

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

05

Более 1 трлн рублей заложено на финансирование амбулаторного звена в 2023 году

07

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Илья Баланин обозначил перспективные задачи системы ОМС

17

Профсоюз работников здравоохранения и Минздрав России заключили отраслевое соглашение



ISSN 2221-9943

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

02/23

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 2, 2023

Научно-практический журнал

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА

И.В. Баланин – председатель ФОМС, к.э.н.

Заместитель председателя редакционного совета

Н.А. Хорова – заместитель Министра здравоохранения
Российской Федерации

Главный редактор

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

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 – заместитель председателя ФОМС

И.М. Шейман – профессор кафедры управления и экономики
здравоохранения Департамента политики и управления
факультета социальных наук НИУ ВШЭ, к.э.н.

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

ISSN 2221-9943

Учредитель:

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»
Номер подписан в печать 16.05.2023.

Отпечатано в типографии «Роликс»
Адрес типографии: 117105, г. Москва, Нагорный пр., д. 7, стр. 5
Тираж: 2000 экз. Номер заказа: 126846
Дата выхода журнала: 31.05.2023
Формат: 205 x 275 мм. Объем: 70 полос

Адрес редакции:

ООО «Издательство «Офтальмология»
127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А.
Тел.: (499) 488-87-03

Е-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», 2023

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 «Медипринт»
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

Приветственное слово председателя ФОМС Ильи Баланина	4
---	---

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Более 1 трлн рублей заложено на финансирование амбулаторного звена в 2023 году.	5
---	---

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Илья Баланин обозначил перспективные задачи системы ОМС.	7
---	---

Профсоюз работников здравоохранения и Минздрав России заключили отраслевое соглашение	17
---	----

30 ЛЕТ ФОМС – СОХРАНЯЯ САМОЕ ЦЕННОЕ

ОМС В ЛИЦАХ

Директор ТФОМС Алтайского края Марина Богатырева: Пройдя успешный путь длиною в тридцать лет, мы продолжаем работу, направленную на дальнейшее развитие медицины нашего региона.	18
---	----

Президент Медицинской палаты Алтайского края Яков Шойхет: Счастлив принадлежать к той части людей, смысл жизни которых – оказывать помощь страдающим от недугов и живущим надеждой на восстановление своего здоровья	26
--	----

СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Генеральный директор ООО «Капитал Медицинское Страхование» Надежда Гришина: 30 лет обеспечиваем права пациентов на качественную медицинскую помощь.	28
--	----

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ ОМС

Из истории становления медицинского страхования в России	36
---	----

МОДЕРНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОМС

<i>О.В. Царева, Н.С. Веселов</i> Внедрение стимулирования медицинских организаций первичного звена здравоохранения на основании показателей результативности их деятельности.	38
Итоги 2022 года.	38

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

<i>А.В. Воронкова</i> Оказание медицинской помощи застрахованным гражданам Кемеровской области – Кузбасса за пределами региона в условиях дневного стационара.	42
---	----

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ОМС

<i>К.И. Косогова, А.И. Хисамутдинова</i> Подготовительный этап – залог успеха цифровой трансформации деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования	46
---	----

ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

<i>А.Д. Рыжаков</i> Какой вклад страховщики вносят в снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний?	50
---	----

<i>А.А. Старченко, А.В. Устюгов</i> Школа эксперта качества онкологической помощи: дефекты оценки эффективности лекарственной терапии (Часть 2)	54
--	----

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФСОЮЗНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ФОМС

Профсоюз – это каждый из нас и все мы вместе.	66
---	----

РЕГИОНАЛЬНЫЕ НОВОСТИ

Новые кадровые назначения	69
---------------------------------	----

Уважаемые читатели, коллеги!

В этом году мы отмечаем 30-летие системы обязательного медицинского страхования в России. Она начала формироваться в 1993 году, когда в нашей стране приступили к реализации Закона о медицинском страховании. Тогда же были созданы Федеральный и территориальные фонды ОМС.

30 лет – это значительный исторический срок, за который система обязательного медицинского страхования прошла большой путь. Несмотря на все проблемы становления, она доказала свою состоятельность. Сегодня это неотъемлемая часть российского здравоохранения, его экономический стержень, без которого невозможно представить отрасль.

За этот период обязательное медицинское страхование из дополнительного источника финансирования здравоохранения стало основным. Из года в год возрастает объем целевых финансовых ресурсов, направляемых на реализацию базовой программы ОМС. Это дает новые возможности для обеспечения граждан доступной и качественной медицинской помощью.

Федеральным фондом совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации ведется регулярный мониторинг реализации территориальных программ ОМС, при необходимости направляются предложения по их дополнительному финансовому обеспечению. Решениями Правительства России дополнительно выделяются средства на эти цели.

Приоритетным направлением нашей работы остается амбулаторное звено, в последние годы система ОМС переориентируется в сторону превентивной медицины. Значительное внимание уделяется профилактическим мероприятиям и диспансеризации, диагностике заболеваний на ранних стадиях.

Для повышения доступности медицинской помощи населению необходимо продолжить модернизацию системы ОМС. Поэтому перед нами стоит задача ее максимальной цифровизации в сочетании с внедрением единой финансовой политики учета и распределения средств. Успешно реализуются проекты по оптимизации процессов информационного взаимодействия внутри системы ОМС, что позволяет оперативно решать вопросы, связанные с оказанием медицинской помощи гражданам России.

Высокий уровень компетентности и преданность делу – это составляющие многолетней стабильной работы трудовых коллективов Федерального, территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций.

Поздравляю вас с 30-летием системы ОМС и хочу отметить огромный вклад всех коллег в реализацию государственной политики в сфере здравоохранения, в решение главных задач, которые ставят перед нами Президент и Правительство Российской Федерации, – укрепление здоровья наших граждан и повышение продолжительности жизни, а также обеспечение финансовой стабильности медицинских организаций.

Впереди всех нас ждет ответственная и масштабная работа по дальнейшему развитию системы обязательного медицинского страхования. Уверен, что вместе мы успешно справимся с текущими вызовами и решим стратегические задачи.



**Илья Баланин,
председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования**

БОЛЕЕ 1 ТРЛН РУБЛЕЙ ЗАЛОЖЕНО НА ФИНАНСИРОВАНИЕ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА В 2023 ГОДУ

Приоритетным направлением для Федерального фонда обязательного медицинского страхования в последние годы является финансирование амбулаторного звена, на эти цели в текущем году планируется направить более 1 трлн рублей, или 39% от общего объема финансирования. Таким образом, в течение трех лет увеличение расходов на амбулаторное звено, по сравнению с 2021 годом, составит 25%, сообщил в рамках форума «Здоровое общество» председатель ФОМС Илья Баланин.



Увеличение финансирования позволит существенно развить оказание помощи в амбулаторном звене, увеличить объемы профилактической помощи, медицинской реабилитации, диспансеризаций,

что будет способствовать решению ключевой задачи, которая стоит перед отечественной системой здравоохранения, – повышению продолжительности жизни граждан.



Ежегодное увеличение финансирования программ ОМС позволяет обеспечить рост доступности медицинской помощи. В текущем году за счет средств ОМС будет обеспечено прохождение 86,3 млн человек профилактических мероприятий, в том числе 11,0 млн человек – углубленной диспансеризации, а также почти 38 млн человек – диспансерного наблюдения.

Илья Баланин

Председатель ФОМС напомнил, что запланированный на 2023 год общий объем доходов и расходов превысит 3 трлн рублей. Размер субвенций территориальным фондам ОМС вырос на 286 млрд рублей, или на 11,6%, и составил 2 747 млрд рублей. Это наибольший прирост за последние 5 лет.

Федеральный фонд ОМС совместно с Минздравом России продолжает работу над внедрением показателей результативности деятельности медицинских организаций, которые учитываются при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования.



С применением данного подхода медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению, начинают получать финансирование, зависящее не только от количества прикрепленного населения или количества оказанных услуг, как ранее, но и от показателей здоровья этого прикрепленного населения.

