

Научно-практический журнал

01 / 20

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

04

Послание Президента Российской Федерации
Владимира Путина Федеральному Собранию

10

Председатель Федерального фонда обязательного
медицинского страхования Наталья Стадченко:
Система ОМС обеспечила финансовую стабильность
здравоохранения



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

01 / 20

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

№ 1, 2020

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 координационного совета
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. Линденбрaten – 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 11.03.2020 года. Тираж: 2000 экз.
Формат: 205 x 275 мм. Объем: 66 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
статьи) Internet: www.omsjournal.ru

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

© «Обязательное медицинское страхование
в Российской Федерации», 2020

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

Послание Президента Российской Федерации
Владимира Путина Федеральному Собранию **4**

Приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 24.12.2019 №714-п
«О награждении» за заслуги в развитии и
совершенствовании системы обязательного
медицинского страхования награждена медалью
«За заслуги перед отечественным здравоохранением»
Стадченко Наталья Николаевна - Председатель
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования..... **8**

Председатель Федерального фонда обязательного
медицинского страхования Наталья Стадченко:
Система ОМС обеспечила финансовую
стабильность здравоохранения. **10**

Новые кадровые назначения. **18**

БЮДЖЕТ ФОМС

И.В. Соколова

Бюджет Федерального фонда обязательного
медицинского страхования на 2020 год
и на плановый период 2021 и 2022 годов **20**

ИЗМЕНЕНИЯ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ СФЕРЫ ОМС

С.Г. Кравчук

О внесении изменений в законодательство
об обязательном медицинском страховании **30**

Федеральный закон от 28 января 2020 года № 3-ФЗ
«О признании утратившим силу пункта 5
части 4 статьи 28 Федерального закона
«Об обязательном медицинском страховании
в Российской Федерации» **31**

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

Н.И. Гришина, А.А. Старченко

Молекулярно-генетические исследования и выбор
высокоэффективных схем химио- и таргетной
терапии: ключевые тренды защиты законных
прав и интересов онкопациентов при исполнении
Федерального проекта «Борьба с онкологическими
заболеваниями» **32**

С.И. Ермолова, Т.Е. Романова, В.Р. Мишанов

Основные направления работы Координационного
совета по обеспечению и защите прав граждан в
системе обязательного медицинского страхования
Нижегородской области в 2019 году. **46**

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В СИСТЕМЕ ОМС

А.В. Решетников, Н.В. Моисеенко, Г.А. Хачатурьянц

Прозрачность учета лекарственных средств и
медицинских изделий в медицинских
организациях – актуальные задачи и
возможности. **52**

РЕГИОНАЛЬНЫЕ НОВОСТИ

«Капитал МС» принял участие в
Международном дне благотворительности **58**

Специалисты «МАКС-М»
посетили отдаленные районы Дагестана **59**

В Хабаровском крае выбрали
лучших страховых представителей **60**

«АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь»
приняла участие во Всемирном дне доброты **63**

В Алтайском крае страховые представители открыли
очередной год информационного сопровождения
застрахованных **64**

«Ингосстрах-М» открыл «Год здоровья» **66**

ПОСЛАНИЕ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЛАДИМИРА ПУТИНА ФЕДЕРАЛЬНОМУ СОБРАНИЮ

15 января 2020 года, Москва, Центральный выставочный зал «Манеж»



Сегодня в нашем обществе четко обозначился запрос на перемены. Люди хотят развития и сами стремятся двигаться вперед в профессии, знаниях, в достижении благополучия, готовы брать на себя ответственность за конкретные дела. Зачастую они лучше знают: что, почему и как надо менять там, где они живут, работают – в городах, районах, селах, по всей стране.

В.В. Путин: Уважаемые члены Совета Федерации и депутаты Государственной Думы!

Уважаемые граждане России!

Послание Федеральному Собранию впервые оглашается в самом начале года. Нам нужно быстрее, не откладывая, решать масштабные социальные, экономические, технологические задачи, перед которыми стоит страна.

Их содержание и ориентиры отражены в национальных

” **В.В. Путин:** *Послание Федеральному Собранию впервые оглашается в самом начале года. Нам нужно быстрее, не откладывая, решать масштабные социальные, экономические, технологические задачи, перед которыми стоит страна.*

проектах, реализация которых требует нового качества государственного управления, работы Правительства, всех уровней власти, прямого диалога с гражданами.

Темпы изменений должны нарастать с каждым годом, с ощутимыми для граждан результатами по достижению достойного уровня жизни. И, повторю, с их активным участием.

О здравоохранении

В прошлом году впервые в истории ожидаемая продолжительность жизни в России превысила 73 года – на 8 лет больше, чем в 2000 году. Это результат социальных, экономических изменений в стране, развития массового спорта, продвижения ценностей здорового образа жизни. И, конечно, значимый вклад здесь принадлежит всей системе здравоохранения, в особенности программам специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи, а также охране материнства и детства, материнского и детского здоровья.

Уровень младенческой смертности в России достиг исторического минимума. Этот показатель у нас лучше, чем даже в ряде европейских стран. Прекрасно осведомлен о том, что общество во многих развитых государствах весьма критически оценивает состояние своих национальных систем здравоохранения, но и вы тоже многие об этом знаете. Вообще почти в каждой стране, не почти – в каждой стране, граждане критикуют свою систему здравоохранения, как бы она ни смотрелась отсюда, от нас, хорошо выстроенной.

Тем не менее то, что нам удалось сделать в сфере здравоохранения, показывает, что если мы ставим перед собой опре-



деленные цели, то способны добиваться результатов. Однако, повторю, о здравоохранении люди судят, конечно же, не по цифрам и не по показателям. Человека, который вынужден ехать за десятки километров в поликлинику, тратить целый день в очереди или неделями ждать приема у узкого специалиста, мало интересует, насколько выросла средняя продолжительность жизни в стране. Он думает о своей жизни – это понятно – о своем здоровье, о том, как безо всяких препятствий получить качественную и своевременную медицинскую помощь. Поэтому сейчас нам нужно сконцентрировать усилия на первичном звене здравоохранения, с которым соприкасается каждый человек и каждая семья. Именно здесь у нас

больше всего сложных, чувствительных для людей проблем.

В этом году мы должны в полном объеме, как и предусмотрено в профильном национальном проекте, завершить развертывание сети фельдшерско-акушерских пунктов. Но это не значит, что все проблемы с ФАПами решены. Хочу подчеркнуть: смысл их работы не в том, чтобы выписывать справки, направления и сходу спроваживать людей в райцентры. У специалистов на местах должна быть возможность оказывать реальную помощь людям, использовать современное оборудование и скоростной интернет. Я прошу Общероссийский народный фронт взять под контроль ход оснащения, строительства и ремонта ФАПов.



Также с 1 июля будет запущена программа модернизации первичного звена здравоохранения. Предстоит отремонтировать и оборудовать новой техникой поликлиники, районные больницы, станции скорой помощи во всех регионах страны. На решение этих задач мы дополнительно выделили 550 миллиардов рублей, более 90% – это федеральные ресурсы.

В свою очередь прошу субъекты Федерации найти резервы и вплотную заняться решением жилищных проблем врачей и фельдшеров, особенно в селах, поселках, малых городах, использовать для этого все механизмы, в том числе служебное жилье, поддержку индивидуального жилищного строительства.

Вопрос подготовки, привлечения кадров – ключевой для здравоохранения. К 2024 году все его уровни должны быть обеспечены специалистами, и в приоритетном порядке – первичное звено. В этой связи предлагаю в новом учебном году существенно изменить порядок приема в вузы по медицинским специальностям. По специальности «лечебное дело» – 70% бюджетных мест станут целевыми, по специальности «педиатрия» – 75%. Квоты на целевой прием будут формироваться по заявкам регионов Российской Федерации. Но они в свою очередь должны предоставить гарантию трудоустройства будущим выпускникам, чтобы специалисты приходили на работу именно туда, где их помощи ждут люди.

Что касается ординатуры, предлагаю по самым дефицитным направлениям установить почти стопроцентное целевое обучение. Причем при поступлении преимущество будут иметь врачи со стажем работы в первичном звене, особенно на селе. Естественно, что целевое обучение надо предусмотреть и для федеральных медицинских центров.

И наконец, как мы и договаривались, с этого года начнет поэтапно внедряться новая система оплаты труда в здравоохранении, основанная на прозрачных, справедливых и понятных правилах, с установлением фиксированной доли окладов в заработной плате и единым для всей страны перечнем компенсационных выплат и стимулирующих надбавок.

Понимаю, что реализация всех заявленных целей требует значительных ресурсов. Если вы сейчас вернетесь к тому, с чего я начал, по каждому пункту это большие деньги. В этой связи прошу Правительство еще раз вернуться к определению приоритетов нашего развития при сохранении бюджетной устойчивости. Это наше преимущество, которого мы достигли за последние годы, и ни в коем случае его нельзя потерять.

Знаю, что в прошлом году в ряде регионов были перебои с поставками лекарств, потому что закупки оказались фактически сорванными, и некото-

рые чиновники позволяли себе рассуждать так, будто речь шла о закупке канцтоваров: не беда, объявим новые конкурсы. А люди-то оставались без крайне важных, подчас жизненно необходимых лекарств. Обращаю внимание: такие ситуации не должны больше никогда повторяться.

В текущем году должен заработать единый сквозной регистр получателей препаратов, которые предоставляются человеку бесплатно или с большой скидкой по федеральной или региональной льготе, чтобы путаницы здесь больше не было.

Также уже приняты законодательные решения, которые позволят официально и централизованно ввозить в Россию отдельные специальные препараты, которые пока не имеют официального разрешения. Я прошу Правительство в кратчайшие сроки так отладить эту



работу, чтобы люди, особенно родители больных детей, больше не оказывались в безвыходной ситуации, когда нужные лекарства невозможно легально достать.

Существенно изменится и контроль качества лекар-

ственных препаратов. Он будет усилен не только на фармпредприятиях, но и на всех этапах обращения лекарств, в том числе в аптечных сетях.

<https://www.kremlin.ru>



**Приказом
Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 24.12.2019 №714-п «О награждении»
за заслуги в развитии и совершенствовании системы
обязательного медицинского страхования
награждена медалью
«За заслуги перед отечественным здравоохранением»
Стадченко Наталья Николаевна –
Председатель Федерального фонда
обязательного медицинского страхования**





МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

П Р И К А З

24.12.2019

№ 44-12

Москва

О награждении

За заслуги в развитии и совершенствовании системы обязательного медицинского страхования наградить медалью «За заслуги перед отечественным здравоохранением» Стадченко Наталью Николаевну – председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Министр

В.И. Скворцова



**ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НАТАЛЬЯ СТАДЧЕНКО: СИСТЕМА ОМС ОБЕСПЕЧИЛА
ФИНАНСОВУЮ СТАБИЛЬНОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**



В системе ОМС деньги следуют за пациентом

Основная роль ОМС – обеспечить финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования, составной части Программы государственных гарантий.

Объем средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования ежегодно растет высокими темпами. За последние 7 лет размер субвенции вырос в 3,5 раза.

Начиная с 2013 года, субвенция обеспечивает сбалансированность и бездефицитность территориальных программ ОМС за счет финансирования медицинской помощи по единому подушевому нормативу во всех субъектах Российской Федерации.

В бюджете ФОМС на 2020 год субвенция утверждена в размере 2 225,4 млрд рублей, с ростом на 157,1 млрд рублей к уровню 2019 года (2 068,5 млрд рублей), или на 7,6%.

Такой рост достигается благодаря реализации одного из основных принципов ОМС – независимости доходной части бюджета ФОМС. Перераспределение финансовых средств на основе единого норматива финансирования на 1 застрахованное лицо, учет региональных особенностей и трехэтапный контроль в системе ОМС обеспечивают гражданам доступность и качество медицинской помощи вне зависимости от территории проживания и страхования в любой медицинской организации в соответствии с показаниями.

В системе ОМС деньги следуют за пациентом, то есть средства ОМС поступают в медицинские организации в зависимости от объема оказанной медицинской помощи (количества госпитализаций, посещений, случаев профилактики и диспансеризации) и сложности применяемых медицинских технологий.

Это основополагающий принцип обязательного медицинского страхования, который позволяет реализовывать эффективную модель финансирования здравоохранения, главной целью которой является обеспечение и защита прав и законных интересов

граждан при получении ими бесплатной медицинской помощи.

Участие в реализации нацпроекта «Здравоохранение»

Безусловно, Федеральный фонд является активным участником и соисполнителем в реализации целей и задач, установленных национальным проектом «Здравоохранение» и входящих в его состав федеральных проектов, таких как «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», «Борьба с онкологическими заболеваниями», «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Развитие системы оказания медицинской помощи детям» и ряда других.

Основная задача Федерального фонда и территориальных фондов – обеспечить бесперебойное финансирование медицинской помощи, оказываемой гражданам, соблюдение нормативов, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, как по объемным показателям, так и по размеру ее финансового обеспечения.

Для сохранения здоровья и увеличения продолжительности жизни 2019 и 2020 годы объявлены годами Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации. В связи с этим Минздрав России изменил порядок проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (приказ Минздрава от 13.03.2019 № 124н).

В новом порядке увеличен объем исследований, в том числе с учетом проведения онкоскринингов, расширен контингент и увеличена частота проведения диспансеризации в соответствии с национальным проектом «Здравоохранение».

В результате тариф на проведение диспансеризации в 2020 году вырос на 74% к 2019 году.

В связи с этим на диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры в субвенции дополнительно в 2020 году предусмотрено 16,7 млрд рублей.

Помимо этого, из федерального бюджета на реализацию федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями»

ческими заболеваниями» на 2020 год дополнительно выделено 120 млрд рублей.

В Программе государственных гарантий на 2020 год учтены дополнительные объемы дорогостоящих диагностических и лабораторных исследований: КТ, МРТ, эндоскопических, молекулярно-генетических, гистологических исследований, УЗИ сердечно-сосудистой системы. Объемы этих исследований в 2020 году увеличены на 10%.

На данные цели в субвенции предусмотрены дополнительные средства для оплаты дорогостоящих лабораторных и инструментальных методов исследований в размере 12,7 млрд рублей ежегодно.

Кроме того, в субвенции предусмотрены средства на перевод из внебазовой программы в базовую программу ОМС методов конформной дистанционной лучевой терапии на сумму 3,3 млрд рублей, что позволит повысить доступность и сократить сроки ее ожидания.

В рамках реализации мероприятий федеральных проектов в системе изменены механизмы взаимодействия страховых медицинских организаций с застрахованными лицами: внедрено индивидуальное информирование застрахованных о профилактических мероприятиях, с указанием медицинских организаций, времени проведения диспансеризации.

Также изменены подходы к финансированию и контролю сроков и качества оказания медицинской помощи онкопациентам. Введен контроль профильной госпитализации, исполнение медицинскими организациями субъектов рекомендаций НМИЦ, данных в режиме телеконсультаций.

Об институте страховых представителей в Российской Федерации

Защита прав и законных интересов застрахованных лиц является одним из приоритетных направлений системы обязательного медицинского страхования, и с этой целью в Российской Федерации внедрена пациентоориентированная модель здравоохранения.

Трехуровневый институт страховых представителей, созданный в 2016 году, окончательно сформировался в 2019 году и сейчас обеспечивает информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

В 2019 году приняты новые Правила ОМС (приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н).

Новыми Правилами ОМС расширены функции страховых медицинских организаций. Теперь они обязаны проводить превентивные мероприятия и осуществлять оперативный контроль за оказанием медицинской помощи застрахованным лицам:

- индивидуальное информирование о прохождении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в конкретной медицинской организации с указанием графика работы;
- индивидуальное информирование застрахованного лица о необходимости диспансерного наблюдения в установленные сроки, формирование приверженности к здоровому образу жизни и лекарственному лечению;
- осуществление контроля своевременности постановки на диспансерный учет;
- анкетирование застрахованных лиц, не прошедших диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры, о причинах и оперативное информирование органов управления здравоохранения и территориальных фондов ОМС;
- оперативный контроль сроков и профиля госпитализации застрахованного и при необходимости принятие мер по переводу пациента в медицинскую организацию соответствующего профиля и уровня;
- индивидуальное сопровождение застрахованных лиц с онкологическими заболеваниями, начиная с подозрения, и оперативная оценка всех этапов оказания им медицинской помощи;
- осуществление контроля выполнения медицинскими организациями субъектов РФ телемедицинских рекомендаций НМИЦ.

Новацией Правил ОМС является установление пошагового регламента сопровождения застрахо-

ванных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи, включая такой важный этап, как прохождение профилактических мероприятий.

Страховые медицинские организации всегда взаимодействовали с застрахованными, но сейчас они должны стать реальным адвокатом пациента.

Сейчас у нас работает более 14 тысяч страховых представителей первого, второго и третьего уровня.

Они информируют граждан о необходимости прохождения диспансеризации, видов исследования, которые положены по программе диспансеризации в зависимости от возраста и пола человека. И если выявлена хроническая патология, пациент ставится на учет и диспансерное наблюдение. Страховой представитель будет напоминать о необходимости посещения врача по хроническому заболеванию пациента, в случае необходимости прохождения курсов лекарственной терапии.

Сам человек не всегда знает свои права и существующие нормативные порядки в системе здравоохранения. Для этого и нужна помощь страхового представителя.

Например, если вам в медицинской организации, в которую вы обратились по полису ОМС, предлагают какие-то медуслуги оплатить, необходимо позвонить в страховую медицинскую компанию, чей полис находится у Вас на руках, предельно откровенно изложить ту проблему, с которой Вы столкнулись, чтобы специалист страховой компании смог оценить уровень её решения. Очень часто достаточно позвонить руководителю отделения по месту госпитализации застрахованного и конфликт становится полностью исчерпанным.

Главное всегда помнить, что когда Вам предлагают оплатить медицинскую помощь за счёт собственных средств при нахождении на лечении в условиях круглосуточного стационара по направлению медицинской организации, надо сразу сказать, что Вы проконсультируетесь со страховой медицинской организацией о возможности получить медицинскую помощь бесплатно! Это говорит о том, что Вы полностью в курсе Ваших прав и обязанностей медицинской организации при оказании медицин-

ской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Особое значение и важная роль отведена страховым представителям при сопровождении онкопациентов по формированию у них приверженности к выполнению рекомендаций врача и приверженности к лекарственной терапии.

