



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

04

Президент Российской Федерации Владимир Путин провел совещание с членами Правительства

10

Председатель Правительства Российской Федерации Михаил Мишустин провел оперативное совещание с вице-преьерами

12

Министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко: профилактика неинфекционных заболеваний – один из приоритетов в сфере здравоохранения страны



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

05 / 20

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

№ 5, 2020

Научно-практический журнал

РЕДАКЦИОННЫЙ 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 терапии и профилактической
медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор, член-
корреспондент РАН

Н.П. Дронов – председатель координационного совета
МОД «Движение против рака»

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

С.Г. Кравчук – заместитель Председателя ФОМС

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

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

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

Л.М. Рошаль – президент Национальной медицинской палаты,
президент Московского НИИ неотложной детской хирургии и
травматологии, д.м.н., профессор

И.В. Соколова – заместитель Председателя ФОМС

В.И. Стародубов – научный руководитель 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. Царева – начальник Управления модернизации системы
ОМС ФОМС, к.м.н.

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

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

Главный редактор:

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

ISSN 2221-9943

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

Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 01.12.2020. Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм. Объем: 58 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

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Президент Российской Федерации Владимир Путин провел совещание с членами Правительства	4
Президент Российской Федерации Владимир Путин принял участие в открытии медицинских центров в Псковской области	8
Председатель Правительства Российской Федерации Михаил Мишустин провел оперативное совещание с вице-премьерами	10
Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 сентября 2020 г. № 2390-р.	11
Министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко: профилактика неинфекционных заболеваний – один из приоритетов в сфере здравоохранения страны	12

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

<i>Т.Ю. Гроздова</i> Шесть лет в системе обязательного медицинского страхования. Севастополь, итоги и перспективы . . .	14
<i>А.М. Мифтахова, Л.А. Доронина</i> Оценка приверженности к лечению пациентов с артериальной гипертензией в работе страховых представителей третьего уровня Республики Татарстан	28

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СМО

<i>Н.И. Гришина, А.А. Старченко</i> Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России»: поддерживающая терапия – конституционное право онкопациента, требующее охраны и защиты страховым представителем в системе ОМС	34
--	----

РЕГИОНАЛЬНЫЕ НОВОСТИ

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Магаданской области Анастасия Щербакова стала суперфиналистом конкурса «Лидеры России 2020»	46
«АльфаСтрахование-ОМС» получила премию «Лучшие социальные проекты» за проект «АльфаЗАБОТА»	48
Белгородская область: «МАКС-М» принял участие во Всероссийском Дне трезвости	49
Страховые представители «АльфаСтрахование-ОМС» помогли почти 1 миллиону россиян пройти диспансерное наблюдение.	50
Брянская область: «Ингосстрах-М» провел акцию «Диспансерное наблюдение, деятельность страховых представителей и страховых медицинских организаций».	52
ЯНАО: В день трезвости салехардцы проверили здоровье и узнали о правах пациента	53
Калининградская область: «СОГАЗ-Мед» принял участие в акции «Калининград без гриппа»	54
Удмуртская Республика: «Капиталина» предлагает жителям воспользоваться услугой «Звонок страховому представителю».	55
Томская область: «Плавучая поликлиника» вернулась из юбилейного 20-го рейса	56

ПРЕЗИДЕНТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЛАДИМИР ПУТИН ПРОВЕЛ СОВЕЩАНИЕ С ЧЛЕНАМИ ПРАВИТЕЛЬСТВА

29 сентября 2020 года, Московская область, Ново-Огарёво



В режиме видеоконференции Глава государства обсудил с участниками совещания основную тему встречи – развитие механизмов государственной социальной помощи гражданам на основе социального контракта.

Также обсуждался ряд оперативных вопросов, в том числе о мерах безопасности по распространению коронавирусной инфекции и выплатах медицинским работникам, а также о сезонной прививочной кампании против гриппа.



О ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации Татьяна Голикова, возглавляющая штаб по борьбе с коронавирусной инфекцией, в своем выступлении доложила о складывающейся эпидемиологической ситуации в России и в отдельных регионах страны.

”

Т. Голикова: С 21 сентября число регистрируемых случаев заболевания новой коронавирусной инфекцией возросло до 8 232. Суточный показатель заболеваемости у нас возрос в 1,7 раза, с 3,1 до 5,5 на 100 тысяч населения. При этом основной прирост наблюдается по городу Москве. Темп прироста заболеваемости в целом по стране удерживается на уровне 0,5–0,7 процента. Несколько увеличилось – с 8 до 11 – количество регионов страны, где показатель среднесуточного прироста составляет больше 1 процента.

Хочу отметить, что показатель распространения коронавирусной инфекции, так называемый коэффициент репродукции, составляет сегодня по России 1,1. Это значит, что он повысился по сравнению с трёхнедельным периодом времени назад. И сегодня только 41 регион имеет этот показатель ниже единицы.

Я хотела бы обратить внимание на то, что сегодня, по данным опросов, которые мы проводим, 80–85 процентов заболевших говорят о том, что причиной заболевания является несоблюдение ими масочного режима и участие в массовых мероприятиях. В этой связи я бы хотела продолжить: если

”

мы не хотим тех ограничительных мероприятий, которые у нас были в марте, апреле, начале мая этого года, то мы, конечно, должны жёстко соблюдать те требования, которые сегодня предъявляем. Это, конечно, масочный режим, социальное дистанцирование и иные меры безопасности.

Самое главное, что это нужно для того, чтобы поберечь не только себя и своих близких, но и с уважением отнестись к медицинским работникам, которые как работали на передовой с COVID, так и продолжают это делать. Имея в виду, что сейчас, в связи с ростом заболеваемости, свободный койочный фонд для больных COVID на вчерашний вечер составляет 31 процент, то есть заполняемость у нас растёт.

Также я хотела бы несколько слов сказать о традиционных показателях, которые мы мониторим. Сегодня полностью сложилась система лабораторного тестирования в Российской Федерации. Она работает без выходных дней. И только в сентябре показатель обследования увеличился со 196,4 до 224,1 на 100 тысяч населения в сутки.

Более того, на прошлой неделе мы проводили соответствующее селекторное совещание с регионами по эпидемиологической ситуации и с 1 октября приняли новый индикативный показатель – не менее 150 исследований в сутки на 100 тысяч населения. Пока этот показатель не достигнут в 55 регионах страны, но мощности есть, тест-системы есть и возможности к наращиванию есть.

Для чего это важно? Важно понятно для чего – для профилактики и для раннего выявления новых случаев заболевания коронавирусной инфекцией, даже если темпы прироста будут расти. Это важно для сохранения человеческих жизней.

Какова сегодня динамика выявляемости? Динамика выявляемости считается как число зарегистрированных случаев к числу исследований. На 27 сентября этот показатель составляет 2,4 процента. Хочу сказать, что в августе он составлял 1,8 процента и на 11 мая – 7,2 процента. Поэтому нам важно придерживаться тех тенденций, которые сейчас складываются, не наращивая их.

Что касается структуры клинических проявлений, то здесь существенных изменений не произошло. Порядка 23–25 процентов приходится на бессимптомные формы заболевания, 75–77 процентов приходится на заболевания с клиническими проявлениями, это порядка 49 процентов ОРВИ, и доля внебольничных пневмоний – 25–27 процентов.

Что касается степени тяжести, здесь ситуация практически не меняется. Тяжёлые формы составляют 2,6–2,7 процента, чуть возросли лёгкие формы течения заболевания – на 1,2 процента, и среднетяжёлые формы – на 0,7 процента.

Что касается возрастной структуры, здесь ожидаемы изменения, которые касаются больших коллективов, мы об этом неоднократно говорили. И возросла заболеваемость детей и лиц в возрасте старше 65 лет. Рост заболеваемости лиц старше 65 лет составил 2,6 процента и оценивается сегодня в 21,5 процента.

Что касается детей, то заболеваемость возросла на 18,4 процента, но в основном, в каждом регионе по-разному, от 55 до 95 процентов случаев – это бессимптомное течение заболеваний или лёгкое проявление острой респираторной вирусной инфекции.

Мы просим наших коллег ещё раз обратиться к нашим гражданам, просим самым внимательным образом заботиться о своём здоровье, здоровье близких и соблюдать необходимые меры безопасности.



”

В. Путин: По поводу ситуации, которая складывается сейчас и в столице, и в стране в целом с COVID. Что в этой связи хочу сказать? Конечно, маски, социальная дистанция, тем более изоляция, определённые и известные ограничения по местам учёбы, работы, безусловно, это всё людям надоело, и я их прекрасно понимаю.

Но, как ни странно, до сих пор люди не всегда чувствуют, понимают, поэтому и не всегда верят в то, что весь мир столкнулся, и мы в России тоже, с очень опасным противником. Инфекции вообще, инфекционные заболевания, и COVID не в последнюю очередь, являются таким тихим, незаметным, но очень опасным противником, опасным врагом. Поэтому наша с вами святая обязанность, профессионального сообщества, руководителей всех уровней, власти и управления, очень аккуратно, тактично, но терпеливо и настойчиво объяснять людям реалии складывающейся обстановки и предлагать необременительные, но абсолютно необходимые меры и средства защиты.

Я надеюсь, что мы так и будем действовать, имею в виду, что уже достаточно давно мною было принято решение значительную часть компетенций при решении вопросов, связанных с борьбой с COVID, передать на региональный уровень при сопровождении со стороны федерального центра: методическом сопровождении, административном, научном. До сих пор у нас это всё хорошо получалось. Надеюсь, что и дальше мы будем действовать в таком же режиме.

www.kremlin.ru

ПРЕЗИДЕНТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЛАДИМИР ПУТИН ПРИНЯЛ УЧАСТИЕ В ОТКРЫТИИ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ В ПСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

15 сентября 2020 года, Московская область, Ново-Огарёво



Владимир Путин в режиме видеоконференции принял участие в церемонии открытия двух новых многофункциональных медицинских центров, построенных силами Министерства обороны Российской Федерации в Пскове и Великих Луках.

”

В. Путин: У нас сегодня конкретное мероприятие, связанное с вводом в эксплуатацию новых объектов, но сегодня же, как раз 15 сентября исполняется 98 лет со дня образования в нашей стране санитарно-эпидемиологической службы.

Созданная ещё в 1922 году, она сразу же стала важной составной частью системы здравоохранения страны, обеспечила преемственность её развития, её исторических традиций. И мы по праву гордимся именами Эрисмана, Семашко, Сысина, многих других учёных и врачей, которые стояли у истоков отечественной санитарно-эпидемиологической школы.

В наши дни тысячи специалистов трудятся в этой важнейшей сфере – это врачи, эпидемиологи, микробиологи, гигиенисты. Во многом благодаря вашей работе, уважаемые друзья, мы эффективно противостоям и распространению коронавирусной инфекции.

Так, Россия находится на 40-м месте в мире по числу заболевших на 100 тысяч населения, и при этом на 100-м месте по показателям смертности от этой опасной инфекции, на 100-м. Добавлю, что наша страна лидирует в мире по такой позиции, как количество проведённых тестов на 100 тысяч граждан.

Такая комплексная работа позволяет выявлять болезнь на ранних стадиях, обеспечивать стабильную эпидемиологическую обстановку, проводить эффективное лечение, а значит, защищать жизнь и здоровье миллионов людей.

Символично, что именно в такой день мы открываем два новых многофункциональных медицинских центра. Им предстоит работать в Псковской области. Один из них – на 200 мест – расположен в Пскове, другой – на 100 мест – в городе Великие Луки.

Они возведены силами Министерства обороны в кратчайшие сроки, всего за два с половиной месяца, и, что принципиально важно, сделаны очень качественно.

Рассчитываю, что в самое ближайшее время они будут готовы принимать пациентов, оказывать людям квалифицированную помощь.

Ещё один такой же медцентр в Республике Тыва планируется ввести в строй в конце сентября. И, насколько известно, в целом здесь всё идёт штатно, по графику. Надеюсь, что он будет выдержан до конца.

Без учёта больниц в Псковской области Министерством обороны в целом по стране уже построен 21 специализированный медицинский центр. Все они полностью укомплектованы необходимой техникой, оборудованием и медикаментами, которые позволяют эффективно и быстро лечить больных, в том числе с коронавирусной инфекцией.

Новые медцентры призваны сформировать дополнительный резерв коек на случай увеличения инфекционных заболеваний. В целом они позволят нарастить мощности национальной системы здравоохранения, и прежде всего регионального звена, повысят и доступность медицинской помощи.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МИХАИЛ МИШУСТИН ПРОВЕЛ ОПЕРАТИВНОЕ СОВЕЩАНИЕ С ВИЦЕ-ПРЕМЬЕРАМИ

28 сентября 2020 года, Москва, Дом Правительства



Председатель Правительства Российской Федерации Михаил Мишустин в режиме видеоконференции провел оперативное совещание с вице-премьерами.

Во вступительном слове Михаил Мишустин сообщил, что Правительство утвердило Стратегию развития иммунопрофилактики инфекционных болезней. Она рассчитана на следующие 15 лет. Ситуация с коронавирусом ещё раз подтвердила важность развития этого направления. «Мы должны принимать меры, чтобы держать под контролем существующие инфекции и не давать распространяться новым.

Стратегия ориентирована на то, чтобы как можно больше людей в нашей стране могли регулярно делать прививки от самых разных инфекций. В первую очередь это касается детей. Для этого должен быть расширен национальный календарь прививок. Будем стимулировать разработки вакцин, налаживать их выпуск и локализацию производства в России.

По поручению Президента мы расширили вакцинацию для

профилактики гриппа. Выделили на этот год дополнительные 4 млрд рублей, чтобы прививку могли сделать до 60% жителей нашей страны. И в первую очередь те, кто входит в группы риска», – подчеркнул М. Мишустин.

www.government.ru



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ *

от 18 сентября 2020 г. № 2390-р
МОСКВА

1. Утвердить прилагаемую Стратегию развития иммунопрофилактики инфекционных болезней на период до 2035 года (далее – Стратегия).
2. Минздраву России совместно с заинтересованными федеральными органами государственной власти в 3-месячный срок представить в Правительство Российской Федерации план мероприятий по реализации Стратегии.
3. Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации руководствоваться в своей деятельности положениями Стратегии.

Председатель Правительства
Российской Федерации
М. МИШУСТИН

* Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18.09.2020 №2390-р в полном объеме размещено на официальном сайте Правительства РФ – www.government.ru

МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МИХАИЛ МУРАШКО: ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ – ОДИН ИЗ ПРИОРИТЕТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТРАНЫ

24 сентября 2020 года, Москва



Министр здравоохранения Михаил Мурашко принял участие в мероприятии Межучрежденческой целевой группы ООН по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний (НИЗ) «на полях» Генеральной Ассамблеи ООН.

В своем выступлении Михаил Мурашко подчеркнул, что профилактика неинфекционных заболеваний является одним из приоритетов в сфере здравоохранения для Российской Федерации.

ного аппарата пришлось временно отложить.

«В период пандемии новой коронавирусной инфекции мы еще раз убедились в необходимости своевременного контроля и предотвращения неинфекци-

фекционным заболеваниям за своевременную разработку рекомендаций по борьбе с неинфекционными заболеваниями во время и после пандемии, которые подробно описывают, почему действия по борьбе с

”

М.А. Мурашко: Благодаря эффективному государственному системному подходу к борьбе с неинфекционными заболеваниями, внедрению инновационных методов профилактики, диагностики и лечения, в Российской Федерации удалось быстро стабилизировать ситуацию с лечением пациентов с неинфекционными заболеваниями в период новой коронавирусной инфекции.

«Благодаря эффективному государственному системному подходу к борьбе с неинфекционными заболеваниями, внедрению инновационных методов профилактики, диагностики и лечения, в Российской Федерации удалось быстро стабилизировать ситуацию с лечением пациентов с неинфекционными заболеваниями в период новой коронавирусной инфекции», – сказал министр.

Пациенты с онкологическими заболеваниями, сахарным диабетом, находящиеся на гемодиализе получали своевременную помощь. Вместе с тем, отметил в своем выступлении Михаил Мурашко, часть плановой медицинской помощи, лечение заболеваний опорно-двигатель-

онных заболеваний и факторов риска их развития. Всемирной организацией здравоохранения было установлено, что неинфекционные заболевания многократно увеличивали как подверженность заражению COVID-19, так и вероятность ухудшения исхода болезни среди всех групп населения».

Глава Минздрава отметил, что доступ к медицинским услугам всех без исключения граждан Российской Федерации был обеспечен благодаря системе обязательного медицинского страхования, основанной на принципах солидарности и социального равенства.

Михаил Мурашко выразил благодарность Межучрежденческой целевой группе по неин-

ними должны быть неотъемлемой частью ответных мер реагирования на COVID-19.

Министр также отметил, что в ходе визита директора Европейского регионального бюро ВОЗ Ханса Клюге в Российскую Федерацию, который продолжается в настоящее время, были достигнуты договоренности о расширении сотрудничества в области профилактики неинфекционных заболеваний и укреплении потенциала Географически удаленного офиса ВОЗ в Москве путем включения в его компетенцию вопросов профилактики употребления табака, а также вопросов цифрового здравоохранения в привязке к неинфекционным заболеваниям.

minzdrav.gov.ru

”

М.А. Мурашко: В период пандемии новой коронавирусной инфекции мы еще раз убедились в необходимости своевременного контроля и предотвращения неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития. Всемирной организацией здравоохранения было установлено, что неинфекционные заболевания многократно увеличивали как подверженность заражению COVID-19, так и вероятность ухудшения исхода болезни среди всех групп населения.