Возврат в 2023 году к способу оплаты профилактических осмотров, диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, диспансерного

основанными на современных стандартах оказания медицинской помощи.

ФОМС готов к тесному взаимодействию с врачебным и научным сообществом по вопросу расширения перечня медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема. Например, уже сейчас в адрес ФОМС поступают предложения по оплате медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, в том числе искусственного интеллекта, вне подушевого финансирования.

Указанные предложения могут быть поддержаны только при условии тщательной и комплексной проработки соответствующих инициатив, а также оценки рисков снижения финансирования отдельных медицинских организаций.

Илья Баланин

наблюдения, медицинской реабилитации – за единицу объема медицинской помощи, позволит эффективнее расходовать средства ОМС и будет стимулировать медицинские организации в проведении профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения застрахованным лицам, а также обеспечит доступность указанной медицинской помощи пациентам в соответствии с клиническими рекомендациями,

Председатель ФОМС также добавил, что ФОМС продолжит работу по определению наиболее эффективного способа оплаты медицинской помощи – созданию стимулов для медицинских организаций в раннем выявлении заболеваний у прикрепленного населения, их качественном лечении, уровне здоровья прикрепленного населения, продолжительности жизни пациентов.

30 ЛЕТ ФОМС – СОХРАНЯЯ САМОЕ ЦЕННОЕ

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИЛЬЯ БАЛАНИН ОБОЗНАЧИЛ ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ЗАДАЧИ СИСТЕМЫ ОМС

Среди перспективных задач системы обязательного медицинского страхования (ОМС) в среднесрочной перспективе: создание единой системы персонифицированного учета медпомощи, включая разработку алгоритмов ведения пациентов, имеющих хронические заболевания, внедрение сервисов персонального сопровождения, дальнейшее совершенствование способов оплаты медицинской помощи, перевод на рискориентированную модель контрольно-экспертных мероприятий, развитие деятельности института защиты прав застрахованных лиц, а также интеграция новых регионов России в систему ОМС, отметил на расширенном заседании коллегии Минздрава России председатель Федерального фонда ОМС Илья Баланин, выступая с докладом о 30-лети системы ОМС.



За эти годы система ОМС стала основным источником финансирования государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи застрахованным лицам, территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации играют ключевую роль в обеспечении прав пациентов на получение доступной и качественной медицинской помощи во всех субъектах Российской Федерации.

Илья Баланин

Система ОМС сегодня – это полноправный участник приоритетных государственных программ и проектов в сфере здравоохранения. Для реализации поставленной Президентом России Владимиром Путиным цели – роста продолжительности жизни до 78 лет к 2030 году, перед системой ОМС стоит задача опера-

тивного решения вопросов повышения доступности качественной медицинской помощи для населения, контроля качества медицинской помощи, эффективных способов ее оплаты и контроля за расходованием средств с помощью современных информационных технологий.

С 2013 года аккумулирование всего объема средств обязательного медицинского страхования по тарифу 5,1% осуществляется в Федеральном фонде ОМС (ФОМС). Территориальные программы ОМС в рамках базовой программы бездефицитны и сбалансированы на всей территории нашей страны. Для каждого гражданина обеспечена равная доступность бесплатной и качественной медицинской помощи.

Повышение уровня страховых взносов и принятие закона о страховых взносах на ОМС неработающего населения обеспечило финансовые гарантии для вы-

равнивания условий и объемов оказания медицинской помощи в субъектах Российской Федерации. Это обеспечило в том числе ежегодный рост субвенции: если в 2013 году она составляла 985 млрд рублей, то в 2023 году – 2,7 трлн рублей.

Также в текущем году достигнут наибольший прирост субвенции за последние 5 лет, который составит 285,7 млрд рублей, или 11,6% к уровню 2022 года.

Финансовое обеспечение системы ОМС в 2013–2023 гг.

В 2023 году достигнут наибольший рост субвенции за 5 лет
+286 млрд рублей (11,6 %)



Рост подушевого норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС за счет субвенции, млрд рублей



За счет субвенции обеспечены:

- ▶ сбалансированность ТПОМС
- ▶ бездефицитность ТПОМС
- ▶ заработная плата медицинских работников по Указу Президента РФ № 597
- ▶ Равная доступность для граждан бесплатной медицинской помощи

Увеличено финансирование отдельных регионов, в основном ДФО, в связи с повышением предельного значения коэффициента ценовой дифференциации бюджетных услуг, млрд рублей



Доступность медицинской помощи обеспечивается расширением программы госгарантий как за счет увеличения объемов медицинской помощи, включения новых видов специализированной медицинской, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Сегодня базовая программа ОМС составляет уже более 90% от общего объема медицинской помощи по программе госгарантий и более 70% ее финансового обеспечения.

Так, с 2013 года объем финансового обеспечения оказания медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС за счет средств ОМС вырос более чем в 2,3 раза.

В базовой программе ОМС на текущий год нашло отражение дальнейшее развитие оказания медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями.

Впервые установлен средний норматив комплексного посещения и финансовых затрат при диспансерном наблюдении. Финансовое обеспечение составит 57,6 млрд рублей.

Установление отдельного норматива по диспансерному наблюдению позволит своевременно выявлять и предупреждать осложнения, а также обострения заболеваний, в том числе у пациентов с онкологическими заболеваниями, болезнями системы кровообращения и сахарным диабетом.

Развитие базовой программы ОМС

ОМС сегодня:

90%
объемов
медицинской помощи

- 2013–2015 годы:**
- гемодиализ
 - скорая медицинская помощь
 - кохлеарная имплантация
 - ЭКО
 - ВМП
 - медицинская реабилитация в стационарных условиях
 - оплата по КСГ (187 КСГ, в 2023 году – 637 КСГ)
 - формируется НСЗ на оплату повышения квалификации медработников, закупку и ремонт оборудования
- В 2021 году:** Внедрена программа проведения углубленной диспансеризации
- С 2022 года:** В составе базовой программы выделены объемы специализированной, в том числе ВМП для ФМО
- В 2023 году:** Установлен норматив комплексного посещения при диспансерном наблюдении

более 70%
финансовых
средств ПГГ

Финансовое обеспечение программ ОМС в 2013–2022 гг. (млрд руб.)

За период 2013–2022 гг. в 2,3 раза выросло финансовое обеспечение программ ОМС, в том числе:



Базовая программа ОМС переориентируется на превентивную медицину, когда значительное внимание уделяется профилактическим мероприятиям и диспансеризации, а также выявлению заболеваний на ранних стадиях.

Для этого ежегодно увеличиваются объемы медицинской помощи и ее финансового обеспечения по профилактическим медицинским осмотрам и дис-

пансеризации, а также постоянно совершенствуется порядок диспансеризации.

За последние 10 лет показатель численности лиц, прошедших профосмотры и диспансеризацию, вырос в 1,5 раза и в 2022 году составил более 50 млн человек. Объем средств ОМС, направленных на эти цели, составил за прошлый год 128,5 млрд рублей. Рост за 10 лет – в 3,7 раза.

Профилактические осмотры и диспансеризация

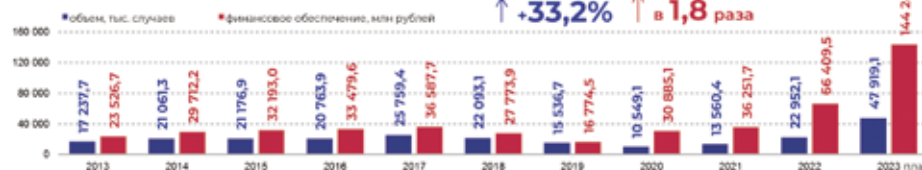
Расширяются программы профилактических мероприятий

Расширяется список исследований, проводимых в рамках скрининга злокачественных заболеваний

Профилактические осмотры



Диспансеризация



В составе программы госгарантий с 2014 года выделяются нормативы объема и финансовых затрат по профилю «Медицинская реабилитация» в стационарных условиях.