Для индивидуальной работы с данными пациентами, учитывая специфику заболевания, в настоящее время страховые представители прошли обучение по вопросам онкопсихологии.

Как результат этой работы – 75–80% пациентов дают согласие на их сопровождение и помощь в случае ограничения доступности и качества её получения. Ранее не более 13% пациентов соглашались на сопровождение.

Немаловажным направлением работы страховых представителей является взаимодействие с пациентами, перенесшими острые сосудистые заболевания.

Страховые представители проводят разъяснительную работу с пациентами, перенесшими острый коронарный синдром, в ходе лечения которых применялось стентирование коронарных артерий, о рисках развития осложнений заболевания, необходимости приема двойной антиагрегантной терапии; осуществляют контроль передачи выписного эпикриза из учреждения третьего уровня – сосудистых центров – в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь с целью постановки на диспансерный учет.

Кроме того, в рамках федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» активно развиваются каналы оперативной связи со страховыми представителями. На данный момент у нас в стране уже в 6 тыс. медицинских организаций и их структурных подразделений установлены и действуют каналы обратной связи со страховыми представителями.

Страховые представители 2 и 3 уровней участвуют в проведении контрольно-экспертных мероприятий, направленных на защиту прав застрахованных. Уже в этом году страховые представители будут оказывать правовую поддержку, консультирование, кон-

троль качества медицинской помощи независимо от места проживания человека и территории оказания медицинской помощи, т.е. экстерриториально.

Защита прав застрахованных граждан

Можно выделить четыре основные причины жалоб граждан:

- на качество медицинской помощи;
- на организацию работы медицинской организации;
- на взимание денежных средств за медицинскую помощь, предусмотренную программами обязательного медицинского страхования;
- на отказ в оказании медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования.

Однако хочется отметить, что с внедрением института страховых представителей граждане стали активнее обращаться не столько с жалобами, сколько за разъяснениями (консультациями).

Количество обращений граждан за консультацией (разъяснением) выросло на 1,2 млн обращений, что, безусловно, положительно характеризует работу страховых представителей.

Изменилась структура основных причин жалоб, поступивших в 2019 году, в сравнении с 2018 годом – значительно уменьшились жалобы на:

- качество медицинской помощи на 42,2%;
- организацию работы медицинской организации на 40%;
- взимание денежных средств за медицинскую помощь, предусмотренную программами обязательного медицинского страхования, на 50,7%;
- отказ в оказании медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования на 63,8%.

Каждая жалоба застрахованного лица рассматривается, при необходимости проводятся контрольно-экспертные мероприятия.

Доля обоснованных жалоб от общего количества поступивших жалоб, урегулированных в досудебном порядке страховыми медицинскими организациями, достигла базового значения показателя и составляет 56,6%.

И примеров досудебного разрешения жалоб по итогам рассмотрения страховыми медицинскими организациями и удовлетворенных пациентов итогами работы страховых медицинских организаций много.

... Мужчина попал в ситуацию, которая в практике страховых компаний, увы, случается нередко: пациенту предложили получить часть медицинских услуг бесплатно – по полису ОМС, а часть – оплатить за собственный счет. Мужчина получил направление на оперативное лечение обеих стоп в одну из свердловских клиник. Перед операцией ему сообщили, что саму процедуру ему проведут бесплатно и находиться в клинике он также может за счет средств обязательного медицинского страхования, а вот расходные материалы придется оплатить дополнительно! Счет, оплаченный человеком, составил 110 тыс. рублей: с этим документом прооперированный пациент обратился в страховую компанию и получил все потраченные средства обратно в досудебном порядке и полном объеме!

...В страховую компанию обратился мужчина. Сын попал в ДТП на трассе, его срочно госпитализировали в ближайшую районную больницу. У молодого человека тяжелейшая черепно-мозговая травма, он в коме на искусственной вентиляции легких. В переводе пациента в областную больницу райбольница отказывает категорически: говорит, что он не переживет транспортировку. При этом отец пострадавшего уверен: медучреждение просто не хочет тратить время и силы на «неперспективного» пациента.

С помощью страховой компании в течение нескольких часов с момента обращения была проведена телеконсультация с Территориальным центром медицины катастроф, а уже вечером пациента прооперировали в Больнице 3 уровня. Спустя несколько дней молодой человек вышел из комы и стал узнавать близких, а спустя полгода его отец позвонил в страховую компанию

снова, на этот раз – со словами благодарности: его сын, «безнадежный пациент», полностью восстановился и вернулся на работу.

Вторая история потребовала участия в судьбе пациента участников системы ОМС из разных регионов страны. Но ее финал оказался самым благополучным из всех возможных.

... Мужчина попал в тяжелое ДТП в Крыму во время командировки. Первую помощь ему оказали в больнице Симферополя, но что делать дальше – непонятно: требуется долечивание и реабилитация, которая спасет пациента от инвалидности.

Страховая компания обеспечила транспортировку больного спецбортом в специализированное медицинское учреждение в регион по месту жительства. После оперативного лечения пациент переведен на медицинскую реабилитацию. И хотя впереди большая и трудная работа, его лечащий врач уверен: у мужчины есть все шансы вернуться к прежней жизни...

Сотрудники филиала СМО в Пензе оказали оперативную помощь жителю Кузнецкого района Пензенской области.

Мужчина, инвалид III группы, который ранее за собственные деньги проходил лечение в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург), попросил направить его в это лечебное учреждение в рамках обязательного медицинского страхования.

Учитывая сложный характер заболевания, страховые представители в максимально сжатые сроки организовали консультацию с неврологом. Врач-специалист, оценив состояние здоровья пациента, пришел к выводу о необходимости оказания специализированной медицинской помощи в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева».

После этого, совместно с руководством Кузнецкой межрайонной больницы было оперативно оформлено направление на лечение в медицинской организации г. Санкт-Петербурга.

Пациент прошел лечение в Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева.

Это не единичные примеры, которые говорят сами за себя.

Контроль качества медицинской помощи в сфере ОМС

С 2019 года принят новый Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36), которым принципиально изменены подходы при проведении контрольно-экспертных мероприятий: осуществлен переход на превентивные методы работы страховых медицинских организаций.

Контроль качества медицинской помощи онкопациентам начинается уже с подозрения на злокачественное новообразование через единый информационный ресурс территориального фонда ОМС. Контрольно-экспертные мероприятия включают оценку своевременности направления застрахованного на обследование, проведения гистологической верификации опухоли, соблюдения сроков и периодичности лечения, что существенно влияет на повышение уровня оказания медицинской помощи.

Эти изменения позволили нам выявить и предотвратить несоблюдение порядков оказания медицинской помощи.

Еще одним важным направлением деятельности СМО является контроль доступности и качества медицинской помощи при болезнях системы кровообращения, в первую очередь, при остром коронарном синдроме и остром нарушении мозгового кровообращения. При этом особенно эффективными стали мультидисциплинарные экспертизы оценки качества помощи пациентам.

Данный контроль позволит значительно сократить смертность населения и реализовать задачи,

установленные федеральным проектом «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Уменьшение непрофильной госпитализации при ОКС и ОНМК безусловно снижает показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Интерес к этой теме у участников системы ОМС носит и демографический (смертность от болезней системы кровообращения остается на первом месте среди всех причин), и экономический характер.

В соответствии с действующей тарифной политикой один случай лечения пациента с ОНМК (с момента острого состояния до этапа реабилитации) в ряде регионов может превышать 1 млн рублей: такие финансовые параметры требуют особого контроля.

Поэтому результатом этой экспертизы стало выявление и исправление ряда системных дефектов, связанных с маршрутизацией пациентов, сроками и объемом реабилитации после заболевания, последующим диспансерным наблюдением. Это, конечно, незаметная для населения, но очень важная работа, спасающая, по нашей оценке, не один десяток людей, перенесших инсульт.

Для обеспечения доступности и качества медицинской помощи страховыми медицинскими организациями также проводится контроль выполнения рекомендаций, данных национальными медицинскими исследовательскими центрами по ведению пациентов, находящихся на лечении в региональных медицинских организациях. Расширены поводы для проведения экспертизы в период оказания медицинской помощи, которая играет огромную роль в своевременности изменений тактики лечения конкретного пациента в момент нахождения его в медицинской организации.

Страховыми представителями проверено более 30,0 тыс. случаев оказания медицинской помощи с применением консультаций федеральных НМИЦ. По результатам экспертных мероприятий в ряде случаев были выявлены нарушения выполнения рекомендаций медицинских работников НМИЦ по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

Таким образом, мы видим, что в последние годы подход к оценке оказанной населению помощи становится все менее формальным: число выявляемых нарушений, непосредственно связанных с качеством медицинской помощи, становится больше, а претензий к оформлению медицинской документации, напротив – все меньше.

Новая экспертная «философия» привела к изменению самой структуры экспертиз. На смену рутинной, плановой экспертизе приходит тематический контроль, призванный выявить и устранить слабые места в лечении заболеваний, которые значимо влияют на социально-демографические показатели в субъекте и качество жизни населения в целом.

В настоящее время разработан и внесен в Государственную Думу законопроект, устанавливающий полномочия Федерального фонда по осуществлению мониторинга деятельности страховых медицинских организаций и размещению его результатов на официальном сайте в сети Интернет. Предлагаемые изменения направлены на защиту прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования и позволят застрахованным лицам осуществлять выбор страховой медицинской организации на основе показателей оценки их деятельности.

В целях реализации страховыми медицинскими организациями функций досудебной защиты застрахованных лиц на всей территории страны Министерством здравоохранения совместно с Федеральным фондом ОМС разработан законопроект о внесении изменений в законодательство Российской Федерации о страховом деле и об обязательном медицинском страховании, который сейчас проходит процедуру согласования.

Система ОМС обеспечивает конституционные права граждан на бесплатную медицинскую помощь

Хочу напомнить, что главным документом нашей страны, Конституцией, установлено право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь. Меди-

”

Н.Н. Стадченко: Главным документом нашей страны, Конституцией, установлено право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

И очень важно - сегодня базовая программа обязательного медицинского страхования составляет более 90% всего объема медицинской помощи, оказываемой в рамках государственных гарантий.

цинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

И очень важно – сегодня базовая программа обязательного медицинского страхования составляет более 90% всего объема медицинской помощи, оказываемой в рамках государственных гарантий.

За последние 7 лет размер субвенции увеличился с 641 млрд рублей в 2012 году до 2 225,4 млрд рублей в 2020 году, т.е. в 3,5 раза. Перспективы развития ОМС направлены на увеличение доступности и качества медицинской помощи, что невозможно без роста финансирования.

В субвенции в полном объеме заложены расходы для сохранения заработной платы медицинских работников в соответствии с Указом Президента.

Национальным проектом «Здравоохранение» также предусмотрен ежегодный рост расходов на здравоохранение. Таким образом, снижения финансирования не ожидается.

Вместе с тем система обязательного медицинского страхования постоянно совершенствуется, и в настоящее время Минздравом России совместно с Федеральным фондом ОМС разрабатывается целый ряд законодательных инициатив, направленных на расширение ответственности страховых медицинских организаций за здоровье своих застрахованных лиц.

НОВЫЕ КАДРОВЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Белгородской области



Понкратов Игорь Николаевич, 1962 года рождения, назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области на основании Распоряжения Правительства Белгородской области от 17.02.2020г. № II-рпл.

Понкратов И.Н. окончил:

- Московский ордена Трудового Красного Знамени институт народного хозяйства им. Г.В. Плеханова по специальности «финансы и кредит» в 1983 году.

- Российскую академию государственной службы при Президенте Российской Федерации по специальности «государственное и муниципальное управление» в 2003 году.

Прошел профессиональную переподготовку в АНО ВО «Белгородский университет кооперации, экономики и права» по специальностям «педагогика профессионального образования» и «финансовый и налоговый менеджмент, стоимостная оценка бизнеса» в 2017, 2018 годах.

Кандидат экономических наук, доцент.

С 02.09.1983 по 17.10.1983 года - экономист отдела финансирования сельского хозяйства финансового управления Белгородского облисполкома.

С 24.10.1983 по 03.05.1985 года - служба в рядах Советской Армии.

С 29.07.1985 по 01.07.1990 года - старший экономист по кредиту и денежному обращению; старший ревизор-инспектор отдела госдоходов; старший налоговый ревизор-инспектор отдела госдоходов; налоговый ревизор-инспектор первой категории отдела госдоходов, налогов и товаров народного потребления финансового управления Белгородского облисполкома.

С 02.07.1990 по 16.11.1999 года - начальник отдела налогообложения прибыли кооперативных и общественных организаций; начальник отдела доходов банка, страховых компаний, бирж, совместных предприятий и операций с ценными бумагами; начальник отдела методологической и контрольной работы по налогу на прибыль предприятий всех форм собственности; заместитель начальника государственной налоговой инспекции по Белгородской области.

С 17.11.1999 по 10.03.2005 года - заместитель руководителя Управления Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Белгородской области.

С 11.03.2005 по 31.08.2017 года - заместитель руководителя, руководитель Управления Федеральной налоговой службы по Белгородской области.

С 01.09.2017 по 31.08.2019 года - руководитель Управления Федеральной налоговой службы по Воронежской области.

С 20.01.2020 по 16.02.2020 года - советник, и.о. директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области.

Имеет статус ветерана боевых действий и звание почетного работника Федеральной налоговой службы.

Награжден почетными грамотами губернатора и администрации Белгородской области и медалью «За заслуги перед Землей Белгородской» II степени.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Липецкой области



Ражина Галина Анатольевна, 1977 года рождения, назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Липецкой области на основании Распоряжения Администрации Липецкой области от 02.12.2019 года № 814-рп.

Ражина Г.А. в 2000 году окончила Московский государственный университет коммерции по специальности «менеджмент».

Профессиональную деятельность начала в 2000 году с должности бухгалтера ООО «ДАВ» (г. Липецк).

В 2004–2008 годы – ведущий экономист МУЗ «Городская больница № 1» (г. Липецк).

В 2008–2012 годы – главный специалист отдела экономики и финансов Департамента здравоохранения администрации города Липецка.

В 2013–2019 годы – старший экономист, консультант, главный консультант, начальник отдела программно-целевого планирования развития здравоохранения Управления здравоохранения Липецкой области.

Имеет Благодарность Министра здравоохранения и Почетную грамоту Министерства здравоохранения Российской Федерации.

БЮДЖЕТ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2020 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2021 И 2022 ГОДОВ

И.В. Соколова



Соколова И.В.

Федеральный фонд обязательного
медицинского страхования

Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов утвержден Федеральным законом от 2 декабря 2019 года № 382-ФЗ. Он полностью отвечает требованиям Бюджетного кодекса Российской Федерации, Федеральному закону «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Основным направлениям бюджетной и налоговой политики на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов.

Параметры бюджета Фонда рассчитаны по базовому варианту основных макроэкономических параметров прогноза социально-экономического развития Российской Федерации на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов от 27 августа 2019 года.

Расчет показателей бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования произведен согласно требованиям законодательства Российской Федерации исходя из численности граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, по состоянию на 1 января 2019 года 146,1 млн человек, в том числе неработающего населения - 80,1 млн человек.

Данные о численности застрахованных лиц по состоянию на 1 января 2019 года для целей бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов выверены с Федеральной налоговой службой и подтверждены высшим должностным лицом каждого субъекта Российской Федерации.

Для корреспонденции

Соколова Ирина Васильевна

заместитель Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Адрес: 127994, ГСП-4, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37, корп. 4А

Тел.: (495) 870-96-80, доб. 1003

E-mail: isokolova@ffoms.ru

Доходы

Доходная часть бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов сформирована в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, Налоговым кодексом Российской Федерации, федеральными законами «Об основах обязательного социального страхования», «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения».

Общий объем доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования утвержден на 2020 год в сумме 2 367,2 млрд рублей, на 2021 год – 2 511,0 млрд рублей, на 2022 год – 2 645,7 млрд рублей.

Прирост общего объема доходов в 2020 году составит 269,2 млрд рублей к предыдущему году, или 12,8%, в 2021 году – 143,8 млрд рублей (6,1%), в 2022 году – 134,7 млрд рублей (5,4%).

В структуре доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования доля страховых взносов на обязательное медицинское страхование в 2020 году займет 89,6%, в 2021 году – 89,1%, в 2022 году – 89,7%.

Размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование на 2020 год составит 2 119,9 млрд рублей, на 2021 год – 2 238,3 млрд рублей, на 2022 год – 2 372,1 млрд рублей. Указанный объем формируется из страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения и страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

ДОХОДЫ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОМС

Наименование	млрд. рублей		
	2020 год	2021 год	2022 год
ДОХОДЫ	2 367,2	2 511,0	2 645,7
Страховые взносы на ОМС	2 119,9	2 238,3	2 372,1
в том числе:			
на ОМС работающего населения	1 376,1	1 464,8	1 567,6
на ОМС неработающего населения	743,8	773,5	804,5
Межбюджетные трансферты из федерального бюджета	246,7	272,2	273,0
из них:			
на компенсацию выпадающих доходов в связи с пониженными тарифами страховых взносов	12,0	12,7	13,6
на финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями	120,0	140,0	140,0
на обеспечение нестраховых расходов	114,8	119,4	119,4

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения

Объем страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, поступающих в доход бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, рассчитан

исходя из фонда заработной платы по прогнозу социально-экономического развития Российской Федерации на 2020 год в размере 25 909 млрд рублей, на 2021 год – 27 591 млрд рублей, на 2022 год – 29 545 млрд рублей в соответствии с Методикой прогнозирования поступлений доходов в государственные внебюджетные фонды Российской Федерации на очередной финансовый год и плановый период, утвержденной

приказом Федеральной налоговой службы от 04.09.2019 № ММВ-7-1/439@. Для расчета поступлений страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения использованы данные отчетности Федеральной налоговой службы за 2018 год по форме 8-СВ «О базе для начисления страховых взносов и структуре начислений по страховым взносам» и других форм налоговой отчетности.

Общий размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения утвержден на 2020 год в сумме 1 376,1 млрд рублей, на 2021 год - 1 464,8 млрд рублей, на 2022 год – 1 567,6 млрд рублей.

