02/20



# ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ **МЕДИЦИНСКОЕ** СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Президент Владимир Путин провел совещание по вопросу о санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации

В ФОМС проведено видеоселекторное совещание с территориальными фондами ОМС по вопросам возобновления плановой работы медицинских организаций



#### ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

# ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
02/20

#### ISSN 2221-9943

### «ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 2, 2020

Научно-практический журнал

#### РЕЛАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

*Председатель редакционного совета* **Е.Е. Чернякова** – Председатель ФОМС

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 Всеросийского союза общественных объединений пациентов

С.Г. Кравчук – заместитель Председателя ФОМС

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

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

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

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

И.В. Соколова – заместитель Председателя ФОМС

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

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

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

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

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

#### Главный редактор:

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

#### **Учредитель**

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология» Номер подписан в печать 17.08.2020 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 статей) 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



## СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО   НОВОСТИ	
Новые кадровые назначения	5
<b>ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СМО</b>	
Д.Ю. Кузнецов	
Роль страховых медицинских организаций	
з адаптации системы здравоохранения	2
с кризисным ситуациям	5
Ч.И. Гришина, А.А. Старченко	
Методология и первые результаты экспертизы	
качества медицинской помощи по поводу	
коронавирусной инфекции	,
с летальным исходом46	)
ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС	
А.М. Цигельник, Н.А. Матвеева	
Энкомониторинг –	
новый инструмент в работе ТФОМС58	3
РЕГИОНАЛЬНЫЕ НОВОСТИ	
Тоздравления «СОГАЗ-Мед»	
ко Дню защиты детей	4
75 лет - помним, гордимся!	
Тамять Великой Отечественной войны –	
истории семей сотрудников	
ГФОМС Красноярского края66	5

## О ПРЕДСЕДАТЕЛЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 13 марта 2020 г. № 600-р Чернякова Елена Евгеньевна назначена Председателем Федерального фонда обязательного медицинского страхования





#### Чернякова Елена Евгеньевна

Родилась 21 декабря 1969 г. в городе Казани.

В 1997 г. окончила Московский государственный университет коммерции.

В 1991–1995 гг. работала экономистом, бухгалтером, главным бухгалтером производственных подразделений AO «КамA3».

В 1995–2001 гг. занимала должности заместителя главного бухгалтера, начальника службы, главного бухгалтера Производственного эксплуатационного жилищного управления города Набережные Челны.

В 2001–2011 гг. – начальник управления Министерства строительства, архитектуры и жилищно-коммунального хозяйства Республики Татарстан, затем заместитель директора Центра экономических и социальных исследований при кабинете министров Республики.

В марте 2011 г. назначена заместителем директора Департамента бюджетной политики и методологии Министерства финансов Российской Федерации.

С 2011 г. директор Департамента информационных ресурсов Министерства финансов Российской Федерации, затем возглавила Департамент информационных технологий в сфере управления государственными и муниципальными финансами и информационного обеспечения бюджетного процесса Министерства финансов Российской Федерации.

13 марта 2020 г. назначена Председателем Федерального фонда обязательного медицинского страхования распоряжением Правительства Российской Федерации от 13 марта 2020 г. № 600-р.

Е.Е. Чернякова имеет классный чин – действительный государственный советник Российской Федерации 3-го класса. Награждена медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени. Имеет благодарности Президента Российской Федерации и Министра финансов Российской Федерации. Также награждена почетной грамотой Президента Российской Федерации, грамотой Генерального прокурора Российской Федерации, медалью «За содействие ФНС России» Федеральной налоговой службы.

Имеет ряд наград федеральных органов власти и органов власти субъектов Российской Федерации. Заслуженный экономист Республики Татарстан.

# О ЗАМЕСТИТЕЛЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 2 апреля 2020 г. № 855-р Митрофанова Ольга Сергеевна назначена заместителем Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования





#### Митрофанова Ольга Сергеевна

Родилась 21 декабря 1979 г. в городе Нижнем Новгороде.

В 2002 г. окончила Казанский государственный технологический университет.

В 2002–2006 гг. занимала должности ведущего специалиста, главного специалиста, начальника отдела, заместителя начальника управления-начальника отдела финансовой и инвестиционной политики Министерства строительства, архитектуры и жилищно-коммунального хозяйства Республики Татарстан.

В 2006–2009 гг. – начальник отдела социального программирования Центра экономических и социальных исследований при Правительстве Республики Татарстан.

В 2009–2010 гг. – начальник отдела бюджетной политики в социально-культурной сфере Министерства финансов Республики Татарстан.

В 2010–2011 гг. – заместитель директора Центра экономических и социальных исследований при Правительстве Республики Татарстан.

В 2011–2020 гг. – заместитель директора департамента информационных технологий в сфере управления государственными и муниципальными финансами и информационного обеспечения бюджетного процесса Министерства финансов Российской Федерации.

2 апреля 2020 г. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 02.04.2020 г. № 855-р назначена заместителем Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Ольга Сергеевна Митрофанова имеет классный чин – действительный государственный советник Российской Федерации 3-го класса.

Имеет благодарности Президента Российской Федерации, Министра финансов Российской Федерации, Руководителя Федеральной налоговой службы.

Награждена медалью «В память 1000-летия Казани».



# ПРЕЗИДЕНТ ВЛАДИМИР ПУТИН ПРОВЕЛ СОВЕЩАНИЕ ПО ВОПРОСУ О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

22 мая 2020 года, Московская область, Ново-Огарево



В режиме видеоконференции Глава государства обсудил с участниками совещания основные вопросы противодействия распространению новой коронавирусной инфекции как в целом по стране, так и в регионах России, особенности поддержки экономики государства, предприятий и граждан в условиях панлемии.



**В. Путин:** Еще раз подчеркну: сейчас, в период поэтапного выхода из режимов ограничений, восстановления работы ключевых отраслей промышленности, сельского хозяйства, широкое проведение тестов, строгое, неукоснительное соблюдение всех санитарных требований имеет ключевое значение для того, чтобы снизить, локализовать риски, закрепить успехи, которые мы достигли в борьбе с эпидемией, не допустить отката назад, защитить жизнь, здоровье, безопасность людей. Все это чрезвычайно важные вещи, и они полностью соответствуют рекомендациям ВОЗ.

В этой связи отмечу еще один значимый факт. Именно профилактика, широкое тестирование позволяют сейчас работать системе здравоохранения с хорошим запасом надежности и прочности. Из 165 тысяч специализированных коек, развернутых для помощи людям с тяжелыми осложнениями, вызванными коронавирусом, используется порядка 110 тысяч, это, как мы видим, около 66 процентов. Но, повторю, весь созданный резерв коечного фонда должен находиться в режиме постоянной готовности.

При этом – вновь обращаю внимание – необходимо как можно быстрее восстановить в полном объеме ритмичную, плановую работу с больными с сердечно-сосудистыми, онкологическими, эндокринными и другими заболеваниями. Мы, собственно говоря, об этом неоднократно уже говорили. Это касается работы служб скорой помощи, поликлиник, больниц и специализированных медицинских центров.

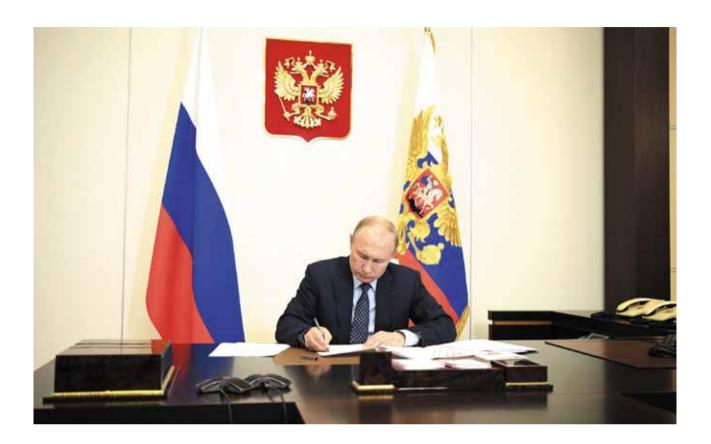


Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации Татьяна Голикова, возглавляющая штаб по борьбе с коронавирусной инфекцией, в своем выступлении отметила, что страна перешла в режим стабилизации, снижаются темпы прироста выявления новых случаев коронавирусной инфекции.

**Т. Голикова:** Сегодня, несмотря на все сложности и мрачность прогнозов, которые давались, мы можем твердо сказать, что медицинская система выдержала это испытание. Мы закупили и произвели оборудование, на данный момент развернули уже даже больше коек, чем Вы сказали в своем вступительном слове, – это 166,3 тысячи. Мы кратно нарастили тестирование, мобилизовали и обучили медицинский персонал, и, что очень важно, мы накопили опыт лечения инфекции. Это важно, потому что позволяет улучшать качество той терапии, которую мы оказываем нашим пациентам.

Мы, конечно, понимаем, что развитие инфекции имеет свои законы. Часть больных переносит эту инфекцию в тяжелой форме, и это требует интенсивной терапии и реанимации. Введенный с начала эпидемии, как я уже сказала, ежедневный мониторинг за выявленными новыми случаями и, к сожалению, показателями смертности позволил нам иметь полное понимание о развитии ситуации, ее предсказуемости и прогнозе, о котором нам сегодня предстоит еще поговорить.

Хочу отметить, что возможности нашей системы здравоохранения позволяют бороться за каждую жизнь. Мы пытаемся спасти максимальное количество пациентов, но болезнь и хронические заболевания не всегда заканчиваются благоприятным исходом.



**В. Путин:** Нужно готовиться к третьему этапу – то есть к восстановлению работы в полном обычном режиме, оказанию полноценной помощи, в том числе высокотехнологичной, тем пациентам, которые в ней нуждаются. Безусловно, мы к этому идем, и это нужно делать.

Я просто хочу обратить внимание своих коллег, прежде всего Министра здравоохранения Михаила Альбертовича Мурашко, на то, что нам нужно готовиться и к этому. Но нужно готовиться и к тому, что, постепенно выходя из режимов ограничений, в которых мы в значительной степени еще сегодня живем, нам нужно думать и о том, о чем говорят специалисты — и здесь присутствующие, и их коллеги за рубежом. Может быть еще и другая волна, которая, возможно, будет где-то осенью, конец октября-ноября. Я позже еще об этом скажу. Поэтому это мы тоже должны иметь в виду и быть готовыми и к такому развитию ситуации.

Уважение и доверие к доктору, к врачу у нас в стране всегда было очень высоким. А сейчас это, конечно, поднялось на гораздо более серьезную высоту, потому что мы видим, как медицинские работники, врачи, медсестры, вообще медперсонал работает, не жалея себя, это дорогого стоит, и это, безусловно, вызывает ответную реакцию у наших людей.

https://www.kremlin.ru

## В ФОМС ПРОВЕДЕНО ВИДЕОСЕЛЕКТОРНОЕ СОВЕЩАНИЕ С ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМИ ФОНДАМИ ОМС ПО ВОПРОСАМ ВОЗОБНОВЛЕНИЯ ПЛАНОВОЙ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

5 Июня 2020 года, Москва



Председатель ФОМС Елена Чернякова провела видеоселекторное совещание по актуальным вопросам возобновления плановой работы федеральных и региональных медицинских организаций по оказанию первичной медико-санитарной и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи населению.

Возобновление профильной деятельности медицинских организаций осуществляется в три этапа по решению высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Феде-

рации) на основании предложений, предписаний главных государственных санитарных врачей субъектов Российской Федерации, на основе достижения показателей, характеризующих распространение новой коронавирусной инфекции в регионе, наличие свободного коечного фонда для лечения больных

11

COVID-19 и охват населения тестированием методом ПЦР.

Министерством здравоохранения Российской Федерации рекомендован поэтапный режим перевода медицинских организаций в штатный режим работы: в первую очередь – федеральных медицинских организаций, на втором этапе – медицинских организаций частной системы здравоохранения, на третьем этапе – государственных медицинских организаций. При этом сначала должны открыться монопрофильные медицинские организации, в том числе оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь, затем – медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь, и на последнем этапе восстановления деятельности – иные медицинские организации.

Следует отметить, что инфекционные больницы продолжат работу по фактической заболеваемости.

В целях поэтапного возобновления деятельности медицинских организаций органом исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья совместно с Роспотребнадзором будут сформированы планы мероприятий («дорожные карты»), в рамках реализации которых будут утверждены схемы маршрутизации пациентов.

Приказом Минздрава России от 29.02.2020 № 513н внесены изменения в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19», предусматривающие обязательное проведение тестирования пациентов на наличие новой коронавирусной инфекции перед плановой госпитализацией.

При госпитализации застрахованного лица медицинской организацией обеспечивается: прием (осмотр) врачом-терапевтом/врачом-педиатром, бесконтактная термометрия, пульсоксиметрия, а также при наличии медицинских показаний – обзорная рентгенография или КТ легких и тестирование на наличие новой коронавирусной инфекции (допускается применение экспресс-тестов).

Профилактические мероприятия (профилактические медицинские осмотры, диспансеризация,

диспансерное наблюдение) проводятся по установленному режиму работы поликлиники и графику работы врачей на период поэтапного возобновления деятельности медицинской организации, с учетом необходимости реализации противоэпидемических мер (социальное дистанцирование не менее 1,5 метра, проведение дезинфекционных мероприятий и др.), по спискам застрахованных лиц, подлежащих указанных профилактическим мероприятиям, сформированным медицинскими организациями и доведенным до страховых медицинских организаций.

Страховые медицинские организации в соответствии с главой XV Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н, информируют застрахованных лиц о прохождении профилактических мероприятий в соответствии с указанными списками с доведением информации о дате и времени планируемого осмотра и необходимых обследований.

Формирование списков лиц с высоким риском тяжелого заболевания (лица старше 65 лет, лица с хроническими заболеваниями, в том числе сердечно-сосудистыми, органов дыхания, диабетом), подлежащих диспансеризации и диспансерному наблюдению осуществляется с учетом приоритета их проведения на дому или по выделенному диспансерному дню (с принятием дополнительных мер при вынужденном выходе из дома).

Страховым медицинским организациям следует обеспечить информационное сопровождение застрахованных лиц с учетом приказов органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья о корректировке и утверждении схем маршрутизации пациентов для плановой госпитализации, в том числе в целях оказания ВМП.

Елена Чернякова отметила, что система ОМС готова к возобновлению плановой работы медицинских организаций. При этом перед страховыми медицинскими организациями стоит важная задача по восстановлению работы страховых представителей по информированию застрахованного населения о прохождении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

## ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОМС ЕЛЕНА ЧЕРНЯКОВА В СОСТАВЕ ДЕЛЕГАЦИИ МИНЗДРАВА РОССИИ ПОСЕТИЛА РЕСПУБЛИКУ БАШКОРТОСТАН

1 Июня 2020 года, Уфа



Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Елена Чернякова приняла участие в торжественном открытии нового клинико-диагностического инфекционного центра в Уфимском районе Республики Башкортостан с участием Министра здравоохранения Российской Федерации Михаила Мурашко.

Центр построен в рекордно короткие сроки, размещается на территории индустриального парка «Зубово» и предназначен для приёма пациентов в том числе с новой коронавирусной инфекцией, включает в себя 100 боксированных палат, в том



числе 82 бокса круглосуточного пребывания и 18 реанимаций.

Михаил Мурашко и Елена Чернякова также приняли участие в практической конференции «Особенности лечения онкологических больных в условиях новой коронавирусной инфекции COVID-19».



Глава ФОМС представила на конференции доклад на тему: «Результаты мониторинга оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в условиях коронавирусной инфекции в субъектах Приволжского округа». Елена Чернякова отметила, что финансовое обеспечение медпомощи пациентам с онкозаболеваниями увеличено



в 2020 году по сравнению с 2019 годом на 35,4% и составило 271,3 млрд руб.

Объемы медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в условиях круглосуточного и дневного стационаров в регионах Приволжского федерального округа за 4 месяца 2020 года также возросли по сравнению с аналогичным периодом 2019 года (за исключением ряда субъектов, которым дано поручение о проведении анализа ситуации в ближайшее время).



Кроме того, глава ФОМС провела рабочую встречу с коллективом Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Баш-



кортостан. В ходе встречи Елена Чернякова оценила результаты его деятельности, обсудила актуальные вопросы системы ОМС в условиях распространения COVID-19, обозначила основные задачи, стоящие перед системой ОМС в условиях пандемии. В совещании помимо сотрудников Территориального фонда приняли участие заместитель Премьер-министра Правительства Республики — министр семьи, труда и соцзащиты населения Ленара Иванова, замминистра здравоохранения Республики Ольга Горбацевич и замминистра финансов Башкирии Зинур Бакиров.

# ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЕЛЕНА ЧЕРНЯКОВА: ОБ ИЗМЕНЕНИИ ПОРЯДКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФОМС, СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПЕРИОД РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ



В целях обеспечения финансовой стабильности медицинских организаций в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации проведена работа по внесению изменений в нормативные правовые акты в сфере обязательного медицинского страхования.

Так, Федеральным законом от 01.04.2020 № 98-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций» (далее - Федеральный закон №98-ФЗ) в Федеральный закон от 29.11.2011 № 326-ФЗ «Об обязательном

медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ) внесены изменения в части:

- установления руководителем высшего исполнительного органа государственной власти субъекта
  Российской Федерации сроков подачи уведомления о включении медицинской организации в
  реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, отличные от применяемых в настоящее время;
- определения права Правительства Российской Федерации установить особенности реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией;
- установления механизма дополнительного финансового обеспечения медицинских организаций, связанных с изменением деятельности в условиях угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, вызванных новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

# Особенности реализации базовой программы ОМС в 2020 году)

Федеральным законом от 01.04.2020 № 98-Ф3 «О внесении изменений в отдельные законодатель-

ные акты Российской Федерации по вопросам предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций» (далее – Федеральный закон № 98-ФЗ) были внесены соответствующие изменения в Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ), определяющие, что в условиях чрезвычайной ситуации или при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, Правительство Российской Федерации вправе установить особенности реализации базовой программы обязательного медицинского страхования (ч. 8.1 ст. 35 Федерального закона № 326-ФЗ).

Постановление правительства от 03.04.2020 № 432 (далее – Постановление № 432) определило особенности реализации базовой программы ОМС в условиях угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией (далее – особые условия).