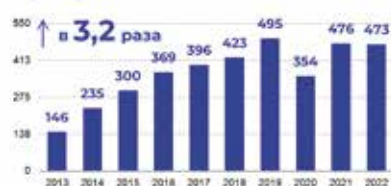
В 2022 году программой госгарантий установлены нормативы в амбулаторных условиях, в текущем году – в условиях дневного стационара. Медицинскую реабилитацию стало возможно проходить на дому,

что позволит увеличить объемы медицинской помощи на территориях страхования.

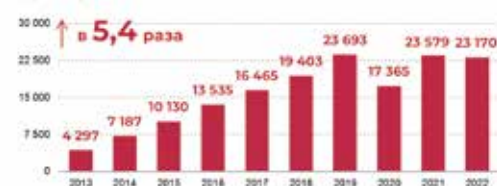
В период 2022–2023 годов финансовое обеспечение медицинской реабилитации увеличилось на 31,6 млрд рублей, объемы медпомощи только в стационарных условиях – на 25,9%.

Медицинская реабилитация

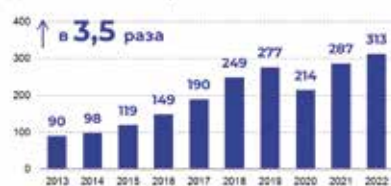
Объем медицинской помощи, тыс. случаев
Круглосуточный стационар



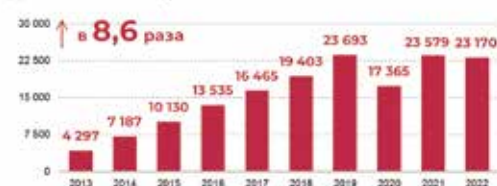
Финансовое обеспечение, млн рублей
Круглосуточный стационар



Объем медицинской помощи, тыс. случаев
Дневной стационар



Финансовое обеспечение, млн рублей
Дневной стационар



Медицинская реабилитация в АПП в 2022 году – 426,5 тыс. комплексных посещений на сумму 6 237,7 млн рублей

Для оплаты медицинской помощи предусмотрен дифференцированный подход с применением шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ) в разрезе КСГ, позволяющий оказывать дорогостоящую реабилитационную помощь нуждающимся в ней пациентам и более рационально использовать лечебный потенциал медицинских организаций

Существенно увеличено финансовое обеспечение онкологической помощи. Так, в 2018 году на оказание указанной медицинской помощи в системе ОМС было направлено 94,8 млрд рублей, в 2022 году – почти в 3,5 раза больше. Дополнительные финансовые вливания позволили значительно повысить доступность

онкологической помощи – в 2022 году оказано более 3,6 млн случаев лечения, что в 2 раза выше уровня 2018 года. Начатый курс по развитию и поддержанию онкологической помощи продолжен и в текущем году в рамках федерального проекта.

Финансовое обеспечение медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями

Субвенция в рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», млрд руб.



Использование средств, млрд руб.



Оказано случаев лечения, млн случаев



Противоопухолевая лекарственная терапия – 239,6 млрд руб. (в 5,1 раза выше уровня 2018 года)

Показатели	2018	2019	2020	2021	2022	рост 2022 к 2018
Количество случаев лечения с применением химиотерапии, тыс. случаев, в том числе:						
в стационарных условиях	526,1	700,8	842,2	935,4	985,5	1,9 раз
в условиях дневного стационара	513,6	852,6	1159,0	1321,1	1556,0	3 раза

Кратность курсов химиотерапии



Каждый случай оказания своевременной и высококвалифицированной медицинской помощи снижает смертность и инвалидизацию по стране в целом.

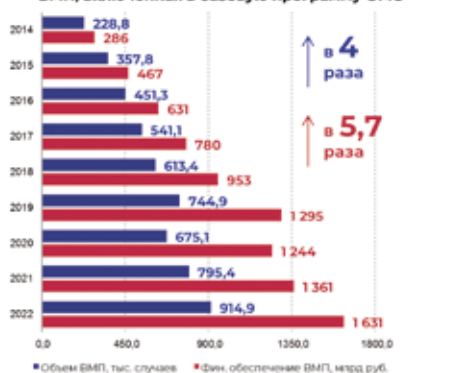
С 2014 года в базовую программу ОМС включена высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП). За 9 лет количество пациентов увеличилось в 4,5 раза – с 200 до 900 тыс. человек. Отмечается ежегодный рост проведения высокотехнологичных

операций по сердечно-сосудистой хирургии, травматологии, онкологии, офтальмологии и другим профилям. Основной рост происходит за счет возможности лечения высокотехнологичными методами в региональных клиниках.

В 2023 году планируется оказание ВМП более чем в 1 000 медицинских организаций.

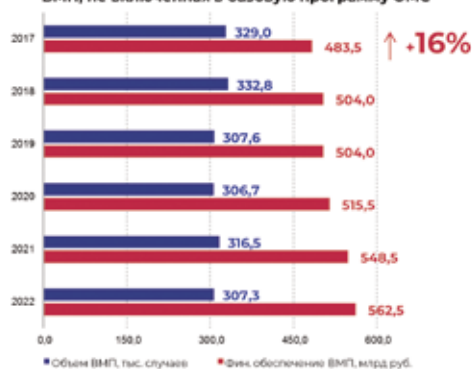
Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи

ВМП, включенная в базовую программу ОМС



854 региональных МО | 156 ФГУ | 170 частных МО

ВМП, не включенная в базовую программу ОМС



142 ФГУ | Частные МО – с 2020 года

Наиболее распространенные профили оказания ВМП:

33,9 % Сердечно-сосудистая хирургия	11,4 % Офтальмология
17,6 % Травматология и ортопедия	3,9 % Нейрохирургия
13,2 % Онкология	

Ежегодно наиболее распространенные методы ВМП переводятся в базовую программу ОМС, за счет чего количество госпитализаций для оказания ВМП вне ОМС снижается. Наиболее дорогие и редкие методы лечения входят в перечень ВМП вне ОМС, за счет чего происходит рост финансового обеспечения.

С 2021 года в составе базовой программы ОМС выделены объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам в условиях круглосуточного и дневного стационаров медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в отношении которых ФОМС наделен отдельными полномочиями страховщика в части организации оказания и оплаты медицинской помощи.

Федеральные медицинские организации стимулируются к оказанию уникальных, сложных и ресурсоемких методов лечения, а также ВМП. Целевая доля такой помощи в структуре госпитализаций федеральных медицинских организаций установлена на уровне 60%.

В соответствии с программой госгарантий с 2022 года федеральными медицинскими организациями ВМП оказывается с использованием ряда уникальных методов лечения, применяемых в сердечно-сосудистой хирургии и трансплантации органов, со стоимостью случая до 8,3 млн рублей.

Федеральные медицинские организации

Медицинская помощь в федеральных медицинских организациях (по принятым к оплате счетам)

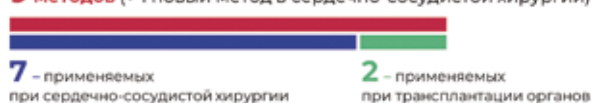
Вся медпомощь	Факт 2021	Факт 2022	Предусмотрено в бюджете ФОМС на 2023	Факт 2023 (1 квартал)	Исполнение от предусмотренного объема на 2023 в бюджете ФОМС
Количество случаев медпомощи	1 806 132	2 030 678	2 039 882	521 625	26%
в т.ч. ВМП	205 655	239 430	-	54 827	-
Стоимость, млрд рублей	135,6	153,05	163,6	42,31	26%
в т.ч. ВМП, млрд рублей	34,5	42,5	-	11,16	-

в т.ч. ВМП-3	2021	Факт 2022	План на 2023	Факт 2023 (на 13.04.2023)	Исполнение от плана на 2023
Количество случаев медпомощи	-	453	1 111	125	11%
Стоимость, млрд рублей	-	1,1	2,9	0,32	11%

Финансирование ВМП с использованием уникальных методов лечения увеличено в 2023 году на 1,8 млрд рублей

Перечень видов ВМП-3 в 2023 году содержит

9 методов (+ 1 новый метод в сердечно-сосудистой хирургии)



Стоимость случая лечения
1,6-8,3 млн рублей

Тарифная политика в сфере ОМС построена на соблюдении единых требований:

- объемов и стоимости единиц медицинской помощи в соответствии с программой госгарантий;
- способов оплаты медицинской помощи;
- структуры и содержания тарифного соглашения;
- подходов к расчету тарифов в зависимости от форм, видов и условий оказания медицинской помощи.