Для основной категории плательщиков объем поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в 2020–2022 годах рассчитан по тарифу 5,1%. По указанным плательщикам страховые взносы будут собраны в 2020 году в размере 1 333,3 млрд рублей, в 2021 году – 1 419,9 млрд рублей, в 2022 году – 1 520,4 млрд рублей.

Объем поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование от плательщиков, применяющих в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах пониженные тарифы, в 2020 году составит 15,8 млрд рублей, в 2021 году – 16,8 млрд рублей, в 2022 году – 18,0 млрд рублей.

Поступление страховых взносов на обязательное медицинское страхование в фиксированном размере от плательщиков, не производящих выплаты физическим лицам, рассчитано исходя из среднегодовой численности данной категории плательщиков за 2018 год (3,8 млн человек) по данным Федеральной налоговой службы. Указанный фиксированный размер составит в 2020 году 8 426 рублей, в 2021 году – 8 763 рубля, в 2022 году – 9 114 рублей с учетом роста на индекс потребительских цен (1,04). Поступления в доход бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования по данной категории плательщиков учтены в 2020 году в сумме 27,0 млрд рублей, в 2021 году – 28,1 млрд рублей, в 2022 году – 29,2 млрд рублей.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения

Размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения определен в соответствии с требованиями Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федерального закона «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения», исходя из численности застрахованного по обязательному медицинскому страхованию неработающего населения по состоянию на 1 января 2019 года 80,1 млн человек, по данным единого регистра застрахованных лиц, ведение которого осуществляется в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

На 2020–2022 годы расчет страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения произведен исходя из тарифа 18 864,6 рубля, коэффициентов дифференциации и коэффициентов удорожания стоимости медицинских услуг, установленных Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».

Размер поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения на 2020 год утвержден в сумме 743,8 млрд рублей, на 2021 год – 773,5 млрд рублей, на 2022 год – 804,5 млрд рублей с учетом коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг, соответственно 1,153, 1,199, 1,247.

Межбюджетные трансферты из федерального бюджета

Особенность бюджета состоит в том, что все нестраховые расходы с 2020 года начинают финансироваться за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета.

Поэтому высокотехнологичная медицинская помощь, не включенная в базовую программу

обязательного медицинского страхования, и родовой сертификат переходят на финансовое обеспечение из федерального бюджета, и на эти цели в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2020 году поступит 114,8 млрд рублей. На 2021 год на указанные цели запланировано 119,4 млрд рублей, на 2022 – 119,4 млрд рублей.

Начиная с 2020 года, метод протонной терапии из клинической апробации полноценно переходит в высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, и на эти цели выделяется 5 млрд рублей.

Еще одна особенность бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования – это включение частных медицинских организаций в оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования. Для них предусматривается ежегодно по 2,5 млрд рублей.

Во исполнение поручения Правительства Российской Федерации увеличена стоимость родового сертификата с 11 тыс. рублей до 12 тыс. рублей. Дополнительная 1 тыс. рублей будет направляться на оказание правовой, психологической и медико-социальной помощи специалистами центров (кабинетов) медико-социальной помощи беременным женщинам.

Помимо этого, из федерального бюджета на реализацию федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в 2020 году будет дополнительно выделено 120 млрд рублей, в 2021 и 2022 годах – по 140 млрд рублей ежегодно.

Также в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования предусмотрены межбюджетные трансферты из федерального бюджета:

- на компенсацию выпадающих доходов в связи с тем, что суммы доходов в виде выплат (вознаграждений), полученных физическими лицами, не являющимися индивидуальными предпринимателями, от физических лиц за оказание им услуг для личных, домашних и (или) иных подобных нужд, не подлежат обложению страховыми взносами: в 2020 году – 0,03 млрд рублей, в 2021 году – 0,03 млрд рублей;

- на компенсацию выпадающих доходов в связи с установлением отдельным категориям плательщиков пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование:

на 2020 год – 12,0 млрд рублей, на 2021 год – 12,7 млрд рублей, на 2022 год – 13,6 млрд рублей.

Расчет возникающих в связи с этим выпадающих доходов произведен по данным о размерах облагаемой базы для начисления страховых взносов по категориям плательщиков, для которых установлен пониженный тариф, содержащимся в отчетности Федеральной налоговой службы по форме 8-СВ «О базе для начисления страховых взносов и структуре начислений по страховым взносам».

Расходы

Расходные обязательства бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов обеспечивают цели и задачи развития здравоохранения и обязательного медицинского страхования, предусмотренные указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», национального проекта «Здравоохранение», Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, посланиями Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации, федеральными законами «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Расходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования утверждены на 2020 год в сумме 2 368,6 млрд рублей, на 2021 год – 2 515,9 млрд рублей, на 2022 год – 2 652,6 млрд рублей.

Финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования обеспечивается путем предоставления субвенции, размер которой ежегодно увеличивается.

За последние 7 лет размер субвенции вырос в 3,5 раза. В 2020 году субвенция составит 2 225,4 млрд рублей, тогда как в 2012 году это было всего 640,6 млрд рублей.

РАСХОДЫ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОМС

Наименование	млрд. рублей		
	2020 год	2021 год	2022 год
РАСХОДЫ	2 368,6	2 515,9	2 652,6
из них:			
Субвенция на выполнение тер. программы ОМС	2 225,4	2 359,0	2 487,2
Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС	103,1	108,2	108,2
Средства, передаваемые бюджету ФСС РФ (родовой сертификат)	16,7	16,7	16,6
Изготовление полисов ОМС	1,3	1,3	1,3
Нормированный страховой запас	21,1	29,7	38,3
в том числе:			
на кадровый дефицит	18,3	19,5	25,0
на стимулирование выявления онкологических заболеваний	1,2	1,2	1,2
ДЕФИЦИТ (-), ПРОФИЦИТ (+)	-1,4	-4,9	-6,9
<i>Подушевой норматив, рублей</i>	<i>12 699,2</i>	<i>13 461,6</i>	<i>14 193,0</i>

2

За счет средств обязательного медицинского страхования сегодня оплачивается уже более 90% объемов бесплатной медицинской помощи.

В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении переданных полномочий по организации обязательного медицинского

страхования на территориях субъектов Российской Федерации, в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования предусмотрены субвенции на 2020 год в размере 2 225,4 млрд рублей, на 2021 год – 2 359,0 млрд рублей, на 2022 год – 2 487,2 млрд рублей.

По сравнению с предыдущим годом прирост субвенции в 2020 году составит 157,1 млрд рублей, или 7,6%, в 2021 году – 133,6 млрд рублей (6%), в 2022 году – 128,2 млрд рублей (5,4%).

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ РАСХОДОВ БЮДЖЕТА ФОМС

Субвенция на реализацию базовой программы обязательного медицинского страхования

- ✓ **Выполнение Указа Президента Российской Федерации № 597:**
 - сохранение соотношения заработной платы к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в регионе: по врачам – 200%, среднему медицинскому персоналу – 100%;
 - увеличение заработной платы младшего медицинского персонала и прочего персонала с 1 октября (ежегодно) – на индекс потребительских цен;
 - увеличение прочих расходов (медикаменты, расходные материалы, питание, коммунальные и другие услуги) с 1 января (ежегодно) – на индекс потребительских цен.
- ✓ **Финансовое обеспечение медицинской помощи в рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями»**
- ✓ **Погружение методов конформной дистанционной лучевой терапии в базовую программу ОМС**
- ✓ **Финансовое обеспечение профилактических мероприятий и оплата дорогостоящих лабораторных и инструментальных методов исследований**

В структуре расходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на долю субвенций приходится более 94%.

На 2020 год утверждено распределение субвенций по субъектам Российской Федерации.

Общий объем субвенций, предоставляемых бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, определен по методике, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования», на основе численности застрахованных лиц, подушевого норматива финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования, коэффициента дифференциации для каждого субъекта Российской Федерации.

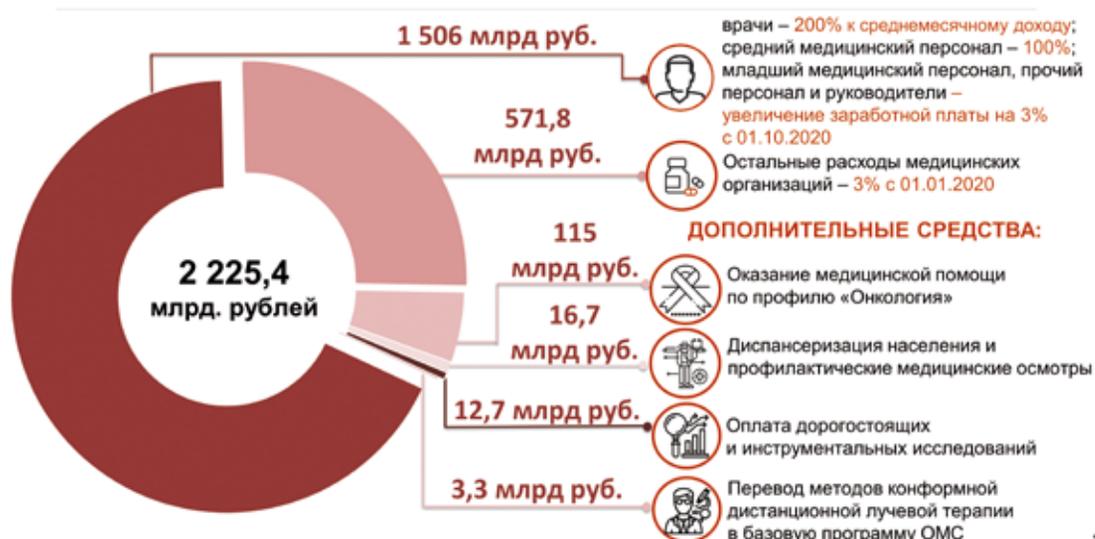
Утвержденный объем субвенции обеспечивает размер подушевого норматива на 2020 год в размере

12 699,2 рубля, на 2021 год – 13 461,6 рубля, на 2022 год – 14 193,0 рубля. Указанный размер подушевого норматива учтен в постановлении Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2019 г. № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов».

За счет субвенций обеспечивается реализация базовой программы обязательного медицинского страхования, в рамках которой оказывается первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь и диспансеризацию, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь по установленному перечню.

Оплата указанной медицинской помощи осуществляется по тарифам, учитывающим расходы медицинских организаций, установленные частью 7 статьи 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

СТРУКТУРА СУБВЕНЦИИ В 2020 ГОДУ



Субвенция обеспечивает реализацию базовой программы обязательного медицинского страхования без дефицита в каждом субъекте Российской Федерации.

В размере субвенции учтены, посредством коэффициента ценовой дифференциации бюджетных услуг, все социально-экономические, природно-климатические, географические и другие особенности регионов, в частности:

- численность постоянного населения;
- возрастной состав населения;
- среднедушевые денежные доходы граждан;
- удельный вес населения субъектов Российской Федерации, проживающего в районах с ограниченными сроками завоза товаров и в горных районах;
- удельный вес населения, проживающего в населенных пунктах с численностью населения до 500 человек;
- долю сельских населенных пунктов в субъектах Российской Федерации, не имеющих связи по дорогам с твердым покрытием и не обеспеченных связью с ближайшей железнодорожной станцией, морским или речным портом, аэропортом;
- плотность транспортных путей постоянного действия (железных дорог и автодорог с твердым покрытием);
- стоимость фиксированного набора товаров и услуг;
- стоимость жилищно-коммунальных услуг с учетом установленного в субъектах Российской Федерации минимального размера взноса на капитальный ремонт общего имущества в многоквартирных домах.

Таким образом, для регионов с более высоким уровнем заработной платы, сложными природно-климатическими условиями, географическим положением, ограничением транспортной доступности и другими факторами, распределение субвенции осуществляется с повышающим коэффициентом, учитывающим более высокие расходы при оказании медицинской помощи.

В субвенции полным рублем заложены расходы на сохранение заработной платы врачей на уровне 200% и среднего медицинского персонала – 100% к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в регионе в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597. Зарплата младшего медицинского персонала и прочего персонала с 1 октября, а также прочие расходы медицинских организаций (медикаменты, расходные материалы, питание, коммунальные и другие услуги) с 1 января увеличены на индекс потребительских цен: в 2020 году – на 3%, в 2021 году – на 4%, в 2022 году – на 4%.

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ БЮДЖЕТА ФОМС НА 2020-2022 ГГ.

Высокотехнологичная медицинская помощь, не включенная в базовую программу ОМС	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС <ul style="list-style-type: none"> • в ФГУ • в медицинских организациях частной системы здравоохранения
Родовой сертификат	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Увеличение стоимости родового сертификата с 11 тыс. рублей до 12 тыс. рублей
Нормированный страховой запас	<ul style="list-style-type: none"> ✓ софинансирование расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала ✓ софинансирование расходов медицинских организаций на осуществление денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения

РЕАЛИЗАЦИЯ УКАЗА ПРЕЗИДЕНТА ПО ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ



Указ реализуется за счет всех источников!

Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 №2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012 - 2018 годы»: учитывается вся заработная плата, полученная работником за счет всех источников.

Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений: повышение оплаты труда осуществляется за счет всех источников финансирования.

В субвенции на финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения предусмотрено на 2020 год 115 млрд рублей, на 2021 год – 134,5 млрд рублей, на 2022 год – 134,5 млрд рублей.

Для сохранения здоровья и увеличения продолжительности жизни 2019 и 2020 годы объявлены годами Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации.

В связи с этим приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н изменен порядок проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации. В новом порядке увеличен объем исследований, в том числе с учетом проведения онкоскринингов, расширен контингент и увеличена частота проведения диспансеризации в соответствии с национальным проектом «Здравоохранение».

В результате тариф на проведение диспансеризации в 2020 году вырос на 74% к 2019 году.

В связи с этим на диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры в субвенции дополнительно предусмотрено 16,7 млрд рублей в 2020 году; 16,8 млрд – в 2021 году; 8,8 млрд рублей в 2022 году.

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2019 г. № 1610, учтены дополнительные объемы дорогостоящих диагностических и лабораторных исследований: КТ, МРТ, эндоскопические, молекулярно-генетические, гистологические исследования, УЗИ сердечно-сосудистой системы. Объемы этих исследований в 2020 году увеличены на 10%.

На данные цели в субвенции предусмотрены дополнительные средства для оплаты дорогостоящих лабораторных и инструментальных методов исследований в размере 12,7 млрд рублей ежегодно.

Кроме того, в субвенции предусмотрены средства на перевод из внебазовой программы в базовую программу обязательного медицинского страхования методов конформной дистанционной лучевой терапии на сумму 3,3 млрд рублей, что позволит повысить доступность и сократить сроки ее ожидания.

Все вышеперечисленные мероприятия включены в базовую программу обязательного медицинского страхования и полностью обеспечены финансовыми ресурсами.

РЕАЛИЗАЦИЯ УКАЗА ПРЕЗИДЕНТА ПО ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Федеральный закон от 06.10.1999 № 184-ФЗ: к полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации по предметам совместного ведения, осуществляемым данными органами самостоятельно за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации, относится решение вопросов: материально-технического и финансового обеспечения деятельности государственных учреждений субъекта Российской Федерации, в том числе вопросов оплаты труда работников государственных учреждений субъекта Российской Федерации.

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ: финансовое обеспечение и реализация тер. программ ОМС в размере, превышающем размер субвенций, – полномочие органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

На оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования предусмотрены обособленные целевые средства на 2020 год в сумме 103,1 млрд рублей, на 2021 год – 108,2 млрд рублей, на 2022 год – 108,2 млрд рублей.

В целях улучшения демографической ситуации в 2020–2022 годах из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации будут предоставляться межбюджетные трансферты на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, а также проведение профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни в 2020 и 2021 годах по 16,7 млрд рублей ежегодно, в 2022 году – 16,6 млрд рублей.

В целях реализации Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в бюджете учтены бюджетные ассигнования на изготовление и доставку полисов обязательного медицинского страхования единого образца на уровне 2019 года, то есть по 1,3 млрд рублей ежегодно.

В бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования зарезервированы средства нормированного страхового запаса на 2020

год в сумме 21,1 млрд рублей, на 2021 год – 29,7 млрд рублей, 2022 год – 38,3 млрд рублей.

Сверх базовой программы указанные средства обязательного медицинского страхования в целевом порядке будут направляться по решению Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

- на предоставление бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования межбюджетных трансфертов для формирования нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования на цели по ликвидации кадрового дефицита врачей и среднего медицинского персонала в первичном звене, указанные в пункте 4 части 6 статьи 26 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204: на 2020 год в сумме 18,3 млрд рублей, на 2021 год – 19,5 млрд рублей, 2022 год – 25,0 млрд рублей. В 2020 году предусмотренные средства позволяют принять на работу 9 172 врача и 15 977 специалистов со средним медицинским образованием;
- на предоставление бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования межбюджетных трансфертов для осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление в ходе проведения диспансеризации и профилактиче-

ских медицинских осмотров населения онкологических заболеваний, в соответствии с поручениями Правительства Российской Федерации от 23.04.2019 № ДМ-П14-3355 и от 26.04.2019 № ТГ-П12-3549. На указанные стимулирующие выплаты медицинским работникам предусмотрено по 1,2 млрд рублей ежегодно.

Соответствующие межбюджетные трансферты из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования будут предоставляться бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, ежемесячно по 1/12 от годового объема.

Порядки и условия предоставления указанных межбюджетных трансфертов установлены постановлениями Правительства Российской Федерации.

Также средства нормированного страхового запаса бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования предусмотрены:

- на увеличение бюджетных ассигнований на исполнение расходных обязательств Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предусмотренных бюджетом, в случае недостаточности доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения их исполнения;
- на оплату расходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования по изготов-

лению и доставке полисов обязательного медицинского страхования единого образца сверх бюджетных ассигнований, предусмотренных на указанные цели;

- на финансовое обеспечение расходов на исполнение судебных актов.

Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2020 году и плановом периоде 2021 и 2022 годов сбалансирован за счет переходящих остатков средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Исполнение бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в заданных параметрах на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов обеспечит выполнение поставленных задач в сфере обязательного медицинского страхования и будет способствовать повышению качества и доступности медицинской помощи каждому гражданину, предоставляемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, составной части Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

С.Г. Кравчук

Федеральный фонд обязательного
медицинского страхования



Кравчук С.Г.