УДК 614.2

ШЕСТЬ ЛЕТ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ. СЕВАСТОПОЛЬ, ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Т.Ю. Гроздова



Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования города
Севастополя

Реферат

В статье отражены итоги и перспективы шестилетнего функционирования системы обязательного медицинского страхования (ОМС) на территории города федерального значения Севастополя. Проведен анализ: достижения целевых показателей, установленных Указом Президента Российской Федерации № 597 по уровню заработной платы работников медицинских организаций; повышения качества оказания медицинской помощи населению по результатам экспертного контроля; условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС. Затронуты проблемные вопросы и обозначены перспективы дальнейшего развития системы ОМС в городе Севастополе.

Ключевые слова:

*обязательное медицинское
страхование, шесть лет, ТФОМС
города Севастополя.*

Для корреспонденции

Гроздова Татьяна Юрьевна

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Севастополя, д.м.н.

Тел.: +7 (8692) 53-70-61,
Факс: +7 (8692) 53-70-65 доб. 270,
E-mail: general@sevtfoms.ru

Адрес: 299053, Севастополь, Фиолентовское шоссе, 1/2



Севастополь. Архитектурный символ города «Памятник затопленным кораблям».

В 2014 году Севастополь вошел в состав Российской Федерации*. Обязательное медицинское страхование (ОМС) как вид обязательного социального страхования, представляющего собой государственную систему правовых, экономических и организационных взаимоотношений между медицинскими организациями и пациентами, имеющими полис ОМС, введено на территории города федерального значения в 2014 году.

По состоянию на 1 января 2020 года численность застрахованного в системе ОМС населения составила 439 068 человек, 97,8% от численности постоянно проживающего населения. Страхование проведено двумя медицинскими организациями: Севастопольским филиалом «Крымской страховой медицинской компании» ООО «Арсенал МС» и Севастопольским филиалом ООО «Страховая медицинская «Крыммедстрах». В 2014 году без до-

полнительного государственного финансирования этими СМО было застраховано более 90% населения, благодаря чему с 01.01.2015 стало возможным в полном объеме начать функционирование системы ОМС (график 1).

Общее количество медицинских организаций, участвовавших в 2015 году в реализации территориальной программы государственных гарантий составило 19, из них 17 – государственной собственности. В связи с реорганизацией государственных медицинских организаций, находящихся в подчинении Департамента здравоохранения города Севастополя, в течение 6 лет их количество уменьшилось с 17 до 13. Число частных клиник, вступающих в работу системы ОМС города Севастополя, значительно увеличилось. В 2015 году начало работать в полном объеме ООО «Диализный центр «Севастополь», взяв на себя всю плановую помощь по гемодиализу для

* Федеральный конституционный закон от 21.03.2014 №6-ФКЗ «О принятии в Российскую Федерацию Республики Крым и образовании в составе Российской Федерации новых субъектов – Республики Крым и города федерального значения Севастополя».

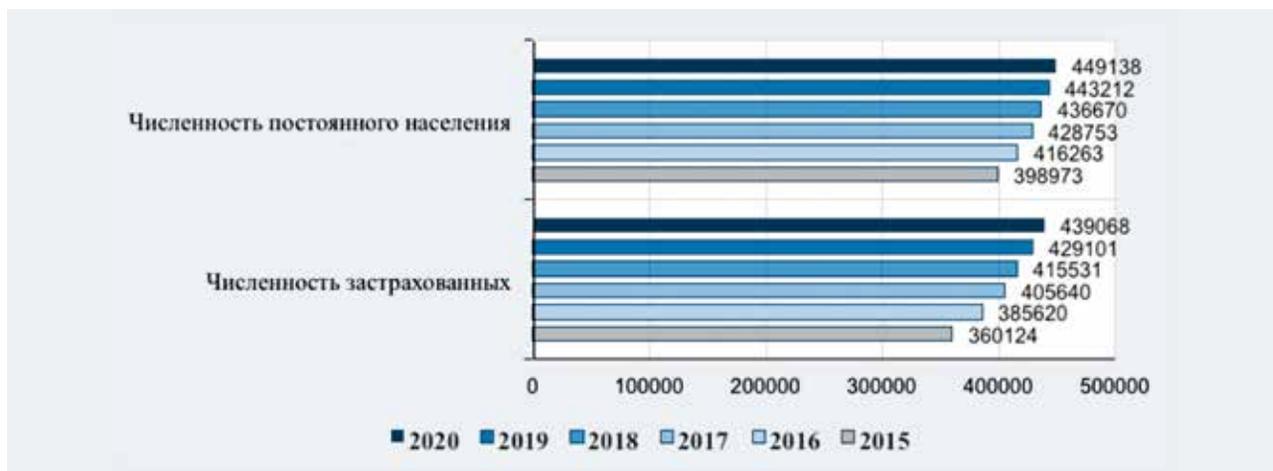


График 1. Динамика численности застрахованных в системе ОМС за период 2015–2020 гг.



График 2. Форма собственности медицинских организаций, участвующих в функционировании системы обязательного медицинского страхования в г. Севастополе

всего населения города Севастополя. К 2020 году число частных клиник увеличилось до 21. Значительно расширился и спектр медицинских услуг в частных клиниках (график 2).

Шесть лет функционирования системы ОМС определило направления развития системы здравоохранения города федерального значения Севастополя в соответствии с основными принципами осуществления ОМС.

Принцип 1. Обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы ОМС и базовой программы ОМС.

С 2015 года система ОМС начала функционировать в соответствии с законодательством Российской Федерации, обеспечивая государственные гарантии бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы ОМС.

Постановление Правительства Севастополя от 31.12.2014 № 705 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам города Севастополя медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» обеспечило начало работы системы ОМС. Жителям Севастополя, застрахованным в системе ОМС, стала доступной вся медицинская

Таблица 1.

Реализация территориальной программы ОМС с 2015 по 2020 гг. по видам медицинской помощи.

Период		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Виды медицинской помощи	Единицы измерения	%	%	%	%	%	% от плана на 6 мес.
Скорая медицинская помощь	вызовов	67%	74%	78%	83%	87%	87%
Амбулаторно-поликлиническая помощь	-	45%	53%	65%	73%	72%	50%
в том числе:							
с профилактической целью	посещение	4%	136%	152%	149%	122%	80%
по неотложной медпомощи	посещение	10%	14%	34%	83%	89%	82%
в связи с заболеваниями	обращение	64%	25%	32%	39%	42%	30%
в связи с заболеваниями	посещение	64%	24%	32%	41%	42%	30%
Стационарная помощь	случаи госпитализации	104%	91%	106%	106%	104%	80%
Стационарзамещающая помощь (дневной стационар)	случаи госпитализации	30%	82%	99%	104%	100%	67%

помощь, утвержденная Правительством РФ для населения России.

Стоимость Территориальной программы ОМС на 2017, 2018, 2019 и 2020 годы определялась исходя из величины средних подушевых нормативов финансирования за счет средств ОМС на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в расчете на 1 застрахованное лицо), установленных Программой государственных гарантий на 2017, 2018, 2019 и 2020 годы в сумме соответственно 8 896,0 руб., 10 812,7 руб., 11 800,2 руб. и 12 699,2 руб. В таблице 1 прослеживается динамика нарастания показателей выполнения территориальной программы ОМС.

Достигнуты запланированные нормативные объемные показатели для медицинской помощи в условиях круглосуточного персонала. В то же время имеется хорошая тенденция к росту оказания неотложной медицинской помощи, посещений с профилактической целью. Как основной показатель растет доступность медицинской помощи для населения города Севастополя.

За счет средств ОМС только за период 2019–2020 гг. наблюдается повышение финансовых затрат по следующим видам медицинской помощи: стоимость 1 вызова скорой медицинской помощи на 10,6%; 1 посещения с профилактическими и иными целями увеличилась на 32,1%; 1 обращения в амбулаторных условиях увеличилась на 57,4%; 1 случая госпитализации в условиях дневного стационара – на 52,3%; 1 случая госпитализации по профилю «Онкология» увеличилась на 39,7%; 1 случая по химиотерапии – на 31,2%; 1 случая в условиях дневного стационара – на 36,2%.

С 2020 года на территории города Севастополя стало возможным получить медицинскую помощь по профилю «Онкология» с использованием лучевой терапии и лучевой терапии в сочетании с противоопухолевой лекарственной терапией.

Средняя стоимость 1 случая лечения	<ul style="list-style-type: none"> ✓ с использованием лучевой терапии, в рамках оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, составляет 83 337,14 руб.; ✓ с использованием лучевой терапии в сочетании с противоопухолевой лекарственной терапией, в рамках оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, составляет 296 958,00 руб. ✓ с использованием лучевой терапии, в рамках оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, составляет 42 288,48 руб.; ✓ с использованием лучевой терапии в сочетании с противоопухолевой лекарственной терапией, в рамках оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, составляет 100 762,50 руб.
------------------------------------	--

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 г. № 432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях

возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией» утверждены:

Повышающие управленческие коэффициенты:	в размере 1,4 для КСГ:
	st12.008 «Другие инфекционные и паразитарные болезни, взрослые», стоимость с 33 548,16 до 52 186,02 рублей;
	st12.009 «Другие инфекционные и паразитарные болезни, дети», стоимость от 27 862,03 до 43 340,93 рублей;
	st23.004 «Пневмония, плеврит, другие болезни плевры», стоимость от 36 391,22 до 56 608,57 рублей;
Подгруппы для КСГ st12.013 и st23.004:	в размере 1,2 для КСГ st12.013 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции», стоимость от 107 224,13 до 166 793,09 рублей
	st12.013.1 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции (тяжелое течение COVID-19), коэффициент затратноемкости – 7,5; стоимость от 182 768,40 до 284 306,40 рублей;
	st12.013.2 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции (среднетяжелое течение COVID-19), коэффициент затратноемкости – 5,25; стоимость от 127 937,88 до 199 014,48 рублей;
	st23.004.1 «Пневмония, плеврит, другие болезни плевры (COVID-19)», коэффициент затратноемкости – 4,0; стоимость от 113 722,56 до 176 901,76 рублей.
Коэффициент сложности лечения пациента при наличии у пациента пневмонии, вызванной COVID-19 (дополнительный код U07.1), подтвержденной лабораторными и инструментальными методами	в размере 1,4
Отдельный тариф на оплату тестирования групп риска на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в размере:	1 000,00 рублей для определения РНК коронавируса ТОРС (SARS-CoV) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР;
	490,77 рублей для определения РНК коронавируса COVID-19 в мазках со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки методом ПЦР (критерием отбора является применение метода амплификации нуклеиновых кислот для выявления РНК ТОРС (SARS-CoV-2) в мазках со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки методом ОТ-ПЦР в режиме реального времени)
Финансовые средства в размере 100 366 079,40 рублей (профмероприятия взрослого населения и детей) направлены на увеличение размера подушевого норматива оплаты первичной медико-санитарной помощи.	рост составил 45,2%
Стоимость посещения в неотложной форме (на дому)	увеличена на 5%
Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи	врача-специалиста в размере 936,07 рублей; стоимость посещения в неотложной форме (на дому) фельдшера в размере 741,49 рублей. Рост составил 20,0%

Формирование нормированного страхового запаса для расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, значительный рост финансирования по

межтерриториальным расчетам. Доступность оказания медицинской помощи в любом субъекте федерации стало не только декларированным федеральным законодательством правом застрахованного гражданина, но и реальностью. За период с 2015 года по

Таблица 2.

Информация о среднемесячной заработной плате работников списочного состава медицинских организаций города Севастополя

Категория персонала	Средняя заработная плата					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Врачи	37,65	41,28	45,33	54,31	60,88	74,21
Средний медицинский (фармацевтический) персонал	22,42	24,75	26,02	28,62	30,43	38,45
Младший медицинский персонал	14,12	15,73	17,81	26,48	28,05	31,26

2019 год в 13 раз увеличился объем финансирования по межтерриториальным расчетам: с 36 006,42 тыс. руб. в 2015 году до 472 453,52 тыс. руб. в 2019 году.

На территории Севастополя так же оказывается медицинская помощь гражданам, застрахованным в других субъектах федерации. Значительно возрастает уровень госпитализаций и обращений в медицинские организации системы ОМС в весенне-летний период, когда имеет место значительное увеличение граждан, приехавших на отдых в Севастополь.

В рамках реализации национального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами» в бюджете ТФОМС предусмотрено финансовое обеспечение для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Впервые в 2019 году расходы бюджета ТФОМС на софинансирование составили 8 918,06 тыс. рублей, или 30,6% от утвержденных бюджетных назначений. Профинансирована заработная плата 12 врачей и 4 средних медработников. На 2020 год в бюджете ТФОМС предусмотрено финансовое обеспечение для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала в сумме 38 299,1 тыс. рублей, что на 9 170,4 тыс. рублей (или 31,5%) больше 2019 года. В настоящее время медицинские организации активно начали работу по привлечению медицинских работников в первичное звено.

Финансовая устойчивость системы ОМС также определяет финансовое состояние медорганизаций, работающих в системе ОМС. Ежегодно имеет место как рост общей суммы расходов медицинских организаций на основные статьи, определяющие возможность качественного оказания медицинской

помощи, так и на обеспечение лекарственными препаратами, продуктами питания.

В общей структуре кассовых расходов за первое полугодие 2020 года за счет средств ОМС наибольшую долю занимает оплата труда 66,8%, или 1 600 101,3 млн руб., на лекарственное обеспечение в структуре расходов впервые за шесть лет составило более 24%, что выше показателей аналогичного периода 2019 года.

Одним из направлений мониторинга расходования финансовых средств является контроль за формированием заработной платы медработников в соответствии с Указом Президента РФ.

Фонд начисленной заработной платы работников списочного состава медицинских учреждений государственной формы собственности, сформированный из всех источников (средств бюджета, средств ОМС и средств от приносящей доход деятельности) за 1 полугодие 2020 года составил 1 842 391,60 тыс. рублей, в том числе из средств ОМС 1 272 971,87 тыс. рублей. В общем фонде начисленной заработной платы средства ОМС составили 69,1 %, иные источники, формирующие фонд начисленной заработной платы, – 30,9% (табл. 2).

Принцип 2. Государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика.

Расчет объемов медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях проводился по нормативам, утвержденными Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на численность застрахованного населения, с дальнейшим распределением объемов по медицинским организациям в соответствии с количеством прикрепленного населения.



График 3. Динамика оказания ВМП по профилям медицинской помощи.



График 4. Динамика выполнения объемов (посещений) амбулаторной помощи

Общее выполнение объемов амбулаторной помощи составило в 2015 году – 1632 356 посещений, что составляет 48% выполнения плановых показателей. В 2019 году – 2 554 444 посещения, что составляет 72% выполнения плановых показателей (график 3).

При сравнении динамики выполнения объемов амбулаторной помощи в 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 годах наблюдается четкая тенденция к увеличению выполнения объемов амбулаторной помощи (график 4).

Динамика показателей норматива посещений с профилактической и иными целями в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 1 застрахованное лицо представлена на графике 5.

Перевыполнение норматива посещений с профилактическими и иными целями на 1 застрахованное лицо в 2015 году обусловлено тем, что учет амбулаторной помощи за данный период проводился

только в посещениях. С 2016 года осуществлялся переход на учет медицинской помощи в амбулаторных условиях, как в посещениях, так и в обращениях в связи с заболеванием.

До 2015 года оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме на территории города не осуществлялось. Территориальным фондом ОМС города Севастополя проведены обучающие семинары по организации оказания медицинской помощи в неотложной форме, определен тариф оказания данного вида медицинской помощи как в медорганизации, так и при выезде на дом. В медицинских организациях открылись кабинеты неотложной медицинской помощи, полностью обеспеченные лекарственными препаратами. Количество отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи составило в 2015 году – 11, в 2016 году – 13, в 2017 году – 23; в 2018 году – 34, в 2019 году – 36 (график 6).



График 5. Динамика посещений с профилактической и иными целями на 1 застрахованное лицо в год.



График 6. Динамика показателей оказания неотложной медицинской помощи

По итогам работы динамика выполнения объемов медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме медицинскими организациями города Севастополя, составила:

2015 год – 11,3% от утвержденного по территориальной программе ОМС количества
 2016 год – 14,2% от утвержденного по территориальной программе ОМС количества
 2017 год – 32,0% от утвержденного по территориальной программе ОМС количества
 2018 год – 83% от утвержденного по территориальной программе ОМС количества
 2019 год – 89% от утвержденного по территориальной программе ОМС количества.
 2020 год (6 мес.) – 82% от утвержденного на 6 мес. плана по территориальной программе ОМС.

Нормативы оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара на протяжении всех шести лет практически соответствовали требо-

ваниям базовой программы ОМС и даже несколько превышали показатели по Южному федеральному округу.