С 2019 года в соответствии с Федеральным законом об ОМС, ФОМС наделен полномочиями по подготовке заключений о соответствии тарифных соглашений субъектов Российской Федерации базовой программе ОМС и требованиям к структуре и содержанию тарифного соглашения, а также были определены порядок и сроки рассмотрения ФОМС тарифных соглашений.

В настоящее время отмечается стабильное снижение дифференциации в подходах к оплате медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств ОМС, а также значительное уменьшение количества нарушений, приводящих к занижению тарифов.

Тарифная политика в системе ОМС

С 2019 года

Новые полномочия ФОМС:
подготовка заключений о соответствии тарифных соглашений субъектов РФ базовой программе ОМС и требованиям к структуре и содержанию тарифного соглашения (далее – Приказ № 1397н)

Определены порядок и сроки рассмотрения
ФОМС тарифных соглашений и типовая форма заключения

- ▶ Снижение дифференциации в подходах к оплате медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств ОМС
- ▶ Различия в тарификации – не более 20 %
- ▶ Значительное уменьшение нарушений, приводящих к занижению тарифов

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Контроль
структуры и содержания тарифных соглашений, направленный на выравнивание тарифной политики и тарифов в субъектах РФ

Стабильное финансирование медицинских организаций в системе ОМС

Единство тарифной политики

- ▶ **Единые требования** к установлению объемов и стоимости единицы медицинской помощи
- ▶ **Единые способы оплаты** медицинской помощи
- ▶ **Единая структура** и содержание тарифного соглашения
- ▶ **Единые подходы** к расчету тарифов
- ▶ **Единая методика оплаты** специализированной, в том числе ВМП, оказываемой медицинскими организациями, в отношении которых функции и полномочия учредителей осуществляет Правительство РФ или ФОИВ в соответствии с едиными требованиями базовой программы ОМС



С 2016 года за счет средств, получаемых от применения санкций к медицинским организациям, в территориальных фондах ОМС аккумулируются средства, которые затем возвращаются в медицинские организации для расходования на повышение квалификации медицинских работников, приобретение и ремонт медицинского оборудования.

За истекший период на указанные цели уже направлено свыше 55 млрд рублей, что безусловно способствовало повышению качества и доступности оказываемой медицинской помощи для граждан нашей страны.

ФОМС участвует в решении задачи повышения заработной платы для всех категорий медицинских работников. За счет средств ОМС реализуется дополнительная государственная социальная поддержка медработников.

С 1 января 2023 года осуществляются специальные социальные выплаты, которыми планируется обеспечить около 1,2 млн специалистов на сумму 152,4 млрд рублей.

Кроме того, Правительством Российской Федерации принято решение по финансовому обеспечению осуществления социальной выплаты медицинским и иным работникам, оказывающим медицинскую помощь (участвующим в оказании и обеспечивающим оказание медицинской помощи) лицам, получившим ранения (увечья, травмы, контузии) в ходе специальной военной операции. На эти цели из нормированного страхового запаса ФОМС в федеральный бюджет направлено 9,8 млрд рублей.

Мероприятия по организации ДПО медицинских работников по программам повышения квалификации, приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования

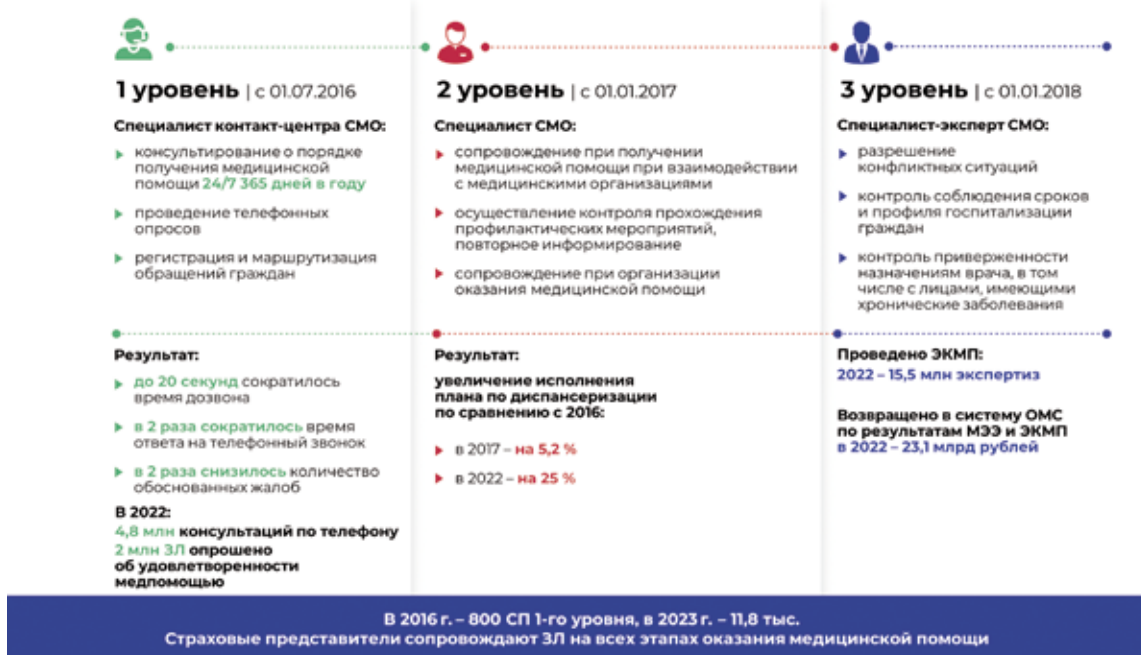


В последние годы увеличивается роль страховых медицинских организаций в мероприятиях, направленных на информирование и сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи. Это предполагает постоянное «ведение» застрахованных лиц, включая их консультирование по вопросам оказания медпомощи, напоминание о праве выбора медицинской организации и врача, информирование о необходимости прохождения диспансеризации, ее целях и задачах, контроль

ее прохождения, организацию госпитализации застрахованного лица с учетом его выбора медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь.

Для обеспечения перечисленных функций в страховых медицинских организациях сформирован институт страховых представителей трех уровней, количество которых в 2023 году составляет 11,8 тыс. человек.

Институт страховых представителей



Дополнение Федерального закона об ОМС, вступившее в силу в текущем году, дало толчок для трансформации информатизации в сфере ОМС.

Стратегией развития здравоохранения в России на период до 2025 года обозначена высокая значимость формирования и реализации на федеральном, региональном и муниципальном уровнях скоординированной политики в сфере охраны здоровья граждан.

Одной из основных задач, стоящих перед ФОМС, является организация персонифицированного учета застрахованных лиц и учета оказанной медпомощи посредством Государственной информационной системы (ГИС) ОМС.

В настоящее время ГИС ОМС функционирует на базе единой Федеральной системы нормативно-справочной информации, предоставляет единый идентификатор пациента, использует единые идентификаторы медицинского работника и медицинской организации.

Создание цифровых сервисов ГИС ОМС позволит обеспечить актуальность, достоверность и полноту данных для всех участников отрасли, достичь значимого социального, экономического и финансового эффекта.

Достижение обозначенных задач планируется путем создания клиентоориентированных информационных сервисов, функционирующих на перспективной высокотехнологичной высокопроизводительной платформе «ГосТех», создаваемой Министерством цифрового развития, связи и массовых коммуникаций РФ в рамках технологического эксперимента.

Таким образом, в рамках пациентоориентированного подхода на базе информационных технологий в сфере ОМС реализуются информационные решения, направленные на повышение эффективности управления, совершенствование логистики медицинской помощи в сфере ОМС.

