обеспечением 527,2 млн руб. (эндопротезирование коленных и плечевых суставов 1,5 тыс. пациентов и реэндопротезирование 720 пациентов). Пятое – трансплантация органов – 60 пациентов с финансовым обеспечением 65,5 млн рублей (трансплантация почки, легких, сердца, печени). Шестое – трансплантация костного мозга (аллогенная и аутологичная) – 77 пациентов с финансовым обеспечением 217 млн руб.

Также в 2019 году во II раздел Перечня видов ВМП включены новые методы лечения, отобранные на основании решения Межведомственного экспертного совета: по профилю «травматология и ортопедия» – реконструктивные операции у детей с незавершенным остеогенезом, 50 пациентов в год с финансовым обеспечением 31,9 млн руб.; «эндокринология» – гастрошунтирующие операции при тяжелом течении «сахарный диабет» в сочетании с ожирением, 200 пациентов с финансовым обеспечением 52,9 млн руб.; «неврология» (нейрореабилитация) – технически сложные ресурсоемкие методы нейрореабилитации пациентов с инсультом и черепно-мозговой травмой давностью до 1 года с хорошим реабилитационным потенциалом с применением мультимодального биоуправления, индивидуального картирования зон мозга с навигационной нейростимуляцией, в оказании которых принимает участие мультидисциплинарная бригада специалистов, 1,3 тыс. пациентов с финансовым обеспечением 828,7 млн руб.

– В рамках ОМС осуществляется финансирование и медицинских организаций, которые работают в регионах, имеющих сложные природно-климатические условия, особое географическое положение и серьезные ограничения в транспортной доступности, малую плотность населения. Учитываются ли эти факторы при распределении субвенций между территориями?

– Именно так распределяются субсидии после принятия постановления Правительства Российской Федерации от 18 октября 2018 г. № 1240 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462» по совершенствованию методики расчета субвенций. Имеющиеся различия в регионах учитываются при распределении субвенции посредством коэф-

фициента дифференциации, который учитывает природно-климатические условия, географические особенности, плотность и особенности расселения населения, транспортную доступность населенных пунктов (в том числе сельских), удельный вес населения, проживающего в районах с ограниченным сроком завоза продукции и многие другие факторы.

Индекс бюджетных расходов, используемый по старой методике для расчета коэффициента дифференциации, учитывал влияние заработной платы. Во

1 января 2018 года составила 146,3 млн человек, в том числе неработающего населения – 80 млн чел. Внесены изменения в Федеральный закон от 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» в части установления методики расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения, которые изменили порядок расчета коэффициента дифференциации.

> ***Н.Н. Стадченко:*** *«Роль страховых медицинских организаций в защите прав и законных интересов пациентов значительно возрастает. Уже сегодня много делается по созданию пациенто-ориентированной модели здравоохранения. С января 2019 года в России стартовал федеральный проект «Развитие первичной медико-санитарной помощи», рассчитанный до 2024 года. Главная его задача – создание системы управления качеством оказания медицинской помощи и сопровождения пациента в процессе лечения, включая защиту его прав».*

избежание двойного учета одного и того же фактора вместо индекса бюджетных расходов введен коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для региона, исключающий влияние заработной платы. Увеличено также предельное значение индекса бюджетных расходов с 3 до 4,5.

Эти меры позволили обеспечить увеличение размера субвенций субъектам Российской Федерации, имеющим сложные природно-климатические условия, географическое положение и ограничения транспортной доступности (Республика Саха, (Якутия), Камчатский край, Магаданская область, Ненецкий и Чукотский автономные округа).

– После принятия Постановления Правительства Российской Федерации № 1337 от 9 ноября 2018 г. считается, что человек, единожды работающий в году, является работающим. Благодаря этому численность неработающего населения уменьшилась практически на 5 млн человек. Не повлияло ли это на сбалансированность бюджета Федерального фонда и размер субвенций регионам?

– Общая численность граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, на

Изменения обеспечили построение целостной системы финансирования сферы ОМС на единых методологических подходах, формируемых с учетом особенностей экономического развития субъектов РФ и принципах справедливого распределения средств.

До изменения методики размер коэффициента дифференциации зависел только от величины средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешеной процентной надбавки к заработной плате.

Поэтому тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения для каждого субъекта РФ определялся без учета влияния фактического уровня заработной платы.

Наряду с этим субвенция учитывала соотношение заработной платы в регионе к средней заработной плате по Российской Федерации.

Поэтому такой же подход теперь справедливо применяется для расчета страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Для определения коэффициента дифференциации выбирается максимальное значение между рай-

онным коэффициентом и соотношением заработной платы в регионе к среднероссийской заработной плате.

Благодаря новой методике расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения с учетом изменения численности неработающих граждан, размер страховых взносов в 2019 году по сравнению с 2018 годом уменьшился в 60 субъектах Российской Федерации на сумму 15,7 млрд рублей. Влияние размера средней заработной платы в регионе на величину платежа на неработающее население в 2019 году отмечается только в 4 субъектах РФ с высоким уровнем заработной платы: Москва, Санкт-Петербург, Московская область и Ленинградская область.

– О страховых представителях много сегодня говорится, но функция защиты прав застрахованных всегда лежала на страховых компаниях. Что нового принесет институт страховых представителей в систему в этом году?

– Роль страховых медицинских организаций в защите прав и законных интересов пациентов значительно возрастает. Уже сегодня много делается по созданию пациентоориентированной модели здравоохранения. С января 2019 года в России стартовал федеральный проект «Развитие первичной медико-санитарной помощи», рассчитанный до 2024 года. Главная его задача – создание системы управления качеством оказания медицинской помощи и сопровождения пациента в процессе лечения, включая защиту его прав. Один из основных показателей развития проекта – доля медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в рамках ОМС, на базе которых станут функционировать каналы обратной связи застрахованных со страховыми представителями. В 2019 году доля медицинских организаций, имеющих подобный канал связи, должна составить 30,7% по всей России, в 2020 году – 47,8%, к 2024 году – почти 73% медицинских организаций первичного звена. Задача страховых представителей – обеспечить возможность россиянам получить немедленную консультацию и помощь по любым вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи на всех ее этапах.

Все крупные страховые медицинские компании уже имеют круглосуточные колл-центры, до которых можно дозвониться в течение 20 секунд и получить ответ на любой вопрос.

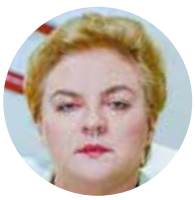
Кроме того, началась масштабная работа по урегулированию конфликтов между пациентами и медицинскими организациями в максимально короткие сроки. В регионах Российской Федерации на территориях медицинских организаций будут открыты офисы страховой медицинской организации по защите прав застрахованных лиц. В 2019 году для этого будет разработана нормативная база и поставлены конкретные задачи. В 2020 году на первом этапе этого проекта подобные офисы будут открыты в 36 регионах России, в 2021 году – в 48 регионах, а к 2024 году – во всех субъектах РФ.

УДК 614.2

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ИСПОЛНЕНИЯ ПРАВА ПАЦИЕНТА НА ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Н.И. Гришина, А.А. Старченко

ООО «Капитал Медицинское Страхование»



Реферат

В статье приводятся требования к реализации прав пациентов со злокачественными новообразованиями на информирование о предстоящем медицинском вмешательстве (хирургическая операция, химиотерапия, лучевая терапия) с целью получения информированного согласия пациента с учетом выбора им приемлемой для себя модели оказания медицинской помощи, исходя из того, что, например, клинические рекомендации (протоколы лечения) содержат многочисленные схемы и режимы химиотерапии или виды оперативных вмешательств, при этом задача лечащего онколога-химиотерапевта, руководствуясь медицинскими показаниями, противопоказаниями и индивидуальными особенностями организма конкретного пациента, предложить пациенту на выбор режимы (схемы) химиотерапии с перечислением преимуществ, недостатков, побочных эффектов и риска ремиссии, прогрессии опухолевого процесса, возникновения рецидива, пятилетней выживаемости и летальности (общей и первогодичной) с целью выбора единственно оптимального с максимумом преимуществ, минимумом недостатков, минимумом побочных эффектов, максимальным прогнозом ремиссии, минимумом риска прогрессии опухолевого процесса или возникновения рецидива, максимальной пятилетней выживаемости и минимальной первогодичной летальности, причем эти требования должны быть реализованы в рамках онкоконсилиума с протоколом планируемых мер диагностики и лечения и их результатов, о которых пациент должен быть не только поставлен в известность, но и должен быть на них согласен.