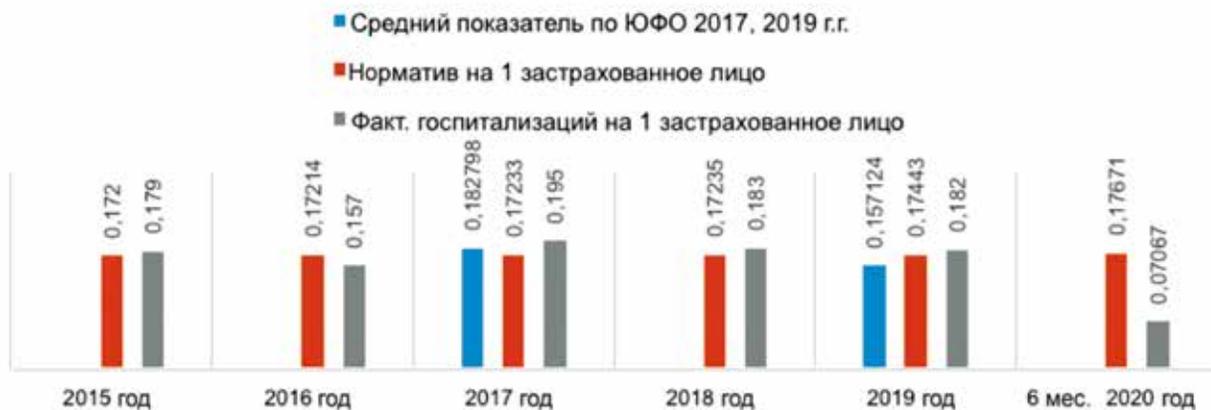


График 7. Динамика выполнения норматива медицинской помощи в стационарных условиях на 1 застрахованное лицо

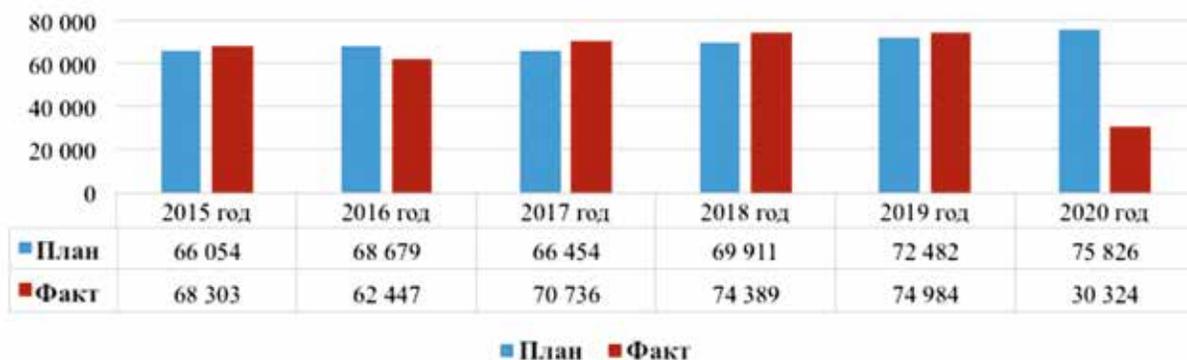


График 8. Динамика выполнения объемов круглосуточного стационара (законченных случаев)

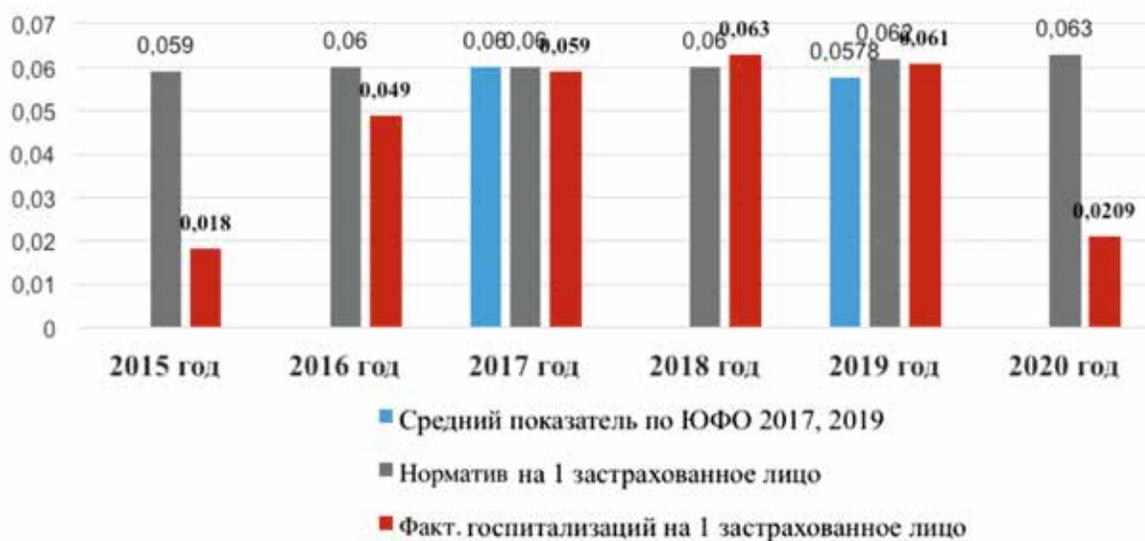


График 9. Динамика выполнения норматива медицинской помощи в условиях дневного стационара на 1 застрахованное лицо.

Таблица 3.

**Выполнение высокотехнологичной медицинской помощи
медицинскими организациями города Севастополя.**

Профиль	Фактическое количество случаев высокотехнологичной медицинской помощи					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020 6 мес.
	п	п	п	п	п	п
Абдоминальная хирургия	0	1	12	13	14	4
Акушерство и гинекология	3	31	63	85	87	20
Гастроэнтерология	0	0	0	0	2	8
Детская хирургия в период новорожденности	0	3	0	1	5	4
Дерматовенерология	0	0	0	39	40	14
Нейрохирургия	11	62	48	70	80	39
Неонатология	0	5	22	30	32	10
Онкология	120	324	237	219	328	90
Оториноларингология	0	1	1	10	4	7
Офтальмология	70	125	119	160	139	58
Сердечно-сосудистая хирургия	88	176	295	556	729	352
Торакальная хирургия	0	2	2	0	2	0
Травматология и ортопедия	162	307	327	324	308	65
Урология	73	160	193	197	176	35
Челюстно-лицевая хирургия	0	2	7	11	13	1
Всего	527	1 199	1 326	1 725	1 969	707

В 2015 году на территории города Севастополя была организована работа дневного стационара только в одной больнице. В 2020 году норматив коечного фонда составил 593 койки, фактически возвращено 644 койки в 19 медицинских организациях (график 7).

В результате проведенных мероприятий, по развитию стационаров замещающей помощи в 2016 году организованы дневные стационары двух типов: дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях; дневные стационары при больничных учреждениях (койки дневного пребывания при стационаре (график 8)). С 2020 года организована медицинская помощь на дому (график 9).

В первой половине 2020 года, в сравнении с аналогичным периодом 2019 года, увеличилось количество лиц, которым оказана помощь бригадами скорой медицинской помощи, на 2%, или на 582 человека. Улучшились качественные показатели работы скорой медицинской помощи в части времени доезда до места вызова. В первой половине 2020 года, в сравнении с аналогичным периодом 2019 года, доля вызовов с доездом до места вызова до 20 минут увеличилась на

45% при одновременном снижении показателей доли вызовов с доездом более 60 минут.

Высокотехнологичная медицинская помощь в рамках базовой программы ОМС, на территории города Севастополя, в 2015 году оказывалась в 4 медицинских организациях, в 2019 году – уже в 7 медицинских организациях. В 2015 году проведено и оплачено на территории города Севастополя 527 случаев ВМП, в 2019 году – 1 969 случаев ВМП, за 6 мес. 2020 года – 707 случаев ВМП (табл. 3).

Практически по всем профилям медицинской помощи идет рост случаев проведения высокотехнологичных методов лечения. Наиболее значительный рост имеет место при оказании медицинской помощи по сердечно-сосудистой хирургии.

Все шесть лет в полном объеме функционирует система оказания медицинской помощи гражданам г. Севастополя в других субъектах федерации. Имеет место увеличение числа случаев оказания медицинской помощи жителям города Севастополя в других субъектах РФ в 6,9 раза (в 2015 году оказано 7 282 случая медицинской помощи, в 2019 году оказано 50 263 случая).

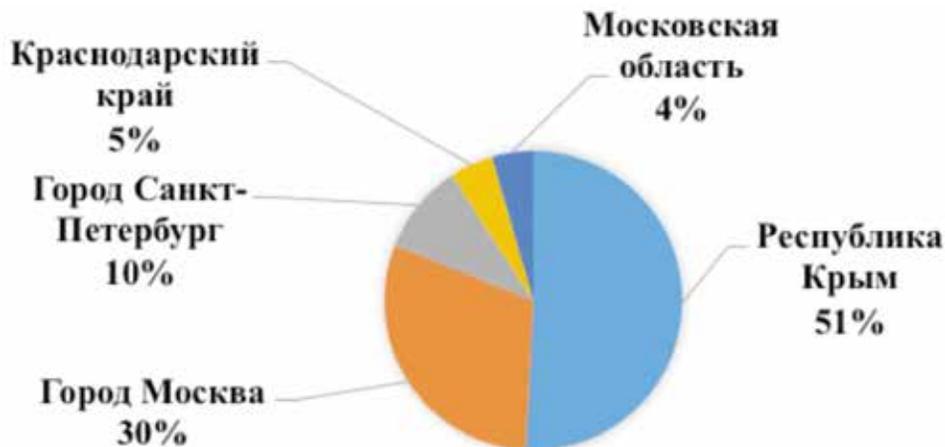


Диаграмма. Распределение объемов оказания медицинской помощи гражданам г. Севастополя в других субъектах федерации.

Лидирующие профили оказания медицинской помощи: онкология; сердечно-сосудистая хирургия; акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); травматология и ортопедия; офтальмология; детская онкология.

В то же время за период 2015–2019 года по медицинским организациям города Севастополя наблюдается тенденция увеличения стоимости за медицинскую помощь, оказанную жителям иных субъектов Российской Федерации в медицинских организациях города Севастополя в 1,2 раза (оплачено в 2015 году 154 430,83 рубля, в 2019 году оплачено 179 797,62 рубля (диаграмма)). Лидирующие профили

медицинской помощи, оказываемой лицам, застрахованным в других субъектах РФ: травматология и ортопедия; урология; нефрология; сердечно-сосудистая хирургия; терапия.

Принцип 3. Создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС;

Впервые на территории города Севастополя создана система защиты прав пациентов и организован контроль качества оказания медицинской помощи. Это достижение стало возможным только при реализации Территориальной программы ОМС и организации ТФОМС всей системы экспертного контроля. Сформирована группа экспертов – вра-

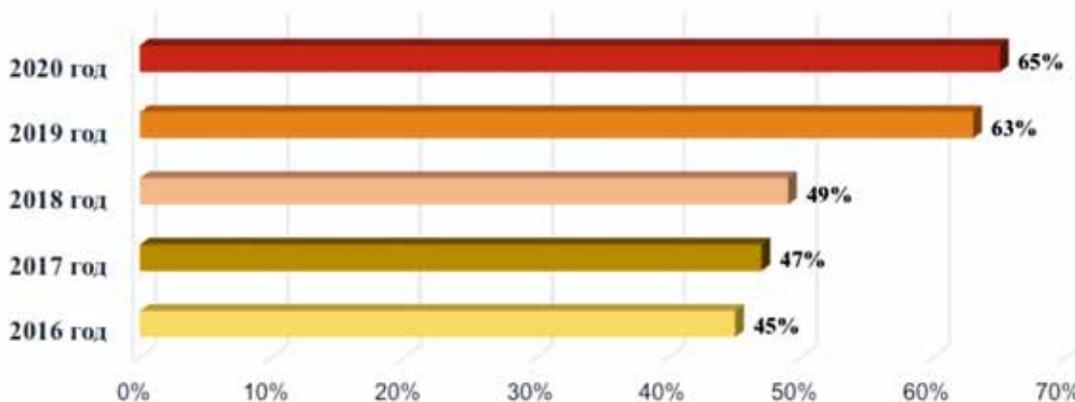


График 10. Динамика результатов социологических опросов: общая удовлетворенность качеством медицинской помощи

Анализ результатов медико-экономического контроля за 2015-2020 годы



График 11. Динамика результатов медико-экономического контроля.

чей-специалистов, практически по всем специальностям, проведено обучение по всем видам экспертиз.

С целью изучения мнения застрахованных лиц о качестве медицинской помощи, получаемой в медицинских организациях города Севастополя, ТФОМС и страховые медицинские организации проводят мониторинг удовлетворенности населения качеством медицинской помощи путем проведения социологического опроса (анкетирования) указано в *графике 10*.

В 2020 году наблюдается самый высокий показатель удовлетворенности качеством медицинской помощи – 65% (из 11 569 опрошенных) по всем видам оказания медицинской помощи.

В течение шести лет ТФОМС и СМО осуществляли контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медорганизациями в объеме и на условиях, которые установлены Территориальной программой ОМС. ТФОМС ввел систему жесткого контроля за формированием счетов, и практически были исключены технические ошибки со стороны медицинских организаций, влияющие на объем финансового обеспечения. Совместно с медицинским информационным центром города Севастополя, медицинскими организациями сдача реестров счетов проводится в течение 1–2 дней с минимальными нарушениями. Такие результаты стали возможными только благодаря введению с 2014 года единой информационной системы для ТФОМС, медорганизаций и Департамента здравоохранения.

За шестилетний период значительно уменьшилось количество нарушений в оформлении медицинской документации (в 4,1 раза), но отмечается рост нарушений при оказании медицинской помощи,

в то же время количество нарушений, ограничивающих доступность медицинской помощи, на прежнем уровне. ТФОМС и СМО проводят ежемесячно 100% целевую экспертизу качества медицинской помощи по случаям летальных исходов при оказании медицинской помощи за 2015–2020 годы. Так, при проведении целевой экспертизы качества медицинской помощи по случаям с летальным исходом нарушения выявлены в 2015 году в 77,9%, в 2019 году – 46,5% нарушений, в 2020 году – 43,8% нарушений (*график 11*).

Подводя итоги шестилетнего функционирования системы ОМС на территории города федерального значения Севастополя, можно определить следующие основные позитивные тенденции:

- Территориальные программы ОМС в г. Севастополе с 2015 по 2020 г. утверждены без дефицита, отмечается ежегодное увеличение стоимости Территориальной программы ОМС в г. Севастополе.
- Имеется тенденция увеличения объема оказания первичной медико-санитарной помощи, в том числе по неотложной форме в амбулаторных условиях, установлен рост оказания высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями города Севастополя.
- Достигнуты целевые показатели, установленные Указом Президента Российской Федерации № 597, по уровню заработной платы работников медицинских организаций.
- Имеет место повышение качества оказания медицинской помощи населению по результатам экспертного контроля, социологических опросов, динамике обращений пациентов в ТФОМС и СМО.



Мобильный пункт вакцинации против сезонного гриппа



Губернатор города Севастополя Михаил Развожаев проверяет работу ГБУЗ С «Севастопольская городская больница № 9»



Установка нового оборудования в офтальмологическом отделении «Городской больницы №1 им. Н. И. Пирогова»

- Медицинскими организациями активно используются средства нормированного страхового запаса ТФОМС на закупку медицинского оборудования и повышение квалификации медработников.

Имеют место и проблемные вопросы, на которые необходимо направить управленческие решения при организации системы здравоохранения:

- Не достигнуты нормативные объемные показатели для скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации за счет средств ОМС, имеет место дефицит общепрофильных круглосуточных бригад скорой медицинской помощи.
- Наблюдается снижение количества медицинского персонала медицинских организациях города Севастополя, высокий уровень совместитель-

ства. На этом фоне возникают риски неосвоения предусмотренного финансового обеспечения для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в соответствии с территориальной программой ОМС. Высокий уровень совместительства медицинских работников предполагает повышенную нагрузку на персонал, что непосредственным образом может оказывать влияние на качество медицинских услуг.

- Не достигнуты нормативные показатели сигнальных показателей по выполнению мероприятий, направленных на снижение смертности и критерии качества и доступности медицинской помощи по ряду целевых показателей (5 из 10 показателей не достигнуты).
- Сохраняется отрицательная динамика снижения объема оказания медицинской помощи в форме медицинской реабилитации, что может свидетельствовать о снижении уровня доступности данного вида медицинской помощи.

ПЕРСПЕКТИВЫ

1. Дальнейшая реализация государственной политики в сфере ОМС в соответствии с законодательством РФ.
2. Обеспечение финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования, в том числе при выявлении резервов экономии и эффективно-го использования средств ОМС. Контроль за целевым эффективным использованием средств ОМС медицинскими и страховыми организациями.
3. Формирование направлений функционирования системы ОМС в соответствии с решениями Координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере ОМС.
4. Реализация национального проекта «Здравоохранение», в том числе реализация проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в рамках национального проекта «Здравоохранение», проведение мониторинга оказания онкологической помощи населению, в том числе учет законченных случаев химиотерапии, лучевой терапии, комбинированного и хирургического лечения.
5. Активизация работы медорганизаций по привлечению медицинских работников в первичное звено здравоохранения с использованием средств нормированного страхового запаса ТФОМС для софинансирования расходов медорганизаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в соответствии с территориальными программами ОМС, на оплату труда врачей и среднего медперсонала.
6. Проведение мониторинга анализа эффективности информирования страховыми медицинскими организациями застрахованных лиц о праве на прохождение профилактического медицинского осмотра и проведения профилактических мероприятий, включая диспансеризацию.
7. Организация контрольно-экспертных мероприятий страховых медицинских организаций по исполнению рекомендаций, выданных национальными медицинскими исследовательскими центрами в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий.

УДК 614.2

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В РАБОТЕ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

А.М. Мифтахова¹, Л.А. Доронина²



Мифтахова А.М.