ГИС ОМС

2022	2023	2025
Создана система ГИС ОМС Утверждены Правила функционирования ГИС ОМС (постановлением Правительства РФ от 11.06.2021 № 901) Созданы: - гибридное хранилище данных о ЗЛ на основе данных персонифицированного учета ОМС - структурированы электронные медицинские документы и данные ЗЛ - начато создание Облака управленческих сервисов ОМС - разработаны алгоритмы ведения хронических пациентов в части онкологии и болезни системы кровообращения - подготовлен вывод массовых социально значимых услуг 1-й очереди на ЕПГУ	Внедрение ЕРЗЛ в качестве мастер-индекса для информационных систем ОМС и в качестве основы для мастер-пациент-индекса ЕГИСЗ для интеграции с ЕГИСЗ и МИС вне контура ОМС Унификация процессов персонифицированного учета медпомощи и подготовка к повышению эффективности управления в ОМС в 7 субъектах РФ Переход на получение управленческой отчетности в управленческом сервисе ОМС Участники системы ОМС используют единую федеральную нормативно-справочную информацию в сфере ОМС и домена «Здравоохранение» в целом Внедрение сервисов персонального сопровождения ЗЛ и информирования о рисках для здоровья и рекомендаций по их снижению на основе данных цифрового медицинского профиля	

Основные задачи Федерального фонда ОМС согласно Стратегии развития здравоохранения в РФ до 2025 года

(указ Президента РФ от 06.06.2019 № 254):

Организация персонифицированного учета

застрахованных лиц

оказанной медицинской помощи

Способ достижения – создание Государственной информационной системы ОМС (ГИС ОМС)

Предназначена для:

- ▶ учета сведений о медицинской помощи
- ▶ контроля за оперативностью и качеством ее оказания
- ▶ ведения ведомственной отчетности

Взаимодействие ГИС ОМС с ЕГИС в сфере здравоохранения поможет:

- ▶ оперативно решать вопросы, связанные с оказанием гражданам бесплатной медицинской помощи
- ▶ упростить взаимодействие участников системы ОМС
- ▶ повысить доступность медпомощи для граждан

Развитие ГИС ОМС —

создание, развитие, внедрение и эксплуатация подсистем и сервисов ГИС ОМС, централизованных цифровых технологий и платформенных решений, связанных с цифровой трансформацией отрасли «Здравоохранение»

В 2022 году система ОМС успешно справилась с вызовами в условиях санкционного давления и геополитической ситуации.

- За счет опережающего финансирования регионов в марте прошлого года не допущено снижение доступности медицинской помощи, обеспечения непрерывного ее оказания.
- Восстановлено проведение профилактических мероприятий взрослого и детского населения, расширен охват населения углубленной диспансеризацией.
- Впервые установлены нормативы и начата всеобщая медицинская реабилитация в амбулаторном звене.

- В базовую программу ОМС включены методы эксклюзивной и дорогостоящей ВМП по сердечно-сосудистой хирургии и трансплантологии.

Ключевым событием стало создание федерального единого регистра застрахованных лиц, являющегося основой персонифицированного учета застрахованных лиц и оказанной им медицинской помощи, а также запуск семи информационных сервисов для застрахованных на Едином портале государственных услуг.

Стратегические направления развития системы ОМС в среднесрочной перспективе

- 1** создание единой системы персонифицированного учета медицинской помощи, включая разработку алгоритмов ведения пациентов, имеющих хронические заболевания, а также внедрение сервисов персонального сопровождения застрахованных лиц
- 2** планирование базовой программы ОМС с учетом использования механизмов межтерриториального взаимодействия, дистанционных форм и методов оказания медпомощи, внедрение возможностей искусственного интеллекта, конкретизация базовой программы с учетом приоритета профилактических мероприятий и сохранения качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями
- 3** совершенствование способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на конечный результат деятельности медицинских организаций
- 4** перевод на рискориентированную модель контрольно-экспертных мероприятий
- 5** достижение целей национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография»
- 6** интеграция новых регионов России в систему ОМС
- 7** развитие на основе анализа эффективности деятельности института защиты прав застрахованных лиц на бесплатную медицинскую помощь должного уровня, качества и доступности

ПРОФСОЮЗ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МИНЗДРАВ РОССИИ ЗАКЛЮЧИЛИ ОТРАСЛЕВОЕ СОГЛАШЕНИЕ



Подписание отраслевого соглашения с Профсоюзом работников здравоохранения состоялось в рамках расширенного заседания коллегии Минздрава России. Договор на 2023–2025 годы заключили министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Мурашко и председатель Профсоюза Анатолий Домников.

В документе предусмотрен ряд норм по улучшению социально-экономического положения работников здравоохранения. В частности, повышенные доплаты и увеличение оплачиваемого отпуска за вредные условия труда, доплата до 100% за работу в ночное время и др. Действие соглашения распространяется на всех работников и работодателей учреждений, которые находятся в ведении Минздрава России.

«Многие правила Трудового кодекса России могут быть применены только посредством соглашения, так как законодательство предоставляет лишь базовые гарантии и компенсации для работников, – заявил Анатолий Домников. – Забота о врачах и другом медперсонале – важнейшая государственная задача, потому что эти люди являются основой успешного функционирования всей системы. Важны любые меры поддержки медработников, которые помогут справиться с дефицитом кадров в здравоохранении».

Тем не менее существуют темы для дальнейшего обсуждения и согласования. Председатель Профсоюза считает, что точками роста могут стать совместные выезды на места, где становятся видны не только проблемы, но и пути их решения. Это продемонстрировали прошедшие зональные совещания. Изучение состояния дел вместе с Минздравом России помогло устранить более 60 тыс. нарушений и выплатить работникам свыше 40 млн рублей.

Продуктивное социальное партнерство особенно заметно в новых субъектах Российской Федерации. Отраслевые профсоюзы ЛНР и ДНР уже включены в реестр Профсоюза, а также предстоит дальнейшая работа по интеграции. У Минздрава России должен быть сильный социальный партнер, отметил Анатолий Домников. И Профсоюз делает для этого все, начиная с «омоложения» кадров и заканчивая возвращенной информационной активностью на всех площадках и в социальных сетях.

Со своей стороны, Михаил Мурашко отметил, что для регионов и медицинских организаций взаимодействие с профсоюзом – важное направление работы, которому необходимо уделять особое внимание.

30 ЛЕТ ФОМС – СОХРАНЯЯ САМОЕ ЦЕННОЕ



ДИРЕКТОР ТФОМС АЛТАЙСКОГО КРАЯ МАРИНА БОГАТЫРЕВА: ПРОЙДЯ УСПЕШНЫЙ ПУТЬ ДЛИННОЮ В ТРИДЦАТЬ ЛЕТ, МЫ ПРОДОЛЖАЕМ РАБОТУ, НАПРАВЛЕННУЮ НА ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ НАШЕГО РЕГИОНА



Сегодня обязательное медицинское страхование (ОМС) стало важным элементом здравоохранения страны, который обеспечивает как весомую финансовую составляющую, так и один из важнейших принципов социальной справедливости – равный доступ к получению медицинской помощи каждому гражданину нашей страны вне зависимости от уровня его доходов.

За прошедшие годы в системе ОМС много сделано для ее укрепления, совершенствования и развития. Высокий уровень доверия государства к работе Федерального и территориальных фондов обязательного

медицинского страхования подтверждается их участием в реализации всех важнейших государственных программ, связанных с развитием и модернизацией здравоохранения.

Ключевая роль в формировании структуры ОМС и ее финансового потенциала на местах, безусловно, принадлежит директорам территориальных фондов ОМС (ТФОМС). Во втором номере юбилейного издания мы рассказываем о директоре ТФОМС Алтайского края Марине Богатыревой, которая работает в системе ОМС почти 25 лет.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края (ТФОМС Алтайского края) отметил свой 30-летний юбилей одним из первых среди территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

С момента образования в 1992 году ТФОМС Алтайского края проделана огромная работа по организации обязательного медицинского страхования (ОМС), совершенствованию финансирования медицинской помощи, реализованы масштабные федеральные и региональные проекты, направленные на развитие и модернизацию здравоохранения края. Обеспечены защита прав застрахованных граждан на получение бесплатной медицинской помощи и контроль за ее качеством.