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, страховой представитель, информационное сопровождение онкопациентов, клинические рекомендации, добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство.

Для корреспонденции

Гришина Надежда Ивановна
Генеральный директор ООО «Капитал Медицинское Страхование»
Тел.: 8 (495)287-81-27
E-mail: oms@kapmed.ru

Старченко Алексей Анатольевич
советник Генерального директора ООО «Капитал Медицинское Страхование», доктор медицинских наук, профессор, член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, президент НП «Национальное агентство по безопасности прав пациентов и независимой экспертизе»
Тел.: 8 (495)287-81-25 доб. 4079.
E-mail: oms@kapmed.ru

Адрес: 115184, Москва, ул. Б. Татарская, дом 13, стр. 19

В 2018 году посланием Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию от 01.03.2018 и Указом Президента РФ от 07.05.2018г. № 204 были определены **национальные цели и стратегические задачи** развития Российской Федерации, в частности, предложено реализовать **специальную общенациональную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями,** …провести модернизацию онкоцентров, выстроить современную комплексную систему от ранней диагностики до своевременного эффективного лечения и к 2024 году снизить смертность от рака на 6%. Все эти направления борьбы с онкологическими заболеваниями внесены в Национальный проект здравоохранения РФ, реализация которого началась с 1 января 2019 года.

Одним из критериев качества оказания любой медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара является наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

Экспертная оценка исполнения права пациента на добровольное информированное согласие на основные онкологические вмешательства (хирургическая операция, химиотерапия, лучевая терапия) проведена на основе экспертизы качества медицинской помощи злокачественных новообразований молочной железы, которые занимают ведущее место среди онкологических заболеваний у лиц женского пола.

Статья 20 закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» устанавливает правила протоколирования добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство:

«7. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

4. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента».

Пункт 5 статьи 2 закона РФ № 323-ФЗ вводит понятие медицинского вмешательства: *«5) медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность, виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности».*

Таким образом, онкологические вмешательства – хирургическая операция, химиотерапия, лучевая терапия – требуют обязательного наличия в медицинской документации протокола добровольного информированного согласия пациента на онкологическое вмешательство, являющегося фактически протоколом клинического мышления врача, обосновывающего выбор конкретного вмешательства данному пациенту.

Статьей 10 закона РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», юрисдикция которого распространяется на систему отношений между медицинской организаций и пациентом в рамках системы ОМС, предусмотрено: *«1. Исполнитель обязан своевременно предоставлять потребителю необходимую и достоверную информацию о товарах (работах, услугах), обеспечивающую возможность их правильного выбора».*

Статьей 12 закона РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» установлена серьезная ответственность за непредоставление или неполное предоставление потребителю необходимой информации для реализации такого правильного выбора:

«2. Исполнитель, не предоставивший покупателю полной и достоверной информации о товаре (работе, услуге), несет ответственность, предусмотренную пунктами 1-4 статьи 18 или пунктом 1 статьи 29 настоящего Закона, за недостатки товара (работы, услуги), возникшие после его передачи потребителю вследствие отсутствия у него такой информации.

3. При причинении вреда жизни, здоровью и имуществу потребителя вследствие непредоставления ему полной и достоверной информации о товаре (работе, услуге) потребитель вправе потребовать возмещения такого вреда в порядке, предусмотренном статьей 14 настоящего Закона…

4. При рассмотрении требований потребителя о возмещении убытков, причиненных недостоверной или недостаточно полной информацией о товаре (работе, услуге), необходимо исходить из предположения об отсутствии у потребителя специальных познаний о свойствах и характеристиках товара (работы, услуги)».

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.12 г. № 1177н утверждены Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств и форма Информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи. Данный порядок применяется при оказании первичной медико-санитарной помощи:

«1. Настоящий порядок устанавливает правила дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации ***для получения первичной медико-санитарной помощи,*** *утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень)».*

В свою очередь, приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н утвержден:

«Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия.

5. Тонометрия.

6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.

7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пнев-

мотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура».

Для любого ответственного онколога и эксперта системы ОМС совершенно очевидно, что в данном Перечне отсутствуют химиотерапия и онкологические хирургические вмешательства при том, что для любого ответственного онколога и эксперта системы ОМС совершенно очевидна несопоставимость для пациентов риска перечисленных в Перечне вмешательств с риском неблагоприятных исходов и побочных эффектов, возникающих при применении химиотерапии, лучевой терапии и онкологических вмешательств.

Необходимо отметить , что конкретная форма согласия пациента на вмешательство при оказании специализированной медицинской помощи, к которой относится и онкологическая помощь, МЗ РФ в настоящее время не утверждена, поэтому содержание протокола информированного добровольного согласия при оказании онкологической помощи должно строго соответствовать всем требованиям, установленным частью 1 статьи 20 закона РФ № 323-ФЗ, а именно, наличие полной информации:

- о целях медицинского вмешательства, в т.ч. наименования;
- о методах оказания медицинской помощи;
- о риске, связанном с вмешательством и методами оказания помощи;
- о возможных вариантах медицинского вмешательства (перечисление вариантов);
- о последствиях медицинского вмешательства;
- о предполагаемом результате оказания медицинской помощи.

Обязательным требованием к информированному добровольному согласию также является наличие подписи пациента и наличие подписи медицинского работника, предусмотренные частью 7 ст. 20 закона РФ № 323-ФЗ .

При применении лекарственной химиотерапии следует руководствоваться приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.08.2005 г. № 494 «О порядке применения лекарственных средств у больных по жизненным показаниям». Пункт 4 данного порядка содержит следующие специальные требования:
«4. Перед началом применения лечащий врач должен проинформировать пациента (в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, родителей или законных представителей):

- *о лекарственном средстве;*
- *об ожидаемой эффективности предлагаемой терапии;*
- *о безопасности лекарственного средства;*
- *степени риска для пациента;*
- *а также о действиях в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного средства на состояние его здоровья».*

Таким образом, содержание протокола информированного добровольного согласия пациента на применение химиотерапевтических средств должно строго соответствовать требованиям, установленным вышеназванным приказом.

Особое внимание следует обратить и на приказ Минздрава России от 10.05.2017 г. № 203н, которым утверждены Критерии оценки качества медицинской помощи, в том числе:

«2.1. Критерии качества в амбулаторных условиях:

- наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

2.2. Критерии качества в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

- наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство».

К Критериям оценки качества медицинской помощи, утвержденных приказом Министерства здра-

воохранения РФ № 203н, также отнесена обязанность врачей и должностных лиц медицинской организации вносить в меддокументацию и учитывать при назначении лечения и его коррекции индивидуальные особенности организма пациента, в том числе определяющие прогноз осложнений, изменяющие риск медицинских вмешательств и влияющие на их результаты:

«2.2. Критерии качества в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

и) внесение в стационарную карту в случае ***особенностей течения заболевания,*** *требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром):*

– принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту <10>;

– принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту <10>;

– оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

к) проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

л) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, ***особенностей течения заболевания,*** *наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения:*

– проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) после установления клинического диагноза;

– проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) при изменении степени тяжести состояния пациента».

Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), утвержденным приказом Федерального Фонда ОМС от 01.12.10 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» предусмотрен код дефекта: *«4.3. Отсутствие в первичной документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях».*

Таким образом, отсутствие в протоколе добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство одного из установленных законом требования – обязательный повод для применения финансовой санкции в рамках экспертизы в системе ОМС.