Было приостановлено проведение профилактических мероприятий в части диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также профилактических медицинских осмотров граждан, в т.ч. несовершеннолетних (подп. «а» п. 1 Постановления № 432). Проведение Всероссийской диспансеризации взрослого населения было приостановлено распоряжением Правительства Российской Федерации от 21.03.2020 № 710-р «О приостановлении проведения Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации в соответствии с распоряжением Правительства РФ от 27.06.2019 № 1391-р».

Изменение программы ОМС в части медосмотров и диспансеризации повлияло на изменение порядка финансирования медорганизаций.

В период действия особых условий оплата первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц с учетом приостановления профилактических мероприятий. Исключение – оплата за оказание медицинской помощи за пределами субъекта РФ, на территории

которого выдан полис ОМС, а также в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц (подп. «д» п. 1 Постановления № 432).

Внесены соответствующие изменения в территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части увеличения подушевого норматива финансирования медорганизаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, в том числе за счет включения средств ОМС, выделенных на профосмотры и диспансеризацию. Тарифными комиссиями субъектов установлен отдельный тариф на оплату медицинской помощи пациентам с пневмонией, вызванной коронавирусом и подтвержденной лабораторными и инструментальными исследованиями в условиях стационаров.

Во всех субъектах Российской Федерации внесены изменения в Тарифные соглашения в части реализации нововведений, связанных с эффективной оплатой случаев лечения пациентов с COVID-19 за счет средств обязательного медицинского страхования.

# Дополнительное финансовое обеспечение медицинских организаций в связи с изменением деятельности в период действия особых условий

Федеральным законом № 98-ФЗ) внесены изменения в Федеральный закон № 326-ФЗ, устанавливающие порядок дополнительного финансового обеспечения медицинских организаций в связи с изменением деятельности в период действия особых условий.

Источник дополнительного финансового обеспечения – средства федерального бюджета. Средства передаются в бюджет субъекта РФ для последующего перечисления их в форме межбюджетных трансфертов в нормируемый страховой запас территориальных фондов ОМС.

Перечень медицинских организаций, которым будут представлены дополнительные средства,

Рекомендации по установлению тарифов на оплату случаев госпитализации COVID-19 в стационарных условиях в зависимости от степени тяжести заболевания (письмо Федерального фонда от 31.03.2020  $N^2$  4150/26-2/2274):

1. Для случаев легкого течения заболевания:

Выделение подгруппы в рамках КСГ st23.004.1 «Пневмония, плеврит, другие болезни плевры (COVID-19)» с установлением коэффициента затратоемкости в диапазоне от 3 до 4. Расчетная стоимость случая составляет от 89,3 тыс. рублей до 119,1 тыс. рублей.

2. Для случаев среднетяжелого течения заболевания:

Выделение подгруппы в рамках КСГ st12.013 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции (среднетяжелое течение COVID-19 с установлением коэффициента затратоемкости в диапазоне от 5 до 5,5 и применением классификационного критерия «непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение менее 120 часов». Расчетная стоимость случая составляет от 148,9 тыс. рублей до 163,7 тыс. рублей.

3. Для случаев тяжелого течения заболевания:

Выделение подгруппы в рамках КСГ st12.013.1 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции (тяжелое течение COVID-19)» с установлением коэффициента затратоемкости в диапазоне от 6 до 9 и применением классификационного критерия «непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 120 часов и более». Расчетная стоимость случая составляет от 178,6 тыс. рублей до 267,9 тыс. рублей.

При этом случаи проведения экстракорпоральной мембранной оксигенации оплачиваются по отдельному тарифу по КСГ st36.011 «Экстракорпоральная мембранная оксигенация» с коэффициентом затратоемкости 15,57. Расчетная стоимость случая составляет 463,5 тыс. рублей.

Кроме того, при необходимости в Тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации может устанавливаться коэффициент сложности лечения пациента для случаев лечения пациентов с COVID-19 в значении до 1,8. Вместе с тем в Тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации устанавливается тариф на оплату тестирования групп риска на выявление COVID-19, рассчитанный в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в составе Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 №108н.

утверждают высшие должностные лица субъектов РФ (руководитель высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ) на основании соглашения, типовой формы и порядка заключения, утверждаемых Минздравом России.

В каждом субъекте Российской Федерации выделение дополнительного финансирования проводится в соответствии с конкретной финансовой ситуацией и выполнением объемов медицинской помощи медицинскими организациями.

С 25 апреля 2020 года вступил в силу приказ Минздрава от 09.04.2020 № 299н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского

страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н», которым регламентируются отдельные вопросы финансового обеспечения медицинской помощи за счет средств ОМС в условиях пандемии. Так, на период действия особых условий Правилами ОМС увеличен до 100% размер заявок на авансирование медицинской помощи. Указанная мера направлена на обеспечение финансовой стабильности медицинских организаций до выхода нормативных правовых документов, регламентирующих правила предоставления средств из нормированного страхового запаса.

В связи с угрозой распространения коронавируса изменился порядок включения медицинских организаций в систему ОМС – в реестр могут войти медицинские организации любой формы собственности, в том числе частной, уже в текущем году. Для этого нужно подать уведомление в ТФОМС. Руководители высших исполнительных органов государственной власти субъектов РФ устанавливают сроки подачи уведомлений о включении медицинских организаций в реестр. Особенно важна эта норма для частных медицинских лабораторий, имеющих разрешение Роспотребнадзора и подготовленных для проведения тестирования новой коронавирусной инфекции. Изменения в Федеральный закон № 326-ФЗ внес Федеральный закон № 98-ФЗ.

#### Определен временный порядок плановой госпитализации пациентов

Получить плановую медицинскую помощь в стационаре и дневном стационаре, сделать инструментальные и лабораторные исследования (КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы) пациент может по направлению врача поликлиники, которую выбрал для получения медпомощи в рамках ОМС. Также направление может выдать орган исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья (подп. «б» п. 1 Постановления № 432).

При этом медицинская помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, болезнями сердечно-сосудистой и эндокринной системы, а также находящимся на заместительной почечной терапии (диализ) оказывается в полном объеме (подп. «в» п. 1 Постановления № 432).

Приказ Минздрава России от 19.03.2020 № 198н утвердил Временный порядок организации работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара (далее – Временный порядок).

В соответствии с Временным порядком руководители органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья и руководители медорганизаций рассматривают возможность переноса сроков оказания медицинской помощи в плановой форме. Таким образом, запрет на плановую госпитализацию пациентов в период действия особых условий не введен.

С 5 июня 2020 года вступил в силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации о порядке плановой госпитализации в медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, помощь, в условиях сохранения рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Согласно приказу всем пациентам на догоспитальном этапе, не ранее чем за 7 дней до поступления в стационар, должно быть проведено лабораторное исследования биоматериала (мазок из носо- и ротоглотки) на наличие COVID-19. Анализ проводится методом амплификации нуклеиновых кислот – иначе ПЦР, за счет средств ОМС.

Непосредственно уже при госпитализации пациента должен осмотреть врач-терапевт (для детей – врач-педиатр). Врач также обязан провести бесконтактное измерение температуры тела и пульсоксиметрию (замер насыщения крови кислородом).

При наличии медицинских показаний (повышенная температура, сниженный уровень кислорода, иные симптомы) врач может направить пациента на рентгенографию или компьютерную томографию легких, а также на дополнительное лабораторное исследование (мазок из носо- и ротоглотки) на наличие COVID-19 (допускается применение экспресс-тестов). Все обследования проводятся за счет средств ОМС.

Поэтому, если пациентов при плановой госпитализации просят самостоятельно, за свой счет, сдать тест на коронавирусную инфекцию, это является неправомерным.

ФОМС рекомендует в случае нарушения прав обращаться в страховую медицинскую организацию,



## ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ



В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В PAMKAX OMC

# ПОРЯДОК ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

в медицинские организации, оказывающие специализированную, в т.ч. высокотехнологичную помощь, в условиях сохранения рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, осуществляется по следующим алгоритмам:



#### Догоспитальный этап

Проведение не ранее чем за 7 дней до поступления лабораторного исследования биоматериала пациента (мазок из носо- и ротоглотки) на наличие COVID-19 (методом амплификации нуклеиновых кислот – ПЦР).



#### Во время госпитализации

- Прием-осмотр врачом-терапевтом (для детей - врачом-педиатром)
- Бесконтактная термометрия (измерение температуры тела)
- Пульсоксиметрия

   (замер насыщения крови кислородом)



#### При наличии медпоказаний:

- Рентгенография или компьютерная томография легких
- Лабораторное исследование биоматериала пациента (мазок из носо- и ротоглотки) на наличие COVID-19 (допускается применение экспресстестов).



Проведение лабораторного исследования на наличие COVID-19 выполняется за счет средств OMC!

#### ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПРИ COVID-19<sup>2</sup>



#### Госпитализация пациентов осуществляется:

- при признаках пневмонии с распространенностью изменений в обоих легких более 25% (при наличии результатов КТ).



#### Также госпитализации подлежат пациенты:

- 🗸 старше 65 лет ;
- имеющие хронические тяжелые заболевания: (артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, онкологические заболевания, сахарный диабет, с иммунодефицитными состояниями и пр.);
- пациенты, проживающие в общежитии, многонаселенной квартире, с лицами старше 65 лет или входящими в группу риска.



### Дети до 18 лет госпитализируются при:

- ▼ Т > 39,0°С в день обращения или Т > 38°С в течение 5 дней и больше;
- при насыщении крови кислородом < 95%;</li>
- дыхательной недостаточности, тахикардии, одышке, эпизодах апноэ и пр.;
- наличии тяжелых фоновых заболеваний (иммунодефицитное состояние, онкологические заболевания; болезни с нарушениями системы свертывания крови; пороки и заболевания сердца, легких; сахарный диабет, ожирение и пр.);
- невозможности изоляции при проживании с лицами, относящими к группе риска отсутствии условий для лечения на дому или гарантий выполнения рекомендаций.

которая выдала полис ОМС. Страховой представитель свяжется с медицинской организацией или с соответствующим органом управления здравоохранением для решения возникшей проблемы.

Новым приказом Минздрава утвержден не только порядок госпитализации, но и порядок выписки (перевода) из медицинской организации и критерии выздоровления пациентов. Также важно, что утверждены четкие критерии состояния больных, градация коечного фонда, видов транспортировки и т.д. Это поможет не только пациентам, которые должны получить своевременную и качественную медицинскую помощь, но и лечащим врачам, а также врачам-экспертам страховых компаний.

При подтвержденном заболевании COVID-19 госпитализации подлежат пациенты, если у них отмечается температура 38,5°C в течение 3 дней, сатурация (насыщение крови кислородом) меньше 95%, имеются признаки пневмонии с распространенностью изменений в обоих легких более 25% (при наличии результатов КТ).

В стационар также направляются пациенты старше 65 лет, имеющие хронические тяжелые заболевания: артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, онкологические заболевания, сахарный диабет, ревматоидный артрит, пациенты, получающие сеансы гемодиализа, с иммунодефицитными состояниями и пр. Люди, болеющие COVID-19, проживающие в общежитии, многонаселенной квартире или с лицами старше 65 лет/входящими в группу риска, тоже должны быть госпитализированы.

Особый порядок госпитализации предусмотрен и для детей до 18 лет, у которых имеется заболевание COVID-19. Так, они должны быть направлены в стационар, если температура выше 39,0°С в день обращения или больше 38°С в течение 5 дней, при сатурации менее 95%, признаках дыхательной недостаточности, тахикардии, одышке, эпизодах апноэ, наличии геморрагической сыпи и пр.

В больницу также необходимо направлять детей при наличии у них тяжелых фоновых заболеваний (иммунодефицитное состояние, онкологические за-

болевания; болезни с нарушениями системы свертывания крови; пороки и заболевания сердца, легких; сахарный диабет, ожирение и пр.).

Кроме того, направление в стационар должно быть выдано, если ребенок проживает вместе с родственниками, относящими к группе риска, а также при отсутствии условий для лечения на дому или гарантий выполнения медицинских рекомендаций (общежитие, учреждения соцобеспечения, социально неблагополучная семья и т.п.).

При выписке или переводе пациента на долечивание в другой стационар его транспортировка осуществляется санитарным транспортом. Водитель и сопровождающий медицинский работник при этом обязаны использовать средства индивидуальной защиты (очки, одноразовые перчатки, респиратор, противочумный костюм 1-го типа или одноразовый халат, бахилы).

# Контроль качества медицинской помощи в сфере ОМС, оказанной пациентам с COVID19

В соответствии с подпунктами «з» и «и» Постановления № 432 СМО и ТФОМС частично приостанавливают экспертные мероприятия, а ТФОМС приостанавливает плановый контроль за деятельностью СМО.

Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию утвержден приказом ФОМС от 28.02.2019 № 36 (далее – Порядок контроля). Исходя из положений подпункта «з» пункта 1 Постановления № 432, Порядок контроля, в том числе при оказании медицинской помощи больным с коронавирусной инфекцией, на период введения особых условий действует в части проведения страховыми медорганизациями:

 медико-экономического контроля всех случаев оказания медицинской помощи, предъявленных медицинской организацией на оплату за счет средств обязательного медицинского страхования; Постановлением Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 № 432 установлены особенности реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, в соответствии с которыми территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации приостанавливают проведение ряда контрольных и экспертных мероприятий, предусмотренных в сфере обязательного медицинского страхования:

- плановых медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи, а также медико-экономических экспертиз по обращениям застрахованных лиц;
- планового контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

Продолжается проведение целевых экспертных мероприятий, а также плановых экспертиз при онкологических заболеваниях, остром нарушении мозгового кровообращения, остром коронарном синдроме.

Учитывая приостановление на период действия особых условий проведения медико-экономических экспертиз по обращениям застрахованных лиц, рассмотрение указанных обращений осуществляется в рамках целевой экспертизы качества медицинской помощи.

В условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, контроль за использованием средств ОМС действует в части проведения внеплановых проверок, а также в случаях обжалования медицинской организацией заключения страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи путем направления претензии.

## Сведения об организации и проведении контрольных и экспертных мероприятий в условиях угрозы распространения новой коронавирусной инфекции

Наименование контрольно-экспертного мероприятия и основания его проведения	Основание для проведения контрольно-экспертных мероприятий в соответствии с приказом ФОМС от 28.02.2019 №36*	Онование для проведения ТФОМС контроля за деятельностью страховой медицинской организации	Основание для приостановления проведения в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 №432
--	--	---	--

## Проведение страховыми медицинскими организациями контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помоши по обязательному медицинскому страхованию

условии предоставлении меди			
1. Медико-экономический контроль	раздел III (пункты 9-11) Порядка контроля	отсутствует	отсутствует
2. Медико-экономическая экспертиза:	«раздел IV Порядка контроля (пункты 17 и 20 Порядка контроля)»	отсутствует	приостановлена не в полном объеме
2.1. Целевая медико-экономическая экспертиза в случаях:	Пункт 17 Порядка контроля	отсутствует	приостановлена не в полном объеме
2.1.1. повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение тридцати дней - при оказании медицинской помощи амбулаторно, стационарно; в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова - при повторном вызове скорой медицинской помощи	подпункт 1 пункта 17 Порядка контроля	отсутствует	отсутствует

2.1.2. получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации	подпункт 2 пункта 17 Порядка контроля	отсутствует	приостановлена (подпункт «3» пункта 1)»
2.1.3. оказания медицинской помощи по профилю «онкология» с применением противоопухолевой терапии	подпункт 3 пункта 17 Порядка контроля	отсутствует	отсутствует
2.1.4. несвоевременной постановки на диспансерное наблюдение застрахованных лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение, а также несоблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований	подпункт 4 пункта 17 Порядка контроля	отсутствует	отсутствует
2.1.5. госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в плановой форме в стационаре (структурном подразделении стационара) другого профиля в соответствии с порядками оказания медицинской помощи	подпункт 5 пункта 17 Порядка контроля	отсутствует	отсутствует
2.2. Плановая медико-экономическая экспертиза	пункт 20 Порядка контроля	отсутствует	приостановлена (подпункт «з» пункта 1)»
3. Экспертиза качества медицинской помощи:	раздел V Порядка контроля (пункты 34 и 39 Порядка контроля)	отсутствует	приостановлена не в полном объеме
3.1. Целевая экспертиза качества медицинской помощи в случаях:	пункт 34 Порядка контроля	отсутствует	приостановлена не в полном объеме
3.1.1. получения жалобы от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации	подпункт 1 пункта 34 Порядка контроля	отсутствует	отсутствует
3.1.2. летальных исходов	подпункт 2 пункта 34 Порядка контроля	отсутствует	отсутствует
3.1.3. внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания	подпункт 3 пункта 34 Порядка контроля	отсутствует	отсутствует
3.1.4. первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей	подпункт 4 пункта 34 Порядка контроля	отсутствует	отсутствует
3.1.5. повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение тридцати дней - при оказании медицинской помощи амбулаторно, стационарно; в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова - при повторном вызове скорой медицинской	подпункт 5 пункта 34 Порядка контроля	отсутствует	отсутствует

Z	Z

3.1.6. отобранных по результатам целевой медико-экономической экспертизы	подпункт 6 пункта 34 Порядка контроля	отсутствует	отсутствует
3.1.7. выявления по результатам целевой и тематической медико-экономической экспертизы нарушений при оказании медицинской помощи по профилю «онкология»	подпункт 7 пункта 34 Порядка контроля	отсутствует	отсутствует
3.2. Плановая экспертиза качества медицинской помощи	пункт 39 Порядка контроля	отсутствует	приостановлена (подпункт «з» пункта 1)

# «Проведение ТФОМС контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в рамках межтерриториальных расчетов (пункт 96 Порядка контроля - в соответствии с разделами III-V Порядка контроля)»

1. Медико-экономический контроль	раздел III (пункты 9-11) Порядка контроля	отсутствует	отсутствует
2. Медико-экономическая экспертиза	раздел IV Порядка контроля (пункты 17 и 20 Порядка контроля)	отсутствует	приостановлена в части плановой медико-экономической экспертизы (подпункт «з» пункта 1)
3. Экспертиза качества медицинской помощи	раздел V Порядка контроля (пункты 34 и 39 Порядка контроля)	отсутствует	приостановлена в части плановой экспертизы качества медицинской помощи не в полном объеме (подпункт «з» пункта 1)»