Вступил в силу Федеральный закон от 28 января 2020 года № 3-ФЗ «О признании утратившим силу пункта 5 части 4 статьи 28 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Федеральный закон принят Государственной Думой 21 января 2020 года и одобрен Советом Федерации 22 января 2020 года.

Федеральный закон направлен на рациональное использование средств в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС). Документом исключается правовое основание для формирования страховыми медицинскими организациями в

сфере ОМС собственных средств за счет 10% объема средств ОМС, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов.

В настоящее время экономия целевых средств фактически образуется в результате неполного выполнения медицинскими организациями объемов медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования на год.

Для корреспонденции

Кравчук Светлана Георгиевна

заместитель Председателя Федерального фонда
обязательного медицинского страхования

Адрес: 127994, ГСП-4, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37, корп. 4А

Тел.: (495) 870-96-80, доб. 1021

E-mail: skravchuk@ffoms.ru



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
от 28 января 2020 года № 3-ФЗ
О ПРИЗНАНИИ УТРАТИВШИМ СИЛУ
ПУНКТА 5 ЧАСТИ 4 СТАТЬИ 28 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА
«ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

*Принят Государственной Думой 21 января 2020 года
Одобен Советом Федерации 22 января 2020 года*

Пункт 5 части 4 статьи 28 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422) признать утратившим силу.

Москва, Кремль
28 января 2020 года
№ 3-ФЗ

Президент
Российской Федерации
В. ПУТИН

УДК 614.2

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ВЫБОР ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫХ СХЕМ ХИМИО- И ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ: КЛЮЧЕВЫЕ ТРЕНДЫ ЗАЩИТЫ ЗАКОННЫХ ПРАВ И ИНТЕРЕСОВ ОНКОПАЦИЕНТОВ ПРИ ИСПОЛНЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА «БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»

Н.И. Гришина, А.А. Старченко



Гришина Н.И.



Старченко А.А.

ООО «Капитал Медицинское Страхование»

Реферат

Исполнение Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» требует постоянного совершенствования контрольно-экспертных мероприятий за соблюдением прав и законных интересов онкопациентов в условиях увеличения финансового обеспечения системы ОМС. Если в первом полугодии 2019 года акцент контрольно-экспертных мер был направлен на оценку уже многолетней сложившейся практики применения традиционных схем химио- и таргетной терапии, к которым относится контроль исполнения права пациента на надлежащее качество и своевременность дозо-интервальных взаимоотношений в процессе химиотерапии, на полнообъемную сопроводительную и поддерживающую терапию надлежащего качества, выявление и лечение сопутствующих заболеваний, то во второй половине 2019 года, а также в задачах исполнения Федерального проекта в 2020 году на первый план выступает контроль исполнения права пациента на самую современную и высокоэффективную химио- и таргетную терапию с потребительной ценностью в обеспечении максимально возможной продолжительности жизни при максимально возможном ее качестве.

Ключевые слова:

Борьба с онкологическими заболеваниями, защита прав пациентов в системе ОМС, доступность онкологической помощи, экспертиза качества медицинской помощи, таргетная терапия, молекулярно-генетические исследования в онкологии в системе ОМС.

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

Отчетные статистические данные исполнения программы обязательного медицинского страхования (ОМС) по онкологии в рамках Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» показывают, что при оказании химиотерапевтической помощи в условиях круглосуточного стационара в основном используются схемы химиотерапии, относящиеся к 1-3 уровню КСГ (62%), тогда как схемы, оплачиваемые 7-10 уровнями КСГ, встречаются в 14% страховых случаев; при оказании химиотерапевтической помощи в условиях круглосуточного стационара схемы химиотерапии, относящиеся к 7-10 уровню КСГ, используются в 11% страховых случаев. Принципы выбора схем химиотерапии и таргетной терапии, показания и противопоказания к их назначению изложены в клинических рекомендациях Ассоциации онкологов России (АОР).

Федеральным законом от 25.12.2018 года № 489-ФЗ внесены изменения в Закон РФ № 323-ФЗ, касающиеся конкретизации сложившейся практики правоприменения института клинических рекомендаций в сфере здравоохранения и системе ОМС. Указанным Законом РФ № 489-ФЗ клинические рекомендации приобрели полноценное определение, требования к составу и содержанию, а также процедуру вступления в юридическую силу. Частью 4 статьи 3 Закона РФ № 489-ФЗ установлено, что клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, утвержденные медицинскими профессиональными некоммерческими организациями до дня вступления в силу настоящего Федерального закона, применяются до их пересмотра и утверждения не позднее 31 декабря 2021 года. Таким образом, клинические рекомендации 2014-2018 годов действуют в настоящее время до их пересмотра по новым правилам с одобрением специальным научно-практическим советом Минздрава России.

Клинические рекомендации включают в себя практическое переложение результатов самых современных научных исследований. Так, Ф.В. Моисеенко (2015) в докторской диссертации предложил основные принципы оптимизации лекарственной терапии на основании молекулярных признаков гетерогенности злокачественных опухолей:

1. Выбор лекарственной терапии у больных солидными опухолями должен основываться на молекулярно-генетических предиктивных (позитивных и негативных) маркерах, что позволяет избежать

стандартного эмпирического подхода и на основе индивидуализации достоверно повысить эффективность лечения.

2. У больных распространенным неплоскоклеточным немелкоклеточным раком легкого обязательно проведение молекулярного анализа с целью выявления мутации EGFR. В случае наличия одной из активирующих мутаций целесообразно использовать монотерапию ингибиторами тирозинкиназы EGFR (гефитиниб, эрлотиниб), при отсутствии - стандартную химиотерапию. Использование наиболее частых мутаций EGFR в качестве фактора геномной стратификации для терапии гефитинибом позволяет увеличить время до прогрессирования опухоли (медиана 15,8 мес.) и общую выживаемость (медиана 20,0 мес.) относительно исторического контроля в виде цитостатической терапии (4-8 мес. и 12 мес. соответственно).

3. Определение наследственных молекулярных нарушений, в частности BRCA1, должно входить в стандарты обследования больных раком яичников и раком молочной железы без экспрессии рецепторов эстрогенов и/или прогестерона и HER2.

4. Больные раком молочной железы, ассоциированным с наследственными мутациями BRCA1, характеризуются высокой чувствительностью к алкилирующему действию производных платины. По этой причине монотерапия цисплатином может проводиться этим больным в неоадьювантном режиме.

5. При диссеминированном раке яичников у носителей наследственных мутаций BRCA1 после прогрессирования на фоне стандартных методов лечения с включением таксанов и препаратов платины целесообразно использование с паллиативной целью монотерапии митомицином С. Применение геномной стратификации на основании мутационного статуса BRCA1 позволяет повысить частоту полных патоморфологических регрессов у больных раком молочной железы при использовании цисплатина (60%), а также достичь более длительного контроля за заболеванием у больных раком яичников при применении митомицина С (частота контроля за заболеванием 75%, медиана времени до прогрессирования - 5,5 мес.).

6. Опухоли толстой кишки с «диким типом» RAS/RAF составляют 45%, что является значимой частью больных с этой нозологией. Применение монотерапии цетуксимабом у больных с индолентной формой рака толстой кишки и отсутствием мутаций

RAS/RAF позволяет сохранить качество жизни и отсрочить начало потенциально токсичной стандартной химиотерапии.

В современных Клинических рекомендациях 2018 года АОР «Меланома», «Рак легкого», «Рак ободочной кишки», «Рак прямой кишки» имеется раздел «Иная диагностика», в который включено выполнение молекулярно-генетических исследований наличия мутаций генов BRAF, c-Kit, EGFR, RAS, KRAS, NRAS, транслокации ALK, ROS1, которое предоставляет пациентам метастатическими/местнораспространенными формами указанных злокачественных новообразований (ЗНО) право на бесплатный доступ как к этим молекулярно-генетическим исследованиям, так и на основании их результатов, к самой таргетной терапии, включенной в оплату в системе ОМС и направленной на снижение темпов опухолевой прогрессии, улучшение качества и продолжения жизни.

Невыполнение в необходимых нижеперечисленных случаях в соответствии с клиническими рекомендациями молекулярно-генетических исследований мутаций генов, результаты которых являются показанием для назначения таргетной терапии, следует расценивать как дефект онкопомощи – невыполнение необходимых диагностических исследований, создающее риск прогрессирования ЗНО.

1. Клиническими рекомендациями АОР «Меланома» (2018) предписано выполнение: «2.6. Иная диагностика.

При меланоме кожи и метастазах меланомы без выявленного первичного очага рекомендуется выполнить анализ биоптата опухоли (или ранее удаленных л/у или первичной опухоли [если материал удовлетворяет требованиям лаборатории для достоверного определения наличия или отсутствия молекулярно-генетических изменений]) на мутацию в гене BRAF (15 экзон), если диагностированы или заподозрены отдаленные метастазы меланомы, это может повлиять на выбор таргетного агента в лечении метастатического процесса. (Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – Ib).

При отсутствии мутации в гене BRAF рекомендуется выполнить анализ биоптата опухоли на мутацию в гене c-Kit (экзоны 8,9,11,13,15,18), если диагностированы или заподозрены отдаленные метастазы меланомы, это может повлиять на выбор таргетного агента в лечении метастатического

процесса. (Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – IIa).

При меланоме слизистых оболочек рекомендуется выполнить анализ биоптата опухоли на мутацию в гене c-Kit (экзоны 8,9,11,13,15,18), если диагностированы или заподозрены отдаленные метастазы меланомы, это может повлиять на выбор таргетного агента в лечении метастатического процесса. При отсутствии мутации в гене c-Kit рекомендуется выполнить анализ биоптата опухоли на мутацию в гене BRAF (15 экзон). (Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – IIa).

При отсутствии мутации в гене BRAF по анализу биоптата опухоли на мутацию в гене c-Kit (экзоны 8,9,11,13,15,18) осуществляется право пациента на таргетную терапию низкомолекулярными ингибиторами синтеза мутированного белка BRAF: вемурафениб, кобиметиниб, дабрафениб, траметиниб в рамках дневного стационара с оплатой по 10 уровню КСГ с коэффициентом затратноемкости – 38,1.

2. Клиническими рекомендациями АОР «Рак легкого» (2018) предписано выполнение: «2.5 Иная диагностика.

Рекомендуется уточнение морфологической формы рака легкого – аденокарцинома/плоскоклеточный, в том числе с использованием иммуногистохимического исследования.

При выявлении неплоскоклеточного (в том числе диморфного) рака рекомендовано проведение молекулярно-генетических исследований (гистологический или цитологический материал) на наличие активирующих мутаций гена EGFR (19 и 21 экзоны) и транслокации ALK, ROS1. Молекулярно-генетическое тестирование может быть оправдано и в случаях плоскоклеточного рака или при затруднении (мало материала) в определении гистологического подтипа у некурящих молодых больных. (Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – Ia).

Обнаружение транслокации ROS1 при немелкоклеточном раке легкого принципиально для осуществления права пациента на проведения терапии таргетным препаратом кризотиниб – зарегистрированным ингибитором тирозинкиназы ROS1 в дневном стационаре с оплатой по 9 уровню КСГ с коэффициентом затратноемкости – 20,01.

Выявление мутации гена BRAF V600 дает право пациенту на таргетную терапию дабрафенибом и траметинибом в дневном стационаре с оплатой по 10 уровню КСГ с коэффициентом затратноемкости – 38,1.

Анализ на выявление мутации T790M в гене EGFR показан всем пациентам с местнораспространенным или метастатическим немелкоклеточным раком легкого с признаками прогрессирования заболевания на фоне терапии ингибиторами тирозинкиназы EGFR: гефитиниб, афатиниб, эрлотиниб с целью прекращения неэффективной терапии при выявлении этой мутации, определяющей резистентность к препаратам, доступным в дневном стационаре: афатиниб с оплатой по 7 уровню КСГ с коэффициентом затратноности – 9,46; гефитиниб и эрлотиниб по 6 уровню КСГ с коэффициентом затратноности – 7,1.

Наличие мутации T790M в гене EGFR позволяет выделить группу пациентов с раком легкого с наибольшей вероятностью выраженного ответа на терапию препаратом осимертиниб в дневном стационаре с оплатой по 9 уровню КСГ с коэффициентом затратноности – 20,01.

С.А. Тюляндин (2019) в статье «ASCO 2019: рак легкого» сообщил, что в лечении больных метастатическим немелкоклеточным раком легкого с мутацией EGFR и транслокацией ALK достигнут существенный прогресс при использовании второго-третьего поколения ингибиторов тирозинкиназы, комбинаций тирозинкиназных ингибиторов с ингибиторами ангиогенеза или химиотерапией для больных: медиана общей выживаемости вплотную приблизилась к 5 годам. У больных с отсутствием активирующих мутаций основным методом лечения стала иммунотерапия или комбинация иммунотерапии и химиотерапии: продемонстрирована способность иммунотерапии индуцировать длительные ремиссии (5 лет и более) или даже выздоровление у каждого четвертого больного. Показано увеличение периода выживаемости без прогрессирования при применении таргетов: осимертиниба, сочетания эрлотиниба и бевацизумаба, сочетания эрлотиниба и рамицирумаба, сочетания гефитиниба с карбоплатином и пеметрекседом. Назначение эрлотиниба в течение 2 лет после выполнения оперативного вмешательства у больных с наличием активирующей мутации гена EGFR позволяет достигнуть высокой безрецидивной и общей выживаемости без серьезной токсичности от проводимой терапии. Больные распространенным немелкоклеточным раком легкого, получавшие таргет ниволумаб в качестве последующих линий терапии, достигли большей продолжительности ответа по сравнению с пациентами, получавшими химиотерапию доцетак-

селом, и это привело к значимым преимуществам долгосрочной выживаемости (2019).

К.А. Саранцева (2018) анализировала результаты иммунотерапии диссеминированного немелкоклеточного рака легкого ниволумабом и пембролизумабом: 1) определение уровня экспрессии PD-L1 рекомендовано всем пациентам с целью определения показаний к иммунотерапии; 2) проведение иммунотерапии рекомендовано пациентам в хорошем соматическом состоянии (ECOG 0-1), с ожидаемой продолжительностью жизни не менее 3 месяцев, при отсутствии вовлеченности в опухолевый процесс полых органов или крупных магистральных сосудов, не старше 75 лет; 3) назначение препарата ниволумаб рекомендовано в качестве 2 и последующих линий лечения у больных с диссеминированным немелкоклеточным раком легкого с плоскоклеточной карциномой, статусом курения в анамнезе; назначение препарата пембролизумаб рекомендовано в качестве 1 линии лечения у больных с диссеминированной аденокарциномой, без драйверных мутаций (EGFR, ALK); 4) ниволумаб показал низкий уровень токсичности; профиль токсичности пембролизумаба оказался благоприятным; 5) анализ качества жизни у больных в процессе иммунотерапии показал улучшение практически по всем показателям: удовлетворенность общением с окружающими, состоянием здоровья, внешним видом, сексуальными отношениями, материальным положением. Достигнут хороший уровень социальной адаптации больных, 32,1% возобновили трудовую деятельность.

3. Клиническими рекомендациями АОР «Рак ободочной кишки» (2018) предписано выполнение:

«2.5. Иная диагностика.

Рекомендуется выполнить анализ биоптата опухоли на мутацию RAS (экзоны 2–4 генов KRAS и NRAS), BRAF и на микросателлитную нестабильность, если диагностированы или заподозрены отдаленные метастазы аденокарциномы, это может повлиять на выбор таргетного агента в лечении метастатического процесса. (Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – Ia).

Генетическое тестирование рекомендуется в следующих случаях:

1. Подозрение на синдром Линча. Выполняется тестирование на мутации в генах MLH1, MSH2, MSH6, PMS2:

- при соответствии пациента критериям Amsterdam II (приложение С);

- при наличии у пациента родственника первой или второй линии с установленным диагнозом синдрома Линча;
- при развитии у пациентки рака эндометрия в возрасте до 50 лет.

2. Подозрение на синдром Линча у пациентов, не отвечающих критериям Amsterdam. При соответствии критериям Bethesda (приложение С) выполняется тестирование на MSI, при выявлении MSI-H – тестирование на мутации в генах MLH1, MSH2, MSH6, PMS2.

3. Подозрение на семейный аденоматоз – тестирование на мутацию гена APC:

- при наличии у пациента более 20 полипов кишечника;
- при наличии у пациента родственника первой линии с установленным диагнозом семейного аденоматоза.

4. Подозрение на наличие аттенуированной формы семейного аденоматоза, МУН-ассоциированный полипоз – тестирование на мутацию APC, мутацию МУН – пациенты, у которых выявлено более 20 полипов толстой кишки, но с отрицательным анализом на мутацию APC:

- пациенты, у которых в семье прослеживается рецессивное наследование семейного аденоматоза;
- пациенты, у которых полипы выявляются в более позднем возрасте (34-44 лет). (Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – IIb).

Рак ободочной кишки при подозрении на метастазы требует анализ биоптата опухоли на мутацию RAS (экзоны 2–4 генов KRAS и NRAS), BRAF и на микросателлитную нестабильность: активация гена KRAS за счет мутации сводит на нет эффект ингибирования EGFR моноклональными антителами. Препараты панитумумаб и цетуксимаб назначают только больным с метастатическим колоректальным раком с немутированным – диким типом гена KRAS в условиях дневного стационара с оплатой по 7 и 8 уровням КСГ с коэффициентом затратоемкости – 9,46 и 14,57 соответственно.

Приказом МЗ РФ от 10.05.2017 г. N 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» утверждены: «3.2.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи

взрослым при злокачественном новообразовании ободочной кишки, ректосигмоидного соединения, прямой кишки (коды по МКБ-10: C18, C19, C20): «9. Выполнено определение генов RAS (при метастатической болезни)» с оценкой выполнения: «Да/Нет».