Опыт проведения экспертизы онкологической помощи более 2500 оплаченных страховой медицинской организацией страховых случаев в 2017 году показывает, что в медицинских картах стационарного больного имеется «суррогатный» вклеенный бланк согласия пациента на лекарственное (химиотерапия, гормонотерапия) лечение, однако в данном протоколе согласия отсутствуют:

1) данные Ф.И.О. врача, отбиравшего согласие пациента (застрахованного лица) на химиотерапевтическое вмешательство (лечение);
2) перечисление вариантов конкретных химиотерапевтических препаратов и их комбинаций,

которые обладают конкретными особенностями, что является условием выбора пациентом приемлемой для него схемы терапии;

3) указание на риск химиотерапевтического вмешательства: риск неблагоприятных последствий, риск того или иного исхода применения выбираемой схемы терапии;
4) предполагаемые результаты оказания химиотерапевтической медицинской помощи.

Выводы

1. Отсутствие в имеющихся «суррогатных» протоколах добровольного информированного согласия пациента перечисления отдельных препаратов и их комбинаций в рамках химиотерапевтических схем, предусмотренных действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), расценено как согласие на беспредметное вмешательство, т.е. отсутствие добровольного информированного согласия пациента на применение отдельных препаратов и их комбинаций в рамках химиотерапевтических схем, предусмотренных действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

2. Отсутствие в имеющихся «суррогатных» протоколах добровольного информированного согласия пациента наименования хирургического вмешательства, вариантов для выбора, данных о риске, последствиях и планируемых результатах расценено как согласие на беспредметное вмешательство, т.е. отсутствие добровольного информированного согласия пациента на онкологическое вмешательство.

Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Порядок контроля) от 1 декабря 2010 г. № 230 (ред. от 22.02.2017 № 45) предусмотрено:

5. Цели контроля:

«5.3. предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и/или неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и/или стандартов медицинской помощи, ***клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи,*** *медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами.*

21. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки (в том числе с использованием автоматизированной системы) соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, ***клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, сложившейся клинической практике.***

67. … Дефекты медицинской помощи и/или нарушения при оказании медицинской помощи:

невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) ***клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи*** *или преждевременным с клинической точки зрения прекращением проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, устанавливается при полном или частичном несоответствии (как в сторону уменьшения, так и превышения) оказанной застрахованному лицу медицинской помощи обязательным требованиям, предусмотренным законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, а также произведенные без учета состояния здоровья пациента (информации о наличии противопоказаний или индивидуальных показаний, данных анамнеза).*

83. Эксперт качества медицинской помощи при проведении экспертизы качества медицинской помощи:

б) предоставляет сведения об используемых нормативных документах (порядки оказания медицинской

помощи и стандарты медицинской помощи, ***клинические протоколы, методические рекомендации)*** *по требованию должностных лиц медицинской организации, в которой проводится экспертиза качества медицинской помощи».*

Клинические рекомендации (протоколы лечения), размещенные на сайте Минздрава России (*http://cr.rosminzdrav.ru/rubricator.html*), содержат многочисленные схемы и режимы химиотерапии. Задача лечащего онколога-химиотерапевта, руководствуясь медицинскими показаниями, противопоказаниями и индивидуальными особенностями организма конкретного пациента, предложить пациенту на выбор режимы (схемы) химиотерапии с перечислением преимуществ, недостатков, побочных эффектов и риска ремиссии, прогрессии опухолевого процесса, возникновения рецидива, пятилетней выживаемости и летальности (общей и первогодичной).

К примеру, пункт 3 «Лечение» Клинических рекомендаций Ассоциации онкологов России «Рак молочной железы» (2014) сдержит ряд требований:

«3. Лечение. Рекомендуется лечение планировать на консилиуме с участием хирурга, химиотерапевта и радиотерапевта.

3.1.5. Адъювантная (неоадъювантная) химиотерапия. Рекомендуемые режимы нео- и адъювантной химиотерапии представлены в таблицах 4 и 5».

Таким образом, пункт 3 «Лечение» Клинических рекомендаций Ассоциации онкологов России «Рак молочной железы» (2014) содержит ряд требований:

1) наличие протокола онкоконсилиума с планируемыми результатами и планом лечения, о которых должен быть не только поставлен в известность пациент, но и должен быть на них согласен;

2) из всего многообразия режимов химиотерапии врач обязан обосновать **единственно оптимальный с максимумом преимуществ, минимумом недостатков, минимумом побочных эффектов, максимальным риском ремиссии, минимумом риска прогрессии опухолевого процесса или возникновения рецидива, максимальной пятилетней выживаемости и минимальной летальности (общей и первогодичной).**

Статья 6 закона РФ № 323-ФЗ устанавливает «Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи»: *«1. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем:*

4) организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени».

Отсутствие протокола онкоконсилиума у пациента

Таблица 4

Рекомендуемые режимы нео- и адъювантной химиотерапии HER2-отрицательного рака молочной железы

AC[1]	*Доксорубицин* 60 мг/м² в/в в 1-й день + *циклофосфамид* 600 мг/м² в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 4 цикла
AC×4→D[2]×4	*AC* 1 раз в 3 нед., 4 цикла → *доцетаксел* 75–100 мг/м² в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 4 цикла
AC×4→P×12	*AC* 1 раз в 3 нед., 4 цикла → *паклитаксел* 80 мг/м² в/в еженедельно, 12 введений
AC×4→P×4	*AC* 1 раз в 3 нед., 4 цикла → *паклитаксел* 175 мг/м² в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 4 цикла
AC×4→(D + карбо)×4[3]	*AC* 1 раз в 3 нед., 4 цикла → *доцетаксел* 75 мг/м² в/в в 1-й день + *карбоплатин* AUC-6 в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 4 цикла
AC×4→(P + карбо)×12[3]	*AC* 1 раз в 3 нед., 4 цикла → *паклитаксел* 60 мг/м² в/в еженедельно + *карбоплатин* AUC-2 в/в еженедельно, 12 введений
AC×4→(P + карбо)×4[3]	*AC* 1 раз в 3 нед., 4 цикла → *паклитаксел* 175 мг/м² в/в в 1-й день + *карбоплатин* AUC-6 в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 4 цикла
CMF[4]	*Циклофосфамид* 100 мг/м² внутрь в 1-й – 14-й дни + *метотрексат* 40 мг/м² в/в в 1-й и 8-й дни + 5-*фторурацил* 600 мг/м² в/в в 1-й и 8-й дни 1 раз в 4 нед., 6 циклов
DC[4]	*Доцетаксел* 75 мг/м² в/в в 1-й день + *циклофосфамид* 600 мг/м² в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 4–6 циклов

Таблица 5

Рекомендуемые режимы нео- и адъювантной химиотерапии HER2-положительного рака молочной железы