Все эти задачи реализуются под руководством директора ТФОМС Алтайского края Марины Богатыревой, которая работает в Фонде с 1998 года. Она прошла путь от главного специалиста контрольно-ревизионного отдела до назначения в 2012 году директором ТФОМС Алтайского края. С 2017 года по настоящее время представляет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) в Сибирском федеральном округе.

За большой личный вклад в становление и развитие системы ОМС Марина Богатырева награждена Почетной грамотой Минздрава России, Почетной грамотой ФОМС, медалями «За заслуги перед обществом» и «За заслуги в труде».

В ТФОМС Алтайского края уверены, что для решения поставленных задач в современных условиях очень важно находить сбалансированные решения, руководствоваться накопленным опытом, поддерживать положительные практические наработки, в равной степени развивать все виды медицинской помощи, продвигать здоровый образ жизни, бережное отношение населения к своему здоровью. В результате сегодня финансирование медицинской помощи в объеме программы ОМС – не только планомерный, стабильный, но и постоянно развивающийся процесс.

– На Ваших глазах формировалась система ОМС в Алтайском крае. Как это происходило?

– Этот процесс начался в сложное для страны и медицины время. В конце 80-х годов с началом широкомасштабной реформы экономики финансирование здравоохранения свелось к минимуму, а больницы балансировали на грани выживания. Именно в те

годы по данным статистики зафиксированы самые неудовлетворительные показатели здоровья населения. В этой непростой ситуации некоторые лечебные учреждения самостоятельно пытались найти источники финансирования. Вместе с тем резкие политико-экономические изменения и кризис потребовали более существенных перемен в здравоохранении, но уже на государственном уровне.

К формированию системы ОМС Алтайский край приступил одним из первых в стране, практически одновременно с принятием Закона Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Так, по решению Алтайского краевого Совета народных депутатов от 23 июля 1992 года был создан краевой фонд ОМС, утверждена территориальная программа обязательного медицинского страхования населения Алтайского края, благодаря чему в первый год работы Фонда в медицинские организации за счет внебюджетных средств поступили первые 14,4 млн рублей.

Введение ОМС позволило в кратчайшие сроки получить постоянный источник средств на финансирование медицинской помощи, создать понятные и прозрачные механизмы их распределения, что, по сути, в тот период времени было равноценно спасению медицинских учреждений от закрытия и разрушения. Таким образом, фонды ОМС как государственные финансово-кредитные организации сформировали практику стабильного финансирования лечебных учреждений.

– При создании системы ОМС многие задачи приходилось решать впервые. Какие наиболее яркие моменты того периода можно отметить?

– За относительно короткий период времени нам удалось сформировать работающую систему. С июля 1994 года в крае началось страхование работающих, а в 1998 году – в полном объеме страхование неработающего населения. При этом, понимая важность обеспечения социальных гарантий, их взаимосвязь со своевременным и полным сбором страховых взносов, мы были одной из первых территорий, которая приняла решение централизовать уплату страховых взносов за неработающих с муниципального на краевой уровень.

Одновременно в крае формировалась система оценки качества медицинской помощи и защиты прав пациентов. Разработка в рамках ОМС региональной модели оценки качества медицинской по-

мощи основывалась на стандартах поэтапного оказания помощи от фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов) до краевых больниц, а критериями оценки качества оказания медицинской помощи по наиболее распространенным индикаторным заболеваниям, таким как бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, острый инфаркт миокарда, сахарный диабет и др., были установлены своевременность выявления на ранних стадиях, проведение адекватного лечения и реабилитации.

Внедрение вневедомственного контроля потребовало подготовки соответствующих экспертов. С этой целью в 1993 году заработал межрегиональный центр по подготовке врачей-экспертов. На его базе за 5 лет прошли обучение более 380 организаторов здравоохранения, экспертов по качеству лечебно-профилактических учреждений, страховых медицинских организаций (СМО), лицензионных органов. В результате на территории Алтайского края была сформирована действенная служба контроля и управления качеством медицинской помощи, основные элементы которой актуальны до настоящего времени и получили развитие уже в современных условиях.

В настоящее время в рамках ОМС экспертиза практически полностью носит целевой или тематический характер, а контрольно-экспертные мероприятия позволяют своевременно выявлять нарушения в процессе оказания медицинской помощи и мотивируют медицинские организации добиваться высокого качества медицинских услуг.

Для разработки новых подходов к управлению качеством медицинской помощи и организации полноценного взаимодействия всех субъектов системы ОМС по инициативе ТФОМС постановлением Губернатора Алтайского края создан Координационный совет по обеспечению прав граждан в системе ОМС Алтайского края.

В его состав включены авторитетные специалисты из медицинского сообщества. Возглавляет Координационный совет известный ученый, член-корреспондент РАН, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, председатель Национальной медицинской палаты в Алтайском крае Яков Шойхет.

В крае выстроено тесное взаимодействие звеньев ведомственного и вневедомственного контроля. Мероприятия, направленные на совершенствование экспертного контроля, получили свое дальнейшее



На заседаниях Координационного совета по обеспечению прав граждан в системе ОМС Алтайского края рассматриваются самые актуальные вопросы обеспечения населения медицинской помощью

развитие в рамках соглашения о сотрудничестве между ТФОМС и Медицинской палатой Алтайского края, которое было подписано одним из первых среди регионов РФ в 2016 году. В числе совместных направлений взаимодействия определена более тесная интеграция экспертного медицинского сообщества в процесс проведения медицинских экспертиз в системе ОМС. В рамках Координационного совета по защите прав застрахованных граждан в системе ОМС и на площадке Медицинской палаты Алтайского края Фонд выстраивает взаимодействие в интересах пациентов с профессиональным медицинским сообществом, что позволяет определять именно те направления, которые требуют нашего совместного пристального внимания. В первую очередь, все они связаны с улучшением качества медицинской помощи жителям Алтайского края, реализацией национальных проектов, информационным сопровождением и защитой прав граждан в системе ОМС.

С участием Медицинской палаты Алтайского края ведется формирование Территориального реестра экспертов качества медицинской помощи.

Хочу отметить, что плодотворное сотрудничество по вопросам развития медицины края у Фонда сложилось и с депутатским корпусом, в том числе в рамках деятельности Экспертного совета по развитию здравоохранения Алтайского края, который работает при постоянном комитете Алтайского краевого Законодательного Собрания (АКЗС) по здравоохранению. На его площадке с участием ТФОМС и Министерства здравоохранения Алтайского края обсуждаются законодательные инициативы по развитию здравоохранения, обеспечению кадрами, межведомственному взаимодействию, профилактике заболеваний, развитию реабилитации, санаторно-курортного лечения, демографические проблемы.

– Отличительной чертой Алтайского края является новаторский подход и готовность к внедрению самых передовых идей, предлагаемых на федеральном уровне. Можно обозначить наиболее значимые проекты, которые реализованы Фондом на региональном уровне?

– За 30-летнюю работу Фондом реализовано немало федеральных программ и государственных проектов в сфере здравоохранения: в 2003–2005 годах ТФОМС Алтайского края был включен в эксперимент по дополнительному финансированию, связанному



Ежегодный отчет об исполнении бюджета ТФОМС в Алтайском краевом Законодательном Собрании

с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам. С 2005 года с участием ТФОМС Алтайского края реализована программа дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, и благодаря проведенной работе доступность льготных лекарственных средств для федеральных льготополучателей существенно возросла.

Для ТФОМС Алтайского края 2006 год стал годом начала реализации приоритетного Национального проекта «Здоровье», который явился основополага-

ющим документом программы развития здравоохранения, направленным на повышение доступности и качества медицинской помощи, укрепление и сохранение здоровья населения.