# Проведение ТФОМС контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в рамках контроля за деятельностью страховых медицинских организаций (часть 11 статьи 40 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», раздел VI Порядка контроля)

1. Медико-экономический контроль	«раздел VI Порядка контроля (пункт 53 Порядка контроля)»	«пункт 17.1 Положения о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.04.2012 №73, (далее - Положение о контроле)»	отсутствует
2. Повторные медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи в случаях:	пункт 57 Порядка контроля	абзац 3 пункта 5 и пункт 17.1 Положения о контроле	приостановлена в части плановой медико-экономической экспертизы (подпункт «з» пункта 1)

2.1. проведения территориальным фондом документальной проверки соблюдения страховой медицинской организацией законодательства в сфере обязательного медицинского страхования	подпункт 1 пункта 57 Порядка контроля	абзац 3 пункта 5 и пункт 17.1 Положения о контроле	«приостановлена в части плановой экспертизы качества медицинской помощи не в полном объеме (подпункт «3» пункта 1)»
2.2. выявления нарушений при организации страховой медицинской организацией контроля	подпункт 2 пункта 57 Порядка контроля	абзац 3 пункта 5 и пункт 17.1 Положения о контроле	приостановлена в части плановой экспертизы качества медицинской помощи не в полном объеме (подпункт «з» пункта 1)»
2.3. наличия противоречий выводов эксперта качества медицинской помощи описанию выявленных нарушений в экспертном заключении	подпункт 3 пункта 57 Порядка контроля	абзац 3 пункта 5 и пункт 17.1 Положения о контроле	«приостановлена в части плановой экспертизы качества медицинской помощи не в полном объеме (подпункт «3» пункта 1)»
2.4. поступления претензии от медицинской организации, не урегулированной со страховой медицинской организацией (пункт 95 раздела XI Порядка контроля)	статья 42 Федерального закона от 29.11.2010 №326- ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», подпункт 4 пункта 57 Порядка контроля	абзац 3 пункта 5 и пункт 17.1 Положения о контроле	осуществляется в силу статьи 42 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
2.5. поступления жалобы застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи	подпункт 5 пункта 57 Порядка контроля»	абзац 3 пункта 5 и пункт 17.1 Положения о контроле	осуществляется в части целевой экспертизы качества медицинской помощи (подпункт «3» пункта 1)

<sup>\* -</sup> Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - Порядок контроля)

## Сведения об организации и проведении контрольных и экспертных мероприятий в условиях угрозы распространения новой коронавирусной инфекции

Основание для проведения контрольно-экспертного мероприятия
Наименование контрольно-экспертного мероприятия

Меропряитий в соответствии с приказом ФОМС от 28.02.2019 №36\*

Основание для проведения проведения проведения в соответствии с приказом ФОМС от 28.02.2019 №36\*

Правительства Российской Федерации от 03.04.2020
№432

I. Проведение страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования (в рамках медтерриториальных расчетов) контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

1. Медико-экономический контроль раздел III (пункты 9-11) действует Порядка контроля

- 2. Медико-экономическая экспертиза:
- 2.1. Целевая медико-экономическая экспертиза в случаях:

2.1.1. повторных обращений по поводу одного и того же заболевания: в течение тридцати дней - при оказании медицинской помощи амбулаторно, стационарно; в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова - при повторном вызове скорой медицинской помощи	подпункт 1 пункта 17 Порядка контроля	действует
2.1.2. получения жалоб от застрахованного лица или его представителя на доступность медицинской помощи в медицинской организации	подпункт 2 пункта 17 Порядка контроля	«приостановлена
(подпункт «»з»» пункта 1)»		
2.1.3. оказания медицинской помощи по профилю «онкология» с применением противоопухолевой терапии	подпункт 3 пункта 17 Порядка контроля	действует
2.1.4. несвоевременной постановки на диспансерное наблюдение застрахованных лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение, а также несоблюдения установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в них исследований	подпункт 4 пункта 17 Порядка контроля	действует
2.1.5. госпитализации застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в плановой форме в стационаре (структурном подразделении стационара) другого профиля в соответствии с порядками оказания медицинской помощи	подпункт 5 пункта 17 Порядка контроля	действует
2.2. Плановая медико-экономическая экспертиза	пункт 20 Порядка контроля	приостановлена (подпункт «з» пункта 1)»
3. Экспертиза качества медицинской помощи:		
3.1. Целевая экспертиза качества медицинской помощи в случая		
3.1.1. получения жалобы от застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в медицинской организации	подпункт 1 пункта 34 Порядка контроля	действует
3.1.2. летальных исходов	подпункт 2 пункта 34 Порядка контроля	действует
3.1.3. внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания	подпункт 3 пункта 34 Порядка контроля	действует
3.1.4. первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей	подпункт 4 пункта 34 Порядка контроля	действует
3.1.5. повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение тридцати дней - при оказании медицинской помощи амбулаторно, стационарно; в течение двадцати четырех часов от момента предшествующего вызова - при повторном вызове скорой медицинской помощи	подпункт 5 пункта 34 Порядка контроля	действует
3.1.6. отобранных по результатам целевой медико- экономической экспертизы	подпункт 6 пункта 34 Порядка контроля	действует
3.1.7. выявления по результатам целевой и тематической медико-экономической экспертизы нарушений при оказании медицинской помощи по профилю «онкология»	подпункт 7 пункта 34 Порядка контроля	действует
3.2. Плановая экспертиза качества медицинской помощи	пункт 39 Порядка контроля	приостановлена (подпункт «з» пункта 1)

II. Проведение ТФОМС контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в рамках контроля за деятельностью страховых медицинских организаций (часть 11 статьи 40 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», раздел VI Порядка контроля)

1. Медико-экономический контроль	1) раздел VI Порядка контроля (пункт 53 Порядка контроля), 2) пункт 17.1 Положения о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.04.2012 №73, (далее - Положение о контроле)»	действует		
2. Повторные медико-экономическая экспертиза и экспертиза	а качества медицинской помог	ци в случаях:		
2.1. проведения территориальным фондом документальной проверки соблюдения страховой медицинской организацией законодательства в сфере обязательного медицинского страхования	1) подпункт 1 пункта 57 Порядка контроля, 2) абзац 3 пункта 5 и пункт 17.1 Положения о контроле»	действует только в рамках оснований для проведения внеплановой проверки (подпункт «3» пункта 1)		
2.2. выявления нарушений при организации страховой медицинской организацией контроля	1) подпункт 2 пункта 57 Порядка контроля, 2) абзац 3 пункта 5 и пункт 17.1 Положения о контроле»	действует только в рамках оснований для проведения внеплановой проверки (подпункт «з» пункта 1)		
2.3. наличия противоречий выводов эксперта качества медицинской помощи описанию выявленных нарушений в экспертном заключении	1) подпункт 3 пункта 57 Порядка контроля, 2) абзац 3 пункта 5 и пункт 17.1 Положения о контроле»	действует только в рамках оснований для проведения внеплановой проверки (подпункт «3» пункта 1)		
2.4. поступления претензии от медицинской организации, не урегулированной со страховой медицинской организацией (пункт 95 раздела XI Порядка контроля)	<ol> <li>статья 42 Федерального закона от 29.11.2010 №326- ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»,</li> <li>подпункт 4 пункта 57 Порядка контроля»</li> </ol>	действует в силу статьи 42 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»		
2.5. поступления жалобы застрахованного лица или его представителя на доступность и качество медицинской помощи	1) подпункт 5 пункта 57 Порядка контроля, 2) абзац 3 пункта 5 и пункт 17.1 Положения о контроле»	действует только в рамках оснований для проведения внеплановой проверки (подпункт «3» пункта 1)		
* - Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию				

<sup>\* -</sup> Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованик (далее - Порядок контроля)

- целевых медико-экономических экспертиз, за исключением жалоб от застрахованного лица или его представителя;
- плановых медико-экономических экспертиз медицинской помощи при онкологических заболеваниях, остром нарушении мозгового кровообращения, остром коронарном синдроме, включая экспертизы по случаям оказания медицинской помощи с применением рекомендаций медицинских работников, данных при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий, национальных медицинских исследовательских центров;
- целевых экспертиз качества медицинской помощи по всем случаям. Из-за приостановления медико-экономических экспертиз по обращениям застрахованных лиц данные обращения будут рассматриваться в рамках целевой экспертизы качества медицинской помощи.

Внесение дополнительных изменений в перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), предусмотренный приложением 8 к Порядку контроля, а также в порядок применения к медицинским организациям финансовых санкций не планируется.

# Страховые медорганизации будут проводить экспертизу качества медпомощи, оказанной больным COVID-19

Страховые медорганизации и ТФОМС проводят экспертизу качества медицинской помощи пациентам с COVID-19.

Правительство постановило создать единый информационный ресурс учета информации в целях предотвращения распространения новой корона-



**Дмитрий Кузнецов,** вице-президент Всероссийского союза страховщиков «Страховые представители — специалисты страховых медицинских организаций, готовые информировать и сопровождать застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, контролировать качество оказания этой помощи и защищать права и интересы граждан в сфере ОМС.

Во время пандемии COVID-19 важность работы страховых представителей и их активность в вопросах информирования населения значительно возросли. Снижая нагрузку на медицинские службы, они предоставляют застрахованным важную и достоверную проверенную информацию. Помимо консультаций по алгоритму действий при необходимости получения медицинской помощи или льготных лекарств, режиму самоизоляции, симптомах и профилактике коронавирусной инфекции, люди из групп риска, которые должны защищать себя тщательнейшим образом (особенно - старше 65 лет), могут, обратившись на круглосуточно работающий телефон горячей линии своей страховой компании, получить помощь от представителей волонтерских организаций, с которыми активно — в том числе лично - сотрудничают страховые представители большинства СМО, в виде покупки и доставки продуктов, медикаментов, товаров первой необходимости, а также оплаты коммунальных платежей».

вирусной инфекции (COVID-19) (постановление Правительства от 31.03.2020 № 373 «Об утверждении Временных правил учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»). Оператором указанного информационного ресурса определен Минздрав. Установлены состав сведений и сроки представления информации в региональный сегмент информационного ресурса.

ТФОМС подключены к этим ресурсам, в том числе в части проведения экспертизы качества медицинской помощи по всем случаям летальных исходов вследствие коронавирусной инфекции.

Росздравнадзор будет запрашивать первичную медицинскую документацию, затем передавать ее в ТФОМС. ТФОМС организует проведение экспертиз качества оказания медицинской помощи.

#### Действуют горячие линии Федерального и территориальных фондов ОМС для обращения застрахованных граждан

На горячую линию ФОМС и его территориальных фондов поступают обращения застрахованных по вопросам:

- порядка получения плановой медицинской помощи, в том числе реабилитационных мероприятий;
- получения плановой онкологической помощи;
- порядка продления инвалидности и назначения групп инвалидности и др.

Также поступают вопросы относительно новой коронавирусной инфекции:

- где сделать тест на коронавирус;
- какие симптомы у коронавируса;
- какие меры профилактики актуальны;
- в течение какого времени могут появиться симптомы;
- как получить больничный лист.

Сотрудники ФОМС дают разъяснения, при необходимости непосредственно взаимодействуют с медорганизациями по решению указанных вопросов, а также переадресуют обращения застрахованных по ведомственной принадлежности. Так, обращения граждан в ФОМС по вопросам плановой госпитализации относятся к полномочиям органов исполнительной власти субъектов РФ, ответственных за организацию оказания медицинской помощи. Поэтому такие обращения ФОМС перенаправляет в субъекты РФ и контролирует их рассмотрение.

#### Роль страховых представителей в период пандемии

В СМО продолжают работу страховые представители, основной задачей которых стало информирование застрахованных об условиях оказания медпомощи, консультирование по различным вопросам, сопровождение на этапах оказания медицинской помощи.

В период пандемии важность работы страховых представителей возросла. Страховые представители информируют пациентов о профилактике коронавируса, особенностях его распространения. Особое внимание уделяют способам инфицирования и его предотвращения, необходимым в кризисный период профилактическим мерам, значимости нахождения дома. Страховые представители проводят информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи, особенно значимо сопровождение пациентов, имеющих хронические заболевания и состоящих под диспансерным наблюдением, – они используют электронную почту, обычную почту, звонки по телефону.



#### ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

#### ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 3 апреля 2020 г. № 432 МОСКВА

#### ОБ ОСОБЕННОСТЯХ

# РЕАЛИЗАЦИИ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ УГРОЗЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

В соответствии с частью 8.1 статьи 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Правительство Российской Федерации **постановляет:** 

- 1. Установить, что в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией:
- а) приостанавливается проведение профилактических мероприятий в части диспансеризации, в том числе пребывающих в стационарных организациях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, и профилактических медицинских осмотров граждан, в том числе несовершеннолетних;
- б) получение медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара в плановой форме и назначение отдельных инструментальных и лабораторных исследований (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы) осуществляются по направлению врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях в медицинской организации, выбранной гражданином для получения первичной медико-санитарной помощи, или по направлению, выданному органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья;
- в) медицинская помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, болезнями сердечно-сосудистой и эндокринной системы, а также находящимся на заместительной почечной терапии (диализ) оказывается в полном объеме;
- г) оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в экстренной форме при острых респираторных вирусных заболеваниях, гриппе, пневмонии, новой коронавирусной инфекции, а также медицинской помощи пациентам, нуждающимся в респираторной экстракорпоральной мембранной оксигенации, осуществляется с учетом потребностей застрахованных лиц;

- д) оплата первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской организации на прикрепившихся лиц с учетом приостановления профилактических мероприятий, указанных в пункте «а» настоящего постановления (за исключением медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, по перечню таких медицинских организаций, утверждаемому органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации);
- е) в территориальной программе обязательного медицинского страхования устанавливаются нормативы объема медицинской помощи при проведении лабораторных исследований, направленных на подтверждение диагноза заболевания, вызванного коронавирусом штамма COVID-19, а также нормативы финансовых затрат на одно исследование;
- ж) продлеваются сроки действия выданных временных свидетельств, подтверждающих оформление полиса обязательного медицинского страхования на период действия настоящего постановления;
- з) приостанавливается проведение страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования плановых медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи, за исключением медико-экономических экспертиз медицинской помощи при онкологических заболеваниях, остром нарушении мозгового кровообращения, остром коронарном синдроме, а также медико-экономических экспертиз по обращениям застрахованных лиц. Медицинские организации вправе принять решение о предоставлении медицинской документации, необходимой для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в страховую медицинскую организацию;
- и) приостанавливается проведение территориальными фондами обязательного медицинского страхования в плановой форме контроля за деятельностью страховых медицинских организаций;
- к) высший исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации вправе увеличить сроки ожидания оказания медицинской помощи в плановой форме, установленные в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- л) территориальные программы обязательного медицинского страхования реализуются с учетом особенностей, указанных в подпунктах «а» «е» настоящего пункта, без внесения соответствующих изменений в территориальные программы обязательного медицинского страхования.
- 2. Министерству здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования давать необходимые разъяснения по вопросам реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией.
- 3. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования и действует по 31 декабря 2020 г.

Председатель Правительства Российской Федерации М. МИШУСТИН

## 30

# О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В СВЯЗИ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ УГРОЗЫ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

С.Г. Кравчук

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



Кравчук С.Г.

В целях оценки прогноза распространения новой коронавирусной инфекции и размера недополученных медицинскими организациями доходов в связи с сокращением объемов медицинской помощи по территориальным программам обязательного медицинского страхования Федеральным фондом обязательного медицинского страхования организован мониторинг выполнения объемов оказания медицин-

ской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Решение вопроса о необходимости предоставления из федерального бюджета средств на указанные цели возможно после оценки недополученных медицинскими организациями доходов на основе проведенного мониторинга выполнения объемов медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

#### 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

Во исполнение части 3 статьи 8 Федерального закона № 98-ФЗ принято Постановление Правительства Российской Федерации «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией» от 3 апреля 2020 № 432 (далее - Постановление №432, особые условия), предусматривающее:

- 1. Приостановление проведения профилактических мероприятий в части диспансеризации, в том числе пребывающих в стационарных организациях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронажную семью, и профилактических осмотров граждан, в том числе несовершеннолетних.
  - При этом проведение диспансерного наблюдения пациентов не приостановлено. В субъектах Российской Федерации с учетом введения особого режима работы медицинских организаций внесены изменения в оказание плановой медицинской помощи, возможно изменение маршрутизации пациентов для диспансерного наблюдения. Страховые медицинские организации продолжают информирование застрахованных лиц о прохождении диспансерного наблюдения с соблюдением всех мер профилактики в целях предотвращения заболевания новой коронавирусной инфекцией.
- 2. Особенности оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом приостановления профилактических мероприятий. Включение средств, высвободившихся от проведения профилактических мероприятий, в подушевой норматив финансирования медицинской организации на прикрепившихся лиц, что позволит сохранить за счет средств обязательного медицинского страхования их финансовое обеспечение.
- 3. Урегулирование порядка направления на получение медицинской помощи в плановой форме

- в стационарных условиях и условиях дневного стационара и назначения отдельных диагностических услуг.
- 4. Приостановление контрольных и экспертных мероприятий в плановой форме, проведение которых предусмотрено Федеральным законом № 326-Ф3; При этом все обращения граждан. связанные с получением медицинской помощи рассматриваются в обязательном порядке и по ним принимаются меры в соответствии с действующей нормативно-правовой базой в сфере «Здравоохранение». Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования направлены разъяснения о контрольно-экспертной деятельности территориальных фондов и страховых медицинских организаций в указанный период.
- Предоставление права высшим исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации устанавливать увеличенные сроки ожидания оказания медицинской помощи в плановой форме.