Доронина Л.А.

¹Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан»

²Казанская государственная медицинская академия

Реферат

В статье представлены результаты экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) на амбулаторном этапе пациентам с артериальной гипертензией с оценкой приверженности пациентов к лечению антигипертензивными препаратами. Проведена тематическая ЭКМП 432 пациентам с артериальной гипертензией, прошедшим диспансеризацию в городских поликлиниках Казани и Набережных Челнов. Анализ показал высокую частоту дефектов оказания медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией (30,5%). Оценка приверженности к лечению осуществлена в ходе социологических опросов экспертами качества, проводившими экспертизу качества медицинской помощи, и специалистами-экспертами страховых медицинских организаций на основе теста Мориски–Грина, модифицированного и адаптированного к настоящему исследованию. Опрошены 197 пациентов, доля пациентов, приверженных к лечению, составила 35% при относительно высоком уровне доверия к лечащему врачу (4,3 балла по пятибалльной системе).

Ключевые слова:

страховые представители, страховые медицинские организации, экспертиза качества медицинской помощи с оценкой приверженности пациентов к лечению, артериальная гипертензия.

Для корреспонденции

Мифтахова Алсу Мансуровна

Директор ГУ «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан»

Адрес: 420097, г. Казань, ул. Ветеринарная, д. 6

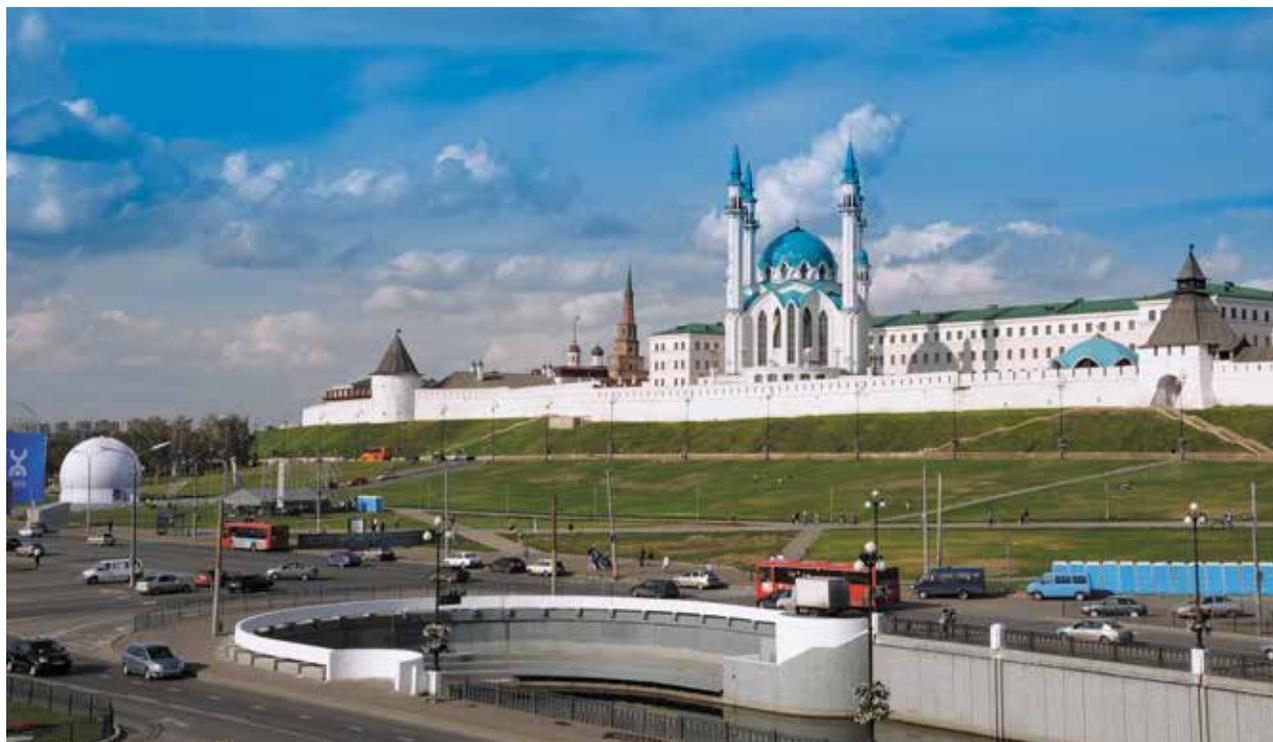
Тел.: +7 (843) 291 77 00,
E-mail: Alsu.Miftahova@tatar.ru

Доронина Людмила Александровна

Доцент кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением Казанской государственной медицинской академии – филиала Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, к.м.н.

Адрес: 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 36

Тел.: +7 (843) 291 77 41,
E-mail: mila.doronina.1962@mail.ru



Казанский Кремль – Государственный историко-архитектурный и художественный музей-заповедник

Можно считать, что XX век стал эпохой неинфекционных заболеваний, которые являются причинами смертности, в том числе, в трудоспособном возрасте.

Среди широкого спектра неинфекционных заболеваний артериальная гипертония (АГ) отличается высокими показателями заболеваемости и распространенности.

В Республике Татарстан за период 2014–2018 гг. показатели первичной заболеваемости АГ выросли

в 1,75 раза. Среди клинических форм АГ в 1,8 раза выросла заболеваемость с преимущественным поражением сердца.

Во многом такая динамика обусловлена активной выявляемостью патологии, в том числе при проведении диспансеризации взрослого населения, так как измерение артериального давления (АД) в рамках диспансеризации является обязательной медицинской услугой.

Таблица 1

Первичная заболеваемость артериальной гипертонией в Республике Татарстан за 2014-2018 гг. на 100 тыс. населения старше 18 лет

Наименование отдельных нозологий	Первичная заболеваемость, динамика					
	2014	2015	2016	2017	2018	рост
Артериальная гипертония, в т.ч.	705,9	786,7	843,8	1 299,9	1 234,2	в 1,75 раза
эссенциальная	212,1	274,6	249,1	327,1	341,8	в 1,6 раза
с преимущественным поражением сердца	454,7	476,4	560,0	918,6	856,0	в 1,8 раза
с преимущественным поражением сердца и почек	11,2	9,4	9,1	18,6	19,1	в 1,7 раза

Доказана роль АГ в риске развития сосудистых катастроф: острого коронарного синдрома (ОКС) и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). В то же время контролируемость и достижение целевых показателей АД уменьшают риск развития инсульта на 34–56% [1]. Адекватная гипотензивная терапия снижает частоту инсультов на 20–40%.

В этой связи чрезвычайно актуальными являются как подбор адекватной базисной гипотензивной терапии, так и приверженность пациентов к назначенному лечению.

Согласно определению Европейского общества по АГ (2007 год), приверженность к лечению – степень следования медицинским рекомендациям по изменению образа жизни, регулярное посещение врача и прием назначенных лекарственных препаратов [2].

По данным НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова, среди амбулаторных больных с АГ, обследованных в поликлиниках, более 60% пациентов имеют низкую приверженность к приему назначенных препаратов, что характерно для лиц

мужского пола и в целом для лиц пожилого возраста с длительным стажем болезни [3].

Низкая приверженность к лечению является одной из главных причин снижения выраженности терапевтического эффекта, что существенно повышает вероятность развития осложнений, а также снижения качества жизни и увеличения затрат на лечение [4].

Одним из наиболее часто используемых методов оценки приверженности является анкетирование пациентов. Простой лаконичный способ – тест Мориски-Грина, который создавался для пациентов, страдающих АГ, и был опубликован авторами в 1986 году [5, 6].

Ранее оценка приверженности пациентов к лечению в большей степени относилась к научным изысканиям. Сегодня, когда вопросы финансирования медицинской помощи и эффективности затрат стали наиболее острыми, оценка приверженности пациентов к лечению входит в практическую плоскость [7].

С 2016 года в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) внедрен институт страховых представителей трех уровней.

Деятельность страховых представителей 3-го уровня (специалистов-экспертов, экспертов качества медицинской помощи) направлена на работу с письменными обращениями застрахованных лиц, включая организацию экспертизы качества оказанной медицинской помощи и обеспечение информационного сопровождения при организации оказания медицинской помощи.

В функционал страховых представителей 3-го уровня также входят оценка доступности медицинской помощи (сроков ожидания плановой госпитализации, обоснованности отказов в плановой госпитализации), анализ групп здоровья по результатам диспансеризации и диспансерного наблюдения, качества их проведения и оценка приверженности пациентов к назначенному лечению.

Страховыми медицинскими организациями (СМО), осуществляющими деятельность в сфере ОМС на территории Республики Татарстан, при организационно-методическом сопровождении территориального фонда ОМС проведена тематическая экспертиза качества медицинской помощи (далее –



тематическая ЭКМП) 632 страховых случаев по 432 пациентам, прошедшим диспансеризацию в 2018 году, которым установлена 3А группа здоровья по причине имеющейся АГ (код заболеваний по МКБ-Х – I10–I11).

Тематическая ЭКМП проведена в два этапа, включающих оценку качества диспансеризации и диспансерного наблюдения, а также опрос пациентов о приверженности к назначенному лечащим врачом лечению.

Тематическую ЭКМП проводили эксперты качества, включенные в территориальный реестр экспертов в сфере ОМС на территории Республики Татарстан по специальностям «терапия», «общая врачебная практика», «кардиология», «клиническая фармакология».

В результате тематической экспертизы выявлено 193 нарушения (30,5%), обусловленных неправильным установлением стадии и степени риска АГ,

некорректной интерпретацией ЭКГ, неадекватно назначенной гипотензивной терапией. Экспертами отмечено, что в медицинских документах до сих пор встречается запись «рабочее давление». Имело место назначение гипотензивных препаратов курсами, при неэффективной терапии не рекомендована консультация врача-кардиолога.

После проведения тематической ЭКМП осуществлялась оценка приверженности пациентов к лечению гипотензивными препаратами.

Оценка приверженности пациентов к лечению гипотензивными препаратами осуществлялась экспертами качества, включенными в территориальный реестр экспертов в сфере ОМС на территории Республики Татарстан, а также штатными специалистами-экспертами СМО на основе теста Мориски–Грина, модифицированного и адаптированного к анализируемой тематике.

Таблица 2

Лист телефонного опроса застрахованного лица о приверженности к лечению гипотензивными препаратами (тест Мориски–Грина, модифицированный) в амбулаторных условиях

№ п/п	Наименование вопроса	Ответ (да/нет)
1.	ФИО застрахованного лица	
2.	Поликлиника, к которой прикреплен пациент	
3.	Дата последнего обращения к врачу по поводу АГ	
4.	Стаж АГ	
5.	Имеете ли Вы аппарат для измерения АД	
6.	Вы каждый день измеряете АД	
7.	Вы принимаете препараты для снижения АД	
8.	Если в п.7 ответ «да»:	
8.1.	Вы принимаете препараты ежедневно	
8.2.	Вы когда-нибудь забывали принимать препараты	
8.3.	Вы когда-нибудь забывали принимать препараты в назначенное время	
8.4.	Вы пропускаете прием препаратов, если чувствуете себя хорошо	
9.	Если в п.7 ответ «нет»:	
9.1.	Вы не принимаете препараты для снижения АД, потому что они Вам не назначались	
9.2.	Вы не принимаете препараты, потому что врач не объяснил, когда и как их принимать	
9.3.	Вы не принимаете препараты, потому что они дорогие	
9.4.	Вы считаете, что препараты принимать не нужно	
10.	Оцените уровень Вашего доверия к лечащему врачу-терапевту или ВОП по 5-бальной шкале	

Проведен телефонный опрос пациентов в добровольном порядке, в удобное для них время. Следует отметить, что согласились ответить на вопросы 197 респондентов (45,7% от общего количества опрошенных). Средний стаж заболевания АГ среди анкетированных составил 9,7 года.

Результаты опроса 197 пациентов следующие:

- 90% пациентов имеют аппарат для измерения АД, но лишь 56% измеряют его ежедневно;
- 80% пациентов принимают гипотензивные препараты, но лишь 71% из них – ежедневно;
- 38% пациентов пропускают прием препаратов при хорошем самочувствии;
- в назначенное лечащим врачом время принимают препараты 54% пациентов;
- низкий уровень информирования лечащим врачом о лечении отметили 61% респондентов;
- 22 из 42 пациентов, которые не принимают гипотензивные препараты, не знали, что они им назначены;

- 20 респондентов отметили, что препараты «вредны для здоровья» и они не собираются их принимать;
- по причине дороговизны препаратов не принимают их 7 пациентов.

Суммарный коэффициент приверженности пациентов с АГ к назначенному лечению составил – 35,5%, при этом средний уровень доверия к лечащему врачу достаточно высокий – 4,3 балла по 5-балльной системе оценки.

По мнению экспертов качества, причинами низкой приверженности пациентов к лечению являются недостаточное информирование пациентов о лекарственной терапии, особенно побочных эффектах, необходимости самоконтроля за лечением, отсутствие возможности подбора адекватной дозы в амбулаторных условиях, недостаточный уровень компетенции врачей-терапевтов и ВОП в вопросах использования комбинированных препаратов, проблемы кадрового дефицита врачей-кардиологов в поликлиниках. Низкая приверженность пациентов с АГ к лечению является, в том числе, причиной ОКС и ОНМК, заболеваемость которыми ежегодно растет, а темпы снижения смертности от сосудистых катастроф недостаточно высоки.

По результатам контроля экспертами качества проведены рабочие совещания в поликлиниках. При осуществлении телефонных опросов эксперты качества по специальности «кардиология» провели разъяснительную работу по вопросам обязательности приема назначенных лекарственных препаратов, ответили на вопросы респондентов.

Оценка приверженности пациентов к лечению – новое направление в системе ОМС. Она дает возможность изучить причины низкой приверженности к лечению, что в последующем может служить основанием для принятия управленческих решений в части организации оказания медицинской помощи пациентам в поликлинике, включая повышение профессиональной компетенции врачей.

Постоянный контроль за приверженностью к лечению со стороны страховых представителей должен



Оценка приверженности пациентов к лечению – новое направление в системе ОМС. Она дает возможность изучить причины низкой приверженности к лечению, что в последующем может служить основанием для принятия управленческих решений в части организации оказания медицинской помощи пациентам в поликлинике, включая повышение профессиональной компетенции врачей.

сформировать устойчивый навык у населения – следовать рекомендациям и назначениям врачей.

Повышение приверженности пациентов к лечению косвенно может предупредить нерациональные затраты на лечение осложнений АГ, в первую очередь, сосудистых катастроф, что в последующем должно стать предметом катamnестического анализа при проведении ЭКМП.

Литература

1. Суслина З.А., Гераскина Л.А., Фоякина Л.Я. Артериальная гипертония и инсульт: связь и перспективы профилактики // Вестник НИИ неврологии. – 2014. – № 4. – С. 19-28.
2. Рекомендации по лечению артериальной гипертонии. ESH/ESC2013. Рабочая группа по лечению артериальной гипертонии Европейского общества гипертонии и Европейского общества кардиологов // Российский кардиологический журнал. – 2014. – № 1. – С. 54-94.
3. Фофанова Т.А. Приверженность к терапии и методы ее повышения у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца: автореф. ... канд.мед. наук. НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «Российский кардиологический научно-практический комплекс Минздрава России». – Москва. – 2015. – 215 с.
4. Чукаева И.И. Что такое приверженность к лечению и что можно сделать для ее улучшения (на примере артериальной гипертонии) // Лечебное дело. – 2012. – № 2. – С. 21-26.
5. Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками // Рациональная фармако-терапия в кардиологии. – 2016. – Т. 1, № 12. – С. 63-65.
6. Бурькин И.М., Алеева Г.Н., Хафизьянова Р.Х. Индикативная оценка качества фармакотерапии и медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Методические рекомендации. – Казань: Медицина, 2016. – 34 с.
7. Morisky D.E. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence // Med Care. – 1986. – Vol. 24, № 1. – P. 67-74.

УДК 614.2

ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ «ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ – ОСНОВА ПРОЦВЕТЕНИЯ РОССИИ»: ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ – КОНСТИТУЦИОННОЕ ПРАВО ОНКОПАЦИЕНТА, ТРЕБУЮЩЕЕ ОХРАНЫ И ЗАЩИТЫ СТРАХОВЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ В СИСТЕМЕ ОМС

Н.И. Гришина, А.А. Старченко



Гришина Н.И.



Старченко А.А.

ООО «Капитал Медицинское Страхование»

Реферат

Участники панельной секции «Защита прав граждан в системе ОМС» Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России» под руководством Федерального фонда ОМС обратили самое пристальное внимание на необходимость расширения мер защиты прав онкологических больных в рамках реализуемого государством Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». В частности была отмечена озабоченность сопредседателя Всероссийского союза пациентов Ю.А. Жулева и председателя общественной организации «Движение против рака» Н.П. Дронова нарушениями прав онкопациентов на надлежащую поддерживающую терапию. Участники сессии констатировали, что полнообъемная и своевременная поддерживающая терапия и терапия, направленная на профилактику осложнений химиотерапии в соответствии с клиническими рекомендациями, является неотъемлемым законным правом онкопациента на доступную и качественную медицинскую помощь в соответствии с вновь принятой в 2020 году конституционной нормой пункта «ж» части 1 статьи 72 Конституции РФ, подлежащим охране и защите в системе ОМС.

Ключевые слова:

Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», Национальный проект «Здравоохранение», защита прав пациентов в системе ОМС, доступность онкологической помощи, экспертиза качества медицинской помощи, поддерживающая терапия в онкологии.