П.С. Феоктистовой (2017) убедительно показано:

- 1) в первой линии терапии метастатического рака толстой кишки комбинации режима FOLFOX-4 с бевацизумабом и FOLFOX-4 с цетуксимабом показали статистически значимо лучшие результаты в сравнении со стандартной комбинацией FOLFOX-4: как по частоте объективного ответа, так и по показателю выживаемости до прогрессии опухоли;
- 2) во второй линии терапии метастатического рака толстой кишки комбинации режима FOLFOX-4 с бевацизумабом и FOLFOX-4 с цетуксимабом показали статистически значимо лучшие результаты в сравнении со стандартной комбинацией FOLFOX-4 по показателю выживаемости до прогрессии опухоли;
- 3) проведение фармакоэкономического анализа подтвердило преимущества назначения молекулярно-направленной терапии в первой и во второй линиях лечения, наиболее обоснованными с фармакоэкономической точки зрения в первой линии терапии является схема FOLFOX-4 с цетуксимабом, во второй линии терапии FOLFIRI с бевацизумабом.

4. Клиническими рекомендациями АОР «Рак прямой кишки» (2018) предписано выполнение:

«2.5. Иная диагностика.

Рекомендуется выполнить анализ биоптата опухоли на мутацию RAS (экзоны 2–4 генов KRAS и NRAS), BRAF и на микросателлитную нестабильность, если диагностированы или заподозрены отдаленные метастазы аденокарциномы, это может повлиять на выбор таргетного агента в лечении метастатического процесса. (Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – Ia).

Генетическое тестирование рекомендуется в следующих случаях:

1. Подозрение на синдром Линча. Выполняется тестирование на мутации в генах MLH1, MSH2, MSH6, PMS2:

- при соответствии пациента критериям Amsterdam II (приложение С);
- при наличии у пациента родственника первой

или второй линии с установленным диагнозом синдрома Линча;

- при развитии у пациентки рака эндометрия в возрасте до 50 лет.

2. Подозрение на синдром Линча у пациентов, не отвечающих критериям Amsterdam. При соответствии критериям Bethesda (приложение С) выполняется тестирование на MSI, при выявлении MSI-H – тестирование на мутации в генах MLH1, MSH2, MSH6, PMS2.

3. Подозрение на семейный аденоматоз – тестирование на мутацию гена APC:

- при наличии у пациента более 20 полипов кишечника;
- при наличии у пациента родственника первой линии с установленным диагнозом семейного аденоматоза.

4. Подозрение на наличие аттенуированной формы семейного аденоматоза, МҮН–ассоциированный полипоз – тестирование на мутацию APC, мутацию МҮН – пациенты, у которых выявлено более 20 полипов толстой кишки, но с отрицательным анализом на мутацию APC:

- пациенты, у которых в семье прослеживается рецессивное наследование семейного аденоматоза;
- пациенты, у которых полипы выявляются в более позднем возрасте (34–44 лет)».

Рак прямой кишки требует анализа биоптата опухоли на мутацию RAS (экзоны 2–4 генов KRAS и NRAS) и BRAF, микросателлитную нестабильность: препараты панитумумаб и цетуксимаб назначают только больным с метастатическим колоректальным раком с немутированным - диким типом гена KRAS в условиях дневного стационара с оплатой по 7 и 8 уровням КСГ с коэффициентом затратоемкости – 9,46 и 14,57 соответственно.

Приказом МЗ РФ от 10.05.2017 г. N 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» утверждены: «3.2.15. Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым при злокачественном новообразовании ободочной кишки, ректосигмоидного соединения, прямой кишки (коды по МКБ-10: C18, C19, C20): «9. Выполнено определение генов RAS (при метастатической болезни)» с оценкой выполнения: «Да/Нет».

Цуканов А.С. и соавт. (2019) разработали практические рекомендации по отбору пациентов для молекулярно-генетической диагностики синдрома Линча. Для обнаружения пациентов с синдромом Линча рекомендуется исследование образца опухоли на наличие микросателлитной нестабильности у всех больных колоректальным раком в возрасте до 43 лет, или пациентов, имеющих онкологически отягощенный семейный анамнез. В случае обнаружения микросателлитной нестабильности показано исследовать гены системы репарации ДНК, начиная с поиска герминальных мутаций в генах MLH1 и MSH2. У всех носителей мутации, обуславливающей синдром Линча, рекомендуется проведение ежегодной колоноскопии и эзофагогастродуоденоскопии, начиная с возраста 22 и 27 лет соответственно. Всем женщинам показано ежегодное выполнение УЗИ матки с датчиками и проведение маммографии, начиная с возраста 27 и 30 лет соответственно. Носителям мутации в гене: MSH2 рекомендовано проведение ежегодного обследования органов мочевыделительной системы и выполнение анализа мочи, начиная с возраста 32 лет; PMS1 - ежегодное обследование щитовидной железы, начиная с возраста 40 лет; MLH1 - ежегодное выполнение МРТ головы, начиная с 22 лет, если в семье встретился хотя бы один случай опухоли головного мозга. Всем пациентам с классической формой аденоматозного полипоза рекомендовано выполнение оперативного вмешательства по удалению толстой кишки в возрасте до 25 лет.

Таким образом, необоснованный отказ от выполнения молекулярно-генетических исследований при колоректальном раке должен быть квалифицирован как неправильный выбор методов диагностики и последующего лечения и ненадлежащее планирование достижения результата (п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ), не обеспечивающие достижения необходимой степени запланированного результата: отсутствие назначений и/или обоснований отказа от назначения таргетной терапии, основанной на наличии результатов генетического исследования дикого гена KRAS и показателей выживаемости без прогрессирования, безрецидивной и общей выживаемости и эффективности терапии.

В медицинской документации пациентов с колоректальным раком и раком толстой кишки практически во всех случаях отсутствует обоснование отказа от назначения таргетной терапии.

4.1. Андреев Д.А. и соавт. (2018) указывают на обоснованность и необходимость применения со-

временных таргетных препаратов в терапии метастатического рака прямой кишки:

- 1) рамуцирумаб в комбинации с режимом химиотерапии FOLFIRI увеличивает общую выживаемость и выживаемость без прогрессирования;
- 2) афлиберцепт в терапии метастатического колоректального рака в комбинации с режимом FOLFIRI приводит к статистически значимому улучшению общей выживаемости (ОВ) и выживаемости без прогрессирования;
- 3) цетуксимаб одобрен в монотерапии для лечения метастатических колоректальных опухолей без мутаций KRAS, после неудачи лечения иринотекан- и оксалиплатин-содержащими режимами или у пациентов с непереносимостью режимов на основе иринотекана, в комбинации с иринотеканом для лечения метастатических колоректальных опухолей, экспрессирующих рецепторы эпидермального фактора роста, у пациентов с нечувствительностью к режимам на основе иринотекана;
- 4) комбинация цетуксимаба и схемы химиотерапии FOLFIRI улучшает показатели объективного ответа, медиана глубины ответа и частоты раннего уменьшения объема опухоли;
- 5) панитумумаб в комбинации со схемой химиотерапии FOLFOX-4 в первой линии терапии улучшает медиану выживаемости без прогрессирования; лечение панитумумабом приводит к полному или почти полному ответу опухоли при применении с неoadьювантной конкурентной лучевой терапией у пациентов с KRAS дикого типа.

4.2. А.А. Трякин и М.Ю. Федянин (2018) обобщили результаты международных исследований о повышении периода выживаемости без прогрессирования метастатического колоректального рака при сочетании традиционно применяемых схем химиотерапии с таргетными препаратами в сравнении со схемами химиотерапии без сочетания с таргетным препаратом:

- схема FOLFOX4 и бевацизумаб 5 мг/кг по сравнению со схемой FOLFOX4;
- схема FOLFIRI и цетуксимаб 400 мг/м², затем 250 мг/м² по сравнению со схемой FOLFIRI;
- схема FOLFIRI и афлиберцепт 4 мг/кг по сравнению со схемой FOLFIRI.

4.3. М.Ю. Федянин в диссертационном исследовании «Современная клиническая и молекуляр-

но-биологическая платформа лечения больных раком толстой кишки» указал: 1) проведенный популяционный анализ в различных регионах РФ выявил обратную корреляцию между смертностью и показателями лекарственного обеспечения и оказания медицинской помощи: назначение адьювантной химиотерапии после удаления первичной опухоли, назначение бевацизумаба или анти-EGFR антител в первой линии терапии, использование центрального венозного доступа для проведения длительных инфузий фторурацила; 2) при проведении первой линии терапии метастатического колоректального рака соблюдение следующих принципов позволяет улучшить отдаленные результаты: а) добавление таргетных препаратов к режимам химиотерапии первой линии; б) анти-EGFR антитела наиболее активны в первой линии в сочетании с инфузионными режимами FOLFOX или FOLFIRI; 3) наиболее оптимальным алгоритмом последовательного применения моноклональных антител в первой-второй линиях терапии является следующий: а) при мутации в гене KRAS бевацизумаб эффективен только в первой линии лечения, продолжение его после прогрессирования не приводит к улучшению выживаемости; б) при диком типе гена KRAS после прогрессирования на химиотерапии в первой линии наилучшие показатели выживаемости зарегистрированы при назначении комбинации бевацизумаба с химиотерапией, при прогрессировании на фоне химиотерапии с бевацизумабом, дальнейшее продолжение его антиангиогенного воздействия и во второй линии терапии улучшает общую выживаемость.

Аналогичный прогресс продемонстрирован применением таргета пембролизумаба при раке желудка.

В 2019 году в оплату онкологической помощи в системе ОМС по КСГ были включены указанные выше современные высокоэффективные схемы химио-таргетной терапии колоректального рака, но применение их на практике было чрезвычайно мало, что свидетельствует о нарушении права и законных интересов онкопациентов на повышение продолжительности и качества жизни в условиях применения самых эффективных схем таргетной терапии, а также о необходимости понуждения медорганизаций к назначению и применению указанных высокоэффективных схем применением финансовой санкции по коду дефекта 3.2.3 – создание прогрессирования ЗНО безосновательным

отказом от применения высокоэффективных схем химио-таргетной терапии:

- 1) схема FOLFIRI и бевацизумаб (ds19.023), уровень КСГ 6 и схема FOLFIRI и панитумумаб (ds19.024), уровень КСГ 7 в сравнении со схемой FOLFIRI (ds19.021), с уровнем КСГ 4;
- 2) схема FOLFOXIRI и бевацизумаб (ds19.023), уровень КСГ 6;
схема FOLFOXIRI и панитумумаб (ds19.024), уровень КСГ 7;
схема FOLFOXIRI и цетуксимаб (ds19.026), уровень КСГ 9 при сравнении со схемой FOLFOXIRI (ds19.022) с уровнем КСГ 5;
- 3) схема FOLFOX6 и панитумумаб (ds19.024), уровень КСГ 7 и схема FOLFOX6 и цетуксимаб (ds19.025), уровень КСГ 8 при сравнении со схемой FOLFOX6 (ds19.021) с уровнем КСГ 4.

5. Рак молочной железы.

5.1. Клиническими рекомендациями АОР «Рак молочной железы» (2018) предписано выполнение: «2.3 Лабораторная диагностика. Генетическое тестирование рекомендуется в следующих случаях:

- при отягощенном наследственном анамнезе
 - наличии РМЖ у 2 и более близких родственников;
- у женщин моложе 50 лет, страдающих РМЖ;
- при первично-множественном РМЖ;
- при тройном негативном фенотипе опухоли;
- при РМЖ у мужчин. (Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIb).

2.4 Инструментальная диагностика. Рекомендуется выполнить билатеральную маммографию + УЗИ молочных желез и регионарных зон.

Рекомендуется выполнить МРТ молочных желез при наличии показаний.

Комментарий: показания к выполнению МРТ молочных желез:

1. Возраст до 30 лет.
 2. Наличие мутаций в генах BRCA1, BRCA2, CHEK2, NBS1, TP53.
 3. Высокая рентгенологическая плотность молочных желез.
 4. Наличие имплантатов молочных желез при невозможности выполнения качественного маммографического исследования.
 5. Наличие долькового рака in situ».
- 5.2. Наличие клинически значимых мутаций

BRCA1/2 при раке молочной железы и раке яичников позволяет определить пациенток, у которых наиболее эффективна терапия PARP-ингибиторами – олапарибом в условиях дневного стационара с оплатой по 9 уровню КСГ с коэффициентом затратоемкости – 20,01.

5.3. Риск прогрессирования злокачественных новообразований создает отсутствие обоснований отказа от назначения современных схем химиотерапии (с учетом данных доказательных исследований), существенным образом влияющих на качество и продолжительность жизни пациентов на основе данных об общей выживаемости, безрецидивном периоде, пятилетней выживаемости, одногодичной летальности и др.

Анализ медицинской документации пациенток HER+ раком молочной железы показал отсутствие обоснования отказа от назначения комбинации трастузумаба и пертузумаба, в т.ч. в сочетании с химиотерапией, как схемы таргетной и химио-таргетной терапии, рекомендованной на основе лучших показателей выживаемости без прогрессирования, безрецидивной и общей выживаемости и эффективности терапии.

Обоснование формулировки дефекта с кодом 3.2.3: невыполнение в необходимых случаях молекулярно-генетических исследований мутаций генов, результаты которых являются показанием для назначения таргетной терапии, рекомендованной на основе лучших показателей выживаемости без прогрессирования, безрецидивной и общей выживаемости и эффективности терапии, создает риск прогрессирования ЗНО:

5.3.1. Общие рекомендации по лечению раннего рака молочной железы St. Gallen-2015, адаптированные экспертами Российского общества онкомаммологов в «Клинические рекомендации РООМ по неoadьювантному и адьювантному лечению рака молочной железы»: «Неoadьювантная системная терапия при HER-2-позитивном раке молочной железы II стадии: большинство членов Панели (97,2%) поддерживает двойную анти-HER-2-терапию трастузумабом и пертузумабом на основе таксансодержащей химиотерапии таким пациентам, причем предпочтительнее данный вид лечения назначать после антрациклинов».

5.3.2. Клинические рекомендации «Рак молочной железы» (Ассоциация онкологов России; Российское общество клинической онкологии; 2018): «Адьювантная анти-HER2 терапия назначается всем

больным при HER2-положительных опухолях. Больным, не получавшим неоадьювантно пертузумаб, при $N \geq 2$ и отсутствии в опухоли РЭ и РП в качестве оптимального объема лечения может быть рекомендована двойная анти-HER2 блокада трастузумабом и пертузумабом в течение 12 месяцев».

5.3.3. Летагин В.П. Петровский А.В. и соавт. (2017-2019; АОР, НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина): применение трастузумаба и пертузумаба в адьювантном режиме обосновано при опухоли $T > 2$ см или N1 HER2+ раннем раке. Добавление в адьювантном режиме пертузумаба к стандартной терапии трастузумаба и химиотерапии статистически достоверно снижает риск рецидива заболевания и смерти у пациентов с ранним HER2-позитивным раком молочной железы и не усиливает профиль токсичности, особенно эффективным данный режим является у больных, имеющих метастазы в регионарные лимфатические узлы и отрицательный гормональный статус опухоли [<https://www.niioncologii.ru/science/protivorak-news/aphinity>].

5.3.4. Клинические рекомендации по неоадьювантному и адьювантному лечению рака молочной железы (В.Ф. Семиглазов, Р.М. Палтуев, В.А. Горбунова, Е.В. Артамонова, Н.С. Бесова., Т.Ю. Семиглазова, 2018): «Режимы неоадьювантной и адьювантной химиотерапии РМЖ Режимы, содержащие пертузумаб + трастузумаб. Предпочтительные режимы неоадьювантной химиотерапии, содержащие пертузумаб + трастузумаб: 6 циклов терапии препаратами пертузумаб и трастузумаб в комбинации с доцетакселом и карбоплатином (с адьювантной терапией трастузумабом общей длительностью до 1 года). Предпочтительные схемы неоадьювантной терапии, содержащие пертузумаб+трастузумаб (по результатам многоцентровых исследований, прошедших при участии российских центров в течение последних 10 лет): у пациентов, получивших терапию пертузумабом, трастузумабом и доцетакселом отмечалось значительное увеличение полного патоморфологического ответа в сравнении с пациентами, получавших трастузумаб и доцетаксел без значимой разницы в переносимости».

5.3.5. Клинические рекомендации по лечению метастатического рака молочной железы (член-корр. РАМН проф. В.Ф. Семиглазов., к.м.н. Р.М. Палтуев., д.м.н. А.Г. Манихас., проф. Р.В. Орлова, Совет Экспертов РООМ, 2018): «Предпочтительные схемы таргетной терапии метастатического рака молочной железы (по результатам многоцентровых исследова-

ний, прошедших при участии российских центров в течение последних 10 лет)»:

4.1. Пертузумаб + трастузумаб + доцетаксел: увеличение выживаемости без прогрессирования, общей выживаемости и повышение эффективности лечения по повышению частоты объективного ответа на лечение.

4.2. Трастузумаб эмтанзин 3,6 мг/кг массы тела 1 раз в 3 недели: увеличение безрецидивной выживаемости и повышение эффективности лечения по повышению частоты объективного ответа на лечение.

5.3.6. В.И. Игнатьева, Е.В. Деркач (2017): «HER2-позитивный подтип РМЖ характеризуется одним из наиболее неблагоприятных прогнозов в отсутствии таргетной терапии. Предложенная для лечения ранних стадий HER2+ РМЖ двойная таргетная терапия, включающая комбинацию трастузумаба, пертузумаба и доцетаксела в неоадьювантном режиме, была признана экономически целесообразным решением».

5.3.7. А.Ю. Куликов и И.А. Комаров (2015) представили результаты анализа эффективности схем пертузумаб + трастузумаб + доцетаксел и плацебо + трастузумаб + доцетаксел в лечении метастатического РМЖ у больных с HER2+ формой заболевания: комбинация пертузумаб+трастузумаб в лечении метастатического рака молочной железы у больных с HER2+ формой заболевания является более эффективной по параметрам:

1) параметр эффективности - добавленные годы жизни (LYG – life years gained) – увеличение беспрогрессивного периода и периода после прогрессии заболевания;

2) параметр полезности - добавленные годы жизни с учетом их качества (QALY – quality adjusted life years) – улучшение качества жизни в беспрогрессивный период и в период после прогрессии заболевания.

5.3.8. М.В. Копп и др. (2017) сообщили о рекордной выживаемости при лечении HER2-положительного метастатического РМЖ: режим «пертузумаб + трастузумаб + доцетаксел» рекомендован для первой линии терапии HER2-положительного метастатического или местно-распространенного неоперабельного РМЖ.