# Об особенностях деятельности страховых медицинских организаций

Информирование страховыми медицинскими организациями застрахованных лиц о праве прохождения профилактических мероприятий приостановлено. Вместе с тем в соответствии с подпунктом 2.2 пункта 2 поручения заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой от 20.03.2020 № ТГ-П12-2129 страховые представители страховых медицинских организаций осуществляют информационное сопровождение граждан в возрасте 45 лет и старше, 65 лет и старше, 80 лет и старше, а также имеющих сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, хронические болезни органов дыхания, злокачественные новообразования, в том числе о необходимости вызова врача на дом при возникновении признаков простудных заболеваний. В субъектах Российской Федерации на период действия особых условий организовано информирование страховыми представителями застрахованных лиц:

- о временном приостановлении профилактических мероприятий;
- о необходимости соблюдения мер профилактики в целях недопущения распространения заболевания, вызванного коронавирусом штамма COVID-19;
- об обязательном вызове врача на дом при возникновении признаков простудных заболеваний.

# Финансовая поддержка федерального бюджета

Кроме того, страховые представители осуществляют информирование застрахованных лиц в возрасте от 45 лет и старше, в том числе состоящих на диспансерном наблюдении в связи с вышеназванными хроническими заболеваниями, по вопросам оказания медицинской помощи в условиях чрезвычайной ситуации и (или) угрозы распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих, вызванного новой коронавирусной инфекцией. Организация информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи осуществляется страховыми медицинскими организациями посредством использования:

- электронной почты;
- почтовых отправлений на бумажном носителе;
- телефонных сообщений;
- организации круглосуточной «Горячей линии» «СтопКоронавирус»;
- sms-сообщения, автоинформирования через операторов мобильной связи;
- памяток об изменении работы страховых медицинских организаций, порядке оказания неотложной медицинской помощи, оформлении полисов обязательного медицинского страхования;
- предоставления информации на стендах медицинских организаций, пунктах выдачи полисов, офисах страховых медицинских организаций, в социальных сетях;
- видеоматериалов на официальных сайтах страховых медицинских организаций, на телевидении
  в информационных программах субъектов РФ, а
  также в виде информации «бегущей строки».

Информирование застрахованных лиц об оказании медицинской помощи осуществляется страховыми медицинскими организациями с учетом графика работы медицинских организаций в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). Также страховые медицинские организации участвуют в волонтерском движении, действующем в субъектах Российской Федерации.

Приказом Минздрава России от 09.04.2020 № 299н внесены изменения в Правила обязательного медицинского страхования, предусматривающие в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих, на период их действия:

- право руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации устанавливать иные сроки подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, отличные от применяемых в настоящее время;
- возможность авансирования страховых медицинских организаций и медицинских организаций в размере до 100 процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи (в случае периода действия договора менее трех месяцев), либо финансового обеспечения 100 процентов объема медицинской помощи, установленного Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на месяц;
- возможность авансирования медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, на основании представленной медицинской организацией заявки на авансирование медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы,

с указанием периода авансирования и суммы в размере до 50 процентов от 5 среднемесячного объема средств, направленных на оплату медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, за последние три месяца текущего финансового года. Таким образом, для предупреждения распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией в субъектах Российской Федерации, принят целый ряд дополнительных действенных мер, обеспечивающих эффективную работу системы ОМС в условиях пандемии коронавируса.

Кроме того, необходимо отметить, что в целях предупреждения распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией, субъектам Российской Федерации оказывается значительная финансовая поддержка из федерального бюджета:

- распоряжением Правительства Российской Федерации от 18.03.2020 № 648-р выделены из резервного фонда Правительства Российской Федерации бюджетные ассигнования на осуществление выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам;
- распоряжением Правительства Российской Федерации от 21.03.2020 № 705-р выделены из резервного фонда Правительства Российской Федерации бюджетные ассигнования для осуществления закупок аппаратов искусственной вентиляции легких и экстракорпоральной мембранной оксигенации в медицинские организации в субъектах Российской Федерации;
- распоряжениями Правительства Российской Федерации от 27.03.2020 № 748-р и от 17.04.2020 № 1049-р из резервного фонда Правительства Российской Федерации Минфину России выделены бюджетные ассигнования на предоставление бюджетам субъектов Российской Федерации дотаций на поддержку мер по обеспечению сбалансированности бюджетов субъектов Российской Федерации, включающие средства: на обеспечение медицинских и иных работников структурных

подразделений медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и местным администрациям муниципальных образований, средствами индивидуальной защиты в соответствии с минимальными требованиями к осуществлению медицинской деятельности, направленной на профилактику, диагностику и лечение новой коронавирусной инфекции; на оснащение (переоснащение) медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и местным администрациям муниципальных образований, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по профилям «анестезиология и реаниматология», «пульмонология» при инфекционных заболеваниях.

В борьбе с новой коронавирусной инфекцией не остались в стороне и частные клиники. Распоряжениями Правительства Российской Федерации № 844-р от 02.04.2020 и № 1131-р от 24.04.2020 утверждены перечни медицинских организаций, которые перепрофилируются для оказания медицинской помощи пациентам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 или с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в стационарных условиях по особому указанию. В указанный перечень включены 5 частных медицинских организаций, расположенных в г. Москва (учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» имени Н.А. Семашко», учреждение здравоохранения «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина»), Московской области (Общество с ограниченной ответственностью «Хавен», Акционерное общество «Группа компаний «Медси»), Воронежской области (частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина»). Общий коечный фонд, перепрофилированных частных лечебных организаций, включенных в указанный перечень, составляет 1796 коек.



#### МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 9 апреля 2020 г. № 299н

**MOCKBA** 

# О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28 ФЕВРАЛЯ 2019 г. № 108н

В соответствии с подпунктом 5.2.136 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526), и в связи с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 приказываю:

Внести изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17 мая 2019 г., регистрационный № 54643), согласно приложению.

Министр **М.А. МУРАШКО** 

Приложение

к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 2020 г. № 299н

#### ИЗМЕНЕНИЯ, КОТОРЫЕ ВНОСЯТСЯ В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28 ФЕВРАЛЯ 2019 г. № 108н

- 1. Пункт 103 дополнить словами «, или в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в иной срок, установленный высшим должностным лицом субъекта Российской Федерации (руководителем высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации), в соответствии с частью 2.1 статьи 15 Федерального закона (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; Официальный интернет-портал правовой информации http://www.pravo.gov.ru, 2020, № 0001202004010072)».
  - 2. Дополнить пунктом 123.1 следующего содержания:
- «123.1. В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих, размер целевых средств по заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи страховой медицинской организации и средств по заявке на авансирование медицинской помощи медицинской организации определяется настоящими Правилами.».
  - 3. Дополнить пунктом 125.1 следующего содержания:
- «125.1. В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, размер аванса, предоставляемого территориальным фондом страховым медицинским организациям на основании заявки на авансирование, может составлять до 100 процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние три месяца либо с периода начала действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (в случае периода действия договора менее трех месяцев).

Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций в соответствии с частью 2.1 статьи 15 Федерального закона, размер аванса, предоставляемого территориальным фондом страховым медицинским организациям, может составлять до 100 процентов размера финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи, распределенного страховой медицинской организации решением Комиссии в соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона, в расчете на месяц.

При этом размер аванса не может быть больше размера финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи, распределенного страховой медицинской организации решением Комиссии в соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона, в расчете на месяц.».

- 4. Пункт 141 дополнить абзацами следующего содержания:
- «В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, размер аванса, предоставляемого страховой медицинской организацией медицинским организациям на основании заявки на авансирование медицинской помощи, может составлять до 100 процентов от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние три месяца либо с периода начала действия договора на оказание и оплату медицинской помощи (в случае периода действия договора менее трех месяцев).

Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, в соответствии с частью 2.1 статьи 15 Федерального закона, размер аванса, предоставляемого страховой медицинской организацией, может составлять до 100 процентов размера финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи, распределенного медицинской организации решением Комиссии в соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона, в расчете на месяц.

При этом размер аванса не может быть больше размера финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи, распределенной медицинской организации решением Комиссии в соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона, в расчете на месяц.».

- 5. Дополнить пунктом 141.1 следующего содержания:
- «141.1. В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, медицинская организация направляет в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи заявку на авансирование медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, с указанием периода авансирования и суммы, размер которой может составлять до 50 процентов от среднемесячного объема средств, направленных на оплату медицинской помощи застрахованым лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, за последние три месяца текущего финансового года.».
  - 6. Дополнить пунктом 166.1 следующего содержания:
- «166.1. В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет авансирование медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, на основании представленной медицинской организацией заявки на авансирование медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, с указанием периода авансирования и суммы, размер которой может составлять до 50 процентов от среднемесячного объема средств, направленных на оплату медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором они застрахованы, за последние три месяца текущего финансового года.».

#### НОВЫЕ КАДРОВЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ

#### Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Мурманской области



Маган Сергей Владимирович, 1975 года рождения, назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Мурманской области на основании Постановления Правительства Мурманской области от 02.03.2020 г. № 76-ПП.

Маган С.В. окончил Санкт-Петербургский государственный университет экономики и финансов по специальности «менеджмент» в 1997 году; Международный институт экономики и права (г. Москва) по специальности «юриспруденция» в 2003 году.

С 1993 по 2002 год – специалист по учету, бухгалтер 2-й категории бюджетной бухгалтерии, ведущий экономист отдела экономического анализа, начальник отдела планирования дохо-

дов, налогов и экономического анализа, главный специалист подразделения муниципальных доходов, кредитов Финансового отдела администрации Кольского района Мурманской области.

С 2002 по 2009 год – заместитель начальника бюджетного отдела, замещающий должность заместителя начальника бюджетного отдела, государственный гражданский служащий Мурманской области Департамента финансов Мурманской области.

С 2009 по 2020 год – заместитель исполнительного директора по экономике исполнительной дирекции, заместитель директора по экономике, заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Мурманской области.

Награжден ценным подарком Губернатора Мурманской области, имеет благодарность министра финансов Мурманской области и Памятный знак «20 лет обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерании».

## **Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Байконур**



Воскобойник Наталья Викторовна, 1960 г.р., назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Байконур Распоряжением Главы администрации города Байконур от 02.04.2020 г. № 01/05/12-35.

Воскобойник Н.В. в 2010 году окончила Санкт-Петербургский государственный университет сервиса и экономики по специальности «менеджер-экономист».

С 1979 по 1991 год – экономист планового отдела треста «Южводстрой».

С 1991 по 1998 год – инженер Войсковой части 01260.

С 1998 по 2008 год – инженер первой категории Войсковой части 11284.

С 2008 по 2012 год – ведущий экономист централизованной бухгалтерии Управления образования г. Байконур.

С 2012 по 2014 год – начальник отдела обязательного медицинского страхования и финансово-экономической деятельности Территориального фонда ОМС города Байконур.

С 2014 по 2019 год – заместитель директора Территориального фонда ОМС города Байконур.

С 23.10.2019 года назначена исполняющей обязанности директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования г. Байконур на основании Распоряжения Главы администрации города Байконур  $N^2$  01/05/13-738 от 21.10.2019 г.

УДК 614.2

## РОЛЬ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В АДАПТАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К КРИЗИСНЫМ СИТУАЦИЯМ

Д.Ю. Кузнецов



Кузнецов Д.Ю.

Всероссийский союз страховщиков

#### Реферат

Пандемия коронавирсной инфекции (КВИ) поставила вопрос о реформировании системы здравоохранения. Оптимальный путь развития – переход к полноценной (рисковой, конкурентной) модели медицинского страхования, вертикализация структры фондов ОМС и подключение всех участников отрасли к Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

#### Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование (ОМС), реформирование системы здравоохранения, страховые медицинские организации, медицинские страховщики, территориальный фонд ОМС (ТФОМС), Федеральный фонд ОМС (ФОМС).

#### Для корреспонденции

Кузнецов Дмитрий Юрьевич

вице-президент Всероссийского союза страховщиков

Адрес: 115093, г. Москва, ул. Люсиновская, д. 27, стр. 3, офис 225

*Тел.*: +7 (495) 956-55-23 *E-mail*: kuznetsovdj@ins-union.ru Пандемия COVID-19 стала серьезным вызовом не только для национальных систем защиты здоровья граждан, но и для глобального механизма, выстроенного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). В борьбе с коронавирусом страны придерживались разных стратегий: от жесткой изоляции до почти полного игнорирования опасности. Насколько эффективным оказалось российское здравоохранение? Что необходимо менять в существующей модели, включая систему обязательного медицинского страхования? Эти вопросы требуют глубокого экспертного осмысления с привлечением всех заинтерсованных сторон – государства, страхового и медицинского сообществ, пациентских организаций. Сегодня можно подвести некоторые предварительные итоги

## 1. Низкая смертность от COVID-19 – реальность российского здравоохранения

Эпидемиологическая ситуация в России, связанная с распространением коронавирусной инфекции, характеризуется низкими показателями смертности.

По состоянию на 1 июня в России выявлено 414 878 заболевших коронавирусной инфекцией. Выздоровело 175 877 человек, умерло 4 885. Показатель смертности составляет 1,18%, что на порядок ниже, чем во многих европейских странах: Великобритании (14,01%, умерло 38 489), Италии (14,35%, умерло 33 415), Франции (15,25%, умерло 28 802). В США показатель смертности от коронавирусу – 5,78%, при этом заразились уже почти два миллионов человек (1 837 830), а умерло 106 208 человек.

Анализ данных не дает четкого ответа, зависит ли результативность систем здравоохранения от организационной и финансовой модели. Государственные (бюджетные) структуры здравоохранения в Италии (Servizio Sanitario Nazionale) и Великобритании (National Health Service) допустили более чем по 30 тысяч жертв в каждой из этих стран. В США, где здравоохранение стоится на страховых принципах, количество погибших превысило 100 тысяч. Но у американцев относительный показатель смертности (5,78%) заметно ниже, чем в Италии или Британии (по 14%).

В то же время следует отметить, что в Италии система здравоохранения не является на 100% бюджетной. Примерно пятая часть расходов формируется за счет соплатежей пациентов и программ

добровольного медицинского страхования. А в США есть государственные программы поддержки низкодоходных слоев населения (Medicaid) и пожилых людей, страдающих хроническими заболеваниями (Medicare).

Глубокий анализ эффективности национальных систем здравоохранения еще впереди. Сейчас можно отметить, что проблемы в оказании своевременной и полноценной медицинской помощи происходили как в бюджетных, так и страховых моделях здравоохранения.

Министр здравоохранения Михаил Мурашко объяснил низкий уровень летальности от новой коронавирусной инфекции в России по сравнению с другими странами двумя причинами: наличием временного ресурса и системой обязательного медицинского страхования в качестве фактора успешной адаптации.

Сложным местом анализа эпидемиологической статистики станут затруднения в учете потерь, связанных с задержками или другими ограничениями плановой медицинской помощи. Как отмечали представители пациентских организаций, сбои в получении плановой терапии могли приводить к преждевременным потерям пациентов, не зараженных коронавирусной инфекцией, но страдающих онкологическими или сердечно-сосудистыми заболеваниями, другими хроническими неинфекционными заболеваниями и не получивших лечение своевременно.

#### 2. Адаптационные ресурсы российской системы здравоохранения

Российская медицина проявила высокую готовность к противостоянию коронавирусу. Существующая модель страховой медицины, дополненная оперативными мерами правительства РФ, обеспечила сравнительно плавное вхождение в эпидемию коронавирусной инфекциии (КВИ). Это позволило поготовить лечебные учреждения к наплыву пациентов с COVID-19. Стационары были оперативно перепрофилированы с учетом возможного роста зараженных. К началу мая в стационарах страны было переоборудовано около 127 тысяч коек для приема зараженных коронавирусом. При этом сохраняется 30-процентный запас коек, что позволяет держать ситуацию под контролем.

С учетом перепрофилирования своевременно

скорректировали схему финансирования медицинских организаций. В критический период (март-май) финансовые потери медучрежений от сокращения плановой терапии или увеличения нагрузки из-за COVID-19 компенсировались в срок, в том числе за счет авансовых платежей со стороны ФОМС и страховых компаний. Страховщики заранее принимали заявки медорганизаций на авансовые платежи, что позволило без задержек обеспечить финансовые потребности медиков. Нередко платежи проводились за один день, хотя по законодательству у страховых медицинских организаций есть три дня на такие операции. Все эти месяцы лечебные учреждения работают бесперебойно. Это значит только одно - страховая

ции и практически «единым окном обращений» по целому ряду вопросов, связанных с получением медицинской помощи, а также – зачастую – выходящих за рамки ОМС, то есть касающихся не только здравоохранения: начисление единовременной выплаты, изменение работы транспорта, сложности обращения на горячую линию регионального штаба по контролю за ситуацией распространения коронавирусной инфекции и другим проблемам. При этом, как показывает статистика Всероссийского союза страховщиков, в начале кризиса от 12% до 25% запросов было связано именно с коронавирусом. К концу апреля – уже не более 4%. Общими усилиями медицинские страховщи-



**Надежда Гришина,** член Совета по медицинскому страхованию ВСС, генеральный директор ООО «КАПИТАЛ МС»

«Страховые компании обладают достаточным практическим опытом, передовыми ИТ-технологиями и профессиональными кадрами для работы с пациентскими базами данных. Оперативно проведенный анализ обращений позволил нам сформировать информационные приоритеты. Страховые представители стали рассказывать пациентам с ОРВИ и внебольничной пневмонией о праве на получение медпомощи, равной по объему с установленной для заболевших коронавирусной инфекцией, в том числе — право на госпитализацию».

модель справляется с возросшими нагрузками.

В частности, группы риска – пожилые люди и те, кто страдает хроническими заболеваниями, с самого начала введения режима самоизоляции получают полную информацию о том, как себя вести в условиях эпидемии КВИ. Это произошло благодаря проактивной позиции медицинских страховщиков. Колл-центры страховых медицинских организаций были оперативно переориентированы на приоритетное информирование по вопросам COVID-19, а также на взаимодействие с горячими линиями региональных структур здравоохранения.

Страховые компании провели интенсивную работу по индивидуальному и публичному информированию застрахованных лиц, реализуя при этом меры по обеспечению безопасного контакта с клиентами. Колл-центры страховщиков стали восприниматься надежным источником информа-

ки, Федеральный фонд ОМС, Минздрав РФ, СМИ и «селебрити» сумели обеспечить граждан необходимой информацией и убедить их ограничить свои передвижения.