Все сегменты национального проекта, в которых принимал участие Фонд, способствовали развитию первичной медико-санитарной помощи, усилению профилактической направленности здравоохранения. В части своих полномочий ТФОМС осуществлял дополнительные стимулирующие выплаты к заработной плате специалистам участковой службы и финансирование медицинских организаций по проведению дополнительной диспансеризации работающего населения и диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Эти мероприятия повлияли на раннее выявление и лечение заболеваний, являющихся основными среди причин смертности и инвалидности трудоспособного населения, способствовали постоянному наблюдению за пациентами со стороны медицинских организаций, обеспечили значительное повышение заработной платы медицинским работникам первичного звена здравоохранения, улучшение кадрового обеспечения участковых служб.

Не менее важным социально значимым направлением деятельности Фонда в 2011–2012 годах стало участие в реализации Программы модернизации здравоохранения края. В период реализации Программы модернизации в течение двух лет здравоохранение Алтайского края получило более 8 млрд рублей, был проведен капитальный ремонт 144 объектов в 37 учреждениях здравоохранения, поставлено 1 069 единиц медицинского оборудования.

Именно возможность работы специалистов на современном оборудовании позволила медицинским учреждениям перейти на работу в соответствии с новыми медицинскими технологиями – стандартами и порядками оказания медицинской помощи, развивать технологии и современные методы лечения. В рамках Программы модернизации было внедрено 50 стандартов оказания медицинской помощи в 92 учреждениях здравоохранения.

Наряду с инфраструктурной модернизацией большое внимание в данный отрезок времени уделялось совершенствованию планирования объемов медицинской помощи и ее финансовому обеспечению.

В целом мероприятия приоритетного Национального проекта «Здоровье» и программы модернизации здравоохранения стали мощным импульсом для раз-

вития здравоохранения Алтайского края и способствовали росту финансового потенциала Фонда.

В 2013 году в Алтайском крае была сформирована бездефицитная территориальная программа ОМС, подушевой норматив финансового обеспечения которой полностью соответствовал величине федерального норматива. Осуществлен переход всех медицинских организаций, работающих в системе ОМС, на преимущественно одноканальное финансирование, что позволило ввести полный тариф ОМС, включающий все статьи затрат медицинских организаций: заработную плату, медикаменты, питание и мягкий инвентарь для пациентов, хозяйственные и коммунальные расходы, кроме капитального ремонта зданий и приобретения дорогостоящего оборудования. Алтайский край в числе первых при расчетах стоимости лечения начал применять один из наиболее действенных способов повышения эффективности расходов в системе ОМС – оплату медицинской помощи за законченный случай лечения по клинко-статистическим группам.

Началось расширение расходных обязательств ОМС: в систему вошла скорая медицинская помощь, а с 2014 года – высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП). Изменение финансовой модели позволило существенно увеличить количество высокотехнологичных операций, как плановых, так и экстренных, повысить доступность ВМП для жителей края. При этом все годы по объему средств, направляемых на ВМП, Алтайский край входит в число лидеров среди регионов Сибирского федерального округа.

В регионе активно строятся новые объекты здравоохранения как за счет бюджетных средств, так и на условиях государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, которые впоследствии входят в систему ОМС, успешно работают, оказывая необходимую населению медицинскую помощь бесплатно.

Одним из первых проектов, реализованных Администрацией Алтайского края, стало строительство в 2014 году центра гемодиализа. С запуском данного объекта в регионе достигнута 100%-ная обеспеченность жителей заместительной почечной терапией методом гемодиализа. Также в рамках соглашения Правительства Алтайского края и Медицинского института имени Березина Сергея в Алтайском крае обеспечена доступность такой высокотехнологичной диагностики, как позитронно-эмиссионная томография, тогда как ранее приходилось направлять наших жителей в Красноярск, Новосибирск или Москву, в том числе для динамической оценки применения противоопухолевой терапии.

В 2019 году в крае свои двери для пациентов открыл ООО «Клинический лечебно-реабилитационный центр "Территория здоровья"». Он также построен по инвестиционному соглашению с Правительством края. Центр находится в шаговой доступности от ключевых медицинских учреждений края, в первую очередь таких, как КГБУЗ «Краевая клиническая больница» и ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования», и в своей работе ориентирован на новую модель медицинской реабилитации, в которой используются не только современные технологии, но и индивидуальный пациентоориентированный подход.

С открытием реабилитационного центра такого уровня в крае сформирован полный цикл медицинской помощи: подготовка и проведение высокотехнологичных операций, стационарный и амбулаторный этап реабилитации, что важно для выздоровления и быстрого возврата пациентов к обычной жизни.

Безусловно, достичь результатов в обеспечении населения необходимой медицинской помощью соответствующего качества удалось благодаря сложившемуся у нас в крае взаимодействию Правительства Алтайского края с Федерацией, Минздравом России и ФОМС.

Для обеспечения современного уровня медицинской помощи матери и ребенку в крае в 2016 году в установленные правительством сроки за счет средств ФОМС и бюджета края завершено строительство перинатального центра «ДАР». Сегодня вся по-



КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр» – победитель Всероссийского конкурса «Лидер в оказании качественной медицинской помощи» в 2021 году среди всех медицинских организаций страны и обладатель сертификата качества Росздравнадзора по результатам проверки качества оказания медицинской помощи

мощь, оказываемая в центре, и развернутые на его базе технологии, включая экстракорпоральное оплодотворение, оплачиваются в рамках территориальной программы ОМС.

В КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр» в рамках ОМС только в 2022 году медицинскую помощь, в том числе и высокотехнологичную, получили более 90 000 жителей как нашего, так и других регионов России. Кроме того, эффективное и рациональное использование всех возможностей, предоставляемых государством в рамках национальных проектов «Демография» и «Здравоохранение», позволили перинатальному центру, не только успешно реализовать задачи, связанные с повышением качества оказания медицинской помощи населению, но и получить звание «Российская организация высокой социальной эффективности».



В 2022 году перинатальный центр «ДАР» стал победителем Всероссийского конкурса «Российская организация высокой социальной эффективности»

– Как на доступность медицинской помощи в крае повлиял Национальный проект «Здравоохранение»?

– Работа по реализации Национального проекта «Здравоохранение» в Алтайском крае продолжается по всем направлениям. Так, к примеру, в рамках Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» обеспечен ежегодный рост расходов на онкологическую помощь.

Финансовое обеспечение направления «онкология» за счет средств ОМС по сравнению с 2018 годом возросло более чем в 2 раза и достигло в 2022 году суммы в 4,4 млрд рублей.

В результате сегодня онкологическая служба края на современном уровне оказывает пациентам всю необходимую помощь, как диагностическую, так и лечебную. При этом финансовое наполнение статей бюджета Фонда на лечение онкопатологий сопровождалось важными изменениями в способах оплаты онкологической помощи, в числе которых персонализированный подход к расчету стоимости тарифа, установление в рамках базовой программы ОМС нормативов объемов и финансовых затрат на оказание онкологической медицинской помощи. Усовершенствована модель клинко-статистических групп (КСГ) заболеваний по профилю «онкология» в части оказания лекарственной терапии, для комбинированной химиолучевой терапии появились новые группы. Внесенные в КСГ изменения способствовали дифференцированному возмещению затрат на оказанную медицинскую помощь медицинским организациям в зависимости от проводимого лечения. В результате в настоящее время почти 60% химиотерапии осуществляется медицинскими организациями с применением современных таргетных препаратов, тогда как в 2018 году такое лечение составляло не более 23%.



Участие директора ТФОМС Алтайского края Марины Богатыревой в заседании Экспертного совета в Государственной Думе РФ по вопросам здравоохранения

Увеличение финансирования позволило нарастить объем современных высокотехнологичных и информативных методов диагностики, таких как магнитно-резонансная томография, компьютерная томография (КТ), позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с КТ, которая сегодня проводится также непосредственно в крае.

Еще один из основных векторов последних лет – развитие первичного звена здравоохранения, ориентация на превентивную медицину для сохранения

здоровья населения и его восстановления. Ежегодно из бюджета ТФОМС Алтайского края на финансирование различных профилактических мероприятий направляется более 1 млрд рублей, что позволяет ежегодно миллиону жителей края бесплатно проходить обследования, в том числе направленные на раннее выявление онкологических и социально значимых заболеваний.