АС×4→(D[1] + трастузумаб[2,3])×4	*АС* 1 раз в 3 нед., 4 курса → *доцетаксел*[*,**] 75–100 мг/м^2 в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед. + *трастузумаб* 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 4 цикла.
АС×4→(Р + трастузумаб[2,3])×12	*АС* 1 раз в 3 нед., 4 курса → *паклитаксел* 80 мг/м^2 в/в еженедельно, 12 введений + *трастузумаб* 2 мг/кг (нагрузочная доза 4 мг/кг) в/в еженедельно 12 введений.
АС×4→(Р×4 + трастузумаб[2,3])×4	*АС* 1 раз в 3 нед., 4 цикла → *паклитаксел* 175 мг/м^2 в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 4 цикла + *трастузумаб* 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед. 4 введения.
АС×4→(D + карбоплатин4 + трастузумаб[2,3])×4	*АС* 1 раз в 3 нед., 4 цикла → *доцетаксел* 75 мг/м^2 в/в в 1-й день +*карбоплатин* AUC-6 в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед. + *трастузумаб* 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 4 цикла
АС×4→(Р + карбоплатин4 + трастузумаб[2,3])×12	*АС* 1 раз в 3 нед., 4 цикла → *паклитаксел* 60 мг/м^2 в/в еженедельно +*карбоплатин* AUC-2 в/в еженедельно + *трастузумаб* 2 мг/кг (нагрузочная доза 4 мг/кг) в/в еженедельно, 12 введений
АС×4→(Р + карбоплатин + трастузумаб[2,3])×4	*АС* 1 раз в 3 нед., 4 цикла → *паклитаксел* 175 мг/м^2 в/в в 1-й день +*карбоплатин* AUC-6 в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед. + *трастузумаб* 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 4 цикла
Р + трастузумаб[5]	*Паклитаксел* 80 мг/м^2 в/в еженедельно, 12 введений + *трастузумаб* 2 мг/кг (нагрузочная доза 4 мг/кг) в/в еженедельно 12 введений
DCH[2,3,4,6]	*Доцетаксел* 75 мг/м^2 в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед. + *карбоплатин* AUC-6 в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед.+ *трастузумаб* 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 6 циклов
FEC×3→(D + трастузумаб + пертузумаб)×4[1,7]	*5-фторурацил* 500 мг/м^2 в/в в 1-й день + *эпирубицин* 100 мг/м^2 в/в в 1-й день + *циклофосфамид* 600 мг/м^2 в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 3 цикла → *доцетаксел* 75-100 мг/м^2 в/в в 1-й день + *трастузумаб* 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед. + *пертузумаб* 420 мг (нагрузочная доза 840 мг) в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед.,4 цикла
(DCH + пертузумаб) × 6[1,4,6,8]	*Доцетаксел* 75 мг/м^2 в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед. + *карбоплатин* AUC-6 в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед. + *трастузумаб* 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед. + *пертузумаб* 420 мг (нагрузочная доза 840 мг) в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 6 циклов

лишает его права на приоритет его интересов на рациональное использование его собственного времени: протокол онкоконсилиума с включенным в него календарем циклов химиотерапии, гормонотерапии и сеансов лучевой терапии – это «дорожная карта» врача и пациента, позволяющие пациенту планировать свое время рационально (труд, отдых, посещение культурных мероприятий), т.е. создание условий для полноценной жизни и высокого ее качества. Врачу и заведующему отделением данная дорожная карта позволит экономно планировать ресурсы (кадровые, консультативные, лекарственные) для лечения пациента.

Отсутствие в протоколе добровольного информированного согласия пациента, перечисления конкретных отдельных препаратов и их комбинаций в рамках химиотерапевтических схем, предусмотренных действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), – лишение права пациента на своевременное выявление отрицательных нежелательных побочных эффектов и обращение по этому поводу в Росздравнадзор с соответствующим донесением (ст. 64 закона № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»).

В подвергнутых экспертизе медицинских картах стационарного больного хирургических отделений имеется вклеенный бланк согласия на обследование,

хирургическую операцию, обезболивание, однако в данном протоколе согласия отсутствуют:

1) наименование хирургического вмешательства;
2) перечисление вариантов хирургических вмешательств, которые обладают конкретными особенностями;
3) указание на риск вариантов хирургического вмешательства: риск неблагоприятных последствий, риск того или иного исхода;
4) предполагаемые результаты оказания хирургического вмешательства;
5) данные о риске прогрессии опухолевого процесса или возникновения рецидива при предлагаемых вариантах операций;
6) данные о пятилетней выживаемости и летальности (общей и первогодичной) при предлагаемых вариантах операций.

Источники описаний обычаев делового оборота и обычно предъявляемых требований в онкологии в соответствие с нормой ст. 309 ГК РФ содержат следующие императивы:

1. «Клинические рекомендации. Онкология» (под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой.- 2-е изд., испр. и доп.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.-928 с.) содержат требования:

«Обучение пациентки.

*Пациенткам следует предоставить **полную информацию** о заболевании (диагнозе) с указанием на необходимость дополнительных методов его уточнения (маммография, биопсия), если они не могут быть выполнены в данном учреждении.*

При диагностике рака молочной железы необходимо выполнить следующие мероприятия.

1. Указать на необходимость выработать план лечения с участием хирурга-онколога, химиотерапевта и радиолога.

2. Разъяснить наличие различных вариантов хирургического лечения, включая органосохраняющие операции и реконструкцию молочной железы, возможность назначения первым этапом химиотерапии или лучевого лечения.

3. Информировать о преимуществах и побочных эффектах, связанных с лечением.

4. Декларировать возможность получения «второго мнения» как о заболевании, так и о методах лечения».

2. Информационное издание ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» «Химиотерапия рака молочной железы» (под ред. руководителя Национального центра маммологии и онкологии репродуктивных органов ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена», президента Российской ассоциации маммологов, заслуженного деятеля науки РФ, доктора медицинских наук, профессора Н.И. Рожковой):

«Согласие пациента на лечение. Перед химиотерапией врач объяснит вам цели лечения, какие препараты включены в программу лечения (протокол лечения) и как их следует принимать. Вас попросят подписать бланк согласия на химиотерапию. Ваша подпись будет означать, что вы согласны пройти определенный вид терапии. Вы сможете пройти лечение лишь при условии, что дадите на это осознанное согласие. Перед тем, как это сделать, вы должны получить информацию по следующим вопросам:

- *вид рекомендуемого лечения;*
- *цели лечения;*
- *преимущества данного вида лечения;*
- *опасности и серьезные побочные явления (краткосрочные и долгосрочные);*
- *существуют ли альтернативные виды лечения вашей болезни;*
- *как будет проводиться наблюдение за последствиями лечения.*

Планирование лечения. Чтобы выбрать наиболее эффективный вид лечения, врач должен иметь четкую картину заболевания. Ему необходимо учитывать вид онкологического заболевания, расположение опухоли, стадию заболевания, а также возраст больного и общее состояние его здоровья. В соответствии с полученной информацией врач разрабатывает программу лечения, включая вид, дозу химиотерапии, продолжительность и метод приема. Дозы лекарства обычно выбирают в соответствии с величиной поверхности тела пациента (этот параметр зависит от роста и массы тела). Так как лечение планируется индивидуально для каждого больного, то и реакция на лечение сугубо индивидуальна.

Это означает, что одно и то же лекарство может вызвать у разных пациентов разные ощущения и разные побочные явления.

Лечение обычно представляет собой серию процедур, ее называют «курс лечения». Расписание процедур составляется врачом на основании заранее заданной программы, с учетом реакции больного на лечение и возникающих побочных явлений».

3. «Противоопухолевая химиотерапия: руководство» (М.: ГЭОТАР, 2011. - 1032 с.): *«Определение плана лечения. При подозрении на РМЖ или подтверждении диагноза при гистологическом исследовании необходима консультация хирурга, специалиста по лучевой терапии и онколога.*

Комбинированная терапия при РМЖ более эффективна, чем при лечении многих других видов злокачественных новообразований. Все вышеперечисленные специалисты должны осмотреть больную до окончательного утверждения плана лечения — так лечащий врач и пациентка смогут составить собственное представление об оптимальной тактике на основании мнений нескольких специалистов. Для обсуждения методов лечения, выявления пациенток, нуждающихся в психосоциальной поддержке, генетическом обследовании или подходящих для включения в клинические испытания, желательно собирать мультидисциплинарные конференции. В выборе методов лечения принципиально важно также участие пациентки (возможно, и членов ее семьи).

Выслушав рекомендации специалистов и получив информацию обо всех способах лечения, их достоинствах и связанных с ними побочных эффектах, больная должна понять, почему врачи считают назначенное лечение оптимальным, и решить, приемлемо ли оно для нее».

Таким образом, отсутствие в имеющихся «суррогатных» протоколах добровольного информированного согласия пациента информации, требования к которой изложены в вышеперечисленных документах и источниках, должно расцениваться как согласие на беспредметное вмешательство, иначе как отсутствие добровольного информированного согласия пациента на применение отдельных препаратов и их комбинаций в рамках предусмотренных клиническими рекомендациями химиотерапевтических схем или отсутствие согласия пациента на онкологическое вмешательство.