В условиях самоизоляции заметно вырос интерес к получению высококвалифицированной врачебной консультации в дистанционном режиме. Конечно, оказание медицинской помощи с использованием онлайн-ресуров имеет естественные ограничения, в том числе в сфере законодательства. Тем не менее уже сегодня заметен рост числа проектов в области телемедицины. Многие страховые компании подключаются к развитию телесервисов. Так, компания «Альфастрахование-ОМС» поддержала совместный проект государственной корпорации ВЭБ.РФ и телемедицинской компании «Доктор рядом». Клиенты компании узнали о проекте и могут получить бесплатные телемедицинские консультации с врачами разных специальностей.

Все эти факты показывают, что российская система здравоохранения, существенным элементом которой является страховая медицина, обладает высоким потенциалом адаптации к различным нестандартным ситуациям. Тем не менее открытым остается вопрос о целесообразности разработки мобилизационной модели здравоохранения, которая играла бы определяющую роль в острых ситуациях, связанных с обеспечением общественного здоровья. Очевидно, что она не должна радикально менять механизмы «мирного» времени. Речь идет о временных изменениях, которые будут вступать в силу только на время кризисных ситуаций в соответствии с уровнем угрозы.

В то же время эпидемия коронавируса подтвердила целесоообразность реформирования системы обязательного медицинского страхования в долгосрочной перспективе.

Одним из первых шагов после выхода страны из кризисной ситуации, связанной с эпидемией, должно стать усиление экспертной функции страховых организаций, особенно в отношении страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями. Как уже отмечал выше, оценивая режим самоизоляции, наши партнеры – пациентские организации обратили внимание на ограничения в доступе больных к плановой терапии. Эта проблема подтвержается и обращениями в колл-центры страховых медицинских организаций. Во избежание осложнения ситуации необходимо в ближайшее время вернуться к полномасштабному и даже усиленному проведению

медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи.

## 3. Приоритеты развития страховых механизмов российского здравоохранения

Стратегические цели развития системы здравоохранения должны быть связаны с постепенным переходом на страховую модель с усилением ответственности страховых медицинских организаций за здоровье граждан, за обеспечение доступности качественнной медицинской помощи. А также формированием единого информационного контура для всех участников системы - медорганизаций, фондов ОМС, страховых компаний, регуляторов в лице Минздрава и со временем - Центробанка как структуры, курирующей финансовые механизмы и обязательства сторон.

Создание вертикально организованной IT-системы ОМС сформирует условия для общего понимания «правил игры». Единая тарифная политика, сходство административных практик пойдут на пользу застрахованным лицам, лечебным учреждениям и регулятору в лице Минздрава РФ. Все участники системы ОМС будут знать, что в любом конце страны пациент может рассчитывать на одинаковый объем медицинской помощи надлежащего качества.

На сегодняшний день страховые компании, к сожалению, вынужены выстраивать системы информационного обмена под правила, существущие



Ирина Гусева, депутат
Государственной Думы ФС РФ
VII созыва, член фракции
«Единая Россия», первый
заместитель председателя
Комитета по бюджету и
налогам

«Создание единой вертикальной структуры на базе Федерального фонда ОМС с прямым подчинением территориальных фондов федеральному центру является важнейшей задачей по выходу из сложной ситуации, в которой оказалась российская медицина. Это необходимо, во-первых, для организации оперативного доступа к федеральным финансовым средствам системы ОМС по единым принципам управления, и, во-вторых, для ликвидации неравенства регионов. Единая тарифная политика позволит медработникам получать равную оплату за равный труд, а пациентам - равный объем качественной медицинской помощи независимо от бюджетных возможностей конкретного субъекта федерации».

## полис омс:

#### НОВОВВЕДЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19



#### НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

- ДИСТАНЦИОННАЯ ВЫПИСКА ПАЦИЕНТАМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
  - ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА ЗАКОНЧИЛСЯ РЕЦЕПТУРНЫЙ ПРЕПАРАТ: – МОЖНО ВЫЗВАТЬ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА НА ДОМ
  - ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ДИСТАНЦИОННО ВЫПИСАТЬ РЕЦЕПТ
- ЛЕКАРСТВА РАЗРЕШЕНО ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ доставлять на дом
  - оформлять больничный лист
- БЕЗ ПОСЕЩЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКИ, НО ТОЛЬКО: - ГРАЖДАНАМ, ПРИБЫВШИМ ИЗ СТРАН, В КОТОРЫХ ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ COVID-19
  - и проживающим совместно с ними люлям
- СРОК ДЕЙСТВИЯ ВРЕМЕННЫХ СВИДЕТЕЛЬСТВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ ОФОРМЛЕНИЕ ПОЛИСА ОМС, ПРОДЛЕН ДО 31 ДЕКАБРЯ 2020 г.

#### ПОЯВИВШИЕСЯ ОГРАНИЧЕНИЯ

- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕЛОСМОТРЫ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВРЕМЕННО ПРИОСТАНОВЛЕНЫ
  - СРОКИ ОЖИДАНИЯ ПЛАНОВОЙ МЕДПОМОЩИ MOTYT SLITH VRETINGENEI PETNOHATILHLIM OPTAHOM УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ
- ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЖАЛОБ ПЛАНОВЫЙ ВИЗИТ К ВРАЧУ ЛУЧШЕ ОТЛОЖИТЬ
- ПЛАНОВАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПРОВЕЛЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ ТОЛЬКО ПО НАПРАВЛЕНИЮ ВРАЧА
  ИЛИ РЕГИОНАЛЬНОГО ОРГАНА УПРАВЛЕНИЯ ЗЛРАВООХРАНЕНИЕМ

## БЕЗ ОГРАНИЧЕНИЙ МЕДПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ







ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ сердечно-сосудистой системы



ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ эндокринной



ПАЦИЕНТАМ. НАХОЛЯШИМСЯ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ (ДИАЛИЗЕ)



ЭКСТРЕННАЯ и неотложная

#### ГРАЖДАНИН ИМЕЕТ ПРАВО



ВЫЗВАТЬ СКОРУЮ ПОМОЩЬ



ВЫЗВАТЬ ВРАЧА НА ДОМ из поликлиники,



ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫМ В КРУГЛОСУТОЧНЫЙ СТАЦИОНАР ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ



ПРИ УГРОЗЕ

ПРИ СИМПТОМАХ ПРОСТУДЫ, ОСОБЕННО ПАЦИЕНТАМ СТАРШЕ 60 ЛЕТ





По любым вопросам, связанным с порядком получения и качеством оказываемой медпомощи, правами пациентов в исктеме обвазательного медицинского страхования (DMC) – обращайтесь в спою страховую медицинскую организацию по номеру телефона, указамному на полисе ОМС или на е сайте в интернете.

. Запишите номер страховой медицинской организации в адресную книгу телефона — пусть он всегда будет у вас под рукой.

ОПЕРАЦИОННЫЙ ШТАБ ПО БОРЬБЕ 8(499) 251-83-00

РОСПОТРЕБНАДЗОР 8-800-100-0004

ВСЕРОССИЙСКИЙ СОЮЗ СТРАХОВЩИКОВ

Инфографика «Полис ОМС: нововведения в период пандемии COVID-19

в конкретных регионах. Во многих территориях они специфичны. Страховщикам приходится учитывать самые, казалось бы, незначительные отличия региональных ІТ-платформ. Страховые компании федерального масштаба вынуждены поддерживать массу интерфейсов для контакта с территориальными фондами и местными лечебными учреждениями.

### Приоритет – единый информационный контур

На «правительственном часе» в Госдуме, который состоялся 13 мая, министр здравоохранения Михаил Мурашко обратил внимание депутатов на необходимость развивать цифровые сервисы в сфере страховой медицины. Он отметил, что в систему ОМС «более глубоко должны интегрироваться информационные технологии. Мы должны видеть сквозным

права как пациента, так и лечебных учреждений. Все участники системы ОМС – Минздрав, фонды ОМС, страховые медицинские организации, лечебные учреждения должны работать в едином информационном контуре. Только в этом случае пациент будет чувствовать себя защищенным в любом регионе нашей страны.

По опыту можно сказать, что серьезной проблемой электронного документооборота остается невысокая исполнительская дисципилина в области цифровизации медицинской документации. Этот вопрос надо решать срочно. Лучше всего – с помощью позитивного стимулирования тех, кто наилучшим образом ведет свои информационнные базы.

Значительным шагом вперед станет полноценное внедрение такого сервиса, как электроный полис. При использовании такого формата интересы пациента будут защищены в любом регионе страны.



**Сергей Плехов,** заместитель генерального директора СК «СОГАЗ-Мед»

«ОМС – это сфера, где Big Data стала обыденной реальностью. Страховые медицинские организации ежедневно обрабатывают сотни тысяч, миллионы записей. При этом мы – медицинские страховщики – стараемся видеть за этими колонками цифр боль конкретного человека. В этом плане персонализация учета данных является одним из ключевых требований, предъявляемых к цифровым платформам. Задача инфомационных систем – помогать пациенту сохранить и укрепить здоровье».

систему расчетов, персонификацию. Мы должны понимать, куда направляются средства».

Надо отметить, что страховое сообщество всегда считало информатизацию одним из ключевых приоритетов. По мере развития медицины, особенно ее высокотехнологичного сектора, накапливаются гигантские базы данных, которыми необходимо управлять. В области здравоохранения это означает не только работу с большими массивами, но в первую очередь – унификацию используемых информационных платформ.

Как отмечалось выше, многие регионы работают на платформах, не совместимых с другими субъектами федерации и с федеральным центром. При оказании помощи застрахованному лицу вне региона проживания такая несовместимость становится серьезной проблемой, которая нарушает

Медпомощь можно будет получить, что называется, в один клик.

Но ключевая проблема формированиия единой информационной системы здравоохранения состоит даже не в разрозненности территориальных информплатформ, а в том, что медицинские страховщики не включены в число участников информационного взаимодействия. И это происходит в ситуации, когда именно страховщики обеспечивают пациентам доступ к медицинской помощи, организуют маршрутизацию, ведут экспертную работу, реагируют на обращения и жалобы застрахованных. Такое положение недопустимо. Выход из ситуации прост.

Необходимо обеспечить интеграцию информационной системы ОМС с Единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).



Ирина Гусева, депутат
Государственной Думы ФС РФ
VII созыва, член фракции
«Единая Россия», первый
заместитель председателя
Комитета по бюджету и
налогам

«В современных условиях безбумажный документооборот становится повседневной практикой, нормой в управлении различными сферами жизни общества. Обязательное медицинское страхование – не исключение

Внедрение дистанционнных технологий позволяет не только быстрее решать вопросы оказания медицинской помощи, но и надежнее защитить право наших граждан на бесплатную медицину. В этом плане одним из ключевых требований времени является допуск страховых компаний к Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения. Только в этом случае медицинские страховщики смогут полноценно отстаивать интересы своих подопечных».

### Приоритет – переход к полноценной страховой модели

Создание единого информационного контура в интересах граждан неизбежно поставит вопрос о развитии страховой медицины и постепенном переходе на страховые принципы регулирования сферы здравоохранения.

Как отмечали эксперты Центра политики в сфере здравоохранения НИУ ВШЭ в докладе «Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития», в целом российская система здравоохранения соответствует ключевым признакам страховой модели. К ним можно отнести целевой характер финансирования через Федеральный и территориальные фонды ОМС, возможность выравнивать финансовую обеспеченность региональных систем здравоохранения. Страхование дает пациентам возможность выбирать поликлинику и стационар для получения медпомощи, обеспечивает право на лечение за пределами постоянного места проживания. Финансовые механизмы страховой медицины гарантируют получение бесплатной медицинской помощи и сглаживают неравенство регионов в сфере социального развития.

В то же время существующая модель здравоохранения, по мнению вузовских ученых, сталкивается с рядом проблем. К ним следует отнести недофинансирование территориальных программ ОМС и проблемы тарификации, отсутствие механизма прямого одноканального финансирования меди-

цинской помощи, недостаточность мотивации у всех участников системы ОМС повышать эффективность деятельности и недостаточное внимание к проблемам застрахованных.

Но ключевым недостатком существующей модели является смешение элементов как страхового, так и бюджетного финансирования. На сегодняшний день в модели ОМС остается нереализованым принцип конкуренции как между лечебными учреждениями, так и между страховыми медицинскими организациями за каждого пациента, за каждого застрахованного.

По мнению экспертов, государство пытается компенсировать незавершенность страховой модели практиками административного управления. Однако использование этих практик приводит к тому, что правила распределения финансовых средств зачастую носят неформальный (неконтролируемый) характер, функционал субъектов системы размыт, а правила постоянно меняются во времени и от региона к региону. Отказ от административных принципов управления и переход к полноценной страховой модели повысит эффективность взаимоотношений между врачами и страховыми компаниями в интересах пациента.

На сегодняшний день страховые компании не имеют достаточных возможностей влиять на тарифную политику или перераспределять медпомощь между медицинскими организациями с учетом качества их работы. В этой связи необходимо передать медицинским страховщикам ответственность за

финансовый механизм оказания помощи пациенту. Страховщики должны получить возможность влиять на мотивацию медучреждений, составлять их рейтинги и давать пациентам рекомендации по выбору клиники. Они должны обладать правом маршрутизировать пациентопоток, чтобы стимулировать конкуренцию между лечебными учреждениями, обеспечив тем самым повышение эффективности оказываемой помощи.

Формирование модели, в которую погружены классические страховые принципы, отвечает интересам не только застрахованных лиц. Экспертиза, проводимая медицинскими страховщиками, фактически представляет собой профессиональную обратную связь, которая помогает руководству медицинской организации принимать экспертно-

всестороннего обсуждения. Лишь после достижения консенсуса между участниками системы здравоохранения – государством, фондами ОМС, врачебным и страховым сообщестовм, пациентскими организациями, можно будет апробировать рисковую модель в нескольких регионах, чтобы отработать механизм масштабирования на всю страну.

Оценивая перспективы развития системы ОМС, не следует забывать, что по разным причинам – эпидемия коронавируса, надвигающийся экономический кризис и др. – плановые показатели и сроки реализации национальных проектов не соблюдаются. Это означает, что в ближайшее время, возможно, придется вернуться к анализу хода реализации Национального проекта «Здравоохранение» и входящих в него федеральных проектов. Дело не только в



Андрей Рыжаков, председатель совета по медицинскому страхованию Всероссийского союза страховшиков «Существенное улучшение функционирования системы российского здравоохранения связано с совершенствованием финансовых механизмов. Необходимо сформировать модель прямого одноканального финансирования медицинской помощи, одной из ключевых характеристик которой станут прозрачность и финансовый контроль высокого качества. Создание такой модели заставит страховые компании еще более ответственно относиться к защите прав и законных интересов застрахованных лиц. Такое решение будет способствовать развитию добросовестной конкуренции между страховщиками».

выверенные управленческие решения. Кроме того, способствует повышению справедливости в оплате труда медицинского персонала. Благодаря экспертизе стаховых представителей качественно работающий медик получает аргументы в пользу повышения вознаграждения своего труда.

Полноценная страховая модель означает разработку программ по страхованию гражданской ответственности врачей, которые защитят медработников от необоснованных обвинений. А модернизация института досудебного разрешения конфликтов позволит быстро и эффективно решать споры между врачом и пациентом без привлечения прокуратуры и других правоохранителных органов.

Переход к подобной модели не должен быть одномоментным. Это сложный вопрос, он требует

том, что период эпидемии изменил график финансовых вливаний, осложнил процессы освоения выделенных средств. Не исключено, что теперь, после пандемии, потребуется содержательная корректировка приоритетов Национального проекта.

УДК 614.2

## МЕТОДОЛОГИЯ И ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ

#### Н.И. Гришина, А.А. Старченко





Гришина Н.И.

Старченко А.А.

ООО «Капитал Медицинское Страхование»

#### Реферат

Федеральный фонд ОМС письмом от 08.04.20 г № 4654/30-1/и предписал страховым медицинским организациям системы ОМС исполнить поручение Министра здравоохранения РФ от 02.03.20 г № 37 о проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по страховым случаям с диагнозом новой коронавирусной инфекции с летальным исходом. В результате целевой экспертизы летальных исходов коронавирусной инфекции с мультидисциплинарным подходом к наиболее значимым дефектам, повлиявшим на исход заболевания, отнесены: - невыполнение требований по мониторингу необходимых показателей, которые могут указывать на наличие органной дисфункции, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, имеют определенное прогностическое значение, оказывают влияние на выбор лекарственных средств и/или режим их дозирования, что создает риск прогрессирования имеющегося заболевания; - несвоевременный вызов реаниматолога и перевод в отделение реанимации; - несвоевременно позднее начало антибиотикотерапии; - невыполнение требований по полноте сочетания антибактериальных препаратов у пациента с факторами риска летального исхода пневмонии; - ошибочность дозировок антибиотиков, что создает риск прогрессирования имеющегося заболевания; - отказ в своевременном начале неинвазивной вентиляции легких.

#### Ключевые слова:

система ОМС, экспертиза качества медицинской помощи, дефекты оказания медицинской помощи, коронавирусная инфекция, COVID-19, внебольничная пневмония.

#### Для корреспонденции

#### Гришина Надежда Ивановна

Генеральный директор ООО «Капитал Медицинское Страхование»

#### 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»

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

*Тел.*: 8 (495) 287-81-27 *E-mail*: oms@kapmed.ru

*Тел.*: 8 (495) 287-81-25, доб. 4079

E-mail: oms@kapmed.ru

Федеральный фонд ОМС письмом от 08.04.20 г. № 4654/30-1/и предписал страховым медицинским организациям (СМО) системы ОМС исполнить поручение Министра здравоохранения РФ от 02.03.20 г. № 37 о проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) по страховым случаям с диагнозом новой коронавирусной инфекции с летальным исходом.

В настоящее время внебольничная пневмония (ВП) является одной из ведущих причин смерти от инфекционных болезней. Согласно данным ВОЗ по состоянию на 2015 г. заболевания органов дыхания находятся на четвертом месте среди причин смерти и обуславливают 3,19 млн смертей в год (WHO, 2017).

В РФ летальность среди больных с тяжелой внебольничной пневмонией составляет от 21 до 58%. (Поваляева Л.В. и соавт., 2012). К непосредственным причинам смерти при тяжелой ВП относят: рефрактерную гипоксемию; септический шок; полиорганную недостаточность (Потиевская В.И., 2016).

Ж.М. Оралбековой (2013) на основе анализа 1497 летальных случаев внебольничной пневмонии сделаны следующие выводы.