Для корреспонденции

Гришина Надежда Ивановна

Генеральный директор ООО «Капитал Медицинское Страхование»

Тел.: 8 (495) 287-81-27

E-mail: oms@kapmed.ru

Старченко Алексей Анатольевич

Советник генерального директора ООО «Капитал Медицинское Страхование», доктор медицинских наук, профессор, член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, президент НП «Национальное агентство по безопасности прав пациентов и независимой экспертизе»

Тел.: 8 (495) 287-81-25, доб. 4079

E-mail: oms@kapmed.ru

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

11 августа 2020 года в Москве состоялся очередной Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России», на котором в рамках секции «Защита прав граждан в системе обязательного медицинского страхования (ОМС)» под руководством Федерального фонда ОМС были представлены доклады о состоянии системы защиты прав граждан в системе ОМС и необходимости расширения мер защиты прав онкологических больных. В частности, реализации прав онкопациентов на получение медицинской помощи надлежащего качества были посвящены доклады сопредседателя Всероссийского союза пациентов Ю.А. Жулева, председателя общественной организации «Движение против рака» Н.П. Дронова и директора ТФОМС Свердловской области В.А. Шелякина, в которых были отмечены проблемы и нарушения прав пациентов, в том числе на надлежащую поддерживающую терапию.

Актуальность проблемы охраны и защиты права онкопациента на поддерживающую и сопровождающую терапию подтверждается и самим профессиональным онкообществом. В России учреждено Общество специалистов поддерживающей терапии в онкологии (<http://rassc.org>), которое объединяет онкологов, хирургов, лучевых терапевтов, химиотерапевтов, реабилитологов, анестезиологов-реаниматологов, терапевтов, неврологов, кардиологов, гастроэнтерологов, инфекционистов, медсестер, фармацевтов и других специалистов, исследователей и ученых, представителей некоммерческих организаций – всех, чьи интересы связаны с лечением онкологических больных на всех стадиях заболевания. Общество специалистов поддерживающей терапии в онкологии ставит своими целями:

- привлечение интереса общественности, научных и практических медицинских кадров к решению вопросов поддерживающей терапии онкологических больных в России;
- содействие повышению уровня научных знаний и практических навыков специалистов в области поддерживающей терапии;
- внедрение научных разработок и усовершенствование методов диагностики, лечения онкологических заболеваний, а также медицинской, социальной и психологической реабилитации больных;
- содействие повышению качества медицинского обслуживания, снижению летальности в лечебных учреждениях Российской Федерации [24].

4 октября 2019 года в Челябинске состоялся III Международный симпозиум Общество специалистов

поддерживающей терапии в онкологии «Поддерживающая терапия в онкологии: от теории к практике».

Клинические рекомендации по поддерживающей и сопроводительной терапии размещены на сайте:

<https://rosoncoweb.ru/standarts/suptherapy/2019/>

«Золотыми» словами онкологов прозвучал девиз: *«Для человека важно не только, сколько прожить, но и как прожить. При лечении онкологического заболевания надо убить опухоль, но не убить больного, а сохранить ему жизнь. Это и есть основная задача поддерживающей или сопровождающей терапии»* (Снеговой А.В. и соавт., 2019) [23].

Диссонансом этим замечательным идеям и инициативам выступили ряд обращений онкологов онкодиспансеров к экспертному сообществу Всероссийского союза страховщиков с предложениями о прекращении применения санкций в системе ОМС за отказ от выполнения необходимой пациентам сопровождающей и поддерживающей терапии.

Вступление в юридическую силу после всенародного плебисцита поправок в 72 статью Конституции РФ, в частности пункта «ж» части 1 статьи 72 об обеспечении доступной и качественной медицины, обязывает и подвигает нас обратить самое пристальное внимание на теперь уже конституционные гарантии прав граждан на оказание доступной и качественной медицинской помощи, ранее предусмотренное статьей 18 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Пунктом 9 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 г. № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» утверждена юрисдикция оказания медицинской помощи в систем ОМС и установлено правило правоприменительной практики: *«9. К отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей»*.

Законом РФ «О защите прав потребителей» установлены следующие общие определения, используемые также в сфере здравоохранения и ОМС, которая отнесена к юрисдикции Закона РФ «О защите прав потребителей»: *«недостаток услуги – несоответствие услуги или обязательным требованиям, предусмотренным законом, либо в установленном им порядке, или условиям договора, или целям, для которых услуга такого рода обычно используется, или целям, о которых исполнитель был поставлен в известность потреби-*

телем при заключении договора; безопасность услуги – безопасность услуги для жизни, здоровья, имущества потребителя и окружающей среды при обычных условиях его использования, хранения, транспортировки и утилизации, а также безопасность процесса оказания услуги».

Надлежащее качество онкологической помощи в соответствии с нормой пункта 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ определяется одновременным исчерпывающим и полнообъемным сочетанием трех характеристик – своевременное назначение и осуществление правильно выбранных медицинских вмешательств, целенаправленно обеспечивающих достижение ранее запланированного результата.

Э.Н. Рябова в диссертационном исследовании (2007) качества онкопомощи выявила: анализ качества медицинских услуг онкологического профиля показал, что в современных условиях первое ранговое место по частоте нарушений занимает свойство «своевременность» и ее снижение преимущественно за счет параметров «своевременность консультативных услуг», «своевременность информирования пациента» и «своевременность лабораторной диагностики», что определяет приоритетность экспертного контроля состояния данного свойства и этих параметров [20].

В отсутствие федерального определения и нормирования безопасности медицинской деятельности Национальная медицинская палата предложила медицинским работникам возможные критерии оказания медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности, основанные на нормах статьи 309 ГК РФ, как обычаи оборота и обычно предъявляемые требования в здравоохранении по проблеме безопасности медицинской деятельности [7–12, 16–18].

1. Безопасность медицинской помощи (услуги, вмешательства) – отсутствие необоснованного риска при допущении обоснованного риска медицинского вмешательства, соответствующего номенклатуре медицинских услуг, выполняемого с диагностической или лечебной целью по показаниям в соответствии с имеющимся заболеванием, с учетом противопоказаний к вмешательству, в специально предусмотренном, нормируемом и приспособленном помещении специалистом, имеющим допуск к выполнению вмешательства на основании имеющихся у него документов об образовании и сертификата специалиста.

2. Риск медицинского вмешательства – вероятность наступления неблагоприятного исхода для жизни или здоровья пациента, а также вероятность недостижения той цели, ради которой проводится

медицинское вмешательство; оценивается экспертом: а) по наличию объективных и субъективных условий для возникновения неблагоприятного исхода или недостижения поставленной цели медицинского вмешательства; б) по выполнению объема и качества профилактических мер неблагоприятного исхода и недостижения цели медицинского вмешательства.

3. Риск в здравоохранении является не обоснованным и медицинская услуга признается не отвечающей требованиям безопасности при следующих обстоятельствах:

- наступление вредных для жизни и здоровья последствий предлагаемого конкретного вмешательства неизбежно, а не только лишь возможно;
- не использованы без положительного результата все менее опасные методы диагностики и лечения;
- врач не прогнозирует типичные возможные осложнения применяемого им метода и/или не предпринимает мер для их предотвращения, своевременного выявления и лечения;
- пациенту не предоставлена необходимая информация о риске возникновения неблагоприятных последствий для его жизни и здоровья, или он не согласен на применение рискованных медицинских действий.

Федеральным Законом от 25.12.2018 № 489-ФЗ внесены изменения в Закон РФ № 323-ФЗ, касающиеся конкретизации сложившейся практики правоприменения института клинических рекомендаций в сфере здравоохранения и системе ОМС.

Указанным Законом РФ № 489-ФЗ закрепляется ранее существовавшее право медицинских профессиональных некоммерческих организаций разрабатывать клинические рекомендации, которые благодаря новому закону приобрели, полноценное определение, требования к составу и содержанию, а также процедуру вступления в юридическую силу.

Ранее законодательством медицинским профессиональным некоммерческим организациям было предоставлено право разработки и утверждения клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, позднее Минздрав России разработал требования к оформлению клинических рекомендаций с целью единообразного отображения сущностно важной и необходимой практической врачам информации и размещения их на специальном сайте Минздрава России. В Требованиях Минздрава России к оформлению клинических рекомендаций для размещения

в Рубрикаторе на специальном сайте впервые было дано определение: «Клинические рекомендации — документ, основанный на доказанном клиническом опыте, описывающий действия врача по диагностике, лечению, реабилитации и профилактике заболеваний, помогающий ему принимать правильные клинические решения. Основу рекомендаций составляет доказательная медицина. Клинические рекомендации являются результатом длительной совместной работы специалистов, утверждаются профессиональными медицинскими обществами и предназначены врачам и организаторам здравоохранения, которые могут их использовать для подбора оптимальной терапии, разработки критериев качества и управления лечебно-диагностическим процессом, создания типовых таблиц оснащения, непрерывного повышения квалификации врачей». Данное опробованное в течение двух лет определение положено в основу уже законодательно утвержденного определения клинических рекомендаций в пункте 23 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ: *«23) клинические рекомендации – документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи».*

Правоприменительная практика использования клинических рекомендаций в сфере здравоохранения и системе ОМС до внесения указанных изменений в Закон РФ № 323-ФЗ строилась в строгом соответствии с нормой статьи 309 ГК РФ: *«Обязательства должны исполняться надлежащим образом в соответствии с условиями обязательства и требованиями закона, иных правовых актов, а при отсутствии таких условий и требований – в соответствии с обычаями или иными обычно предъявляемыми требованиями».*

Совершенно очевидно, что разработанные и утвержденные профессиональным медицинским обществом клинические рекомендации приобретали статус обычая клинической практики и становились обычно предъявляемыми требованиями при оказании медицинской помощи специалистами, ассоциированными с профессиональным медицинским обществом по клиническому профилю, например, Ассоциация онкологов России (АОР), Федерация анестезиологов-реаниматологов России (ФАР) Ассоциация

сердечно-сосудистых хирургов России, Общество хирургов России и др.

С одной стороны, установленный для клинических рекомендаций статьей 309 ГК РФ статус обычая практики и обычно предъявляемых требований, а с другой стороны, высокий профессиональный авторитет авторов клинических рекомендаций – ведущих ученых и практиков – членов профессиональной ассоциации, явились основаниями для включения института клинических рекомендаций не только в повседневную клиническую практику оказания медицинской помощи, но и в независимую экспертную практику системы ОМС.

Таким образом, были сформулированы важнейшие принципы независимой медицинской экспертизы в системе ОМС:

- 1) невозможность игнорирования клинических рекомендаций, разработанных ведущими авторитетными специалистами профильной клинической ассоциации практическими врачами – представителями данной клинической специальности;
- 2) использование единых методов и критериев оценки качества оказанной медицинской помощи, основанных на единых требованиях к оказанию медицинской помощи, изложенных в клинических рекомендациях.

Правовыми основаниями выполнения экспертизы медпомощи в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) явились следующие нормы законодательства РФ:

1. Частью 1 статьи 40 «Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» Закона РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ» определен орган, утверждающий порядок экспертизы в системе ОМС, – Федеральный фонд ОМС (ФОМС): *«1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проводится в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом».*

2. Приказом ФОМС от 28.02.19 № 36 во исполнение нормы ст. 40 Закона РФ № 326-ФЗ утвержден Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков,

качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее Порядок контроля).

3. При экспертизе медицинской помощи в систем ОМС неукоснительно должны применяться нормы Порядка контроля, утв. Приказом ФОМС от 28.02.19 № 36:

«6. Цели контроля:

3) предупреждение нарушений при оказании медицинской помощи, являющихся результатом: 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, с учетом стандартов медицинской помощи.

29. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям, стандартам медицинской помощи.

85. ... 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.

105. Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления нарушений при оказании медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление риска прогрессирования имеющегося заболевания, возникновения нового заболевания, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию.

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

2) предоставляет по требованию должностных лиц медицинской организации, в которой проводится экспертиза качества медицинской помощи, сведения об используемых нормативных документах, в том числе о порядках оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях, стандартах медицинской помощи.

4. Обязательность применения экспертом качества медицинской помощи клинических рекомендаций в процессе экспертизы диктуется формулировками кодов дефектов, выявляемых экспертом. Приложением № 8 к Порядку контроля (приказ ФОМС № 36) утверждены формулировки дефектов, в частности, например, код дефекта 3.2: «Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых 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 ...».

5. На необходимость использования клинических рекомендаций в качестве инструмента контроля в системе ОМС указывает пункт 2 поручения Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации от 09.01.2017 № ОГ-П12-4пр, которым предписано страховым медицинским организациям провести анализ результатов экспертизы качества медицинской помощи, оказанной пациентам с онкологическими заболеваниями за 2017 год, организованной в соответствии с порядком организации и проведения объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, утвержденный приказом ФОМС от 29.02.2019 № 36, и на соответствие клиническим рекомендациям (протоколам).

6. Постановлениями арбитражных судов РФ о признании клинических рекомендаций источником права, в частности Постановления Первого Арбитражного апелляционного Суда от 20.11.18 по делу № А11-13508/2017 и Постановления Арбитражного Суда кассационной инстанции Волго-Вятского округа от 10.04.19 по делу № А11-13508/2017.

С этого момента клинические рекомендации становятся, с одной стороны, еще и инструментом соблюдения конституционного права пациентов на равные объем и качество медицинской помощи вне зависимости от субъекта оказания помощи, а также инструментом выравнивания и восстановления указанного возможно нарушаемого права с помощью экспертных мероприятий, направленных на выявление

ние нарушений в выполнении клинических рекомендаций.

Внесение изменений в действующее законодательство придает большее законодательное значение институту клинических рекомендаций.

Возвращаясь к определению, изложенному в п. 23 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ, следует обратить внимание, что клинические рекомендации ориентированы не только на процесс диагностики и лечения, но также и представляют единые подходы к профилактике различных опасных состояний и осложнений, что очень важно в предупреждении причинения вреда здоровью пациента, в особенности онкологического профиля.

Часть 3 статьи 37 Закона РФ детализирует это важное для пациента, практического врача и эксперта качества медпомощи обстоятельство: «Клинические рекомендации разрабатываются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) с указанием медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой медицинских услуг». Исходя из указанных норм Закона РФ, следует, что профилактика, как таковая, так и профилактика состояний и осложнений, является содержанием клинических рекомендаций.

Особое значение это имеет для пациентов онкологического профиля, так как методы лечения злокачественных новообразований отличаются особой агрессивностью по отношению к организму больного и функционированию его непораженных органов и систем. Данные специальной литературы по профилю «онкология» и опросы пациентов, проведенные в 2017–2018 годах страховыми представителями СМО 3-го уровня (СП-3), показывают, что приверженность пациентов к лечению методом химиотерапии во многом определяется степенью исполнения онкологами мер профилактики состояний – синдромов, вызванных применением химиопрепаратов, вплоть до зафиксированного полного отказа пациента от химиотерапии при возникновении тяжелых синдромов осложнений химиотерапии (синдромы токсической тошноты и рвоты, токсической анемии, гепатопатии и нефропатии, кардиотоксичности и сердечной недостаточности, фебрильной нейтропении, тромбозов и тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии, хахексии и др.).

Предусмотренные пунктом 23 статьи 2 и частью 3 статьи 37 Закона РФ возможность и целесообразность утверждения клинических рекомендаций по вопро-

сам профилактики отдельных состояний устанавливает требование для соблюдения законного права онкопациента, получающего химиотерапию или лучевую терапию, на сопровождающую терапию надлежащей полноты и качества, необходимые для формирования, с одной стороны, приверженности пациента к лечению, а, с другой стороны, обеспечивающие необходимый уровень качества его жизни.

Страховой представитель 3-го уровня СМО, на которого возлагаются задачи по формированию приверженности пациента к лечению, должен стать тем необходимым защитником права пациента, который обеспечит неукоснительность выполнения всех мер сопровождающей терапии.

Н.В. Жуков (2010) считает, что, несмотря на очевидный прогресс в области профилактики тошноты и рвоты, обусловленных проведением противоопухолевой терапии (химиотерапии и лучевой терапии), эти осложнения сохраняют свою значимость для многих пациентов. Причины неудач противорвотной терапии (развитие тошноты и рвоты у пациентов, которым проводится профилактика этих осложнений) различны в странах Западной Европы, США и нашей стране. В США и Европе существуют стандарты противорвотной терапии, и тошнота и рвота наблюдаются лишь у пациентов, которые резистентны к эффективной антиэметической терапии (т.е. неудачи в основном обусловлены объективными факторами). В нашей стране, к сожалению, неудачи зачастую обусловлены недостатком противорвотных препаратов или применением их в неадекватных дозах и режимах. В то же время подробные и регулярно пересматриваемые международные рекомендации позволяют проводить адекватную противорвотную терапию большинству пациентов [3].

И.В. Поддубная и соавт. (2011) представили «Клинические рекомендации по профилактике и лечению тошноты и рвоты у больных, получающих химио- и лучевую противоопухолевую терапию». Тошнота и рвота являются одним из наиболее частых побочных эффектов химиотерапии и существенно ухудшают качество жизни больных. В настоящее время действуют различные рекомендации по профилактике и лечению эметических реакций при проведении цитотоксической терапии. Группа российских экспертов разработала данные рекомендации с учетом рекомендаций Международной ассоциации по поддерживающей терапии при раке (MASCC), Европейского общества по медицинской онкологии (ESMO), Национальной сети по распространению подробных

знаний о раке (NCCN), Американского общества по клинической онкологии (ASCO) и с учетом зарегистрированных на территории Российской Федерации антиэметических препаратов [6]. Аналогичного мнения придерживаются Л.Ю. Владимирова и соавт. (2017) [1].