Исходя из вышеизложенного, руководствуясь требованиями нормативно-правовых актов, утвержденных федеральными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения, а также обычаями делового оборота и обычно предъявляемых требований в онкологии, изложенных в медицинских руководствах, необходимо вносить в медицинскую документацию протокол добровольного информированного согласия пациента с обязательным перечислением:

- отдельных препаратов и их комбинаций в рамках химиотерапевтических схем, предусмотренных действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), индивидуальных рисков применения каждого конкретного препарата и их комбинаций, реальных последствий и предполагаемых результатов применения каждого конкретного препарата и их комбинаций, а также побочных эффектов и осложнений химиотерапии с целью своевременного их выявления самим пациентом и информирования о них лечащего врача с целью своевременного начала их лечения;
- наименований конкретных хирургических вмешательств, вариантов для выбора, данных о риске, последствиях и планируемых результатах конкретных хирургических вмешательств;
- данные о риске прогрессии опухолевого процесса или возникновения рецидива при предлагаемых вариантах операций;
- данные о пятилетней выживаемости и летальности (общей и первогодичной) при предлагаемых вариантах операций, т.е. данные о вмешательствах, которые должны быть представлены к выбору пациентом по их потребительским для него ценностям: эффективность, соотношение преимуществ и недостатков, риск неблагоприятных результатов.

УДК 614.2

«АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ-ОМС» ПРЕДСТАВЛЯЕТ ПРОЕКТ «ЗДРАВОГРАФИКА». ИНТЕРАКТИВНЫЕ ИНСТАЛЛЯЦИИ С ТЕХНОЛОГИЯМИ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ ПОЯВЯТСЯ В РОССИЙСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ

А.Д. Рыжаков

ООО «АльфаСтрахование - ОМС»

Реферат

В медицинских учреждениях Российской Федерации появились новые информационные системы — интерактивные инсталляции «Здравографика», созданные с использованием технологий дополненной реальности. Новый проект, разработанный компанией «АльфаСтрахование-ОМС» по поручению Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС, стал одним из инновационных решений в реализации государственной социальной политики, направленной на популяризацию у населения здорового образа жизни, своевременной профилактики заболеваний и достижения целей по диспансеризации.

Ключевые слова:

«АльфаСтрахование-ОМС», Федеральный фонд ОМС, Министерство здравоохранения РФ, «Здравографика», интерактивные стенды-инсталляции, современные технологии дополненной реальности, здоровый образ жизни, своевременная профилактика, диспансеризация, вакцинация, клиентский сервис в ОМС, страховые представители, отправка на электронную почту.

Для корреспонденции

Рыжаков Андрей Дмитриевич

Генеральный директор ООО «АльфаСтрахование - ОМС», член Правления АО «АльфаСтрахование», кандидат медицинских наук

Адрес: Москва, ул. Шаболовка, 31Б, стр.11 (7 этаж)

Тел.: +7 (495) 788-09-99

E-mail: alfastrah@alfastrah.ru

В медицинских учреждениях Российской Федерации началось внедрение новой информационной системы — интерактивной инсталляции «Здравографика», созданной с использованием технологий дополненной реальности.

Новый проект стал одним из инновационных решений в реализации государственной социальной политики, направленной на популяризацию у населения диспансеризации и профилактических мероприятий, развития здорового образа жизни и коррекцию выявления факторов риска заболеваемости в рамках национального проекта «Здравоохранение».

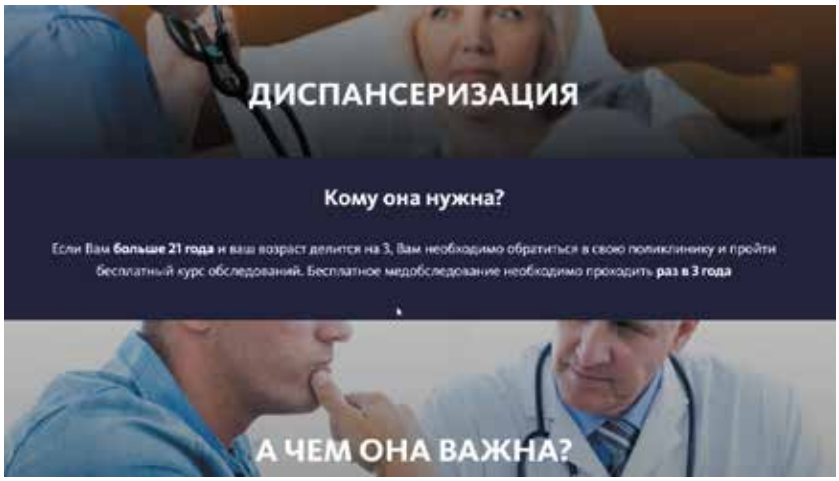
Интерактивная инсталляция разработана компанией «АльфаСтрахование-ОМС» по поручению Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС.

Цель проекта – мотивировать граждан к здоровому образу жизни, заботе о здоровье детей, объяснить важность своевременной профилактики, побудить на регулярное прохождение диспансеризации и профилактических осмотров и выявить факторы риска социально значимых заболеваний: сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, диабета и др.

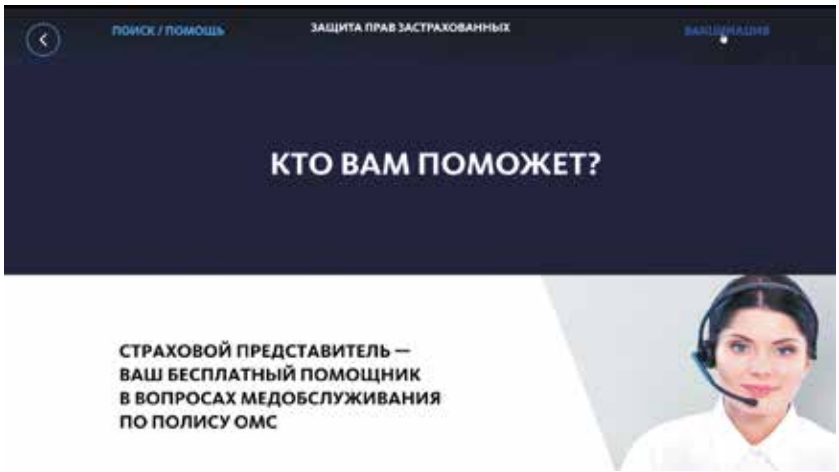
К сожалению, в настоящее время статистика показывает, что только 39% россиян тренируются чаще, чем раз в неделю, а 40% граждан вообще не занимаются спортом. Еще один тревожный факт — высокий уровень курения среди взрослого населения. Согласно данным ВОЗ, в России курят почти 60% мужчин и 22,5% женщин, при этом число курящих женщин растет — при нынешней динамике к 2025 году их уровень достигнет 23,4%. Благодаря мерам государственной политики, направленной на мотивацию граждан к здоровому образу жизни, сократилось потребление алкоголя на 40%, в 4,5 раза сократилось число детей, которые намерены начать курить, когда вырастут.

Стенд-инсталляция «Здравографика» и пункт выдачи полисов «АльфаСтрахование-ОМС» в Кемеровской городской клинической поликлинике № 5

Рекомендации «Здравографики» по здоровому образу жизни. Экран «Как быть здоровым»



Один из важных разделов «Здравографики» - раздел «Профилактика». Экран «Диспансеризация»



Раздел «Клиентский сервис». Чем могут помочь страховые и медицинские организации. Экран «Защита прав застрахованных»

По словам Министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой, «начинать процесс формирования ценностей необходимо с очень раннего возраста и важно подавать информацию, чтобы она не отвергалась людьми, не раздражала своей навязчивостью, а правильно ложилась и воспринималась как должное».

Что касается ранней диагностики заболеваний, то ее значение невозможно переоценить — большинство видов онкологии, диагностированных на ранних стадиях, поддаются лечению. Однако в нашей стране 60-80% онкозаболеваний до сих пор диагностируются на 3-4 стадии.