- 1. Летальность при ВП составляет 28,6%, причем только в 6,4% она является основной патологией, а в 93,6% фатальным осложнением хронической обструктивной болезни легких, хронической алкогольной интоксикации, кардиоваскулярных и онкологических заболеваний.
- 2. Предикторами неблагоприятного исхода внебольничной пневмонии являются морфологические (обширность и деструктивный характер поражения легочной ткани), клинические (коморбидность, нарушения сознания) и лабораторные (лейкоцитоз, повышение уровня сывороточного креатинина и сниженная сатурация кислорода) признаки.
- 3. На практике недооцениваются факторы риска летального исхода, не ведется мониторирование за течением заболевания и недостаточно используются современные диагностические и лечебные пособия.
- 4. Невыполнение клинических рекомендаций по ведению больных с внебольничной пневмонией способствует высокой досуточной летальности, несвоевременной госпитализации в отделения интенсивной терапии и позднему началу антибактериальной терапии.

- 5. Ситуация осложняется высоким процентом расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов при ВП: в Москве он составляет 25%, в Санкт-Петербурге 23,9% (Оралбекова Ж.М., 2013).
- С.А. Гладковым (2016) установлено, что при гриппе частота возникновения бактериальной коинфекции легких (37,8%), ее танатологическая значимость 24,4%. Значительные легочные бактериальные осложнения достоверно чаще развиваются у поздно поступивших в стационар и у пациентов с длительными сроками госпитализации. Ведущие причины смерти пациентов с лабораторно подтвержденным гриппом: респираторный дистресс-синдром (71,1%), бактериальные осложнения (26,7%), в том числе легочные (24,4%), декомпенсация хронической сердечной недостаточности (2,2%).

Р.И. Шаймуратов (2018), анализируя структурный анализ причин летальных исходов пациентов, госпитализированных с внебольничной пневмонией в стационары Татарстана, установил, что факторами риска развития летального исхода являются:

- 1) хроническое поражение печени,
- 2) алкоголизм,
- 3) вирусный гепатит С,
- 4) наркотическая зависимость,
- 5) отсутствие назначений защищенных пенициллинов,
- получение цефалоспоринов 1-го и 2-го поколения, метронидазола,
- 7) позднее обращение и госпитализация. Факторами благополучного исхода являются:
- 1) положительная динамика на рентгенограмме,
- 2) низкие показатели шкал CRB-65 и CURB-65,
- поступление в стационар в ясном сознании, с выраженной интоксикацией,
- 4) участие в лечении пульмонолога.

Критерии качества оказания медицинской помощи наравне с факторами риска вносят вклад в прогноз внебольничной пневмонии; следует учитывать, что управлять критериями качества проще, чем факторами риска. Несоблюдение рекомендаций по оказанию медицинской помощи пациентам с внебольничной пневмонией может привести к летальному исходу, даже если у пациентов отсутствуют факторы риска летального исхода.

48

Статистические данные и результаты международных эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что пневмония своевременно не диагностируется примерно у 1 млн человек, а смертность от тяжелых форм пневмонии достигает 10% (Чучалин А.Г., 2015). По данным литературы, ошибки при диагностике пневмоний в России составляют около 30% (цит. по Хамитову Р.Ф., 2008).

С.А. Рачина (2006) выделила индикаторы «процесса» лечения при ВП, имеющие наибольшую доказательную базу и их взаимосвязь с исходом лечения:

- раннее начало АБТ (4-8 ч после поступления в стационар) - снижение летальности и уменьшение срока пребывания в стационаре;
- адекватный выбор стартового режима АБТ с учетом национальных/локальных рекомендаций и активности в отношении атипичных возбудителей (госпитализированные пациенты) – снижение летальности и сокращение срока пребывания в стационаре;
- раннее выявление пациентов с тяжелой ВП, требующей госпитализации в ОИТ, - снижение летальности.

М.А. Уметов (2016) представил важные индикаторы качества медицинской помощи при ВП у госпитализированных пациентов: - бактериологическое исследование мокроты до назначения антибиотиков; - бактериологическое исследование крови до назначения антибиотиков при тяжелой ВП; - введение первой дозы системного АМП в срок < 4 ч (при септическом шоке < 60 мин ) с момента госпитализации; соответствие стартового режима антибактериальной терапии национальным клиническим рекомендациям.

Л.Г. Дуков и А.И. Ворохов (1988) представили типичные ошибки эмпирической антимикробной терапии:

- 1) неправильный выбор этапа лечения;
- 2) ошибки в выборе исходного препарата;
- ошибки в определении оптимальных доз антибиотиков;
- 4) нарушение правил введения лекарственных средств:
- 5) необоснованное применение комбинаций антибиотиков;

- 6) использование нерациональных сочетаний антибиотиков;
- неудачный выбор антибиотиков среди сходных по эффективности, но с различной токсичностью;
- 8) неосторожность при использовании антимикробных препаратов в некоторых ситуациях;
- 9) несоблюдение преемственности терапии;
- 10) позднее начало лечения;
- 11) врачебное расточительство.

Е.И. Христолюбова (2006) выявила ошибки диагностики и лечения внебольничных пневмоний: - у госпитализированных больных диагностические ошибки обусловлены неправильной трактовкой рентгенологической картины и связанной с этим гипердиагностикой (14%); - у больных с внебольничной пневмонией, умерших в стационарах, диагностические ошибки чаще наблюдались при летальном исходе в первые 3 суток и у пациентов старше 70 лет (38,5%). Причинами ошибочной диагностики являлись: общее тяжелое состояние, атипичная клиника заболевания, наличие сопутствующих заболеваний и осложнений, маскирующих пневмонию, то есть носили объективный характер; - наиболее частой лечебной ошибкой, которая носит субъективный характер, является неправильный выбор препарата при стартовой антибактериальной терапии (22%) и при ее смене (29,8%), не учитывается тяжесть заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии (42,3%).

Л.И. Дворецкий (2009) выделяет следующие основные ошибки ведения пациентов с пневмонией:

- диагностика и верификация пневмонии;
- оценка тяжести заболевания;
- выбор антибактериального препарата;
- оценка эффективности назначенного антибактериального препарата;
  - коррекция антибактериальной терапии;
  - длительность антибактериальной терапии;
  - полипрагмазия при лечении больных пневмонией.

К ошибкам антибактериальной терапии внебольничной пневмонии относятся:

 несвоевременность начала антибактериальной терапии;

- неверный выбор препарата (доза, режим дозирования, путь введения и др.);
- отсутствие оценки первоначальной эффективности препарата;
- отсутствие коррекции антибактериальной терапии;
- нарушения в длительности антибактериальной терапии.

В.А. Ахмедов и соавт. (2010) относят к дефектам антибактериальной терапии:

- 1) использование монотерапии ципрофлоксацином или цефалоспоринов 1-3-го поколения без антисинегнойной активности для стартовой терапии у пациентов ОРИТ в связи с высоким уровнем устойчивости наиболее вероятных возбудителей нозокомиальной пневмонии к указанным препаратам (P. aeruginosa, Acinetobacter spp., K. pneumoniae);
- 2) назначение цефалоспоринов 1-4-го поколений для терапии нозокомиальной пневмонии, вызванной К. рпеитопіае, продуцирующей бета-лактамазы расширенного спектра действия, по недостоверным результатам определения чувствительности: сниженная чувствительность выделенного штамма К. рпеитопіае хотя бы к одному цефалоспорину 3-го поколения позволяет заподозрить продукцию бета-лактамазы расширенного спектра действия;
- назначение ципрофлоксацина и других антибиотиков в низких дозах: ципрофлоксацин должен назначаться в дозе 800-1200 мг в сутки внутривенно капельно;
- низкие дозы антибиотиков при терапии НП, вызванной Р. Aeruginos: в связи с высоким риском селекции резистентности рекомендуются определенные режимы дозирования, указанные в клинических рекомендациях (КР).

В.Д. Гольдштейн (2011) выделил среди основных ошибок при проведении этиотропной терапии пневмоний следующие:

 необоснованная задержка с началом антибактериальной терапии в связи с отсутствием ясности в этиологии пневмонии в ожидании лабораторного подтверждения ее природы; целесообразно использовать в качестве стар-

- товой эмпирическую терапию пневмонии;
- необходимо определить тяжесть пневмонии при уже установленном диагнозе с последующим решением вопроса о месте проведения лечения (в стационаре в палате общего профиля, в отделении интенсивной терапии, реанимационном отделении);
- 3) необходимо, особенно при тяжелом течении пневмонии, определить адекватные, в том числе инфузионные пути введения антибиотика;
- 4) при «поздних» нозокомиальных пневмониях, характеризующихся не только тяжелым течением, но и полирезистентным характером возбудителей, следует предусмотреть использование цефалоспоринов 3-го поколения в сочетании с некоторыми аминогликозидами, респираторно-анаэробных фторхинолонов и карбапанемов, в первую очередь меропенема при инфузионном пути введения последнего.

А.Л. Верткин и соавт. (2012) установили, что неблагоприятными факторами летального исхода внебольничной пневмонии являются поздняя госпитализация, недооценка тяжести состояния пациента при первичном осмотре, сопутствующая соматическая патология, двусторонний характер пневмонии, неадекватная терапия, недостаточная осведомленность врачей. Авторами предложены и индикаторы качества оказания медицинской помощи пациентам: - бактериологическое исследование мокроты (у всех госпитализированных пациентов), крови (при тяжелом течении ВП) до назначения антимикробных препаратов; - максимально раннее начало антибактериальной терапии у всех госпитализированных пациентов с ВП с момента поступления; - соответствие стартового режима антибактериальной терапии национальным рекомендациям или составленным на их основе локальным рекомендациям/стандартам терапии. Одним из критериев качества оказания медицинской помощи является досуточная летальность. В исследовании авторов 38 (31,6%) больных умерли в стационаре в первые 24 часа, остальные на 3-и сутки – 40 (33,3%), на 10-е – 26 (21,8%) и более 10 – 16 (13,3%).

А.Г. Чучалин и соавт. (2006) в руководстве «Пневмония» привели классификацию вирусной пневмо-

нии: первичная вирусная, вирусно-бактериальная и бактериальная. Вторичная бактериальная пневмония развивается значительно чаще, чем первичная вирусная, – на 2–4-й день.

И.В. Сергеева и соавт. (2013) представили результаты изучения внебольничных пневмоний на фоне пандемического гриппа: вторичная вирусно-бактериальная развивается в период до 4 суток. Летальный исход у больных с тяжелым течением гриппа, осложненного внебольничной вирусно-бактериальной пневмонией, наступает в результате острой дыхательной недостаточности, которая вызвана двусторонней пневмонией и ОРДС вирусно-бактериальной этиологии. Наиболее частые осложнения, которые приводят к летальному исходу, — ОРДС, инфекционно-токсический шок, острая дыхательная недостаточность (в 100% случаев), отек головного мозга (в 77,8%). При вирусно-бактериальной и бактериальной внебольничной пневмонии назначение антибактериальной терапии должно быть неотложным. Стартовая антибактериальная терапия внебольничных пневмоний предполагает внутривенное введение, так как данный путь доставки обеспечивает наиболее высокую и предсказуемую биодоступность, не зависящую от полноты и скорости всасывания препаратов в желудочно-кишечный тракт.

В.П. Колосов и соавт. (2016) установили, что развитие вирусно-бактериальной пневмонии при гриппе с признаками вовлечения в процесс паренхимы легких составляет до 4 суток. Вторичная бактериальная пневмония, развивающаяся у больных гриппом, является серьезным осложнением, приводящим к значительным цифрам летальности. Так, в США смертность от вторичных бактериальных осложнений во время сезонных эпидемий гриппа занимает 7-е место в общей структуре смертности у взрослых и 5-е — у детей. Вторичная бактериальная пневмония развивается вследствие повреждающих эффектов вируса гриппа на цилиарный эпителий, замедления мобилизации лейкоцитов, нарушения процесса нейтрализации бактерий полиморфноядерными фагоцитами, происходит увеличение продукции провоспалительного цитокина — интерферона-ү, который снижает антибактериальные свойства альвеолярных макрофагов, а также нарушается функция клеток иммунной защиты дыхательных

путей, способных секретировать антибактериальные пептиды. В результате всего перечисленного при гриппе имеет место особое состояние дыхательных путей, предрасполагающее к развитию и к особо тяжелому течению вторичной бактериальной пневмонии.

А.Л. Черняев и М.В. Самсонова (2012) в работе «Патологическая анатомия пневмонии» указывают, что бактериальные изменения при вирусной пнемонии могут присоединяться на 4–6-е сутки. При тяжелой форме гриппа после присоединения бактериальной инфекции возникает «большое пестрое гриппозное легкое» из-за появления очагов некроза, нередко встречается серозный или фибринозный плеврит, иногда эмпиема плевры.

Минздравом России в Информационном письме от 28.11.2009 г. N 24-5/10/2-9533 «Грипп А/Н1N1 и вызванная им пневмония у беременных. Этиотропная и респираторная терапия» в соответствии с нормой ст. 309 ГК РФ установлены требования при оказании медпомощи: «2. Антибактериальная терапия. Важной частью в лечении пневмоний у больных с осложненными формами гриппа является выбор антибактериальной терапии. При постановке диагноза пневмония, согласно существующим международным рекомендациям, антибактериальная терапия должна быть назначена в течение ближайших четырех часов. Этот показатель относится к числу индикаторов, по которым оценивают качество оказания лечебной помощи. У тяжелых больных способом введения антибиотиков является внутривенный. При вторичной вирусно-бактериальной пневмонии (наиболее вероятные возбудители - Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus и Haemophilus influenza) предпочтительнее использовать следующие схемы антибиотикотерапии: - цефалоспорин III поколения +/- макролид; - защищенный аминопенициллин +/- макролид.

При третичной бактериальной пневмонии (наиболее вероятные возбудители - метициллинрезистентные штаммы Staphylococcus aureus, Haemophilus influenza, грамм(-) микроорганизмы) обосновано назначение следующих препаратов (в различных комбинациях): - цефалоспорин IV поколения +/- макролид; - карбапенемы; - ванкомицин; - линезолид».

Российское респираторное общество в Федеральных клинических рекомендациях по диагностике и лечению тяжелых форм гриппа (2013) установило профессиональные правила антибактериальной терапии: «7.2. При подозрении на развитие вирусно-бактериальной пневмонии антибактериальная терапия должна проводиться в соответствии с принятыми рекомендациями по ведению больных с внебольничной пневмонией. В случае использования антибиотиков при подозрении на сопутствующую бактериальную инфекцию у пациентов с гриппом необходимо, по возможности, руководствоваться результатами микробиологических исследований».

Х.Х. Хапий и соавт. (2014) указали, что лечение вирусно-бактериальной пневмонии следует начинать как можно раньше. Терапия должна быть комплексной и включать как таргетные (целевые) противовирусные препараты, так и антибиотики широкого спектра, иммунокорректоры, необходим тщательный контроль электролитного и водного баланса. Факт госпитализации больного с гриппом и развившейся пневмонией в стационар является существенным фактором риска присоединения внутрибольничной флоры, что во многом меняет тактику лечения. Условно считается, что контаминация госпитальной флорой происходит в течение первых 48 часов пребывания в стационаре. По истечении этого времени режимы антибактериальной терапии должны совпадать с рекомендациями по лечению нозокомиальной пневмонии. При этом госпитализация больного в ОРИТ усиливает такие риски. Оптимальным стартовым режимом антибиотикотерапии при тяжелом течении вирусно-бактериальной пневмонии могут быть: комбинации карбапенемов (меропенем, имипенем, дорипенем) с препаратом, действующим на грамположительную флору (линезолид, ванкомицин), цефалоспоринов 3-го поколения с линезолидом/ванкомицином либо фторхинолона (моксифлоксацина, левофлоксацина, гемифлоксацина) также с препаратами, действующими на грамположительную флору.

М.В. Шипилов (2013) указал на возникающую при генерализованной вирусной инфекции неадекватную гиперстимуляцию клеток моноцитарного звена в процессе заболевания с массивной выработкой преимущественно провоспалительных цитокинов, повышением активности моноцитов/макрофагов и

нейтрофилов при одновременной депрессии активности Т-лимфоцитов. При тяжелом течении гриппа H1N1 развивается состояние, близкое к описываемому в научной литературе вторичному гемофагоцитарному лимфогистиоцитозу («гемофагоцитарному синдрому, ассоциированному с инфекцией»). Данное состояние, как и «цитокиновый шторм», проявляется гиперцитокинемией, связанной с чрезмерной активацией моноцитарно-макрофагальной системы, высокой лихорадкой, нарушением работы внутренних органов (прежде всего легких), и почти всегда заканчивается летальным исходом в связи с повреждающим действием избыточного количества провоспалительных цитокинов. Указанное положение согласуется с данными некоторых авторов, рассматривающих вторичный гемофагоцитарный синдром (синдром макрофагальной активации) как финальную стадию «цитокинового шторма».

В основу целевой экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) по страховым случаям с диагнозом новой коронавирусной инфекции с летальным исходом положен п. 6 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (Порядок), утв. Приказом ФОМС от 28.02.19 г. № 36: «Целью контроля является предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом:

- несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица при наступлении страхового случая с учетом степени поражения органов и (или) систем организма либо нарушений их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением;
- невыполнения, несвоевременного или ненадлежащего выполнения необходимых пациенту профилактических, диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций (КР), с учетом стандартов медицинской помощи».

Экспертиза медицинской помощи проводилась с мультидисцплинарным подходом с привлечением экспертов по специальностям: «инфекционные болезни», «пульмонология», «анестезиология» и «реаниматология», «терапия».

В соответствии с п. 106 Порядка эксперт КМП при проведении экспертизы качества медицинской помощи предоставляет сведения об используемых нормативных документах, в том числе о порядках оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях, стандартах медицинской помощи:

- 1) Критерии оценки качества медицинской помощи, утв. Приказом МЗ РФ от 10.05.17 г. № 203н;
- 2) Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония у взрослых» Российского респираторного общества (РРО), Межрегиональной ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ);
- 3) письмо МЗ РФ от 06.03.2020г. №30-4/И/2-2702 «Алгоритм оказания помощи взрослому населению с внебольничными пневмониями (разработан главным внештатным специалистом пульмонологом МЗ РФ профессором С.Н. Авдеевым);
- 4) Временные методические рекомендации МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»;
- 5) Российские национальные рекомендации «Нозокомиальная пневмония у взрослых» Российской ассоциации специалистов по хирургическим инфекциям, Федерации анестезиологов и реаниматологов (ФАР), РРО, МАКМАХ, Российского общества патологоанатомов.