5.3.9. А.Ю. Куликов и соавт. (2018) представили фармакоэкономический анализ эффективности химио-таргетной терапии инновационным трастузумаб эмтанзином в сравнении с сочетанием лапатиниба с капецитабином и трастузумаба с

капецитабином при лечении рака молочной железы с HER2+ опухолевой экспрессией: инновационный трастузумаб эмтанзин оказался более эффективным по параметрам эффективности и полезности - получено увеличение беспрогрессивного периода и периода после прогрессии заболевания при улучшении качества жизни.

5.3.10. О.А. Павликова (2019) при наличии выявленных в крови клинически значимых генетических мутаций (BRCA1, CHEK2) рекомендует: 1) проведение предоперационной химиотерапии при первично-операбельном РМЖ; 2) проведение неoadъювантной лекарственной терапии при первично-операбельном HER2+ РМЖ с преимущественным использованием двойной анти-HER2 блокады (трастузумаб + пертузумаб).

5.3.11. В.В. Клименко (2015), анализируя молекулярные маркеры эффективности предоперационной химиотерапии местно-распространенного рака молочной железы, пришел к выводу, что мутация в гене BRCA1 является предиктивным маркером высокой чувствительности к неoadъювантной химиотерапии (полный патоморфологический регресс опухоли зарегистрирован у 44,4% больных). Мутационный статус гена BRCA1 позволяет индивидуализировать подбор предоперационной терапии.

5.3.12. Е.М. Бит-Сава (2014) настоятельно рекомендует проведение молекулярно-генетического анализа классических мутаций гена BRCA1, а также мутаций в генах BLM и CHEK2 у больных моложе 45 лет, что позволяет уточнить прогноз и чувствительность к цисплатину, таксан- и антрациклин-содержащим схемам химиотерапии.

5.3.13. А.А. Мещеряков (2017) в диссертационном исследовании «Современная стратегия профилактики рака молочной железы» показал высокую значимость генетических исследований для пациентов: 1) генетический скрининг рака молочной железы в неотобранной выборке пациенток выявил наследственную причину заболевания у 5,8% женщин в российской популяции; 2) оптимальный состав диагностической панели для генетического скрининга рака молочной железы у женщин в российской популяции должен включать исследование 8 мутаций: в гене 5382insC, 300T>G, 4153delA, 2080delA, 185delAG, 3819delGTA AAA, 3875delGTCT в гене BRCA1 и 6174delT в гене BRCA2; 3) генетический скрининг позволяет в два раза увеличить эффективность доклинического выявления наследственной предрасположенности к раку молочной железы: только у 48,1% пациенток

были показания для определения мутаций генов BRCA1 и BRCA2 до заболевания раком молочной железы.

5.3.14. Национальное руководство «Онкогинекология» (2019) к ошибкам диагностики и лечения рака яичника относит отказ от исследований мутаций генов DRCA 1, 2 при обследовании женщин с tuboовариальными образованиями.

В 2019 году в оплату онкологической помощи в системе ОМС по КСГ были включены указанные выше современные высокоэффективные схемы химио-таргетной терапии, но применение их на практике было чрезвычайно мало, что свидетельствует о нарушении права и законных интересов онкопациентов на повышение продолжительности и качества жизни в условиях применения самых эффективных схем таргетной терапии, а также о необходимости понуждения медорганизаций к назначению и применению указанных высокоэффективных схем применением финансовой санкции по коду дефекта 3.2.3 – создание прогрессирующего ЗНО безосновательным отказом от применения высокоэффективных схем химио-таргетной терапии:

- 1) в условиях дневного стационара:
 - sh070 Доцетаксел + трастузумаб + пертузумаб, ds19.027, уровень КСГ 10;
 - sh533 Трастузумаб + пертузумаб, ds19.026, уровень КСГ 9;
 - sh496 Паклитаксел + трастузумаб + пертузумаб, ds19.026, уровень КСГ 9;
 - sh181 Трастузумаб эмтанзин 3,6 мг/кг в 1-й день; цикл 21 день, ds19.026, уровень КСГ 9;
- для сравнения – менее эффективные схемы:
 - sh179 Трастузумаб 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в 1-й день; цикл 21 день, ds19.022, уровень КСГ 5;
 - sh069 Доцетаксел + трастузумаб, ds19.024, уровень КСГ 7;
 - sh149 Паклитаксел + трастузумаб ds19.021, уровень КСГ 4;
- 2) в условиях круглосуточного стационара:
 - sh070 Доцетаксел + трастузумаб + пертузумаб, st19.036, уровень КСГ10;
 - sh496 Паклитаксел + трастузумаб + пертузумаб, st19.036, уровень КСГ10;
 - sh533 Трастузумаб + пертузумаб, st19.036, Уровень КСГ 10;
 - sh181 Трастузумаб эмтанзин st19.036, уровень КСГ 10;

для сравнения – менее эффективные схемы:

- sh069 Доцетаксел + трастузумаб, st19.034, уровень КСГ 8;
- sh150 Паклитаксел + трастузумаб, st19.032, уровень КСГ6;
- sh179 Трастузумаб, st19.031, уровень КСГ5.

Таким образом, отсутствие обоснований выбранного режима химиотерапии и обоснований отказа от выбора современных схем химио-таргетной или таргетной терапии с установленной максимальной эффективностью представляет собой ненадлежащее качество онкологической помощи по критериям: п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ:

- своевременность оказания онкологической медицинской помощи – схема необходимой современной химио-таргетной или таргетной терапии применяется несвоевременно, после неудачного применения линии традиционной химиотерапии;
- правильность выбора методов лечения – выбор схемы химио-таргетной или таргетной терапии без учета данных об общей выживаемости, безрецидивном периоде, пятилетней выживаемости, одногодичной летальности и др.;
- степень достижения запланированного результата – выбор схемы химио-таргетной или таргетной терапии без учета данных об общей выживаемости, безрецидивном периоде, пятилетней выживаемости, одногодичной летальности и др. создает риск недостижения запланированного результата, что соответствует дефекту 3.2.3 «Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых 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, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)» приложения 8 Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утв. приказом ФОМС от 28.02.19 г. № 36.

6. Клинические рекомендации Российского общества онкомаммологов (РООМ) «Онкопластические резекции при раке молочной железы» (2015) определяют перечень противопоказаний к выполнению онкопластических резекций молочной железы (в модификации Лежур; по типу инвертированного T; в модификации E. Hall-Findlay; по типу round-block; по методике Бэтвинг; по методике Гризотти; с использованием торакодorzального лоскута; по S-методике; с использованием торакоэпигастрального лоскута): «4. Мутации генов BRCA 1,2».

В медицинской документации пациенток с раком молочной железы, которым выполнены органосохраняющие хирургические операции в объеме радикальных резекций (в модификации Лежур; по типу инвертированного T; в модификации E. Hall-Findlay; по типу round-block; по методике Бэтвинг; по методике Гризотти; с использованием торакодorzального лоскута; по S-методике; с использованием торакоэпигастрального лоскута), должно присутствовать подтверждение – результаты обследования на мутации генов BRCA 1 и 2, наличие которых является противопоказанием для выполнения органосохраняющих операций.

Невыполнение молекулярно-генетических исследований мутаций генов, результат которых может быть противопоказанием для выполнения органосохраняющих хирургических операций, создает риск прогрессирования злокачественных новообразований, что соответствует коду дефектов 3.2.3 «Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых 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, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке)» приложения 8 Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утв. приказом ФОМС от 28.02.19 г. № 36.

Таким образом, ввиду того, что клинические рекомендации являются медико-экспертной основой выбора и применения современных высокоэффек-

тивных схем химио- и таргетной терапии в онкологии, неисполнение их требований существенным образом нарушает законные права и интересы онкобольных на своевременную химио-таргетную терапию надлежащего качества и требует применения формулировок дефектов онкопомощи с кодом 3.2.3:

1. Отсутствие выполнения необходимых молекулярно-генетических исследований мутаций генов, создающее риск прогрессирования ЗНО, как критерий ненадлежащего качества медицинской помощи по характеристикам п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ: неправильный выбор методов лечения и ненадлежащее планирование достижения результата, не обеспечивающее достижение необходимой степени запланированного результата».

2. Онкохирургическая деятельность ненадлежащего качества по выполнению органосохраняющих операций при раке молочной железы без учета возможных противопоказаний по результатам молекулярно-генетических исследований мутаций генов BRCA1,2, которые могут быть противопоказанием для выполнения органосохраняющих хирургических операций, что создает риск прогрессирования и рецидивирования злокачественных новообразований молочной железы.

3. Отсутствие обоснований отказа от назначения схемы химио- и/или таргетной терапии на основе прогноза показателей выживаемости без прогрессирования, безрецидивной и общей выживаемости и эффективности терапии, создающее риск прогрессирования ЗНО, как критерий ненадлежащего качества медицинской помощи по характеристикам п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ: неправильный выбор методов лечения и ненадлежащее планирование достижения результата, не обеспечивающее достижение необходимой степени запланированного результата.

Распоряжением Правительства РФ от 12.10.2019 г. № 2406-р Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2020 год пополнен новыми таргетными препаратами, что делает необходимым их срочное включение в территориальные программы ОМС на 2020 год и приобретение с целью повышения доступности химиотерапии солидных опухолей:

- акситиниб (распространенный почечно-клеточный рак);
- алектиниб (монотерапия местно-распространенного или метастатического немелко-

клеточного рака легкого с опухолевой экспрессией киназы анапластической лимфомы (ALK-положительный);

- осимертиниб (монотерапия для лечения рака легкого (местно-распространенного или метастатического) с мутацией рецептора эпидермального фактора роста (EGFR);
- палбоциклиб (HR-положительный, HER2-отрицательный распространенный или метастатический рак молочной железы в комбинации ингибитором ароматазы в качестве первичной эндокринной терапии у женщин в постменопаузе, или с фулвестрантом у женщин с прогрессированием заболевания после эндокринной терапии);
- рамуцирумаб (рак желудка, аденокарцинома гастроэзофагеального перехода, в составе комбинированной терапии с паклитакселом или в качестве монотерапии у пациентов с прогрессированием заболевания после предшествующего проведения химиотерапии на основе препаратов платины и фторпиримидина; местнораспространенный или метастатический немелкоклеточный рак легкого, в составе комбинированной терапии с доцетакселом у пациентов с прогрессированием заболевания при проведении или после предшествующего проведения химиотерапии на основе препаратов платины; метастатический колоректальный рак (мКРР), в составе комбинированной терапии с иринотеканом, кальция фолинатом и фторурацилом у пациентов с прогрессированием заболевания при проведении или после предшествующей терапии бевацизумабом, оксалиплатином и фторпиримидином).

Таким образом, предстоящее исполнение Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в 2020 году будет ознаменовано переходом от оценки уже сложившейся практики применения традиционных схем химио- и таргетной терапии к контролю исполнения права пациента на самую современную и высокоэффективную химио- и таргетную терапию с потребительной ценностью в обеспечении максимальной возможной продолжительности жизни при максимально возможном ее качестве. Увеличение финансового покрытия в системе ОМС для исполнения Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в 2020

году обеспечит в полном объеме право онкопациента на эффективные методы диагностики и лечения, будет служить залогом реальной доступности необходимой дорогостоящей химиотерапевтической помощи и потребует совершенствования мер контроля за соблюдением прав пациентов, а в случае их нарушения – скорейшего их восстановления. Такое углубление контрольно-экспертной деятельности находит поддержку, как в пациентских организациях, так и отвечает интересам рядовых онкологов и онкохимиотерапевтов, активно желающих использовать в своей практике самые эффективные методы лечения злокачественных новообразований и тем самым внести существенный вклад в борьбу с онкологическими заболеваниями в России.

Литература

1. ASCO 2019: Монотерапия пембролизумабом не хуже химиотерапии в первой линии лечения больных раком желудка. Результаты исследования KEYNOTE-062 // <https://rosoncoweb.ru/news/oncology/2019/07/01-2/>
2. Андреев Д. А., Завьялов А. А., Кокушкин К. А., Давыдовская М. В. Современные таргетные препараты в терапии метастатического рака прямой кишки // *Доказательная гастроэнтерология.* - 2018. - № 7(2). - С. 21-29.
3. Бит-Сава Е.М. Молекулярно-биологическое обоснование лечения BRCA1/CHEK2/BLM-ассоциированного и спорадического рака молочной железы.- Автореф. дисс. ... докт.мед.наук.- СПб., 2014.- 48 с.
4. Большая конференция RUSSCO «Рак молочной железы» 31.01.-01.02.2019 // <https://rosoncoweb.ru/events/2019/01/31/archive/>
5. Гришина Н.И., Старченко А.А. Экспертная оценка исполнения права пациента на добровольное информированное согласие на онкологическое вмешательство в системе обязательного медицинского страхования// *Обязательное медицинское страхование.* - 2019. - № 2. - С. 52-54.
6. Игнатьева В.И., Деркач Е.В. Двойная таргетная неоадьювантная терапия при раке молочной железы: актуализация результатов фармакоэкономического анализа // *Медицинские технологии. Оценка и выбор.* - 2017. - № 4 (30). - С. 76-83.
7. Клименко В. В. Молекулярные маркеры эффективности предоперационной химиотерапии местно-распространенного рака молочной железы.- Автореф. дисс. ... канд.мед.наук.- М., 2015.- 24 с.
8. Клинические рекомендации РООМ по неоадьювантному и адьювантному лечению рака молочной железы (В.Ф. Семиглазов, Р.М. Палтуев, В.А. Горбунова и др.).- РООМ, 2018.- 33 с.
9. Корнилов А.В. Молекулярно-генетическая диагностика наследственного рака толстой кишки. – Автореф. дисс. ... канд.мед.наук.- СПб., 2012.- 26 с.
10. Копп М.В., Королева И.А., Нижегородцева А.А. и др. Пертузумаб: рекордная выживаемость при HER2-положительном метастатическом раке молочной железы // *Эффективная фармакотерапия.* - 2017. - № 6. - С. 6-11.
11. Куликов А.Ю., Комаров И.А. Фармакоэкономический анализ лекарственного средства бейодайм (пертузумаб+трастузумаб [набор]) в лечении метастатического рака молочной железы у больных с her2+ формой заболевания // *Фармакоэкономика: теория и практика.* - 2015. - № 3., Т. 2. - С. 44-48.
12. Куликов А.Ю., Комаров И.А. Фармакоэкономический анализ лекарственного средства Кадсила (трастузумаб эмтанзин) в лечении рака молочной железы у больных с HER2+ формой заболевания// *Фармакоэкономика: теория и практика.* – 2015. – Т. 2, No 3. – С. 24-27.
13. Куликов А.Ю., Петровский А.В., Рыбченко Ю.В., Скрипник А.Р. Фармакоэкономический анализ применения лекарственного препарата лапатиниб при лечении рака молочной железы с HER2+ опухолевой экспрессией // *Фармакоэкономика: теория и практика.* - 2016. - № 1. - Т. 4. - С. 53-60.
14. Мецерьяков А. А. Современная стратегия профилактики рака молочной железы.- Дисс. ... докт.мед.наук.- М., 2017.- 243 с.
15. Моисеенко Ф. В. Оптимизация лекарственной терапии на основании молекулярных признаков гетерогенности злокачественных опухолей.- Дисс. ... докт. мед. наук.- СПб., 2015.- 337 с.
16. Онкогинекология: национальное руководство.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.- 284 с.
17. Павликова О. А. Эффективность предоперационной лекарственной терапии первично-операбельного рака молочной железы.- Автореф. дисс. ... канд.мед. наук.- М., 2019.- 28 с.
18. Саранцева К. А. Иммунотерапия диссеминированного немелкоклеточного рака легкого ингибиторами PD-1.- Автореф. дисс. ... канд.мед.наук.- М., 2018.- 21 с.
19. Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Перегудин С.А., Гуженко М.Д. Карта дефектов онкологической помощи – критерии единства экспертной практики: Пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи.- М., 2019.- 172 с.
20. Старченко А.А. Дефекты онкологической помощи в системе ОМС: единство критериев и практики применения.- М., 2019.- 32 с.
21. Таргетная терапия солидных опухолей: практическое руководство по современным методам лечения злокачественных новообразований; пер. с англ.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.- 360 с.

22. Трякин А.А., Федянин М.Ю. Колоректальный рак. По итогам конгресса ASCO 2018 // <https://rosoncoweб.ru/news/oncology/2018/06/13-1/>
23. Трякин А.А., Балунов П.А. Фармакоэкономическая оценка применения таргетной терапии и химиотерапии в первой и второй линиях лечениях метастатического колоректального рака // Медицинский совет.- 2018.- № 19.- С. 50-55.
24. Тюляндин С.А. ASCO 2019: рак легкого // <https://rosoncoweб.ru/news/oncology/2019/07/01-1/>
25. Тюляндин С.А. Эрлотиниб в качестве адъювантной терапии у больных немелкоклеточным раком легкого с наличием активирующей мутации гена EGFR // <https://rosoncoweб.ru/news/oncology/2019/01/14/>
26. Тюляндин С.А., Имянитов Е.Н., Моисеенко В.М. и др. Терапия больных немелкоклеточным раком легкого в Российской Федерации // Современная онкология.- 2016.- № 4.- С. 27-33.
27. Федянин М.Ю. Современная клиническая и молекулярно-биологическая платформа лечения больных раком толстой кишки. - Автореф. дисс. ... докт.мед.наук.- М., 2017.- 48 с.
28. Феоктистова П.С. Таргетная терапия в комбинированном лечении метастатического рака толстой кишки: Автореф. дисс. ... канд.мед.наук.- М., 2017.- 28 с.
29. Цуканов А.С. Стратегия комплексного молекулярно-генетического изучения наследственных форм колоректального рака у российских пациентов.- Дисс. ... докт. мед. наук.- М., 2017.- 233 с.
30. Цуканов А.С., Шелыгин Ю.А., Фролов С.А. и соавт. Рекомендации по отбору пациентов для молекулярно-генетической диагностики синдрома Линча: Метод. рек.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.- 16 с.

УДК 614.2

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ И ЗАЩИТЕ ПРАВ ГРАЖДАН В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ В 2019 ГОДУ

С.И. Ермолова, Т.Е. Романова, В.Р. Мишанов



Ермолова С.И.



Романова Т.Е.



Мишанов В.Р.

Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования
Нижегородской области

Реферат

В статье представлены основные направления работы Координационного совета по обеспечению и защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования Нижегородской области в 2019 году. Показана эффективность работы этого коллегиального органа, осуществляющего, в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», свою деятельность в целях создания на территории области доступной для граждан системы, обеспечивающей защиту их прав в условиях обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова:

Координационный совет по обеспечению и защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования Нижегородской области, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области

Для корреспонденции

Ермолова Светлана Игоревна

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

Романова Татьяна Евгеньевна

Заместитель директора по организации ОМС Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области, к.м.н.

Тел.: 8 (831) 233-90-03
Факс: 8 (831) 233-90-01
E-mail: info@tfoms.nnov.ru

Мишанов Владимир Рудольфович

Заместитель начальника отдела организации взаимодействия субъектов и участников ОМС Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области, к.м.н.

Тел.: 8 (831) 233-90-56
Факс: 8 (831) 233-90-01
E-mail: info@tfoms.nnov.ru

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

Координационный совет по обеспечению и защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования Нижегородской области (далее – Координационный совет) был создан постановлением Правительства Нижегородской области от 4 июля 2008 г. № 263. В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» он осуществляет свою деятельность в целях создания на территории области доступной для граждан системы, обеспечивающей защиту их прав в условиях обязательного медицинского страхования.

Положение о Координационном совете, утвержденное Губернатором Нижегородской области, с самого начала предусматривало участие в его работе как руководителей Министерства здравоохранения Нижегородской области, Территориального фонда обязательного медицинского страхования, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Нижегородской области, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Нижегородской области, Законодательного собрания Нижегородской области, так и главных врачей медицинских организаций, директоров филиалов страховых медицинских компаний, представителей общественных организаций.

Председателем Координационного совета, определяющим направления его деятельности, на сегодняшний день является заместитель Губернатора, заместитель Председателя Правительства Нижегородской области Андрей Николаевич Гнеушев, отвечающий за работу всей социальной сферы региона (рис. 1).

В соответствии с пунктом 11 Приложения 2 к Приказу ФФОМС от 04.06.2018 № 104 «Об установлении формы и порядка предоставления отчетности о



Рис. 1. Председатель Координационного совета - заместитель Губернатора, заместитель Председателя Правительства Нижегородской области А.Н. Гнеушев

случаях оказания медицинской помощи и результатах экспертизы качества медицинской помощи» на Координационном совете ежемесячно рассматриваются результаты оперативного мониторинга медицинской помощи по следующим профилям:

- 1) болезни системы кровообращения;
- 2) новообразования;
- 3) болезни нервной системы;
- 4) болезни органов дыхания;
- 5) болезни органов пищеварения (рис. 2).

Основной акцент рассматриваемых вопросов в 2019 году был связан с задачей достижения целей национального проекта «Здравоохранение», что необходимо для обеспечения устойчивого развития численности населения Российской Федерации и повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 году, до 80 лет к 2030 году.

По данным Всемирной организации здравоохранения именно хронические неинфекционные заболевания указанных профилей являются причиной 2/3 случаев преждевременной смерти населения развитых стран, причем основная их часть приходится на сердечно-сосудистую и онкологическую

- ведению и анализу индивидуальных историй страховых случаев застрахованных лиц с онкологическими заболеваниями на основе сведений реестров-счетов на оплату медицинской помощи на всех этапах ее оказания.

В регулярном режиме заслушивалась информация о проведении профилактических мероприятий (в том числе, их организации в вечернее время и в субботу) и результатах контрольно-экспертной деятельности страховых медицинских организаций.

Так, по итогам тематических экспертиз по качеству организации онкоскрининга в рамках диспансеризации взрослого населения нарушения были выявлены в 60,6% случаев от всех взятых на экспертизу. Вместе с тем, экспертизы в отношении ведения онкологических пациентов с болевым синдромом фактов нарушений при назначении анальгезирующей терапии в регионе не выявили.

Важным итогом предпринимаемых совместных усилий по устранению системных нарушений при оказании медицинской помощи стало заметное увеличение доли случаев выявления онкологической патологии на ранних стадиях: если в январе-феврале 2019 года доля пациентов, получающих лечение на 0, I и II стадиях процесса, составляла 43,3% от всех больных, то за период январь-декабрь она увеличилась до 49,7%, в то время как доля пациентов с IV стадией уменьшилась с 26,3 до 22,3% (рис. 4).

В рамках реализации региональных проектов «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи в Нижегородской области» и «Программа развития детского здравоохранения Нижегородской области, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» ряд вопросов, обсуждавшихся на Координационном совете, был посвящен рассмо-

Количество пациентов, получивших медицинскую помощь в разрезе стадии злокачественного новообразования (ЗНО)

Стадия ЗНО	Доли по Нижегородской области (январь-февраль)	Доли по Нижегородской области (январь-декабрь)	Доли по РФ
0	1,2%	1,8%	2,9%
I	15,8%	21,3%	24,8%
II	26,3%	26,6%	26,6%
III	28,6%	25,9%	25,5%
IV	26,3%	22,3%	20,2%
Без стадии	1,9%	2,1%	
Всего	100%	100%	100%

Рис. 4. Динамика увеличения доли случаев выявления онкологической патологии на ранних стадиях по Нижегородской области

трению работы поликлиник, участвующих в проекте «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (рис. 5).

В презентации, представленной главным врачом ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 39 Советского района г. Нижнего Новгорода», наряду с успехами медицинской организации, являющейся одним из лидеров внедрения принципов бережливого производства на территории региона, были указаны проблемы в том числе федерального и регионального уровня:

- выпускники медицинских вузов проходят аккредитацию по специальности «врач-педиатр участковый», но первичному звену также необходимы врачи-педиатры дошкольно-школьного отделения;
- низкий уровень информатизации в медицинских организациях Нижегородской области (нет возможности вести интегрированную электронную медицинскую карту, недостаточная степень развития Региональной медицинской информационной системы).



Рис. 5. Презентация работы поликлиники, участвующей в проекте «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь»

В качестве «обратной связи» с жителями региона обсуждалась информация по докладам, основанным на данных анкетирования и телефонных опросов граждан: «О результатах независимой оценки качества условий оказания услуг организациями в сфере охраны здоровья, расположенных на территории Нижегородской области» и «Оценка реализации бережливого производства с точки зрения пациентов».

Последовательным продолжением работы по решению поднятых вопросов стало приглашение на очередное заседание Координационного совета директора ГБУЗ НО «Медицинский информационно-аналитический центр» с докладом на тему «О расширении возможностей применения информационных технологий в практике здравоохранения Нижегородской области в 2019 году».

Пристальное внимание в 2019 году уделялось региональному проекту «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения Нижегородской области квалифицированными кадрами», одним направлений которого стало участие ТФОМС

Нижегородской области в софинансировании мероприятий по оплате труда работников, пришедших в первичное звено.

Поскольку привлечение специалистов (в том числе, выпускников ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, находящегося в Нижнем Новгороде) идет достаточно трудно, решением Координационного совета было рекомендовано приглашение врачей из соседних регионов.

Кроме того, контролировалось финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации за счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС Нижегородской области.

Необходимость активизации работы, отраженная в Постановлении Правительства РФ от 09.10.2019 № 1304 «Об утверждении принципов модернизации первичного звена здравоохранения Российской Федерации и Правил проведения экспертизы проектов региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения, осуществления мониторинга и контроля за реализацией региональных программ модернизации первичного звена здравоохранения» была зафиксирована поручением Координационного совета о разработке Министерством здравоохранения плана мероприятий по снижению смертности среди населения Нижегородской области.

Интегральным показателем, отражающим эффективность мероприятий, проводимых Координационным советом, и общие успехи региона как в медицинской, так и в социальной сферах, может



Рис. 6. Динамика снижения коэффициентов смертности населения Нижегородской области

выступать динамика коэффициентов смертности населения Нижегородской области (число умерших в расчете на 100 000 населения), которая нарастающим итогом ежемесячно фиксируется Террито-

риальным органом Федеральной службы государственной статистики по Нижегородской области. График, подтверждающий тенденцию к снижению данного показателя (по отчетности за 2018 - 2019 годы), представлен на рисунке 6.

Таким образом, стиль работы Координационного совета, сложившийся в Нижегородской области, позволяет использовать его не только как дискуссионную площадку, но и как ключевой коллегиальный орган для решения значимых вопросов, поставленных перед медико-социальной сферой региона. Реализуя национальные проекты, изыскивая резервы и возможности, Нижегородская область вместе со всей страной неуклонно движется вперед, подтверждая верность извечной фразы – «дорогу осилит идущий».

УДК 614.2

ПРОЗРАЧНОСТЬ УЧЕТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ – АКТУАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ И ВОЗМОЖНОСТИ

А.В. Решетников, Н.В. Моисеенко, Г.А. Хачатурьянц



Решетников А.В.



Моисеенко Н.В.



Хачатурьянц Г.А.

Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Ростовской области

Реферат

В настоящее время актуальным и эффективным механизмом контроля использования средств ОМС, направляемых на лекарственное обеспечение, является контроль с применением автоматизированного продукта, позволяющего отразить полную картину лекарственного обеспечения и дать оценку рациональности использования финансовых средств. Программный комплекс выступает инструментом взаимодействия между медицинскими организациями, ТФОМС и Министерством здравоохранения по эффективному использованию средств обязательного медицинского страхования и повышения качества оказания медицинской помощи застрахованным.

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, контроль учета ЛП и МИ с применением автоматизированной системы, ТФОМС Ростовской области.

Для корреспонденции

Решетников Алексей Валентинович

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ростовской области

Тел.: 8 (863) 234-90-22

E-mail: rofoms@aaanet.ru

Моисеенко Наталья Владимировна

Первый заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ростовской области

Тел.: 8 (863) 232-94-39

E-mail: rofoms@aaanet.ru

Хачатурьянц Галина Александровна

Начальник контрольно-ревизионного управления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ростовской области

Тел.: 8 (863) 290-45-88

E-mail: rofoms@aaanet.ru

Адрес: 344000, г. Ростов-на-Дону, ул. Варфоломеева, 261/81

В целях реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования ТФОМС на основании закона ОМС осуществляют контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводят проверки и ревизии.

Сегодня в соответствии со структурой ТФОМС Ростовской области в состав контрольно-ревизионного управления входит контрольно-аналитический отдел, что позволяет прицельно заниматься изучением лекарственного обеспечения в медицинских организациях.

В сфере обязательного медицинского страхования ведется персонализированный учет сведений о застрахованных лицах и персонализированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам. При этом осуществляются сбор, обработка, передача и хранение сведений о медицинской помощи, оказанных застрахованному лицу, и о примененных лекарственных препаратах.

В то время, когда информатизация процессов учета все больше проникает в деятельность медицинских организаций, актуальным и эффективным механизмом контроля использования средств обязательного медицинского страхования, направляемых на лекарственное обеспечение, является контроль с применением автоматизированного продукта.

Трудно представить лекарственное обеспечение в медицинских организациях без программного обеспечения. Несмотря на то, что разные программные продукты имеют много общего, отсутствует единый подход в решении задач информатизации учета лекарственных препаратов и медицинских изделий. В первую очередь это касается отсутствия единых

справочников учета, что препятствует интеграции в общее информационное пространство в пределах ведомства и региона. Это послужило основанием для перехода медицинских организаций Ростовской области с 2006 года на автоматизированный учет движения ЛП и МИ. Нормативно-правовой основой послужил совместный приказ МЗ РО и ТФОМС Ростовской области. С учетом требований времени и накопленного опыта приказ по автоматизированному учету претерпевал изменения вплоть до 2019 года.

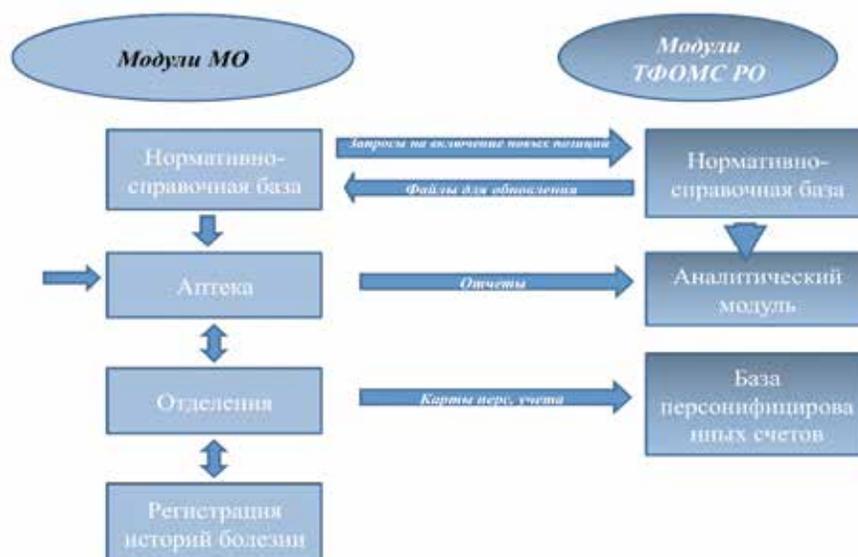


Рис. 1. Общее информационное пространство, объединяющее МО и ТФОМС Ростовской области

Все справочники (справочник лекарственных препаратов и медицинских изделий, справочник поставщиков, справочники медицинских организаций и профилей и др.), используемые в программном комплексе, едины для всех медицинских организаций, созданы и поддерживаются в актуальном состоянии ТФОМС Ростовской области. Ключевым и самым объемным является справочник лекарственных препаратов и медицинских изделий, содержащий все ЛП и МИ, закупаемые медицинскими организациями, работающими в системе ОМС в Ростовской области. Внесение новых позиций в справочник выполняется по электронным запросам медицин-

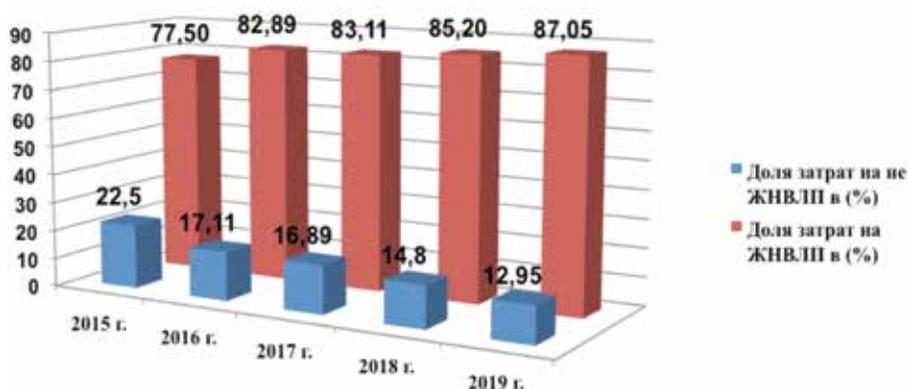


Рис. 2. Доля лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших, в динамике

ских организаций. Новые позиции не просто добавляются в справочник, а встраиваются в разработанную структуру с кодом, отражающим содержание ЛП или МИ. На сегодняшний день справочник содержит более 92 тысяч записей.

Медицинские организации ежемесячно в электронной форме передают отчеты о поставках, расходовании и остатках ЛП и МИ, а также по защищенному каналу – карты персонифицированного учета ЛП и МИ. Форматы передаваемых отчетов определяются регламентом информационного взаимодействия при осуществлении расчетов за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, оказываемую застрахованным лицам на территории Ростовской области.

По данным отчетов медицинских организаций, ТФОМС Ростовской области ежеквартально проводит



Рис. 3. Схема определения ценовых характеристик

мониторинг лекарственного обеспечения, в ходе которого осуществляется автоматизированное сравнение фактических цен поставок лекарственных препаратов, включенных в перечень

ЖНВЛП, с предельной отпускной ценой; автоматизированное сравнение фактических цен лекарственных препаратов, включенных и не включенных в перечень ЖНВЛП, и медицинских изделий со среднеобластными ценами;

анализ номенклатуры ЛП и МИ с целью выявления расходования средств ОМС в нарушение территориальной программы оказания гражданам бесплатной медицинской помощи; выявление медицинской продукции с истекающим и истекшим сроком годности; мониторинг доли ЖНВЛП; выявление недостоверной информации.

Результаты мониторинга направляются в медицинские организации для принятия мер по устранению недостатков лекарственного обеспечения, передаются в Министерство здравоохранения Ростовской области и используются при проведении плановых и тематических проверок.

При проведении тематических и плановых проверок, помимо результатов мониторинга, анализируется также целый ряд параметров, содержащихся в отчетах

программных комплексов МО и отражающих лекарственное обеспечение в медицинской организации и непосредственно в ее структурных подразделениях (аптеке, отделениях): своевременность и порядок отражения в учете операций по факту поставки и расходования; объемы поставок, расходования и остатков; соответствие поставленной продукции

спецификациям к контрактам по номенклатуре, цене, количеству, суммам; своевременность внесения информации по персонафицированному расходованию; соответствие используемой номенклатуры лекарственных препаратов и медицинских изделий, оказываемым медицинским услугам, правомерность их приобретения; списание без использования медицинской продукции, обоснованность производимых списаний; анализ работы, проводимой врачебной комиссией, по принятию решений о назначении лекарственных препаратов, не входящих в перечень ЖНВЛП и стандарты медицинской помощи в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н (ред. от 02.12.2013) «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»; соблюдение порядка приобретения ЛП, назначенных по решению врачебной комиссии в соответствии с требованиями Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (пункт 7 части 2 статьи 83, пункт 3 части 2 статьи 83.1 и пункт 28 части 1 статьи 93).

Одним из главных показателей мониторинга лекарственного обеспечения медицинской организации является доля ЖНВЛП. За последние несколько лет достигнуто устойчивое повышение доли ЖНВЛП в структуре затрат на лекарственное обеспечение. В 2015 году этот показатель составлял 77,5%, в 2019 году – 87,05%.



Рис. 4. Пример нерационального использования средств ОМС в медицинской организации «N»

Анализируется также номенклатура ЛП, не входящих в перечень ЖНВЛП. Одним из наиболее затратных ЛП на протяжении нескольких лет был Актовегин, затраты на приобретение которого в суммовом выражении снизились по сравнению с 2014 годом почти в 10 раз. Такая же тенденция отмечается по препарату Анальгин, количество приобретенных упаковок которого уменьшилось в 4,9 раза.

Все случаи использования ЛП, не входящих в перечень ЖНВЛП, рассматриваются при проведении комплексных проверок, в том числе на основании решения врачебной комиссии.