Еще одна задача проекта — донести до населения необходимость регулярного прохождения диспансеризации и обеспечить реализацию государственной стратегии, предусматривающей двойное увеличение охвата населения профилактическими осмотрами в рамках всеобщей диспансеризации. Необходимость таких мер обусловлена тем, что диспансеризация является одним из самых эффективных механизмов выявления факторов риска для здоровья. Это особенно актуально для граждан трудоспособного возраста, у которых ещё не развились хронические заболевания. Кроме того, по словам главы Минздрава, вклад профилактических мер в снижение смертности от неинфекционных заболеваний составляет около 60%, тогда как лечебно-диагностических — лишь 35% .

И наконец, проект позволяет повысить осведомленность граждан

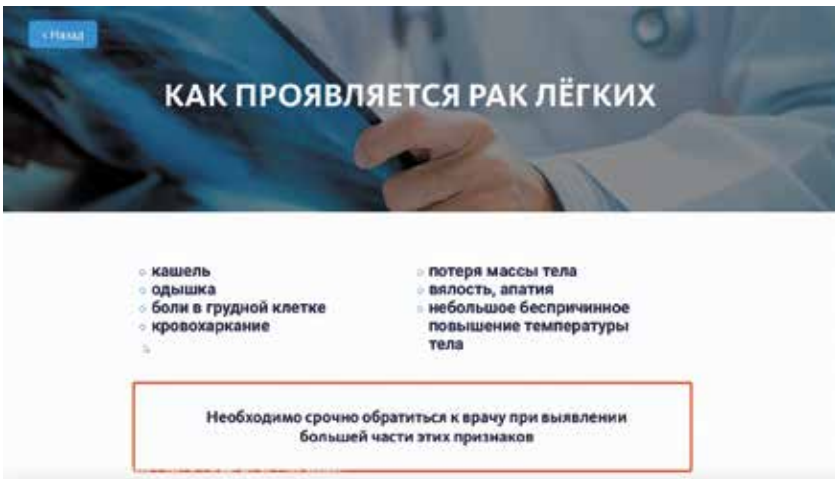
о сервисе страховых медицинских организаций, задача которых – информировать и защищать их интересы в вопросах оказания бесплатной медицинской помощи.

Интерактивный стенд «Здравографика» состоит из большого экрана и сенсорной панели, где представлена основная информация по четырём разделам: «Наиболее значимые заболевания», «Профилактика», «Рекомендации по здоровому образу жизни» и «Клиентский сервис».

Для привлечения внимания посетителей используются современные технологии дополненной реальности. Проходящий мимо стенда человек видит на большом экране собственное отражение, дополненное 3D-изображением систем органов человека (например, на теле появляются легкие или бьющееся сердце).

Дальше пациенту предлагается коснуться сенсорной панели, чтобы узнать, какие органы подвержены наибольшему риску. Пользователь указывает свой пол, возраст и выбирает категорию интересующих вопросов.

Какие органы подвержены наибольшему риску, выбираем категорию интересующих вопросов. Экран «Здравографика»



Симптоматика социально значимых заболеваний и меры профилактики. Экран «Здравографика»

Выбрав раздел, пациент узнает насколько распространено то или иное заболевание, какие существуют факторы риска, каковы симптомы и проявления и какие меры профилактики следует предпринять, чтобы избежать рисков развития заболевания.

В разделе «Профилактика» представлена информация о том, кому, когда и зачем необходима диспансеризация, почему это важно, как выглядит процесс и что пациент получает в итоге. Учитывая, что профилактика и диспансеризация – одна из приоритетных задач текущего здравоохранения, особый акцент сделан на этом разделе.

Также «Здравографика» разъясняет преимущества здорового образа жизни, предоставляет современные рекомендации по оптимальному уровню физических нагрузок, рассказывает об основных принципах здорового питания и контроля веса.

Из красивых инфографик пациент узнает о том, как бороться со стрессом, сохранять зрение, получает информацию о значении здорового сна. А также знакомится с рекомендациями по отказу от вредных привычек.

Раздел «Клиентский сервис» разработан с целью защиты прав пациента в ситуациях, когда ему необходима помощь в вопросах бесплатного меди-

Отражение человека на большом экране, дополненное 3D-изображением легких, для привлечения внимания посетителей

цинского обслуживания. Сервис напоминает, что пациент может обратиться в страховую медицинскую организацию по телефону круглосуточной горячей линии, а страховые представители располагают всеми ресурсами, чтобы не только обеспечить защиту прав застрахованных, но и при необходимости помочь с выбором оптимального медицинского учреждения.

В связи с особым вниманием Минздрава РФ к вопросу совершенствования медицинской помощи детям, отдельно разработано решение «Здравографики» для детских поликлиник. С его помощью родители смогут получить полезную информацию об особенностях развития систем органов ребенка соответственно его возрасту.

Информационный блок «Профилактика» дополнен разделом вакцинации, который не только

Раздел «Вакцинация» в блоке «Профилактика» для детских поликлиник помогает родителям сделать осознанный выбор, как защищать здоровье своего ребенка

Рекомендации по здоровому питанию. Экран «Здравографика»

Решение «Здравографики» для детских поликлиник помогает родителям получить полезную информацию об особенностях развития систем органов ребенка соответственно его возрасту

Интерактивные игры для детей — пока дети заняты виртуальной «битвой с микробами», родители могут спокойно знакомиться с рекомендациями «Здравографики»

знакомит с национальным календарем прививок, утвержденным Минздравом РФ, но и рассказывает родителям о фактах и рисках развития инфекционных заболеваний, возможных осложнениях, приводит статистику летальных исходов, а также перечисляет возможные побочные эффекты от прививок. Таким образом родители могут вооружиться достоверной информацией и сделать осознанный выбор, как защищать здоровье своего ребенка.

Кроме того, молодые родители могут пройти специальные тесты, позволяющие оценить и пополнить знания о том, как заботиться о здоровье ребенка. Отдельное решение с использованием технологий дополненной реальности – интерактивные игры для детей. Пока дети заняты виртуальной «битвой с микробами», родители могут спокойно знакомиться с рекомендациями .

Любую информацию из «Здравографики» можно отправить себе на электронную почту и использовать как памятку

Важным и удобным дополнением пользователи называли возможность отправить любую информацию из «Здравографики» на свою электронную почту. Это позволяет в удобное время подробно ознакомиться с рекомендациями и использовать их как памятки.

В 2018 году компания «Альфа-Страхование-ОМС» представила

проект «Здравографика» в рамках официального визита Первого заместителя Руководителя Администрации Президента РФ Кириенко С.В. и Министра здравоохранения РФ Скворцовой В.И. в Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина.

На сегодняшний день стенды-инсталляции установлены в 9 регионах, в 20 медицинских организациях. В планах до конца года представить проект и в других регионах.

УДК 614.2

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ЦЕЛЯХ РЕАЛИЗАЦИИ УКАЗА ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В.В. ПУТИНА ОТ 07.05.2018 № 204

С.А. Малышева

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области

Реферат

В статье представлены первые шаги по решению сложных задач в сфере здравоохранения и социально-демографического развития Нижегородской области, принятые с целью реализации указа Президента В.В. Путина от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

Ключевые слова:

территориальный фонд обязательного медицинского страхования, здравоохранение и социально-демографическое развитие Нижегородской области.

Для корреспонденции

Светлана Александровна Малышева

директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области

Тел.: 8 (831) 233-90-00,
Факс: 8 (831) 233-90-01,
E-mail: info@tfoms.nnov.ru

Адрес: 603006, Нижний Новгород, пл. Свободы, д. 6.

Указом Президента В.В. Путина от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» определены цели по прорывному научно-технологическому и социально-экономическому развитию России, увеличению численности населения страны, повышению уровня жизни граждан, созданию комфортных условий для их проживания, а также условий и возможностей для самореализации и раскрытия таланта каждого человека.

Дом Правительства Нижегородской области

Решение сложных задач в сфере здравоохранения и социально-демографического развития каждого субъекта Российской Федерации требует разработки комплекса предложений организационного, медико-социального характера, направленных на подъем уровня общественного здоровья и качества медицинской помощи.