В.В. Птушкин (2015) в обстоятельном научном обзоре сообщает, что в 70–80% случаев химиотерапия сопровождается тошнотой и рвотой. Подобные осложнения встречаются и при радиотерапии, особенно захватывающей верхние регионы абдоминальной области, или при краниоспинальном облучении. Результаты исследований качества жизни свидетельствуют о том, что большинство онкологических больных тошноту и рвоту ставят на первое место среди нежелательных последствий терапии. Известны случаи отказа пациентов от потенциально излечивающего лечения из-за эметогенного эффекта, вызванного химиотерапией. Опасность представляют и объективные медицинские последствия рвоты. Дегидратация, анорексия, электролитные нарушения и надрывы слизистой оболочки желудка (синдром Мэллори–Вейсса) нередко имеют место после высокоэметогенной терапии [5].

А.В. Снеговой, В.Б. Ларионова, И.Б. Кононенко и соавт. (2016) также утверждают, что несмотря на значительный прогресс, достигнутый за последние 25 лет, рвота и, в особенности, тошнота продолжают оставаться двумя основными побочными эффектами химиотерапии, влияющими на качество жизни пациентов. Современная противорвотная терапия позволяет снизить частоту развития острой рвоты до 20–30%, в то время как эффективность профилактики тошноты намного выше [14, 15].

М.М. Забежинский (2018) считает, что субъективно тошнота и рвота представляются пациенту как самые тяжелые, подчас невыносимые, осложнения и могут привести к отказу от проводимой химиотерапии. Объективные последствия рвоты: нарушения водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса и связанные с этим расстройства работы сердца, мышц, головного мозга; повреждения желудочно-кишечного тракта и недостаточность питания [4].

А.В. Снеговой и соавт. (2015) сообщают, что нарушения протоколов лечения – снижение доз химиопрепаратов и отсроченные курсы химиотерапии приводят к ухудшению результатов лечения онкологического заболевания (Bonadonna G. и соавт. продемонстрировали этот факт в ретроспективном анализе 4 крупных исследований, оценивающих отдаленные

результаты адъювантной химиотерапии у пациентов с операбельным раком молочной железы (РМЖ)). Медиана наблюдения была 25,4–28,5 года. Общая выживаемость пациентов, получивших, по крайней мере, 85% от запланированной дозы, составила 40% (95% ДИ: 26–55%). В случае, когда доза была менее 85% от запланированной, тот же показатель снизился до 21% (95% ДИ: 14–26%), а у пациентов с дозой менее 65% безрецидивная и общая выживаемость не отличалась от таковой у нелеченых больных [14, 15].

А.Д. Снеговой в фундаментальном диссертационном исследовании соискание ученой степени доктора медицинских наук «Рациональная тактика поддерживающей терапии лекарственного противоопухолевого лечения» (2016) под руководством академика РАН М.И. Давыдова разработал практические рекомендации для онкологов России: 1. Цель поддерживающей терапии – повышение эффективности лечения и увеличение выживаемости за счет: профилактики осложнений противоопухолевого лечения и лечения осложнений противоопухолевого лечения; в результате – улучшение отдаленных результатов лечения и качества предстоящей жизни. 2. Перед началом проведения противоопухолевого лечения, для профилактики развития анемии, индуцированной химиотерапией, необходимо проводить скрининг на уровень ферритина, растворимых рецепторов трансферрина и уровень общего белка в сыворотке крови. 3. Частота лекарственно-индуцированного поражения печени регистрируются у 100% онкологических больных. При развитии гепатотоксичности, холестаза, депрессивного и астенического состояния показано применение гептрала в дозе 800–1600 мг/сут. 4. Пациентам с гипопроотеинемией на фоне химиолучевой терапии рекомендовано применение перорального энтерального питания для снижения частоты мукозитов, гастроинтестинальной токсичности, слабости, потери массы тела и анемии. 5. При противопоказании к применению дексаметазона возможно использование оригинальной комбинации ганатон+ондансетрон для профилактики тошноты и рвоты при умеренной и низкой эметогенной химиотерапии. 6. Для мониторинга эффективности бисфосфонатов рекомендовано использование маркеров P1NP и/или СТх в сыворотке крови с целью уточнения наличия метастазов в костях при неясной рентгенологической картине. 7. Использование липэгфилграстима позволяет повысить число пациентов, успешно ответивших на профилактику фебрильной нейтропении при снижении затрат [19].

Д.Д. Сакаева и соавт. (2015) со ссылкой на данные ВОЗ сообщают, что ряд режимов стандартной химиотерапии сопровождаются развитием фебрильной нейтропении с тяжелыми осложнениями (септический шок, смерть) и приводят к режимы химиотерапии, сопровождаемые высоким (>20%) риском развития фебрильной нейтропении [13].

А.Н. Шилова в диссертационном исследовании на соискание ученой степени доктора медицинских наук «Оптимизация антитромботической профилактики и клинико-экономический анализ применения низкомолекулярного и нефракционированного гепаринов у онкологических больных» (2008) пришла к следующим выводам: 1. Внедрение в практику современных методов антикоагулянтной профилактики тромботических осложнений способствует снижению их количества в 6,7 раза и летальности от них в 8,3 раза ($p < 0,001$). 2. У больных со злокачественными опухолями происходит достоверное повышение агрегации тромбоцитов. У женщин с опухолью молочной железы повышение агрегации тромбоцитов наблюдается достоверно чаще, чем у больных раком желудка и толстого кишечника соответственно 65,5% против 39,3% случаев ($p < 0,001$). 3. Риск развития тромботических осложнений у большинства онкобольных сохраняется после радикального хирургического вмешательства от 3 до 6 месяцев [21].

Ш.Х. Ганцев и соавт. (2011) [2] сообщили, что для больных со злокачественными новообразованиями характерны повышенная склонность к тромбообразованию и повышенный риск тромбоэмболических осложнений. Авторы приводят данные ряда международных и отечественных исследований. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) стала причиной смерти 12,9% больных и занимает в целом 2-е место среди основных причин смерти онкологических больных. Тромбы чаще локализовались в долевых и сегментарных ветвях легочной артерии. Установлено, что при раке желудка и толстой кишки наблюдаются значительные нарушения гемореологии, которые формируют повышенный риск послеоперационных тромбоэмболических заболеваний. Тромбозы глубоких вен при онкологической патологии встречаются у 66–67% пациентов, что в 2 раза превышает аналогичный показатель в общей хирургии. В популяционных исследованиях злокачественные опухоли повышали риск тромбоза в 4 раза, а химиотерапия увеличивала риск развития тромбоэмболических осложнений в 6,5 раза. Немаловажным считается факт сопутствующих заболеваний,

и особенно в сочетании с патологией сердечно-сосудистой системы. ТЭЛА представляет собой одну из ведущих причин смерти в европейских странах и США. Тромбозы и эмболии ежегодно развиваются у 500 000 американцев, а от осложнений умирают, по меньшей мере, 100 000 из них. Частота выявления новых случаев ТЭЛА во Франции превышает 100 000 в год; в Великобритании – 65 000 в год среди госпитализированных пациентов. ТЭЛА обнаруживается при аутопсии у 12–15% пациентов, при этом от 27 до 68% этих смертей потенциально предотвратимы. Многочисленные данные свидетельствуют, что у госпитализированных пациентов профилактика тромбоэмболических осложнений используется недостаточно. Данные международного регистра ENDORSE показали, что профилактика госпитальных венозных тромбоэмболических осложнений в России проводится крайне недостаточно – из 52% хирургических пациентов, имевших риск венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), только 25,9% получали рекомендуемую профилактику, тогда как в мире из 64,4% хирургических пациентов 58,5% ее получают. В 2009 году в России стартовал Общенациональный проект Ассоциации флебологов России и Российского общества хирургов «Территория безопасности от венозных тромбоэмболических осложнений», в который было вовлечено 60 ведущих многопрофильных стационаров из 42 городов России: по предварительным данным, в 31% случаев риск ВТЭО был оценен неверно, в 25% был недооценен, а в 6% – переоценен. Проект позволил улучшить уровень профилактики ВТЭО с 25,9 до 68,7%, что позволило уменьшить риск ТЭЛА до уровня 0,03%.

Л.Н. Костюченко и соавт. (2019) указывают на необходимость проведения с сопроводительной нутриционной поддержки при опухолях пищеварительного тракта с целью профилактики метаболических осложнений. Существуют 3 направления сопроводительной нутриционной коррекции: 1) базовая сопроводительная нутритивная коррекция пациентов с онкопатологией в целом; 2) нутриционная реабилитация пациентов с онкопатологией и сопутствующими заболеваниями; 3) нутриционная помощь паллиативным пациентам. Сопроводительная нутриционная поддержка — одно из перспективных направлений персонализированного лечения, в частности при опухолях пищеварительного тракта, детоксикационная нутриционная поддержка при колоректальном раке способствует существенному очищению организма от токсикантов [22].

Таким образом, отказ некоторых онкологов от нормирования сопровождающей терапии в клинических рекомендациях, а также от выполнения в полном объеме требований клинических рекомендаций должен быть расценен как абсолютно непрофессиональный и поэтому неприемлемый, как прямое посягательство на жизнь онкопациента, ее продолжительность и качество.

Авторитетными специалистами Ассоциации онкологов России были разработаны клинические рекомендации, позволяющие предотвратить формирование негативных и опасных состояний пациентов – синдромов, препятствующих продолжению терапии злокачественного новообразования, лишаящих пациента необходимого качества жизни, а порой и самой воли к жизни.

Профессиональным, с одной стороны, и законным, с точки зрения буквы закона, является:

- 1) прогнозирование риска возникновения состояния, препятствующего продолжению в полном объеме выработанного онкоконтингентом плана лечения: часть 1 статьи 20 Закона РФ № 323-ФЗ устанавливает обязанность врача-онколога определить риск возникновения осложнений химио- и лучевой терапии, негативных синдромов и состояний здоровья пациента;
- 2) включение в план лечения реальных мер профилактики возможных прогнозируемых осложнений (состояний, синдромов) с целью недопустимости их возникновения или максимального снижения их интенсивности и тяжести для пациента, тем самым не допуская отказа пациента от приверженности к лечению;
- 3) исполнение требований пункта 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ о качестве медицинской помощи: своевременная профилактика осложнений, правильный выбор мер профилактики, изложенных в клинических рекомендациях, достижение запланированного результата профилактики – явка пациента на очередной цикл полнообъемной терапии без редукации при сохраненном качестве и созданных условиях для соответствующей продолжительности жизни.

Без выполнения в полном объеме и своевременно клинических рекомендаций по сопровождающей поддерживающей онкопациента терапии, профилактике синдромов и состояний токсической тошноты и рвоты, анемии, гепатопатии и нефропатии, кардиотоксичности и сердечной недостаточности, фебрильной

нейтропении, тромбозов и тромбоемболий мелких ветвей артерий, кахексии и др. не мыслимо исполнение завета великого русского терапевта С.П. Боткина о лечении больного, а не только его болезни.

В целом же выполнение в полном объеме клинических рекомендаций АОР по сопровождающей терапии будет единственно правильным исполнением обязательств, предусмотренных статьей 401 ГК РФ, – той необходимой степенью заботливости и осмотрительности, какая требуется от врача-онколога для надлежащего исполнения обязательств по всестороннему ведению его онкопациента.

Не может быть расценено, как заботливое и осмотрительное исполнение обязанностей онколога, если онкологом проигнорированы требования Клинических рекомендаций АОР «Тошнота и рвота у больных, получающих химио- и лучевую противоопухолевую терапию» (2014) о выполнении в полном объеме Алгоритма профилактики и терапии тошноты и рвоты:

1. Определить эметогенный потенциал назначенного режима химиотерапии (*«Под уровнем эметогенности понимается риск развития рвоты у больных, получающих тот или иной цитостатик в монорежиме без противорвотной терапии. Например, высокий уровень эметогенности означает, что после введения препарата рвота будет развиваться более чем у 90% больных»*).

2. Назначить профилактическую терапию, исходя из эметогенности режима химиотерапии (схемы приведены в Клинических рекомендациях).

3. Назначить лечение в случае развития тошноты и рвоты на фоне профилактической терапии.

4. Внести изменения в профилактическую терапию тошноты/рвоты на последующих циклах химиотерапии.

Не соответствующим требованиям статьи 401 ГК РФ, т.е. невнимательным, неосмотрительным и безответственным со стороны онколога является отказ от выполнения в полном объеме Клинических рекомендаций АОР «Тромбоемболические осложнения у онкологических больных» (2014), которыми презюмировано: «Стационарные онкологические больные должны рассматриваться в качестве кандидатов для антикоагулянтной профилактики ВТЭО при отсутствии кровотечений или других противопоказаний. Антитромботическая профилактика необходима стационарным больным, получающим системную химиотерапию, гормонотерапию, иммуномодулирующие препараты при наличии дополнительных факторов риска»:

1. Отказ от стратификации факторов риска венозных тромбоемболических осложнений у онкобольных.

2. Отказ от выполнения антитромботической профилактики больным, получающим системную химиотерапию, гормонотерапию, иммуномодулирующие препараты при наличии дополнительных факторов риска: • возраст старше 40 лет: наличие сопутствующих заболеваний (болезни сердца, сосудов, почек, ожирение, и др.); инфекции; тромбоз глубоких вен голени или ТЭЛА в анамнезе; варикозная болезнь; - количество тромбоцитов более $350 \times 10^9/\text{л}$; количество лейкоцитов более $11 \times 10^9/\text{л}$; Hb < 100 г/л; • назначение эритропозина: признаки гиперкоагуляции – фибриноген более 400 мг/мл, D-димер > 0,5 мкг/мл.

Аналогично не соответствующим требованиям статьи 401 ГК РФ является отказ от выполнения в полном объеме Клинических рекомендаций РУССКО «Практические рекомендации по назначению колониестимулирующих факторов с целью профилактики развития фебрильной нейтропении у онкологических больных» – игнорирование показаний для применения колониестимулирующих факторов с целью профилактики развития фебрильной нейтропении (ФН):

- при режимах химиотерапии, сопровождающихся риском развития ФН > 20% (данные приведены в рекомендациях);
- у пациентов с низким резервом костного мозга (абсолютное число нейтрофилов менее $1,5 \times 10^9/\text{л}$), то есть при облучении более 20% костного мозга;
- для предупреждения редукции дозы цитостатиков, негативно влияющей на выживаемость больного.

Клинические рекомендации АОР «Кардиоваскулярная токсичность, индуцированная химиотерапией и таргетными препаратами» (2014, согласно рекомендациям ESMO 2012) [26–29] установили требования к Мониторингу кардиотоксичности (ЭхоКГ, ЭКГ, Тропонин I, натрийуретический пептид В-типа), отказ от выполнения которых чреват для пациента тяжелой сердечной недостаточностью вплоть до летального исхода: «Всем пациентам, получающим противоопухолевое лечение, необходимо выполнять процедуры, контролирующие функцию сердечной и сосудистой систем. При лечении в адьювантном режиме антрациклинами и трастузумабом мониторинг функции сердечно-сосудистой системы следует проводить перед началом терапии и далее через 3, 6, 9, 12, 18 месяцев. Более частый контроль возможен по клиническим показаниям. Определение уровня Тропонина I и натрийуретического пептида В-типа рекомендовано для пациентов, имеющих факторы риска кардиотоксичности, особенно при лечении антрациклинами.

Пациентам с подтвержденной дисфункцией левого желудочка по данным ЭхоКГ ЭКГ, даже при отсутствии клинических проявлений, необходимо начинать кардиальную терапию как можно раньше. Особенно в случаях лечения антрациклинами и ожидаемой длительной продолжительности жизни пациентов».

Таким образом, отказ онколога от сопровождающей и поддерживающей терапии представляет собой ненадлежащее качество онкологической помощи в соответствии с нормой пункта 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ, т.к. не соответствует одновременно исчерпывающему и полнообъемному сочетанию трех характеристик – своевременное назначение и осуществление правильно выбранных медицинских вмешательств и препаратов, целенаправленно обеспечивающих достижение ранее запланированного результата:

- своевременность: отсутствие сопровождающей и поддерживающей терапии приводит к возникновению осложнений, препятствующих своевременному началу очередного цикла химиотерапевтического лечения;
- правильный выбор методов профилактики: отсутствие сопровождающей и поддерживающей терапии – неправильный отказ от применения мер профилактики химиотерапевтических осложнений, создающий угрозу возникновения новых заболеваний (сердечная недостаточность, тромбоэмболические осложнения, неукротимая рвота с изменением электролитного состава внутренних сред, анемия, фебрильная нейтропения, сепсис и др.);
- правильный выбор методов лечения: отсутствие сопровождающей и поддерживающей терапии приводит к возникновению осложнений, препятствующих введению полного объема дозы химиопрепаратов, требует применения редукции их дозировок;
- степень достижения запланированного результата: отсутствие сопровождающей и поддерживающей терапии приводит к возникновению осложнений, препятствующих своевременному началу очередного цикла химиотерапевтического лечения и удлинению межциклового интервала, редукции дозировок химиопрепаратов, а в ряде экстремальных случаев – к отказу пациентов от химиотерапии, что препятствует достижению запланированного результата и создает риск прогрессирования злокачественного новообразования.