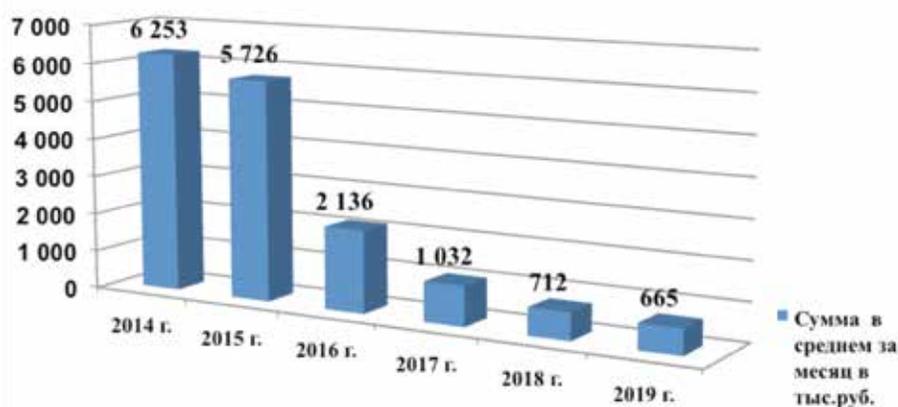


Рис. 5. Динамика затрат на приобретение препарата Актовегин (в среднем за месяц в тыс. руб.)

Стоматологическая поликлиника	
ЛП для лечения ОРВИ	
Кагоцел таблетки 12 мг №10	
Римантадин таблетки 50 мг №20	
Амиксин таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 125 мг №10	
Лазолван Рино спрей назальный 0,118% 10 мл – фл. №1	
Аскорбиновая кислота порошок для пригот. раствора для приема внутрь №1	
ЛП при заболеваниях ЖКТ	
Дюспаталин таблетки, покрытые оболочкой, 135 мг №50	
Смекта порошок для приготовления суспензии для приема внутрь №10	

Рис. 6. Использование лекарственных препаратов, не соответствующих профилю оказываемой медицинской помощи

По данным отчетов МО изучаются ценовые параметры ЛП и МИ. Для этого анализируется база данных, включающая более 50 тысяч записей в квартал. При проведении анализа формируются средние цены в двух смежных кварталах, выявляются позиции, имеющие рост более 10%, затем выявляются позиции, имеющие максимальное превышение цены по отношению к средневзвешенной цене, сложившейся в области.

Факты превышения предельно допустимых значений цен на ЛП, включенные в перечень ЖНВЛП, расцениваются как нецелевое использование средств ОМС. Выявленные в ходе проведения мониторинга превышения предельных отпускных цен подвергаются дальнейшему анализу на предмет корректного оприходования продукции. Для этого изучаются первичные приходные документы: товарные накладные, протоколы согласования цен, документы, подтверждающие качество, и другие. Анализ результатов мониторинга по превышению предельных отпускных цен может осуществляться при проведении комплексных (тематических) проверок как в плановом порядке, так и внеплановом по месту нахождения МО либо путем запроса первичных документов. Количество МО, у которых выявлены превышения предельно допустимых значений цен на ЛП, вклю-

ченные в перечень ЖНВЛП, снизилось с 29 МО в 2017 году до 10 в 2019.

По данным отчетов программных комплексов МО, анализируются остатки, выявляются факты завышенных остатков в каждом структурном подразделении. При этом в МО, имеющей в структуре аптеку, остатки оцениваются в соответствии с нормативами, установленными инструкцией по учету медикаментов, утвержденной приказом Минздрава СССР от 02.06.1987 № 747. В структурных подразделениях, где

имеются большие остатки, изучается номенклатура, их формирующая. Учитываются условия контракта, дата поступления товара, цена, объем планируемой медицинской помощи и другие условия. Выявляются факты нерационального использования средств ОМС на закупки ЛП и МИ при их неправильном планировании, когда остатки по конкретным позициям в разы превосходят расходование или когда нет движения по отдельным ЛП и МИ с учетом синонимической замены, а в то же время их поступление продолжается.

При изучении номенклатуры лекарственных препаратов и медицинских изделий конкретной медицинской организации обращается внимание еще на такие факты нерационального использования средств ОМС, как необоснованное списание и непропорциональное расходование лекарственных препаратов и медицинских изделий.

Проводится анализ списанной по причине истечения срока годности медицинской продукции на предмет возможности ее перемещения из отделения, в котором она не используется, и использования ее до истечения срока годности другими отделениями МО.

Возможности программного комплекса позволяют выявлять расходы медицинских организаций,

не включенные в структуру медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы ОМС. Это обеспечение лекарственными препаратами, не предусмотренное территориальной программой, пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях.

Выявляются также:

- использование лекарственных препаратов, не соответствующих профилю оказываемой медицинской помощи. Например, когда стоматологическая поликлиника приобретает лекарственные препараты, применяемые при лечении патологии сердечно-сосудистой системы, или препараты для лечения острых респираторных вирусных заболеваний;
- приобретение вакцин, включенных в национальный календарь прививок и прививок по эпидемическим показаниям, средств диагностики туберкулеза;
- использование лекарственных препаратов и медицинских изделий, обращение которых приостановлено или прекращено в соответствии с решениями Росздравнадзора;
- приобретение лекарственных препаратов, включенных в перечень ЖНВЛП, оборот которых запрещен в связи с отсутствием зарегистрированной предельной отпускной цены или исключением ее из Государственного реестра цен;
- использование для медицинских целей кислорода, не зарегистрированного как лекарственный препарат.

В едином информационном пространстве с помощью программного комплекса ТФОМС и МО можно решать следующие задачи:

- осуществлять действенный контроль обеспечения застрахованных граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями при оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, проверку соответствия порядкам и стандартам оказания медицинской помощи;

- контролировать использование средств ОМС на лекарственные препараты и медицинские изделия на предмет эффективности и рациональности использования;
- выполнять полный и детальный учет ЛП и МИ на всех уровнях (медицинская организация, структурные подразделения, пациент);
- осуществлять эффективное планирование закупок ЛП и МИ.

Единое информационное пространство и возможность сопоставления данных разных периодов и разных медицинских организаций (вплоть до их структурных подразделений) позволяет ТФОМС Ростовской области создать полную картину лекарственного обеспечения и дать оценку эффективности использования финансовых средств. Программный комплекс выступает инструментом взаимодействия между медицинскими организациями, ТФОМС и Минздравом Ростовской области по эффективному использованию средств ОМС и повышению качества оказания медицинской помощи застрахованным. Динамичный контроль позволяет влиять на ситуацию по обеспечению лекарственными препаратами и медицинскими изделиями лечебного процесса как в части приобретения, так и в части их расходования.

Дальнейшими задачами для себя считаем:

1. Совершенствование программного комплекса в целях интеграции информационных систем с региональным сегментом ЕГИСЗ.
2. Усовершенствование подхода к применению результатов мониторинга, что позволит обеспечить повышение эффективности контроля за лекарственным обеспечением, так как с учетом возможностей охвата проверки по месту нахождения МО проведены в 104 из 186 медицинских организаций, включенных в план проверок.
3. Повышение квалификации специалистов КРУ и работников МО.

«КАПИТАЛ МС» ПРИНЯЛ УЧАСТИЕ В МЕЖДУНАРОДНОМ ДНЕ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТИ



Сотрудники филиала страховой компании «Капитал МС» в Волгоградской области приняли участие в Марафоне добрых дел «Карамельные облака» и благотворительной инициативе «#ЩедрыйВторник» в рамках празднования Международного дня благотворительности. По традиции данные мероприятия прошли в стенах Центральной городской библиотеки.

У регионального марафона, который проходит уже не первый год, есть главная задача – привлечь к благотворительности как можно больше людей и подарить детям с особенностями развития настоящее чудо.



В этом году специалисты «Капитал МС» пришли на праздник к детям с памятными подарками, чтобы подарить частичку радости, доброты и тепла. Наградой им стали счастливые лица детей, их смех и радость!

С присутствующими на мероприятии взрослыми была проведена работа по информированию о деятельности страховых представителей всех уровней, о гарантиях получения бесплатной медицинской помощи по полису ОМС, о защите прав застрахованных.



СПЕЦИАЛИСТЫ «МАКС-М» ПОСЕТИЛИ ОТДАЛЕННЫЕ РАЙОНЫ ДАГЕСТАНА



Страховые представители компании «Макс-М» выехали в составе мобильных бригад в зоны отгонного животноводства Цумадинского, Рутульского, Хунзахского районов Республики Дагестан для проведения разъяснительной работы с населением.

По случаю начала работы передвижного медицинского комплекса в районах республики состоялись мероприятия с активным участием представителей администраций сел, медицинских работников и страховых представителей «Макс-М».

Участникам встреч рассказали о целях выездов мобильных бригад в сельские поселения, о значимости работы с населением: информационной, практической, консультативной. Специалисты медицинских организаций третьего уровня, прошедшие тщательный отбор, провели ряд инструментальных и лабораторных исследований для ранней диагностики заболеваний.

Задача страховых представителей на выездах – донести до жителей отдаленных поселений важность

заботы о своем здоровье ведь за незначительными симптомами может скрываться онкология. Страховые представители «Макс-М» провели беседу о здоровом образе жизни, о важности прохождения диспансеризации и профилактических осмотров, о деятельности службы страховых представителей компании, дали ряд консультаций по вопросам защиты прав в системе ОМС. Участникам мероприятий также раздали информационные материалы с контактами для обратной связи со страховыми представителями.

В Дагестане часто используются выездные формы работы, что способствует повышению доступности медпомощи населению сельской местности. Медико-экспедиционные бригады в составе специалистов республиканских медорганизаций выезжают во все районы республики.

В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ ВЫБРАЛИ ЛУЧШИХ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

В Хабаровском крае прошел первый краевой конкурс среди страховых представителей страховых медицинских организаций, работающих в сфере ОМС на территории Хабаровского края на звание «Лучший страховой представитель».



ПЕРВЫЙ КРАЕВОЙ КОНКУРС
НА ЗВАНИЕ «ЛУЧШИЙ СТРАХОВОЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ»

Конкурс стартовал по трем номинациям:

- «Лучший оператор 1 уровня Контакт-центра в сфере ОМС на территории Хабаровского края»;
- «Лучший оператор 2 уровня Контакт-центра в сфере ОМС на территории Хабаровского края»;
- «Лучший страховой представитель 2 уровня в медицинских организациях».

На базе ХКФОМС прошло первое испытание для операторов 1 и 2 уровня Контакт-центра. Конкур-



санты ответили на вопросы застрахованных лиц, поступившие на телефон «горячей линии» СМО. Провести этот этап конкурса, выступив в роли застрахованных, помогли аспиранты, ординаторы и студенты Дальневосточного государственного медицинского университета. Ребята проявили при этом отличные актерские данные, смекалку и знания, полученные в университете и у специалистов Контакт-центра Фонда.



В ходе Конкурса будущие врачи смогли познакомиться с работой Контакт-центра в сфере ОМС на территории Хабаровского края



Жюри оценило видеовизитки конкурсантов и результаты испытаний первой части конкурса

В рамках заседания Координационного совета по защите прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования на территории Хабаровского края прошел второй этап Конкурса, где в присутствии членов Ко-

ординационного совета, жюри и приглашенных свое профессиональное мастерство продемонстрировали страховые представители 2 уровня в медицинских организациях. Специалисты решали ситуационные задачи и отвечали на вопросы, которые наиболее часто поступают к страховым представителям 2 уровня, работающим в медицинских организациях края.



Страховой представитель 2 уровня в медицинской организации Хабаровского филиала ООО ВТБ МС Бондаренко Анастасия Валерьевна за выполнением конкурсного задания



Страховой представитель 2 уровня в медицинской организации Хабаровского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Скрипник Светлана Сергеевна отвечает на вопросы застрахованного лица

Отзывы жюри и заинтересованность присутствующих показали, насколько востребована и необходима работа страховых представителей страховых медицинских организаций.

Мы поздравляем победителей!



- **Либус Елена Анатольевна** – победитель номинации «Лучший оператор 1 уровня Контакт-центра в сфере ОМС на территории Хабаровского края» (филиал «Хабаровский» АО «Страховая группа «Спасские ворота-М»). Награду вручил председатель Дальневосточного регионального союза общественных объединений пациентов, член Координационного совета по защите прав застрахованных Гончаров Дмитрий Иванович.



- **Осыко Анастасия Андреевна** – победитель номинации «Лучший оператор 2 уровня Контакт-центра в сфере ОМС на территории Хабаровского края» (Хабаровский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»). Награду вручила председатель Хабаровского краевого объединения организаций профсоюзов, член Координационного совета по защите прав застрахованных Кононенко Галина Анатольевна.



- **Бондаренко Анастасия Валерьевна** – победитель номинации «Лучший страховой представитель 2 уровня в медицинской организации» (Хабаровский филиал ООО ВТБ МС). Награду вручила директор Хабаровского краевого фонда ОМС, председатель Координационного совета по защите прав застрахованных, председатель жюри конкурса Пузакова Елена Викторовна.

Кроме индивидуальных состязаний между страховыми представителями, прошли и творческие спарринг-поединки между коллективами страховых медицинских организаций, работающих в сфере ОМС на территории Хабаровского края, в номинации «Лучшее приглашение на диспансеризацию». Цель творческого номера – мотивировать застрахованных лиц пройти диспансеризацию.



Директор Хабаровского краевого фонда ОМС Е.В. Пузакова (вторая слева) и руководители СМО, работающих на территории Хабаровского края: Ю.В. Шептур, И.Г. Щербакова, А.А. Вахрушев, Н.А. Лазерко.

Специалисты страховых компаний примерили на себя роли режиссеров, операторов, актеров, исполнителей популярных песен и блестяще справились с ними.

По оценкам жюри и мнению присутствующих (улыбкам и аплодисментам) победу в творческом конкурсе одержал коллектив Хабаровского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» с короткометражным фильмом «Операция «Диспансеризация и другие приключения Павлика», в котором актерское мастерство проявили не только специалисты страховой компании, но и медицинские работники КГБУЗ «Городская клиническая поликлиника № 3» (г. Хабаровск).

«АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ-ОМС» ФИЛИАЛ «СИБИРЬ» ПРИНЯЛА УЧАСТИЕ ВО ВСЕМИРНОМ ДНЕ ДОБРОТЫ

СК «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» организовала праздник «Искорка добра» совместно с администрацией Детской городской больницы и волонтерами Прокопьевского техникума физической культуры.

Волонтеры подготовили для детей и подростков, находящихся на лечении в стационаре больницы, праздничную программу и развлекательные конкурсы. За участие дети получили от Ирины Юровой, директора Прокопьевского отделения «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь», сувениры от компании: наборы цветных карандашей, воздушные шары и магниты.

«Праздник доброты» получился веселым и познавательным, и мы рады, что стали участниками такого замечательного события. Ведь совсем не сложно улыбнуться друг другу, сделать комплимент, обнять родителей – список можно продолжать бесконечно. Мы стараемся напоминать детям о важности чуткости и милосердия, но главная ценность – это здоровье», – прокомментировала Ирина Юрова.



Здоровье подрастающего поколения – актуальная проблема и важнейший индикатор благополучия общества и государства. Сотрудники «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» провели информационно-разъяснительную работу по вопросам обязательного медицинского страхования, вручили детям листовки «Зарядка для глаз» и «Здоровый образ жизни».

В АЛТАЙСКОМ КРАЕ СТРАХОВЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ ОТКРЫЛИ ОЧЕРЕДНОЙ ГОД ИНФОРМАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ

В регионе страховыми медицинскими организациями в тесном взаимодействии с Краевым центром медицинской профилактики «Центр общественного здоровья» продолжается активная работа по информированию застрахованных лиц о важности и необходимости профилактических мероприятий. Встречи с населением проходят регулярно в местах массовых посещений: в торговых центрах, на рынках, на городских и краевых мероприятиях.

Первое профилактическое мероприятие в новом году состоялось на территории ООО «Центральная Ярмарка» г. Барнаула. Во время работы на Старом базаре врачи мобильного центра здоровья проводили профилактические обследования, направленные на выявление у горожан факторов развития риска хронических неинфекционных заболеваний, таких как гипертония, глаукома, сахарный диабет и других. Со своей стороны страховые представители информировали жителей города о важности регулярного прохождения профилактических осмотров, онко-скрининга, диспансеризации и последующего диспансерного наблюдения у врача, поскольку основной задачей данных мероприятий является выявление и предупреждение заболеваний.

Кроме того, представители СМО подробно рассказывали о деятельности службы страховых представителей, бесплатной медицинской помощи, предусмотренной Территориальной программой обязательного медицинского страхования, и многих других вопросах, связанных с получением медицинских услуг в условиях поликлиники, дневного и круглосуточного стационаров, возможности проведения диагностических исследований по полису ОМС, а также о работе Контакт-центра в сфере ОМС. Ответ-





чали на интересующие вопросы и раздали буклеты с подробной информацией, касающейся сферы обязательного медицинского страхования.

В 2019 году в рамках федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» и деятельности страховых медицинских организаций по информационному сопровождению застрахованных лиц все жители Алтайского края, включенные медицинскими организациями в списки граждан, подлежащих прохождению профилактических мероприятий, получили от страховых компаний персональные приглашения



посетить поликлинику для проведения обследований. Эффективность информирования составила более 80% - это один из наиболее высоких показателей по Российской Федерации.

По итогам прошедшего года в Алтайском крае более 957 тысяч человек приняли участие в различных профилактических мероприятиях: прошли профосмотры, диспансеризацию или обследование в рамках диспансерного наблюдения.

«ИНГОССТРАХ-М» ОТКРЫЛ «ГОД ЗДОРОВЬЯ»



Губернатор Курской области Роман Старовойтов объявил 2020 год годом здоровья, который стартовал с физкультурного флэшмоба и массового забега, проводимых во всех городах и районах Курской области.

Страховые представители филиала страховой компании «Ингосстрах-М» в г. Курске активно поддержали инициативу и приняли участие совместно с

застрахованными в оздоровительном мероприятии, личным примером внедряя принцип здоровья среди различных групп населения.

В школах, парках и на площадях городов и сел страховые представители раздавали брошюры о здоровом образе жизни, необходимости поддержания здоровья и своевременного прохождения профилактических мероприятий.