Наряду с другими регионами, перед здравоохранением Нижегородской области стоит необходимость решения таких непростых проблем, как:

1) недостаточное качество первичной медико-санитарной помощи;
2) дефицит кадров участкового звена и узких специалистов;
3) недостаточный уровень профессиональной подготовки врачей и слабая мотивация медиков к повышению качества медицинской помощи;
4) несоответствующие имеющимся потребностям уровни развития онкологической, геронтологической, реабилитационной помощи, лабораторно-диагностической службы;
5) отсутствие четкой маршрутизации между разными звеньями оказания медицинской помощи: диагностическими центрами, поликлиниками, больницами, реабилитационными службами.

Со своей стороны, медики говорят о привычке значительной части населения к патерналистскому подходу в вопросах здравоохранения и, как следствие, потребительскому отношению многих граждан к работе врача, без приложения собственных усилий к сохранению и укреплению здоровья.

Учитывая, что за счет средств обязательного медицинского страхования финансируется более 75% здравоохранения, при этом субвенция Федерального фонда, направляемая в регионы, имеет законодательно утвержденный лимит, остро встает вопрос наиболее эффективного расходования средств для достижения максимальных результатов. Говоря другими словами, при ограниченных ресурсах в течение последующих шести лет необходимо достичь максимальной продолжительности жизни.

Одной из первоочередных стала поставленная Президентом задача по повышению доступности, качества и комфортности первичной медико-са-

Рис. 1.

нитарной помощи, особенно жителям отдаленных районов. Для снятия остроты вопросов кадрового обеспечения «на селе» и привлечения эффективных медицинских технологий для сохранения здоровья жителей отдаленных районов в Нижегородской области уже сейчас идет развитие новых выездных форм работы, таких, как «Поезда здоровья», мобильный офис врача общей практики, мобильный ФАП, волонтерское движение «Добро в село» и т.д. (*рис. 1*).

За 3 месяца работы (с 15 июня по 15 сентября прошлого года) «Поезда здоровья» посетили 131 населенный пункт, охватив все 48 районов Нижегородской области. Работая до последнего пациента, врачами «Поездов здоровья» за все время было обследовано около 28 000 пациентов, проведено 50 000 консультаций специалистов, 27 500 исследований (ФЛГ, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗДГ с дуплексным сканированием сосудов, онкоцитология), выявлено более 7 000 заболеваний, в том числе 286 случаев подозрений на злокачественные новообразования, дано более 16 000 рекомендаций по дополнительному обследованию и 21 500 рекомендаций по лечению и направлено на госпитализацию 2 104 человека.

Осенью 2018 года уже четыре субботника студенты Приволжского исследовательского медицинского университета, Нижегородского медицинского колледжа и сотрудники регионального Министерства здравоохранения провели на территориях фельдшерско-акушерских пунктов сел в рамках акции «Добро в село».

В местных ФАПах бригады врачей центральных районных больниц проводили прием местных пациентов и жителей близлежащих сел – УЗИ, ЭКГ, брались анализы крови на сахар и холестерин.

Принципиально важным моментом должна стать программа по ликвидации кадрового дефицита, предусмотренная проектом ПГГ на 2019 год, с отдельным нормативом финансирования (70,1 руб. на 1 застрахованного), что внесет свой вклад в комплекс мероприятий, направленных в ближайшие годы на развитие первичного звена.

Крупный блок задач, поставленных Президентом и Правительством РФ, посвящен снижению смертности от онкологической патологии.

К сожалению, исторически сложилось так, что Нижегородская область является регионом России с высоким уровнем показателя заболеваемости злокачественными новообразованиями. Так, в 2010–2016 годах онкологическая заболеваемость (на 100 000 населения) в нашей области превышала среднероссийский уровень на 17,4–17,6%. На конец 2017 года в Нижегородской области состояло на учете почти 3 тысячи (2 985,9) онкобольных на 100 000 населения (*рис. 2*).

Согласно программе «Развитие здравоохранения» в 2018 году в Нижегородской области на

борьбу с онкологическими заболеваниями за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках раздела мероприятий «Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями» предусмотрены финансовые средства на оплату медицинской помощи в размере 3,3 млрд рублей (на 2019 год - 3,9 млрд рублей), что составляет практически 10% финансирования территориальной программы ОМС.

Рис. 2.

В перспективе планируется модернизация онкологических клиник, внедрение новых технологий и разработок, формирование единой комплексной системы – от ранней диагностики до современной качественной помощи пациентам, подготовка и переподготовка квалифицированных специалистов.

Предполагается, что центры амбулаторной онкологической помощи будут организованы на базе многопрофильных больниц и поликлиник, где пациент сможет получить необходимую диагностику, верификацию диагноза и получить направление в специализированное медучреждение. Сложившуюся на сегодня онкологическую службу планируется переформатировать за счет максимального приближения к пациенту.

Оплата медицинской помощи по ОМС в Нижегородской области предусмотрена в четком соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», доведенными совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-8080 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №13572/26-2/и от 21.11.2017 года.

Основным отличием модели КСГ в 2018 году от предыдущих версий являлось утверждение новых дополнительных классификационных критериев формирования КСГ, в соответствии с которыми перегруппированы случаи лечения по профилю медицинской помощи «онкология». Кроме того, по КСГ, связанным с применением лекарственной терапии онкологическим больным в условиях круглосуточного и дневного стационаров, не допускалось применение понижающих коэффициентов.

Предложенные Федерацией КСГ потребовали адаптации к тем особенностям, которые существуют на территории Нижегородской области.

По результатам мониторинга финансово-экономической ситуации, сложившейся за указанный период в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «онкология», Территориальным фондом ОМС совместно с Министерством здравоохранения Нижегородской области и представителями ГБУЗ НО «НОКОД» был разработан ряд мероприятий с целью максимальной поддержки

одного из наиболее затратоёмких и приоритетных профилей оказания специализированной медицинской помощи (*рис. 3*).

Реализация вышеуказанных мероприятий проводилась в 2 этапа:

1 этап - с 1 июля 2018 года в Тарифное соглашение был введен повышающий управленческий коэффициент в размере 1,05 к КСГ 61 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8)» в условиях дневного стационара, что позволило увеличить ее стоимость с 189,5 до 198,9 тыс рублей;

Рис. 3.

2 этап - с 1 августа 2018 года были выделены подгруппы с более высокими коэффициентами затратоёмкости, по сравнению с базовой КСГ:

- в КСГ 155 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) (уровень 10)» выделено 3 подгруппы КСГ 155.1-155.3, стоимость лечения по ней на текущий момент, в зависимости от выбранной подгруппы, варьировалась от 211,36 тыс. рублей (стоимость базовой КСГ) до 352,7 тыс. рублей, соответственно;
- в КСГ 61 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 8) выделено 4 подгруппы КСГ 61.1-61.4, стоимость лечения по ней на текущий момент, в зависи-

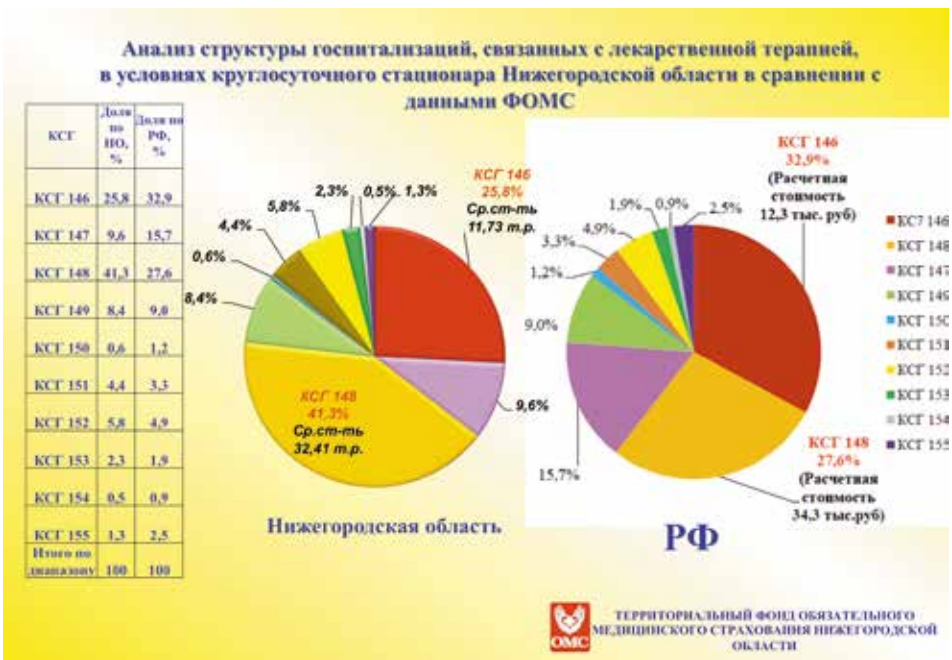


Рис. 4.