Отказ онколога от поддерживающей и сопровождающей терапии или ненадлежащее их качество должны рассматриваться как услуги, не отвечающие требованиям безопасности онкопациента по следующим критериям:

- наступление вредных для жизни и здоровья последствий предлагаемого конкретного химиотерапевтического вмешательства не неизбежно, а лишь возможно, т.е. в медицинской карте имеется обоснование заключения онкоконсилиума о выборе схемы химиотерапии с минимальными вредными последствиями для жизни и здоровья пациента с конкретной онкопатологией при прочих равных условиях, которые не станут препятствием для выполнения полного курса химиотерапии или не создадут необходимости редукции дозы химиопрепаратов;
- не использованы без положительного результата все менее опасные методы диагностики и лечения, т.е. в медицинской карте имеется обоснование заключения онкоконсилиума о выборе необходимой линии химиотерапии с минимальными вредными последствиями для жизни и здоровья пациента с конкретной онкопатологией при прочих равных условиях;
- врач не определяет конкретный риск развития возможных неблагоприятных последствий и осложнений, не прогнозирует реальные типичные возможные осложнения применяемого им метода и/или не предпринимает мер для их профилактики и предотвращения, а также своевременного выявления и лечения;
- врач не предоставляет пациенту информацию о динамике и времени возникновения неблагоприятных последствий и осложнений, тем самым создает препятствия для своевременного выявления и начала лечения неблагоприятных последствий;
- пациенту не предоставлена необходимая информация о риске возникновения неблагоприятных последствий для его жизни и здоровья, или он не согласен на применение рискованных медицинских действий.

Письмом ФОМС от 30.08.18 № 10868/30/и установлены выявляемые дефекты оказания медицинской помощи онкологическим больным, в т.ч. отсутствие полнообъемной и своевременной поддерживающей терапии и терапии, направленной на профилактику осложнений химиотерапии, что влечет применение кода дефекта «3.2.3 Невыполнение, несвоевременное

или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания». Приложения 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утв. приказом ФОМС от 28.02.19 № 36.

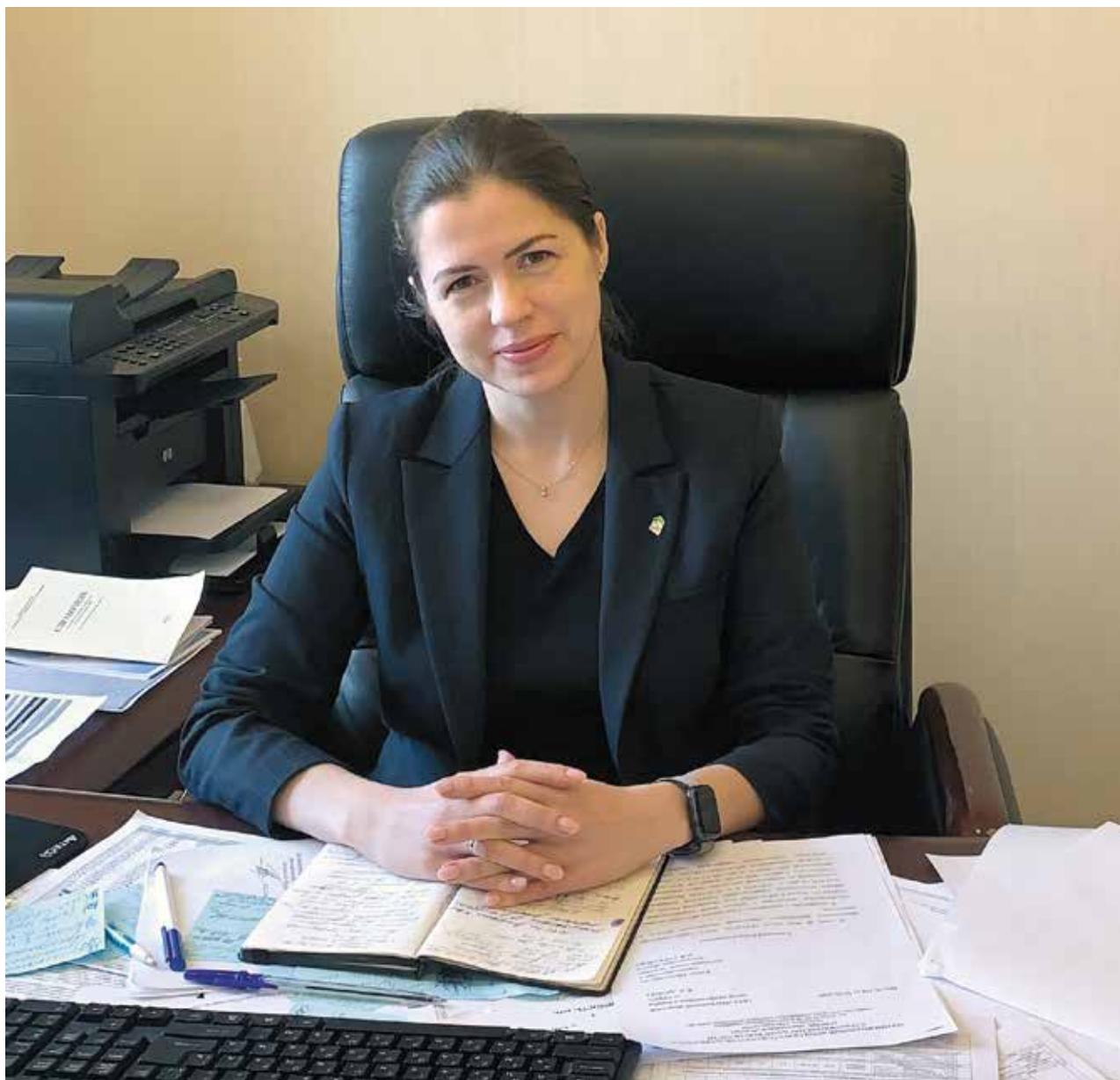
Таким образом, полнообъемная и своевременная поддерживающая терапия и терапия, направленная на профилактику осложнений химиотерапии в соответствии с клиническими рекомендациями, является неотъемлемым конституционным правом онкопациента на доступную и качественную медицинскую помощь в соответствии с нормой пункта «ж» части 1 статьи 82 Конституции РФ и статьи 18 Закона РФ № 323-ФЗ, подлежащим охране и защите в системе ОМС.

Список литературы

1. Владимирова Л.Ю., Гладков О.А., Когония Л.М., Королева И.А., Семилазова Т.Ю. Практические рекомендации по профилактике и лечению тошноты и рвоты у онкологических больных // Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO. – 2017. – Т. 7. – С. 466-476.
2. Ганцев Ш.Х., Каримов А.И., Огий И.И., Хуснутдинов, Ш.М. и др. Тромбозы легочной артерии: частота, причины и пути профилактики в онкологии // Креативная хирургия и онкология. – 2011. – № 4. – С. 16-21.
3. Жуков Н.В. Профилактика тошноты и рвоты, обусловленных проведением химиотерапии и лучевой терапии // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2010. – Т. 9, № 2. – С. 13-22.
4. Забежинский М.М. К вопросу о механизмах тошноты и рвоты при химиотерапии в онкологии // Детская медицина Северо-Запада. – 2018. – Т. 7, № 1. – С. 120-121.
5. Птушкин В.В. Современные возможности предупреждения тошноты и рвоты при химио- и лучевой терапии в онкологии // Эффективная фармакотерапия. – 2015. – № 10. – С. 18-22.
6. Поддубная И.В., Личиницер М.Р., Тюляндин С.А и др. Клинические рекомендации по профилактике и лечению тошноты и рвоты у больных, получающих химио- и лучевую противоопухолевую терапию // Современная онкология. – 2011. – Т. 13, № 2. – С. 50-56.
7. Рошаль Л.М., Старченко А.А. Требования Национальной медицинской палаты по безопасности медицинской дея-

- тельности // *Мат. XI науч.-практ. конф. «Безопасность больного в анестезиологии»*. Москва, 2013. – С. 80-81.
8. Рошаль Л.М., Гришина Н.И., Старченко А.А. Требования национальной медицинской палаты и страхового медицинского сообщества по безопасности медицинской деятельности в анестезиологии // *Эфферентная терапия*. – 2013. – Т. 19, № 2 – С. 23-24.
 9. Рошаль Л.М., Старченко А.А., Гришина Н.И. Требования национальной медицинской палаты и страхового медицинского сообщества по безопасности медицинской деятельности в педиатрии // *Педиатрическая анестезиология и интенсивная терапия [Электронный ресурс]: Материалы Седьмого Российского конгресса. Третьи Михельсоновские чтения (28 сентября – 1 октября 2013 г.) / Ред. С.Г. Суворов. – Электрон. дан. – Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2013. – С. 205-207.*
 10. Рошаль Л.М., Старченко А.А., Гришина Н.И. Требования национальной медицинской палаты и страхового медицинского сообщества по безопасности медицинской деятельности // *Сборник работ V Международной конференции «Проблема безопасности в анестезиологии»*. М., 2013. – С. 111-113.
 11. Рошаль Л.М., Старченко А.А., Гришина Н.И. Требования Национальной медицинской палаты и страхового медицинского сообщества по безопасности медицинской деятельности // *Мат. Научно-практической конференции «Актуальные проблемы оказания специализированной медицинской помощи в многопрофильном стационаре. Порядки, протоколы и стандарты оказания медицинской помощи взрослому населению»*. – СПб., 2013. – 50 с.
 12. Рошаль Л.М., Старченко А.А., Гришина Н.И., Тарасова О.В. Критерии национальной медицинской палаты по необоснованности риска медицинского вмешательства // *Эфферентная терапия*. – 2015. – Т. 21, № 5. – 83 с. /*Мат. Учредительного съезда Регионального Северо-западного отделения ФАР.*
 13. Сакаева Д.Д., Орлова Р.В., Рыков И.В., Шабеева М.М. Практические рекомендации по лечению инфекционных осложнений фебрильной нейтропении и назначению колониестимулирующих факторов у онкологических больных // *Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO*. – 2017. – Т. 7. – С. 486-495.
 14. Снеговой А.В., Ларионова В.Б., Кононенко И.Б. и др. Профилактика тошноты и рвоты в онкологии // *Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика*. – 2016. – Т. 9, № 1. – С. 75-83.
 15. Снеговой А.В., Кагония Л.М., Кононенко И.Б., Ларионова В.Б. и др. Практические рекомендации по назначению колониестимулирующих факторов с целью профилактики развития фебрильной нейтропении у онкологических больных // *Злокачественные опухоли*. – 2015. – № 4, спец-выпуск. – С. 342-349.
 16. Старченко А.А. Дефекты онкологической помощи в системе ОМС: единство критериев и практики применения. – М., 2019. – 32 с.
 17. Старченко А.А., Гришина Н.И., Аксенова Н.Л. Система адресного информационного сопровождения онкологических больных в системе ОМС // *Менеджер здравоохранения*. – 2017. – № 5. – С. 64-69.
 18. 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.
 19. Снеговой А.Д. Рациональная тактика поддерживающей терапии лекарственного противоопухолевого лечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2016.
 20. Рябова Э.Н. Оптимизация управления социально-гигиеническими и медико-организационными факторами, определяющими качество оказания онкологических услуг в системе ОМС: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иваново, 2007.
 21. Шилова А.Н. Оптимизация антитромботической профилактики и клинико-экономический анализ применения низкомолекулярного и нефракционированного гепаринов у онкологических больных: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Барнаул, 2008.
 22. Костюченко Л.Н., Костюченко М.В., Кузьмина Т.Н., Лычкова А.Э. Стратегия сопроводительной нутриционно-метаболической терапии больных колоректальным раком // *РМЖ*. – 2019. – № 2. – С. 37-44.
 23. Снеговой А.В., Когония Л.М., Жукова Л.Г. Поддерживающая терапия и ее значение в современной онкологии // *Национальная онкологическая программа 2030*. – 2019. – № 2. – С. 32-34.
 24. Кононеко И.Б., Снеговой А.В., Клясова Г.А. и др. Протоколы клинических рекомендаций поддерживающей терапии в онкологии. – М.: «АБВ-пресс», 2018. – 224 с.
 25. Колесникова Е.А., Позднякова А.И., Тулинцев В.А. Современные подходы в поддерживающей терапии в онкологии // *Научный альманах*. – 2019. – № 4-2, Т. 54. – С. 110-112.
 26. Чазова И.Е., Вицень М.В., Агеева Ф.Т. Сердечно-сосудистые осложнения противоопухолевой терапии: диагностика профилактика, лечение. – М.: ГРАНАТ, 2019. – 160 с.
 27. Чазова И.Е., Тюляндин С.А., Вицень М.В. и др. Руководство по диагностике, профилактике и лечению сердечно-сосудистых осложнений противоопухолевой терапии. Часть I // *Системные гипертензии*. – 2017. – Т. 14, № 3. – С. 6-20.
 28. Чазова И.Е., Тюляндин С.А., Вицень М.В. и др. Руководство по диагностике, профилактике и лечению сердечно-сосудистых осложнений противоопухолевой терапии. Часть II-V // *Системные гипертензии*. – 2017. – Т. 14, № 4. – С. 6-19.
 29. Чазова И.Е., Тюляндин С.А., Вицень М.В. и др. Руководство по диагностике, профилактике и лечению сердечно-сосудистых осложнений противоопухолевой терапии. Часть VI-VII // *Системные гипертензии*. – 2018. – Т. 15, № 1. – С. 6-20.

**ДИРЕКТОР ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ АНАСТАСИЯ ЩЕРБАКОВА
СТАЛА СУПЕРФИНАЛИСТОМ КОНКУРСА
«ЛИДЕРЫ РОССИИ 2020»**



Автономная некоммерческая организация «Россия – страна возможностей» учреждена Указом Президента Российской Федерации Владимира Путина от 22.05.2018 №251.

Ключевые цели организации: создание условий для повышения социальной мобильности, обеспечения личностной и профессиональной самореализации граждан, а также создание эффективных социальных лифтов в России.

6–7 сентября 2020 года на площадке Мастерской управления «Сенеж» в подмосковном Солнечногорске состоялся суперфинал конкурса «Лидеры России 2020» – флагманского проекта президентской платформы «Россия – страна возможностей». Конкурс проводится при поддержке Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. Цель конкурса – выявление, развитие и поддержка перспективных руководителей, обладающих высоким уровнем лидерских качеств и управленческих компетенций.

Дальневосточный федеральный округ представили 31 суперфиналист из 7 регионов. От Магаданской области в суперфинал прошла директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Анастасия Щербакова.

По словам Анастасии Щербаковой, участие в конкурсе – это возможность проверить свои лидерские и управленческие качества, а также общую эрудированность. «Для того, чтобы пройти в суперфинал, необходимо было выиграть в региональном полуфинале, а затем реализовать свой социальный проект.

Мой проект называется «Детское игровое моделирование», в рамках которого я успела провести занятия с ребятами из Ольского детского дома. Получила положительные отклики как от воспитанников, так и от педагогов учреждения. Но, к сожалению, из-за пандемии провести больше занятий не успела. Проекты участники представляли в формате видеочета с описанием. А после – полугодное ожидание суперфинала. Конечно же, как и другие финалисты, я надеюсь на победу, и приложу все усилия, чтобы достойно представить наш регион», – отметила Анастасия Щербакова. Приглашения в суперфинал по итогам региональных полуфиналов получили 270 участников. Также по итогам полуфиналов специализаций «Здравоохранение», «Наука» и «Финансы и технологии» в суперфинал были приглашены по 10 человек от каждого трека. Всего в суперфинале приняли участие 300 конкурсантов, среди которых представители 54 регионов России, а также по двое граждан Украины и Белоруссии.

«АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ-ОМС» ПОЛУЧИЛА ПРЕМИЮ «ЛУЧШИЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ» ЗА ПРОЕКТ «АЛЬФАЗАБОТА»



Состоялось вручение премии «Лучшие социальные проекты России». Это событие ежегодно проводится с целью поддержки лучших общественно значимых инициатив, создания условий для устойчивого развития и вовлечения бизнеса в развитие социальной ответственности. «АльфаСтрахование-ОМС» получила награду в категории «Медико-социальные проекты» за проект «АльфаЗАБОТА», направленный на повышение доступности профилактических мероприятий и медицинской помощи для населения, проживающего на труднодоступных территориях России.

Профилактика и ранняя диагностика онкологических, сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета среди населения, обеспечение доступности к своевременной медицинской помощи являются ключевыми задачами национального проекта «Здравоохранение». С целью улучшения доступности для населения к медицинским услугам в системе обязательного медицинского страхования и профилактическим мероприятиям «АльфаСтрахование-ОМС» уже третий год реализует социально значимый проект «АльфаЗАБОТА» – выезды мобильных бригад на различные, в том числе труднодоступные, территории России.

Каждый год специалисты компании в составе мобильных бригад, состоящих из сотрудников областных медицинских организаций и специалистов «АльфаСтрахование-ОМС», помогают жителям

регионов получить доступ к профилактическим осмотрам, диспансеризации и медицинской помощи. Кроме того, осуществляются специализированные выезды, направленные на выявление и профилактику конкретных заболеваний. Например, онкомониторинг, диагностика зрения, диабета и т.д., созданные для ранней диагностики социально значимых заболеваний.