Формулирование выявленных дефектов осуществлялось экспертом КМП в соответствии:

- а) с пунктом 85 Порядка: «Нарушения при оказании медицинской помощи: 3) невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи или преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, устанавливаемое при полном или частичном несоответствии оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, в том числе не учитывающие состояние здоровья застрахованного лица»;
  - б) с приложением 8 Перечень оснований для

отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к Порядку.

Среди выявленных дефектов часто встречались следующие.

- I. В раздел «Диагноз (формулировка, содержание, время постановки). Обоснование негативных последствий нарушений в диагнозе» Экспертного заключения (протокол оценки качества медицинской помощи) вносятся дефекты:
- 1. Отсутствие направления трупа на патологоанатомическое исследование требует формулирования в Акте ЭКМП кода дефекта: «3.11. Невыполнение по вине медицинской организации патолого-анатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством». Статья 67 Закона РФ № 323-ФЗ предписывает обязательность патолого-анатомического вскрытия трупа при наличии инфекционного заболевания – пневмония: «3. По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патолого-анатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев: 2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти; 5) смерти: б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него». В соответствии с требованиями Клинических рекомендаций «Внебольничная пневмония» пневмония отнесена к инфекционным заболеваниям: «1.1. Определение. Пневмонии – группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации».
- 2. Отсутствие формулировки в заключительном клиническом диагнозе внутрибольничной (госпитальной) пневмонии, как внутрибольничной инфекции, что определено КР «Внебольничная пневмония у взрослых» и «Нозокомиальная пневмония у взрослых»: «Нозокомиальная (госпитальная,

внутрибольничная) пневмония (НП) — пневмония, развивающаяся через 48 ч и более после госпитализации в стационар». Внутрибольничное заражение вирусной или бактериальной или микст-пневмонией является дефектом оказания медицинской помощи по коду «3.2.3. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к возникновению нового заболевания — внутрибольничной (госпитальной) пневмонии.

- II. В раздел «Сбор информации (расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум). Обоснование негативных последствий нарушений в сборе информации» Экспертного заключения (протокол оценки качества медицинской помощи) вносятся дефекты:
- 1. Невыполнение требований Временных методических рекомендаций МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»:
- 1.1. Отсутствие результатов мониторинга исследования газов артериальной крови с определением  $PaO_2$ ,  $PaCO_2$ , pH, бикарбонатов, лактата у пациентов с признаками острой дыхательной недостаточности (ОДН) при  $SpO_2$  менее 90% по данным пульсоксиметрии.
- 1.2. Отсутствие анализа суточного водного баланса в дневниках реаниматолога («У пациентов в тяжелом состоянии при наличии показаний инфузионная терапия проводится исходя из расчетов 5-6-8 мл/кг/ч с обязательным контролем диуреза и оценкой распределения жидкости. Необходимо обеспечить достаточное количество жидкости при отсутствии противопоказаний и снижении диуреза (5-6 мл/кг/ч)).
  - 1.3. Отсутствие ведения учета почасового диуреза.
- 2. Невыполнение требований письма МЗ РФ от 06.03.2020 г. N 30-4/И/2-2702 «Алгоритм оказания помощи взрослому населению с внебольничными пневмониями»:
- 1) ведения мониторинга  $SpO_2$  ежечасно отсутствует в протоколах реаниматолога;
- 2) выполнения анализа КОС и газов артериальной крови, гликемии 4 раза в сутки (артериальная кровь минимум раз в сутки);

- 3) выполнения биохимического анализа крови (общий белок, альбумин (уровень альбумина менее 36 г/л является независимым предиктором легочных осложнений), креатинин, мочевина, общий билирубин, АСТ, АЛТ), коагулограмма (фибриноген, тромбиновое время, АЧТВ, МНО, протромбиновый индекс) ежедневно;
- 4) выполнения рентгенографии органов грудной клетки/КТ органов грудной клетки при тяжелом течении ежедневно:
- 5) выполнения микробиологического анализа (посев) крови, отделяемого дыхательных путей (мокрота, трахеальный аспират) с определением чувствительности к антибиотикам;
- 6) выполнения коагулограммы с определением протромбинового времени, МНО, АЧТВ;
- 7) оценки насыщения крови кислородом  $SpO_2$  в обязательном порядке фиксируется в медицинской документации, в том числе при первичном осмотре;
- 8) выполнения требования «Показания для вызова врача анестезиолога-реаниматолога:  $SpO_2$  (на воздухе) < 90%».
- 3. Невыполнение требований КР «Нозокомиальная пневмония у взрослых»: «Микробиологическая диагностика нозокомиальной пневмонии (НП). Крайне важным является установление этиологии НП. Программа микробиологической диагностики включает исследование биологического материала из дыхательных путей, крови и, при наличии плеврита, плевральной жидкости. Микробиологическое исследование крови является необходимым при обследовании пациента с подозрением на НП. До начала антибактериальной терапии целесообразно взять два образца венозной крови из двух разных вен».
- 4. Невыполнение требований КР «Внебольничная пневмония у взрослых»: «2.3. Лабораторная диагностика. Госпитализированным больным ВП рекомендуется: Биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин). При наличии острой ДН с SpO<sub>2</sub> < 90% по данным пульсоксиметрии и во всех случаях тяжелой пневмонии рекомендуется: исследование газов артериальной крови с определением PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, pH, бикарбонатов, лактата». Как правило, отсутствует измерение уровня альбумина, электролитов, газового состава артериальной крови и лактата.

Таким образом, эксперт констатирует невыполнение требований по мониторингу необходимых показателей, которые могут указывать на наличие органной дисфункции, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, имеют определенное прогностическое значение, оказывают влияние на выбор лекарственных средств и/или режим их дозирования, что создает риск прогрессирования имеющегося заболевания, что соответствует формулированию кода дефекта «3.2.3. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений, например:

- а) отсутствие анализа физиологических показателей, отклонения которых указывают на наличие органной дисфункции, декомпенсацию и развитие осложнений, имеет риск несвоевременной диагностики угрожающих жизни состояний, прогностическое значение и значение при выборе лекарственных средств и режима их дозирования;
- б) отсутствие мониторинга коагулограммы препятствует своевременной диагностике и началу интенсивной терапии ДВС-синдрома и ОРДС;
- в) отсутствие мониторинга и контроля КОС, газового состава артериальной крови и функции легких препятствует своевременному переводу в ОРИТ.
- III. В раздел «Оказание медицинской помощи (в том числе назначение лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий. Обоснование негативных последствий нарушений в лечении» вносятся следующие дефекты.
- 1. Несвоевременно позднее начало антибиотикотерапии у больных с тяжелой внебольничной пневмонией. Введение антибиотика при тяжелой пневмонии является оказанием медицинской помощи в неотложной форме в соответствии с нормой ст. 32 Закона РФ № 323-Ф3, т.к. тяжелое течение внебольничной пневмонии сопряжено с неявной угрозой жизни и здоровью пациента, что требует введения антибиотиков не позднее 2 часов с момента поступления пациента. Признаки начала септического шока требуют начала антибактериальной терапии в экстренной форме, т.е. безотлагательно, т.к. в соот-

ветствии с п. 6.2.1 приказа МЗ и СР РФ от 24.04.08 г. № 194н шок представляет собой расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью - угрожающее жизни состояние.

Раздел «Критерии оценки качества КР «Внебольничная пневмония у взрослых» содержит критерий: «Выполнено назначение системных АБП в течение 4 ч с момента установления диагноза (1 ч - при тяжелой внебольничной пневмонии, осложненной септическим шоком».

КР «Нозокомиальная пневмония у взрослых» предусмотрено: «Резюме рекомендаций по антимикробной терапии нозокомиальную пневмонию. При подозрении на нозокомиальной пневмонии следует немедленно начать адекватную эмпирическую антибактериальную терапию, так как отсрочка в назначении адекватного лечения сопровождается ухудшением прогноза (уровень рекомендаций А)».

Таким образом, констатируется невыполнение Критерия оценки качества Клинических рекомендаций «Внебольничная пневмония у взрослых»: «Выполнено назначение системных АБП в течение 4 ч с момента установления диагноза (1 ч - при тяжелой внебольничной пневмонии, осложненной септическим шоком», требующее формулировки код дефекта «3.2.3. Несвоевременное выполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания» – внебольничной пневмонии.

2. Невыполнение требований КР «Внебольничная пневмония у взрослых» и письма МЗ РФ от 06.03.2020 г. N 30-4/И/2-2702 «Алгоритм оказания помощи взрослому населению с внебольничными пневмониями» о назначении пациенту необходимой схемы антибактериальной терапии с учетом наличия у него факторов риска летального исхода внебольничной пневмонии (факторы риска инфицирования Р.aeruginosa, предшествующая антибактериальная терапия, тяжелые сопутствующие заболевания (ЗНО, ХОБЛ, инсулинпотребный СД, ХСН, ХБП, цирроз печени, алкоголизм, наркомания, истощение): «Пиперациллин/тазобактам, меропенем, имипенем в/ в+ ципрофлоксацин или левофлоксацин в/в (500 мг

2 р/сут.) или Пиперациллин/тазобактам, меропенем, имипенем/циластатин в/в + азитромицин или кларитромицин в/в или моксифлоксацин или левофлоксацин в/в +/- аминогликозид II-III поколения (гентамицин, амикацин, тобрамицин) в/в», что требует формулирования кода дефекта «3.2.3 – Невыполнение или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений» отказом от назначения необходимой комбинации антибактериальных препаратов в соответствии с требованиями клинических рекомендаций при наличии у пациента факторов риска летального исхода внебольничной пневмонии.

3. Ошибочность дозировок антибиотиков, что создает риск прогрессирования имеющегося заболевания, что предусмотрено кодом формулировки диагноза по МКБ-X: «Y63.8 Ошибочность дозировки во время других хирургических или терапевтических процедур»). Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония» устанавливают режим дозирования антибактериальных препаратов при нормальной функции печени и почек. Ошибочность дозировок антибиотиков требует формулирования кода диагноза «3.2.3. Ненадлежащее выполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений» - создание риска прогрессирования пневмонии ошибочно низкой дозой антибактериального препарата.

Несвоевременно позднее начало антибактериальной терапии вирусной пневмонии, а также неправильное сочетание антибактериальных препаратов без учета факторов риска летального исхода или ошибочно низкая доза препаратов приводят к быстрому переходу вирусной пневмонии в вирусно-бактериальную и бактериальную пневмонию. Необходимо отметить, что накануне летального исхода — за 2-3 суток до него — пациентам назначают правильную схему антибактериальной терапии, что может иметь для иммунной системы пациента негативное значение: массивное применение комплекса антибиотиков приводит к массовой гибели выросшего за время госпитализации в ОРИТ клона

бактерий и высвобождению большого количества продуктов их распада и эндотоксинов. Бактерии и продукты их распада требуют необходимость элиминации макрофагально-фагоцитарным звеном. Одномоментная массовая гибель бактерий приводит к развитию иммунного паралича – неспособности иммунной системы реагировать вследствие массивной антигенной нагрузки. Фагоцитоз и элиминация погибших бактериальных клеток приостанавливается, что вызывает провоспалительную цитокиновую реакцию лимфоцитов и регуляторов фагоцитоза, направленную на активацию фагоцитоза, который не способен активироваться в условиях массового появления погибших антибактериальных антигенов, что провоцирует дальнейший рост высвобождения провоспалительных цитокинов - начинается «цитокиновый шторм», в данном случае носящий ятрогенный характер вследствие несвоевременно позднего начала адекватной антибактериальной терапии вирусной пневмонии.

4. Отсутствие назначения низкомолекулярных гепаринов в комплексном лечении ОРДС и ДВС синдромов в соответствии Разделом «Протокол ведения в APO» Письма МЗ РФ от 06.03.2020 г. N 30-4/И/2-2702 «Алгоритм оказания помощи взрослому населению с внебольничными пневмониями» и КР «Внебольничная пневмония у взрослых»: «3.4.4. Неантибактериальная терапия. Всем пациентам с тяжелой пневмонией показано назначение парентеральных антикоагулянтов», что требует формулирования кода диагноза «3.2.3. Невыполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений - ДВС-синдрома и тромбоэмболий», т.к. «при тяжелой ВП повышается риск системных тромбоэмболий. С целью профилактики на весь период ограниченной двигательной активности (постельный режим) рекомендуется назначение низкомолекулярных гепаринов или нефракционированного гепарина в профилактических дозах».

5. Невыполнение требования п. 4.7.1. Временных методических рекомендаций МЗ РФ «Профилакти-ка, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» о переводе пациента в ОРИТ при показаниях  $SpO_2$  менее 90%: «4.7.1. Интенсив-

ная терапия острой дыхательной недостаточности. Показания для перевода в ОРИТ (достаточно одного из критериев) - начальные проявления и клиническая картина быстро прогрессирующей ОДН: - SpO<sub>2</sub> < 90%», что требует формулирования кода диагноза «3.2.3. Невыполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений» отсутствием исследования сатурации, что препятствует своевременному переводу в ОРИТ.

6. Невыполнение требований КР «Внебольничная пневмония у взрослых»: «З.4.2. Респираторная поддержка. В случае умеренной гипоксемии (SpO₂ 80-89%) при условии достаточного респираторного усилия больного, сохраненном сознании гипоксемию следует коррегировать ингаляциями кислорода: начинают со средней скорости потока (5 л/мин), при необходимости увеличивая до 10-12 л/мин, чтобы обеспечить приемлемый уровень оксигенации крови», отсутствует объемная скорость подачи кислорода или она ниже 5 л/мин, что требует применения кода дефекта З.2.3 − создание риска прогрессирования имеющегося заболевания несоблюдением режима кислородотерапии − 5 л/мин.

7. Отсутствие обоснования отказа от респираторной поддержки при помощи неинвазивной вентиляции легких и высокоскоростного назального потока, предусмотренных Временными методическими рекомендациями МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»: «Возможно начало респираторной поддержки у пациентов с ОРДС при помощи неинвазивной вентиляции при сохранении сознания, контакта с пациентом (см. клинические рекомендации ФАР «Применение неинвазивной вентиляции легких» (НИВЛ). При низкой эффективности и/или плохой переносимости НИВЛ, альтернативной НИВЛ также может служить высокоскоростной назальный поток». Методические рекомендации ФАР «Применение неинвазивной вентиляции легких»: «Рекомендация 1. У пациента с острой дыхательной недостаточностью, исходя из патофизиологии дыхательной недостаточности, технологии неинвазивной ИВЛ и данных исследований доказательной медицины, рекомендовано ее использование при следующих патологиях:

гипоксемическая (паренхиматозная) острая дыхательная недостаточность (пневмония, ушиб легких, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) с развитием инфарктной пневмонии, состояние после резекции легкого) – пациенту рекомендуется кислородотерапия в сочетании с низким инспираторным давлением для разгрузки дыхательных мышц. Рекомендация 9. У пациентов с острым респираторном дистресс-синдромом легкой и средней степени тяжести рекомендована НИВЛ как терапия первой линии с оценкой ее эффективности через 1 час, так как задержка интубации трахеи при неэффективности НИВЛ при ОРДС приводит к увеличению летальности. Метод позволяет избежать интубации трахеи у части пациентов с легким и умеренным ОРДС, успешное применение НИВЛ при ОРДС приводит к резкому снижению частоты нозокомиальной пневмонии и летальности».

В Заключение эксперта требуется формулирование кода диагноза «3.2.3. Невыполнение необходимых пациенту лечебных мероприятий на основе клинических рекомендаций, приведшее к созданию риска прогрессирования имеющегося заболевания или его осложнений».

В Разделе «Заключение эксперта качества медицинской помощи» эксперт формулирует, что констатировано ненадлежащее качество оказанной медицинской помощи по критериям п. 21 ст. 2 Закона РФ  $\mathbb{N}^{\circ}$  323- $\Phi$ 3:

- своевременность (например, несвоевременно позднее начало введения антибиотика);
- правильность выбора методов диагностики (отсутствует мониторинг требуемых показателей) и лечения (отсутствие необходимого сочетания антибиотиков у пациента с факторами риска летального исхода пневмонии, коррекции низкого уровня альбумина, назначения антикоагулянтов, неинвазивной вентиляции легких).

Таким образом, в результате целевой ЭКМП к наиболее значимым дефектам, повлиявшим на исход заболевания, отнесены:

1. Невыполнение требований по мониторингу необходимых показателей, которые могут указывать на наличие органной дисфункции, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, имеют определенное прогностическое значение, оказывают влияние на выбор лекарственных средств

и/или режим их дозирования, что создает риск прогрессирования имеющегося заболевания.

- 2. Несвоевременный вызов реаниматолога и перевод в отделение реанимации.
- 3. Несвоевременно позднее начало антибиотикотерапии с неправильным сочетанием антибактериальных препаратов.
- 4. Невыполнение требований по полноте сочетания антибактериальных препаратов при пневмонии у пациента с факторами риска летального исхода.
- 5. Ошибочность дозировок антибиотиков, что создает риск прогрессирования имеющегося заболевания (МКБ-Х: Y63.8 Ошибочность дозировки во время других хирургических или терапевтических процедур).
- 6. Отказ в своевременном начале неинвазивной вентиляции легких.