мости от выбранной подгруппы, варьировалась от 198,9 тыс. рублей (стоимость базовой КСГ) до 576,2 тыс. рублей.

Классификационным критерием для деления на подгруппы стали схемы ПХТ с высокой стоимостью лечения и тяжестью течения онкологических заболеваний, вошедших в вышеуказанные КСГ. Расчет затрат на введение препаратов ПХТ производился с учетом актуальных закупочных цен.

КСГ	Доля случаев по НО, %	Доля по РФ, %
КСГ 54	14,60	21,8
КСГ 55	18,70	23,6
КСГ 56	8,80	10,5
КСГ 57	24,90	17,5
КСГ 58	21,50	14,9
КСГ 59	3,90	6,1
КСГ 60	3,20	2,3
КСГ 61	4,40	3,2
Итого по показателю	100,00	99,9

Рис. 5.

Предпринятые шаги позволили добиться стабилизации финансовой ситуации в медицинских организациях Нижегородской области, проводящих ПХТ, увеличить долю применения на территории более дорогостоящих схем ПХТ, а, следовательно, и качество оказания помощи онкопациентам.

Анализ структуры госпитализаций в сравнении с данными по Российской Федерации подтверждает, что, даже не имея повышающих северных коэффициентов, Нижегородская область сохраняет долю средне- и дорогостоящих КСГ на уровне выше среднероссийских (*рис. 4-5*).

В проекте ПГГ на 2019 год запланирован более существенный рост расходов по профилю «онкология». В этих целях впервые выделен норматив объема медицинской помощи на онкологический профиль в круглосуточном стационаре - 0,0091 случая госпитализации на 1 застрахованного и дневном стационаре - 0,00631 случая лечения на 1 застрахованного (*рис. 6*).

Объемные показатели госпитализации пациентов по профилю «Онкология» в Нижегородской области

Форма оказания медицинской помощи	Норматив объемов на 2019 год (случаев госпитализации на 1 застрахованного)	Финансовый норматив на 2019 год (рублей на 1 застрахованного)	2018 год (ожидаемые объемы) (случаи госпитализации)	2019 год (плановые объемы) (случаи госпитализации)	Дельта
Круглосуточный стационар	0,0091	76 708,5	31 896	29 582	-8%
Дневной стационар	0,00631	70 586,6	26 490	20 512	-29%

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Рис. 6.

Средняя стоимость 1 случая госпитализации в круглосуточном стационаре по профилю «онкология» по проекту ПГГ на 2019 год составляет 76 708,5 рублей, в дневном стационаре – 70 586,6 рублей.

В абсолютных показателях для Нижегородской области норматив объема на 2019 год будет составлять 29 582 случая госпитализации в круглосуточном стационаре и 20 512 случаев в дневном.

Рис. 7.

Однако, уже на этом этапе возникают проблемы в срезе региональных особенностей. Так, в Нижегородской области фактический объем круглосуточных госпитализаций по профилю «онкология» уже в 2018 году ожидается 31 896 случаев, и это на 8% больше рекомендованного Федерацией на 2019 год. Ситуация по дневным стационарам еще хуже, ожидаемый объем случаев лечения по профилю «онкология» – 26 490, и это на 29% выше рекомендуемого на 2019 год.

Усреднение профильных нормативов объема без учета региональной структуры заболеваемости может разбалансировать систему.

Фактический избыток случаев круглосуточного стационара над нормативным, безусловно, является следствием недостатка кадров амбулаторного звена, отсутствием ранней диагностики. Очевидна необходимость решать эту проблему комплексно.

В Нижегородской области через подключение мотивационных рычагов воздействия на амбулаторно-поликлиническое звено с 2018 года начата реализация дополнительного финансирования на основании оценки ее показателей результативности. Одним из показателей, напрямую связанных с ранней диагностикой онкозаболеваний, является количество выявленных случаев злокачественных новообразований I-II стадии всех локализаций на 1000 прикрепившихся.

Существует еще один аспект.

С принятием Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» у медицинских организаций частной формы собственности появилась возможность участия в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Динамика числа медицинских организаций частной формы собственности с 2012 года по 2019 год, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Нижегородской области, представлена на *рисунке 7*.

Почему частные медицинские организации приходят работать в систему, где в тарифах изначально не предусмотрена прибыль? Значит, тарифы для них достаточно привлекательны, а это, в большей степени, свидетельствует о хозяйском подходе, максимальном снижении издержек и, соответственно, об эффективном использовании государственных ресурсов, чего порой не хватает некоторым неэф-

фективным менеджерам в государственной системе здравоохранения.

Однако, при этом, «частники», как правило, берутся за выполнение тех видов помощи, исход по которым достаточно прогнозируем (стоматология, определенный вид исследований, гемодиализ) и не хотят брать на себя ответственность за те виды, которые напрямую влияют на демографические показатели (диспансеризация приписного населения, мониторинг его здоровья, диспансерное наблюдение).

Так, в 2018 году из 208 медицинских организаций, работающих в территориальной программе ОМС Нижегородской области, 84 (40,4%) являлись частной формы собственности. Из них 51 оказывали стоматологические услуги. А вот имели приписное население и, соответственно, оказывали первичную медико-санитарную помощь только 3 частных медицинских организации (ЦМП ГАЗ, ЧУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Нижний Новгород ОАО «РЖД» и ООО «Здоровье» г. Выкса).

На наш взгляд, если государство выделяет колоссальные средства на здравоохранение (бюджет территориального фонда составляет практически четверть от областного бюджета), то именно государство должно определять, куда и на достижение каких целей эти средства должны быть направлены.

А цели поставлены очень четкие и прозрачные: увеличение продолжительности жизни, увеличение времени здоровой жизни, борьба с онкозаболеваниями, улучшение кадровой ситуации в первичном звене, ежегодное прохождение каждым гражданином профилактических мероприятий.

И мы все, как граждане своей страны, независимо от того, в какой сфере трудимся, должны работать над выполнением этих задач.

Литература

1. *Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации, 06.12.2010, № 49, ст. 6422.*
2. *Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» // Собрание законодательства Российской Федерации, 14.05.2018, № 20, ст. 2817.*
3. *Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» // Собрание законодательства Российской Федерации, 01.01.2018, № 1 (Часть II), ст. 373.*
4. *Письмо Минздрава России № 11-7/10/2-8080, ФФОМС № 13572/26-2/и от 21.11.2017 (ред. от 12.03.2018) «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» // СПС КонсультантПлюс.*

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

I. Рукопись

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

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

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

В работе необходимо указать:

- название статьи (емкое и лаконичное), соответствующее цели работы;
- инициалы и фамилии авторов;
- название организации, где выполнена работа; город.

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

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

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

II. Содержание

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

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

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

III. Ссылки

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

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

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

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

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

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

Примеры библиографических описаний:

Книга

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

Автореферат диссертации

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

Статья из сборника

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

Статья из журнала

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

Статья из зарубежного журнала

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

Сборник тезисов докладов международных конференций

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

IV. Иллюстрации

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

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

V. Авторские правки

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

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:

Россия, 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, 59а, ООО «Издательство «Офтальмология».

Тел.: +7 (499) 488-87-03

E-mail: *journal-oms@yandex.ru*