В условиях распространения коронавирусной инфекции, когда многие люди находились в режиме самоизоляции, ресурсами мобильных бригад «АльфаСтрахование-ОМС» осуществлялось информирование граждан, находящихся в группе риска, – людей старше 65 и тех, кто имеет хронические заболевания. Сотрудники компании информировали население о мерах профилактики во время эпидемии, об изменениях в работе медицинских организаций, помогали с вызовом врача на дом, осуществляли доставку полисов ОМС маломобильным гражданам, семьям с новорожденными, а также принимали заявки на волонтерскую помощь всем нуждающимся.

С момента старта проекта «АльфаЗАБОТА» было осуществлено уже более 40 тысяч выездных мероприятий, позволивших помочь почти миллиону человек.

«Проект «АльфаЗАБОТА» вносит значимый вклад в профилактику и раннюю диагностику социально значимых заболеваний среди населения. Выезды помогают повысить доступность не только профилактических мероприятий, но и сервиса страховых представителей, которые защищают права и сопровождают пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи. Мы очень ценим, что наша инициатива получила высокую оценку экспертного жюри и отмечена как лучший медико-социальный проект», – комментирует Светлана Бабарыкина, директор регионального управления компании «АльфаСтрахование-ОМС».

БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ: «МАКС-М» ПРИНЯЛ УЧАСТИЕ ВО ВСЕРОССИЙСКОМ ДНЕ ТРЕЗВОСТИ



Страховые представители филиала «МАКС-М» в г. Белгороде провели серию мероприятий, популяризирующих здоровый образ жизни и призывающих ограничить употребление алкоголя.

Страховые представители филиала провели среди жителей области информационно-разъяснительную

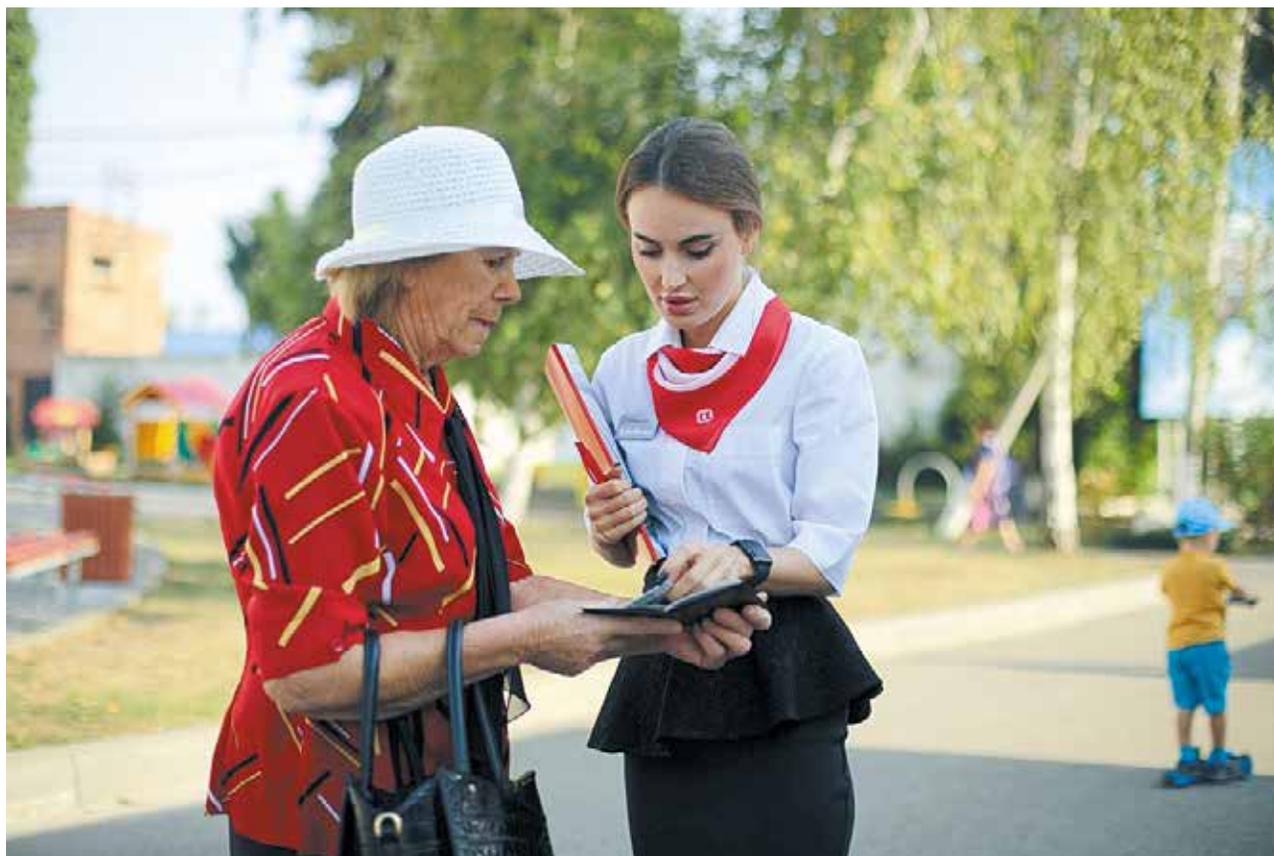
работу о вреде употребления алкоголя и о его негативном влиянии на здоровье.

Для популяризации здорового образа жизни и своевременной профилактики заболеваний страховыми представителями распространялись памятки: «Не пропустить беду», «Симптомы инсульта», «Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний», «Профилактика онкологических заболеваний», «О диспансеризации и профилактическом медицинском осмотре».

Во время акции страховые представители слышали от граждан только одобрение проводимой информационной работы и слова о правильности выбора здорового образа жизни (ЗОЖ): все больше жителей Белгородской области за ЗОЖ, выбирают спорт, развитие и самосовершенствование, интересный досуг и правильную организацию свободного времени.



СТРАХОВЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ «АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ-ОМС» ПОМОГЛИ ПОЧТИ 1 МИЛЛИОНУ РОССИЯН ПРОЙТИ ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ



С января 2020 г. среди застрахованных в «АльфаСтрахование-ОМС» насчитывалось 2,4 млн пациентов, нуждающихся в диспансерном наблюдении. За полгода страховым представителям удалось связаться с 1 млн из них, в результате чего 70% проинформированных прошли очередную осмотр у врача и получили необходимую помощь, несмотря на эпидемию COVID-19.

Согласно федеральным нормам, диспансерное наблюдение не было приостановлено на время действия ограничительных мер. Однако на региональном уровне пациенты могли столкнуться с ограничениями в получении профилактической помощи: например, если они попали в группу риска по COVID-19, соблюдали режим самоизоляции, а потому

не могли наблюдаться в амбулаторных условиях. Кроме того, некоторые медицинские организации были перепрофилированы или временно закрыты на карантин Роспотребнадзором.

«Страховые представители проактивно работали с застрахованными гражданами, находящимся на диспансерном наблюдении, особенно с бронхолегочными, эндокринологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, индивидуально информировали их о способах получения медицинской помощи в условиях пандемии», – говорит Наталья Торопова, директор по клиентскому сервису «АльфаСтрахование-ОМС». – В частности, немобильным пациентам, а также тем, кому по состоянию здоровья были противопоказаны осмотры в амбулаторных условиях,

страховые представители помогли пройти плановые осмотры врачей на дому».

Диспансерное профилактическое наблюдение включает в себя регулярные осмотры у терапевтов и врачей-специалистов (от одного до четырех раз в год в зависимости от диагноза) для людей с определенными заболеваниями. Оно позволяет при необходимости скорректировать получаемую пациентом терапию и динамически отслеживать важные показатели здоровья, чтобы не допустить развития патологий. Среди застрахованных с хроническими заболеваниями, подлежащих диспансерному наблюдению, наиболее пристально контролируются страховыми медицинскими организациями четыре группы: пациенты с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, заболеваниями дыхательных путей и диабетом. Среди 2,4 млн застрахованных «АльфаСтрахование-ОМС» пациентов, направленных на динамическое наблюдение, диагнозы из этого списка имеют 1,7 млн человек.

Сопровождение таких пациентов – одна из важных задач страховых медицинских организаций: необходимо индивидуально проинформировать пациентов, маршрутизировать их, а затем проверить, была ли ими получена вся необходимая медицин-

ская помощь. Для связи с застрахованными страховые представители используют все каналы связи: звонки, смс-сообщения, мессенджеры, электронную почту. Для верификации проведения осмотров специалисты «АльфаСтрахование-ОМС» сравнивают два источника: полученные счета за медицинскую помощь и данные регионального информационного ресурса, куда списки всех диспансерных пациентов, посетивших врача, вносятся работниками медицинских учреждений.

«Многие застрахованные годами не обращаются за медицинской помощью, потому что не видят в этом смысла. Поэтому основная задача наших страховых представителей – проинформировать таких пациентов о важности динамического наблюдения и рисках, связанных с его отсутствием, а затем проверить, что они прошли осмотр врача. Разумеется, страховые представители говорят с пациентами максимально деликатно: например, не называют диагноза конкретного пациента, а лишь напоминают о необходимости сходить к врачу. Кроме того, они учитывают высокий уровень недоверия пациентов и их родственников к любого рода звонкам и всегда готовы профессионально ответить на все возникшие вопросы», – отмечает Наталья Торопова.

БРЯНСКАЯ ОБЛАСТЬ: «ИНГОССТРАХ-М» ПРОВЕЛ АКЦИЮ «ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ И СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ»



Местом проведения информационно-профилактической акции стал Бежицкий Совет ветеранов, а главной целью – информирование о необходимости наблюдения за состоянием здоровья лиц, уже страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях выявления и предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации.

Ветеранам и сотрудникам Совета ветеранов были даны разъяснения, что при возникновении вопросов



по получению медицинской помощи в рамках ОМС, следует обращаться к своему страховому представителю.

Участникам акции объяснили, что согласно действующему законодательству, основными задачами СМО являются организация и финансирование медицинской помощи, оказываемой застрахованным гражданам, осуществление контроля над объемом, сроками и качеством медицинских услуг.

Страховые представители «Ингосстрах-М» обеспечили медицинскими масками и антисептическими средствами всех участников акции, а также



ответили на все интересующие их вопросы. Всем желающим была предоставлена наглядная информация в виде памяток по диспансеризации, а также буклетов по профилактике онкологических заболеваний.

ЯНАО: В ДЕНЬ ТРЕЗВОСТИ САЛЕХАРДЦЫ ПРОВЕРИЛИ ЗДОРОВЬЕ И УЗНАЛИ О ПРАВАХ ПАЦИЕНТА



На «Острове здоровья» в Окружном центре национальных культур г. Салехарда работали представители Территориального фонда ОМС и страховых компаний «СОГАЗ-Мед» и «Заполярье». Яркие флаеры и шары вручали прохожим волонтеры-медики, которые и приглашали горожан заглянуть на «Островок здоровья».

На площадке можно было пройти комплексное обследование специалистами Центра здоровья Салехардской окружной клинической больницы: узнать показатели глюкозы и холестерина, артериального давления и насыщения крови кислородом. Результаты обследования комментировал терапевт и, при необходимости, давал рекомендации по их коррек-



тировке.

В течение двух часов страховые представители консультировали гостей «Острова здоровья» по вопросам получения медицинской помощи, а после и сами прошли обследование и узнали свои индикаторы здоровья. Среди посетителей площадки были студенты-медики 4 курса Ямальского многопрофильного колледжа. Для них страховщики провели спич о правах застрахованных и познакомили ребят с профессией страхового представителя.

Также на площадке работали специалисты Окружного психоневрологического диспансера, которые консультировали посетителей по вопросам отказа от вредных привычек.



КАЛИНИНГРАДСКАЯ ОБЛАСТЬ: «СОГАЗ-МЕД» ПРИНЯЛ УЧАСТИЕ В АКЦИИ «КАЛИНИНГРАД БЕЗ ГРИППА»



Ежегодная выездная акция по иммунизации населения от гриппа стартовала в г. Калининграде. Организатором выступил региональный Минздрав. По полису ОМС жители могли сделать прививку не только в своей поликлинике, но и в передвижном мобильном комплексе Областного центра медицинской профилактики и реабилитации, который будет работать на улицах города до 30 сентября.

Страховые представители филиала прошли вакцинацию в мобильном комплексе, который дежурил рядом с одним из супермаркетов Калининграда. А после пообщались с посетителями торгового

центра. В этот день все желающие смогли сделать запланированные покупки и подготовиться к осеннему эпидсезону.

Кто-то сразу решил присоединиться к акции и пройти вакцинацию, некоторые взяли с собой листовки и памятки о профилактике заболеваний, о возможностях получения медицинской помощи по полису ОМС и прививочной кампании.

График выездов мобильного комплекса размещен в офисах «СОГАЗ-Мед». Там все застрахованные смогут получить информацию о возможности защитить себя от гриппа и его последствий.

УДМУРТСКАЯ РЕСПУБЛИКА: «КАПИТАЛИНА» ПРЕДЛАГАЕТ ЖИТЕЛЯМ ВОСПОЛЬЗОВАТЬСЯ УСЛУГОЙ «ЗВОНОК СТРАХОВОМУ ПРЕДСТАВИТЕЛЮ»



- когда и как можно бесплатно пройти профосмотр или диспансеризацию?
- что включают в себя профмероприятия, с чего начать?
- подлежит ли Ваше заболевание диспансерному наблюдению?
- как получить консультацию специалиста, обследование на оборудовании, которых нет в Вашей поликлинике;
- какие сроки ожидания бесплатной медпомощи?



В медицинских организациях региона появилась «милая девушка» – ростовая кукла «Капиталина», чтобы довести до населения информацию о том, что страховые представители «Капитал МС» всегда рядом и готовы прийти на помощь в получении бесплатной медицинской помощи по полису ОМС.

«Капиталина» приглашает пациентов воспользоваться услугой «Звонок страховому представителю» через терминал медицинской организации.

Внимание! «Капиталина» нужна не только для жалоб!

Она Ваш консультант и советник. Нажав кнопку на терминале «Звонок страховому представителю», не выходя из поликлиники, Вы можете узнать:

- как получить направление на диагностику, лечение в выбранный Вами стационар?
- в каких случаях Вы не обязаны ничего оплачивать?
- как поступить, если Вы столкнулись с грубостью, халатностью, вымогательством денег?
- где получить полис ОМС, нужно ли его продлять, актуализировать?

ТОМСКАЯ ОБЛАСТЬ: «ПЛАВУЧАЯ ПОЛИКЛИНИКА» ВЕРНУЛАСЬ ИЗ ЮБИЛЕЙНОГО 20-ГО РЕЙСА



За месяц экспедиции врачи посетили 23 отдаленных и труднодоступных населенных пункта Александровского, Каргасокского, Парабельского и Молчановского районов Томской области. Медицинскую помощь в рамках проекта получили более 2500 пациентов, в том числе около 600 детей.

Проект реализуется медицинским объединением «Здоровье», Департаментом здравоохранения Томской области, Центром медицинской и фармацевтической информации при поддержке администрации Томской области, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Томской области и АО «Востокгазпром».

В этом году бригада врачей принимала паци-





ентов, строго соблюдая рекомендации Роспотребнадзора в связи с риском распространения новой коронавирусной инфекции. В ходе экспедиции было проведено более 5 000 лабораторных исследований, сделано более 1 500 УЗИ. Нескольким жителям районов потребовалась эвакуация с помощью санавиации, у двух пациентов медики выявили онкологические заболевания, они были направлены на дообследование.

За годы работы «Плавучей поликлиники» уменьшилось количество тяжелой «запущенной» патологии. Многие пациенты каждый год приходят к врачам «плавучей бригады» для динамического наблюдения или для коррекции терапии. Для большинства из них это фактически единственная возможность бесплатно получить консультацию высококвалифицированных специалистов и пройти

обследование на современном оборудовании, не выезжая за пределы населенного пункта, так как в Томской области есть такие места, до которых можно добраться только по воде или по воздуху.

В 20-м рейсе в составе бригады, помимо терапевта, педиатра и хирурга, работали такие узкие специалисты, как кардиолог, эндокринолог, невролог, гастроэнтеролог, отоларинголог, офтальмолог, гинеколог, уролог, онколог, а также врачи клинической лабораторной, ультразвуковой и функциональной диагностики.

«На основе собранных данных мы сделаем анализ структуры заболеваний среди взрослого населения, а также сформируем списки пациентов, которые продолжают свое лечение в районных больницах или в областном центре», – сказал главный врач «Плавучей поликлиники» Максим Сушкин.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

I. Рукопись

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

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

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

В работе необходимо указать:

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

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

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

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

II. Содержание

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

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

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

III. Ссылки

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

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

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

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

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

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

Примеры библиографических описаний:

Книга

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

Автореферат диссертации

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

Статья из сборника

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

Статья из журнала

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

Статья из зарубежного журнала

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

Сборник тезисов докладов международных конференций
Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft fur Radioonkologie: Abstractband. – Magdeburg, 2010. – 164 s.

IV. Иллюстрации

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

Диаграммы, графики, схемы должны быть сделаны в программах векторной графики (Illustrator) и сохранены в формате *.eps. Файлы с диаграммами, графиками, схемами и штриховыми рисунками, сделанные в программах WORD и EXCEL, должны быть представлены в формате PDF. Отсканированные слайды и фотографии должны быть в формате *.jpg, *.eps, *.tif с разрешением 300 dpi при 100% размерах (не менее 2000 px по ширине для фото на ширину страницы).

V. Авторские правки

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

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:
Россия, 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, 59а,
ООО «Издательство «Офтальмология».
Тел.: +7 (499) 488-87-03
E-mail: journal-oms@yandex.ru