#### Литература:

- Вёрткин А.Л., Оралбекова Ж.М. Анализ летальных исходов внебольничной пневмонии // Врач скорой помощи № 7, 2012, стр. 34-47.
- 2. Гладков С.А. Патологическая анатомия гриппа в современных условиях.- Дис ... канд.мед.наук.- СПб., 2016.- 178 с.
- 3. Гольдштейн В.Д. Пневмонии. M.: БИНОМ, 2011. 128 с.
- Дворецкий Л.И. Ошибки ведения больных внебольничной пневмонией. Можно ли их избежать?// РМЖ.-2009.- № 23.- С. 1533.
- Дуков Л.Г., Ворохов А.И. Диагностические и лечебно-тактические ошибки в пульмонологии. — 2-е изд., перераб. и доп. 1988. —272 с.
- Клинико-фармакологические основы современной пульмонологии. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2010.- 359 с.
- 7. Колосов В.П., Авдеева Н.В., Фомина В.С. и др. Пневмония при гриппе (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, реабилитация, профилактика): Методическое пособие.- Благовещенск, 2016.- 40 с.
- Оралбекова Ж.М. Оценка летальных исходов внебольничной пневмонии в многопрофильном стационаре на всех этапах оказания медицинской помощи// Врач скорой помощи № 3, 2012, стр. 36-41.
- Оралбекова Ж.М. Клинико-морфологические особенности и предикторы неблагоприятного прогноза при внебольничной пневмонии.- .- Автореф. дис ... канд. мед.наук.- М., 2013.- 25 с.
- 10. Поваляева Л.В., Бородулин Б.Е., Бородулина Е.А. Факторы риска смерти пациентов с внебольничной пневмонией в современных условиях // Казанский ме-

- дицинский журнал. -2012. -T. 93, № 5. -C. 816-820, XIV Конгресс пульмонологов, 2014 г.)
- 11. Потиевская В.И. Пневмонии. http://www.anest-cfo.ru
- 12. Рачина С.А. Индикаторы качества ведения пациентов с внебольничной пневмонией //Пневмония. М.: Медицинское информационное агентство, 2006. –С. 95-.110.
- 13. Сергеева И.В., Демко И.В., Корчагин Е.Е. Внебольничные пневмонии на фоне пандемического гриппа // https://lvrach-ru.turbopages.org/turbo/s/lvrach.ru/2017/06/15436743/.
- 14. Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для тематических экспертиз медицинской помощи с целью снижения смертности населения: Том 2.- М., 2017.-184 с.
- Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Гуженко М.Д. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи.-4 изд.- М., 2019.- 506 с.
- 16. Уметов М.А. Внебольничные пневмонии: где и как лечить? // https://www.rnmot.ru/public/files/library/15/Umetov\_M.A\_.\_Vnebolnichnye\_pnevmonii,\_gde\_i\_kak\_lechit .pdf.
- 17. Черняев А.Л., Самсонова М.В. Патологическая анатомия пневмонии //Атмосфера. Пульмонология и аллергология.- 2012.- № 4.- С. 46-49.
- Чучалин А.Г. Пневмония: актуальная проблема медицины XXI века //Пульмонология.-2015.-Т.25, № 2. С.133-142.
- Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Пневмония. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. - 464 с.
- 20. Хамитов Р.Ф. Анализ летальных исходов внебольничных пневмоний в стационарах у лиц трудоспособного возраста // Казанский медицинский журнал. 2008 г..том 89, № 5.- С.729-733.
- 21. Хапий Х.Х., Лихванцев В.В., Кассиль В.Л., Старченко А.А. и др. Эпидемиология, клиника и лечение тяжелых форм вирусно-бактериальных пневмоний.- М.: МО-НИКИ им. М.Ф. Владимирского, 2014.- 37 с.
- 22. Христолюбова Е.И. Ошибки диагностики и лечения внебольничных пневмоний : Автореф. дис. ... канд.мед. наук.- Томск, 2006.- 20 с.
- Шаймуратов Р.И. структурный анализ причин летальных исходов пациентов госпитализированных с внебольничной пневмонией в стационары Татарстана.- Автореф. дис ... канд.мед.наук.- СПб., 2018.- 24 с.
- 24. Шипилов М.В. Молекулярные механизмы "цитокинового шторма" при острых инфекционных заболеваниях // Лечебное дело.- 2013.- № 1.- С. 81-85.
- 25. The 10 leading causes of death in the world. Geneva: World Health Organization, 2017.

УДК 614.2

#### ОНКОМОНИТОРИНГ – НОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ В РАБОТЕ ТФОМС

А.М. Цигельник 1, Н.А. Матвеева 2





Цигельник А.М.

Матвеева Н.А.

#### <sup>1</sup> Администрация Правительства Кузбасса

#### Реферат

В статье актуализируются вопросы контроля за соблюдением сроков диагностики пациентов с подозрением на злокачественное образование и лечения пациентов с подтвержденным диагнозом, в том числе с целью решения задач, поставленных федеральным проектом «Борьба с онкологическими заболеваниями». Разработка и запуск нового информационного сервиса позволяют в оперативном режиме получать сведения о пациентах с ЗНО и организовывать их сопровождение для получения своевременной и бесплатной медицинской помощи.

#### Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, злокачественное новообразование, соблюдение сроков оказания медицинской помощи, онкомониторинг, страховые представители, ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса.

#### Для корреспонденции

#### Цигельник Алексей Маркович

заместитель губернатора Кузбасса по вопросам социального развития, д.м.н., профессор

Адрес: 650064, г. Кемерово, пр. Советский, д. 62

#### Матвеева Наталья Алексеевна

заместитель директора по экономическим вопросам Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса

Адрес: 650991, г. Кемерово, ул. Красноармейская, д. 136

8 (3842) 36-84-88 pr.zam.gb.so@ako.ru

eл.: 8 (3842) 58-17-06 ракс: 8 (3842) 36-25-09 -mail: inf@kemoms.ru Veb-caйm: www.kemoms.ru

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области –Кузбасса



Здание Администрации Правительства Кузбасса

Национальный проект «Здравоохранение» определяет приоритеты развития медицины в Российской Федерации. Одним из важнейших компонентов проекта является программа «Борьба с онкологическими заболеваниями». Для достижения поставленных целей важно обеспечить своевременную и полную диагностику пациентов с подозрением на злокачественное новообразование (далее – ЗНО) и немедленное начало лечения каждого пациента с подтвержденным диагнозом.

Имеющаяся в Территориальном фонде ОМС информация об оказанной онкологической помощи, полученная из реестров счетов, позволяет оценить ее доступность только ретроспективно. Учитывая, что фактор времени чрезвычайно важен в лечении онкологических заболеваний, нами была поставлена задача – разработать и внедрить информационный ресурс, который позволит в режиме реального времени осуществлять контроль за соблюдением указанных в программе государственных гарантий сроков проведения диагностических исследований и лечения онкологических больных. Ключевая цель –

не потерять ни одного пациента, максимально исключить случаи, когда больные по какой-либо причине «выпадают» из диагностического или лечебного процесса.

С этой целью в мае 2019 года в Кузбассе стартовал новый проект – онлайн-мониторинг сроков оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на ЗНО. ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса совместно с ГАУЗ «Кемеровский областной медицинский информационно-аналитический центр» (КОМИАЦ) на базе информационной системы «Управление госпитализацией» разработан и запущен в работу специальный сервис, основная задача которого – в режиме реального времени проанализировать весь массив данных и выбрать те случаи оказания медицинской помощи, при которых нарушены предельные сроки ожидания.

В основу контрольных точек положены этапы и сроки, утвержденные приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»: этап диагностики до постановки



Рис. 1. Регламент взаимодействия (получение информации от медицинских организаций)

диагноза не должен превышать 14 дней, срок начала лечения – не более 14 дней с момента подтверждения диагноза ЗНО.

Отправной точкой для онкомониторинга является установление пациенту подозрения на ЗНО. Начиная с этой даты, ведется отсчет соблюдения сроков и маршрутизации оказания медицинской помощи.

Следующей контрольной точкой становится визит пациента с подозрением на ЗНО к врачу-он-кологу для подтверждения или исключения онкологического диагноза. Если диагноз подтверждается, врач-онколог выдает направление на специализированное лечение.

С этого момента начинается новый двухнедельный отсчет до второй контрольной точки – госпитализации в круглосуточный или дневной стационар для получения специализированной медицинской помощи по профилю «онкология».

Технически работа онлайн-сервиса заключается в том, что ежедневно в автоматическом режиме из информационных систем медицинских организаций в ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса поступают сведения о фактах обращения пациентов с ЗНО в медицинские организации – от поликлиники до он-

кологического диспансера или специализированного отделения (регламент взаимодействия с медицинскими организациями в процессе сбора информации отражен на *puc. 1*).

Если медицинская помощь оказывается в регламентированные сроки, онлайн-сервис автоматически обрабатывает данную информацию, не направляя ее специалистам ТФОМС и СМО. Если же пациент с подозрением на ЗНО в течение двух недель не появился на первой контрольной точке — у врача-онколога специализированного центра, а пациент с подтвержденным онкологическим диагнозом в те же сроки не приступил к лечению в условиях стационара (вторая контрольная точка), то система фиксирует данные случаи, формирует два списка пациентов с нарушениями сроков диагностики или лечения и направляет их в СМО (рис. 2).

Страховые представители СМО, имея круглосуточный доступ к информационному ресурсу, ежедневно просматривают сформированные списки, оперативно, не позднее двух дней с момента поступления информации, созваниваются с пациентами, выясняют, почему в регламентированные сроки они не появились на приеме у онколога или не были гос-



Рис. 2. Регламент взаимодействия (анализ полученной информации)

питализированы в стационар. При необходимости оказывают содействие застрахованным гражданам: связываются с ответственным лицом в медицинской организации и организуют получение медицинской помощи в установленные сроки.

В 2019 году за восемь месяцев работы онлайн-сервиса онкомониторинга в ТФОМС поступила информация о 3205 пациентах с подозрением/

подтвержденным диагнозом ЗНО. В первый список вошли 559 пациентов (*puc. 3*).

В процессе работы страховые представители выяснили, что в данный перечень случайно, по причине несвоевременного ввода данных в информационные системы медицинских организаций, попали пациенты, у которых онкологический диагноз не подтвердился, или уже получающие специализи-



Рис. 3. Причины несвоевременного получения медицинской помощи в МО второго этапа (по результатам онкомониторинга ТФОМС)



Рис. 4. Причины несвоевременного получения специализированного лечения в МО третьего этапа (по результатам онкомониторинга ТФОМС)

рованное лечение. Около 1% пациентов сообщили, что планируют продолжить лечение за пределами региона.

Остальных пациентов можно разделить на две группы. Первой группе граждан помощь со стороны страховых представителей не требовалась – их либо пригласили на повторный прием к врачу-онкологу, либо уже назначили дату госпитализации.

Во вторую группу вошли пациенты, которые на момент звонка страхового представителя проходили обследование, планировали следующий визит к врачу, но дата этого визита находилась за пределами регламентированных сроков. К этой же группе можно отнести пациентов, которые не знали о необходимости повторно обращаться в медицинскую организацию, и тех, кто отказался от дальнейшего лечения. Именно эта группа пациентов нуждалась в помощи со стороны страховых представителей СМО.

В указанный период специалисты ООО «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» оказали реальное содействие пациентам с подозрением на ЗНО. На более ранние даты перенесли записи к онкологу в онкодиспансер, на проведение МРТ/МСКТ, колоноскопии, маммографии и других исследований, а также на консультации узких специалистов иных профилей, заключение которых необходимо для определения тактики лечения ЗНО. При необходимости представители СМО связывались

с главным внештатным специалистом по профилю «онкология», администрацией онкодиспансеров.

Тем пациентам, которые не спешили обращаться к врачу, страховые представители объясняли важность скорейшего обследования и начала терапии для положительного исхода лечения. В результате после общения с сотрудниками СМО к врачам-онкологам обратились 34 человека.

Такое взаимодействие страховых представителей с пациентами, которые нуждаются как в психологической поддержке, так и в практической помощи для получения своевременной и бесплатной медицинской помощи, – основная задача страховой медицинской организации.

При работе со вторым списком – пациентами с установленным диагнозом ЗНО, которые не начали получать специализированное лечение в утвержденные сроки, – перед страховыми представителями стояла задача – выяснить причины нарушения сроков госпитализации (рис. 4).

Они установили, что более половины пациентов из второго списка ожидали лечения по разным причинам: дата госпитализации известна, но в силу объективных причин находилась за пределами регламентированного срока. Часть пациентов проходили дополнительные обследования и ожидали повторного приема к врачу-онкологу для решения вопроса о госпитализации.

В реальной и оперативной помощи страховых представителей нуждалась, по сути, небольшая часть пациентов (2%) – те, кто не знал о необходимости повторного обращения к врачу и кто отказался от дальнейшего лечения. После общения со специалистами СМО госпитализированы 19 человек.

За 2019 год специалисты ООО «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» оказали реальное содействие более 200 пациентам с подозрением на ЗНО. Причем не всегда срабатывал именно первый звонок, сделанный в рамках онкомониторинга. Зачастую пациент во время первого разговора со страховым представителем отказывается от сопровождения, но в дальнейшем перезванивает на телефон горячей линии и просит помочь.

При обработке информации выяснилось, что четверть пациентов попали во второй список из-за несвоевременного ввода информации в медицинские информационные системы: например, граждане, у которых онкологический диагноз не подтвердился, или которые на тот момент уже получали необходимое лечение, следовательно, сроки оказания медицинской помощи выдерживались.

Некоторые пациенты оказались госпитализированы в непрофильные медицинские организации в связи с неотложными состояниями, которые были вызваны осложнениями заболевания. Информацию об этом направили ответственным специалистам в медицинские организации и в Министерство здравоохранения Кузбасса для принятия соответствующих решений.

Получать лечение за пределами Кемеровской области решили 1,7% пациентов.

Вся информация, полученная от застрахованного лица, вносится в программу онкомониторинга с указанием причин нарушения сроков оказания медицинской помощи. Страховые представители готовят свод информации по данным случаям с указанием Ф.И.О. пациента, даты его рождения, медицинской организации. В дальнейшем эта информация становится основой для проведения экспертизы случаев оказания медицинской помощи пациентам с ЗНО.

В процессе работы страховые представители столкнулись с неожиданной проблемой – на первом этапе они не смогли связаться в среднем с 15% пациентов по указанным номерам телефонов или почтовым адресам. После выявления проблемы и актуализации контактных данных пациентов медицинскими организациями доля тех, кому не смогли дозвониться по указанным номерам, сократилась до 3%.

Еще одна проблема, на которую обратили внимание страховые представители, – это сложность прохождения услуг MPT/MCKT в утвержденные приказом сроки. Специалисты ТФОМС провели анализ доступности исследований методами лучевой диагностики, используя данные информационной системы «Управление госпитализацией», где ведется учет направлений на КТ/МСКТ, и подтвердили выводы СМО.

Обсуждение вопросов доступности основных видов исследований методами лучевой диагностики состоялось в рамках работы Координационного совета по организации защиты прав застрахованных граждан. По итогам совещания в целях повышения доступности исследований методами лучевой диагностики для граждан принят ряд решений, среди которых выделение в программе «Управление госпитализацией» дополнительного «зеленого коридора» для пациентов с ЗНО вне существующей очередности.

#### ПОЗДРАВЛЕНИЯ «СОГАЗ-МЕД» КО ДНЮ ЗАЩИТЫ ДЕТЕЙ

Сотрудники «СОГАЗ-Мед» провели акции в честь Международного дня защиты детей и поздравили своих самых маленьких застрахованных с праздником.

В День защиты детей дирекция Хабаровского филиала организовала акцию «Сердце отдаю детям». Сотрудники рассказали родителям о том, чтобы они напоминали детям о необходимости соблюдения мер профилактики: мыть руки и избегать мест большого скопления людей, носить одноразовые средства защиты – маски и перчатки. Маленьким застрахованным вручили шары и конфеты, а взрослым – конверты для новорожденных и раздаточный информационный материал.



Калужский филиал поздравил воспитанников Центра реабилитации и досуга «Попутный ветер», в котором находятся дети с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями – синдромом Дауна, расстройствами аутистического спектра. Ежедневно они проделывают над собой огромную работу по восприятию окружающего мира – то, что кажется нам обыденным, для них – неизвестность. Сотрудники филиала передали волонтерам коробки со сладкими подарками, а заодно познакомились с работой центра. В ходе встречи также договорились о возможной помощи в оформлении полисов ОМС. К нуждающимся воспитанникам или их родителям страховые представители смогут приехать на дом.



Специалисты группы развития и маркетинга Новосибирского филиала посетили детский сад «Родничок» в п. Сосновка.



Сотрудники филиала поздравили малышей и их родителей с Днем защиты детей. Каждый маленький застрахованный гражданин получил в подарок воздушный шарик сувенир с логотипом «СОГАЗ-Мед», а родители были проинформированы о нововведениях в системе ОМС в период пандемии, а также о необходимости актуализации данных, содержащихся в полисе ОМС. Специалистами были выданы информационные материалы в виде буклетов и памяток, а в ответ от детей и родителей была получена масса положительных эмоший.

Сотрудники Уфимского филиала и общественной организации «Матери Республики Башкортостан» провели акцию «Подари добро детям» и пришли в гости к опекунским семьям.



Ямальский филиал поздравил воспитанников детского дома «Семья» в г. Ноябрьск. За счет собственных средств коллектив филиала приобрел кондитерские изделия для праздничного чаепития. А выпускникам детского дома сотрудники «СОГАЗ-Мед» подготовили праздничные подарки: наборы посуды и комплекты махровых полотенец.



К сожалению, в условиях распространения опасной болезни торжественное мероприятие в Чеховском социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних «Аистенок» не состоялось. Но сотрудники Московской дирекции передали детям дезинфекционные средства защиты и подарки для развития творческих способностей.



Ставропольский филиал поздравил многодетную семью из п. Пятигорский и вручил продуктовый набор.





Сотрудники Югорского филиала посетили детские сады и подарили детям сувениры и воздушные шары с логотипом компании.



# 75 ЛЕТ - ПОМНИМ, ГОРДИМСЯ! ПАМЯТЬ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ – ИСТОРИИ СЕМЕЙ СОТРУДНИКОВ ТФОМС КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

В целях сохранения исторической памяти и в ознаменование 75-летия Победы в Великой Отечественной войне 2020 год в России объявлен Годом памяти и славы. События Великой Отечественной войны затронули каждую семью и оставили в истории каждого из нас свой отпечаток. В знак глубокого уважения и памяти, гордости за подвиг наших дедов и прадедов ТФОМС Красноярского края установил стенд в вестибюле организации, который представляет истории семей своих работников об участниках боевых действий, а также о тружениках тыла, которые своей непоколебимой силой воли, отвагой и мужеством принесли Победу в 1945 году.

Стенд отражает ключевые события 1941-1945 годов, которые стали переломными в истории войны. Перед читателем предстают яркие описания боевых



событий, воспоминания участников войны, каждая строчка пропитана непоколебимой силой духа, верой в победу.