Организована активная работа по информированию населения о возможности прохождения профилактических мероприятий. Совместно с медицинскими организациями страховые представители СМО обеспечивают индивидуальное информационное сопровождение своих застрахованных при получении профилактической медицинской помощи и направляют гражданам персональные приглашения на профилактические осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение.

Выстроено тесное взаимодействие с общественными и пациентскими организациями. Активно развивается межведомственное сотрудничество. Фонд тесно работает со всеми ведомствами социальной направленности, обеспечивая и приближая информационную помощь. Специалисты Фонда участвуют в мероприятиях в рамках социально значимого проекта «Социальный десант», организованного Министерством социальной защиты Алтайского края.

В целях привлечения населения к прохождению профилактических мероприятий и ведению здорового образа жизни ТФОМС Алтайского края проводит акцию «Десант здоровья». Ее мероприятия планируются совместно с Министерством здравоохранения Алтайского края, Управлением Алтайского

края по труду и занятости населения, СМО, КГБУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», КГБУЗ «Центр медицинской профилактики», ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» (волонтеры-студенты). На местах активно привлекаются межрайонные представители ТФОМС Алтайского края и администрации муниципальных образований.

С началом реализации Федерального проекта «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация» в крае получила новый импульс к развитию медицинская реабилитация взрослых и детей. Расширяется сеть медицинских организаций, занимающихся реабилитацией, проводится дооснащение медицинским оборудованием и обучение специалистов, участвующих в реабилитации.

– Еще один важный источник для медицинских организаций – средства нормированного страхового запаса Фонда. Как они расходуются и какие задачи решают?

– С момента своего образования система ОМС ориентирована на пациента, повышение качества и доступности оказываемой медицинской помощи. Помогают в этом и средства нормированного страхового запаса (НСЗ) фонда. За период 2016–2022 годов в медицинские организации из НСЗ перечислено 603,2 млн рублей. Они использованы на приобретение и ремонт медоборудования, повышение квалификации медицинских работников. За это время для лечебной сети края закуплено более 300 единиц различной медицинской техники. Это аппараты искусственной вентиляции легких, видеоэндоскопические комплексы для диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта и гинекологической патологии, аппараты для ультразвуковых исследований (УЗИ), рентгенологические установки и оборудование для эндовидеохирургии. В медицинские организации поступили инкубаторы для новорожденных, аппараты «Искусственная почка», электрокардиографы и дефибрилляторы, стоматологические установки и лабораторные анализаторы, оборудование для кабинетов оториноларинголога и офтальмолога.



Амбулаторный центр медицинской реабилитации ООО «Клинический лечебно-реабилитационный центр «Территория здоровья» оснащен современным оборудованием и укомплектован квалифицированными специалистами

Кроме того, за счет средств НСЗ лечебные учреждения обеспечивают ремонт медицинской техники – в основном восстанавливают высокотехнологичное оборудование: компьютерные томографы, цифровые флюорографы, рентгеновские комплексы, аппараты УЗИ и др.



За счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС Алтайского края в Шипуновскую ЦРБ закуплен современный УЗИ-аппарат.

– Основа любой организации – это сплоченный коллектив профессионалов. Как бы Вы охарактеризовали тех, кто работает под Вашим руководством.

– Наш Территориальный фонд ОМС давно является значимой частью системы здравоохранения Алтайского края, и возможным это стало, прежде всего, за счет профессионального коллектива, от работы которого во многом зависят уровень и качество медицинской помощи во всех медицинских организациях края.

Наш коллектив – это команда настоящих профессионалов. Каждое структурное подразделение выполняет свои функции, и все они одинаково важны для системы медицинского страхования и здравоохранения, исключений здесь нет. У нас стабильный, сплоченный и дружный коллектив, все специалисты работают на своих местах не один десяток лет, многие – с момента образования Фонда. Во многом благодаря этому и молодые сотрудники, с первых дней работы имея надежных наставников, очень быстро становятся профессионалами своего дела.

Сотрудники Фонда активно участвуют в общественной жизни края, в том числе оказывают шеф-

скую помощь Краевому клиническому центру охраны материнства и детства и КГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 7, г. Барнаул» по оснащению игровых комнат для маленьких пациентов.

Система ОМС Алтайского края – активный участник общероссийского движения #МЫВМЕСТЕ, мы поддерживаем постоянную связь с Краевым госпиталем ветеранов войн, а с началом специальной военной операции вносим свой вклад в сбор средств марафона «Все для Победы».

Мы в первых рядах тех, кто своим примером популяризирует здоровый образ жизни. Команда Фонда принимает участие в краевых массовых спортивных мероприятиях: Дне физкультурника, сдает нормы ГТО, соревнуется в летнем и зимнем этапах краевой Спартакиады государственных служащих Алтайского края.



Команда ТФОМС Алтайского края принимает активное участие в массовых спортивных мероприятиях и своим примером популяризирует здоровый образ жизни

Безусловно, основной задачей ТФОМС Алтайского края на протяжении 30 лет является обеспечение доступности и качества медицинской помощи. Накоплен огромный опыт и кадровый потенциал, существенно расширились горизонты нашей деятельности. Сегодня очевидно, что ОМС – это стабильный экономический стержень здравоохранения. И мы гордимся тем, что являемся активными участниками системы охраны здоровья населения в крае и в стране.

ПРЕЗИДЕНТ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТЫ АЛТАЙСКОГО КРАЯ ЯКОВ ШОЙХЕТ: СЧАСТЛИВ ПРИНАДЛЕЖАТЬ К ТОЙ ЧАСТИ ЛЮДЕЙ, СМЫСЛ ЖИЗНИ КОТОРЫХ – ОКАЗЫВАТЬ ПОМОЩЬ СТРАДАЮЩИМ ОТ НЕДУГОВ И ЖИВУЩИМ НАДЕЖДОЙ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ



Для юбилейного номера нашего издания Яков Шойхет рассказал о сотрудничестве Территориального фонда обязательного медицинского страхования и Медицинской палаты Алтайского края в вопросах обеспечения населения края доступной и качественной медицинской помощью.

Важно отметить, что Алтайский край – один из первых регионов Российской Федерации, где было заключено соглашение о взаимодействии Территориального фонда ОМС (ТФОМС) и Медицинской палаты. Схожие цели и задачи у Координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования, созданного постановлением Губернатора Алтайского края от 17 декабря 2008 года № 550.

Координационный совет должен содействовать выполнению главного назначения здравоохранения – обеспечению населения доступной и качественной медицинской помощью.

По моему глубокому убеждению, Совет призван скоординировать интересы всех участников процесса оказания медицинской помощи и его финансирования. Я считаю, совершенно правильно, что Координационный совет создан именно при ТФОМС, так как фонд – это финансовое учреждение, и именно здесь должны вырабатываться рекомендации по структуре медицинской

помощи, ее финансированию. Не должно быть никаких решений и рекомендаций без финансовой оценки мероприятий.

Свою роль в руководстве деятельностью Медицинской палаты и Координационного совета я вижу, прежде всего, в выстраивании полноценного и конструктивного взаимодействия всех участников оказания медицинской помощи населению в крае, заключающегося в совместном поиске путей решения вопросов, совместной выработке стратегии совершенствования системы здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования.

Именно поэтому постоянными участниками заседаний Медицинской палаты являются представители и Министерства здравоохранения края, и ТФОМС, в состав Координационного совета входят не только представители фонда и страховых медицинских организаций, но и Министерства здравоохранения Алтайского края, Территориального органа Росздравнадзора по Алтайскому краю, Медицинской палаты Алтайского края, профессорско-преподавательского состава Алтайского государственного медицинского университета.

Деятельность Координационного совета направлена на проведение анализа деятельности всех участни-

ков обязательного медицинского страхования в части как защиты прав застрахованных лиц, так и контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и выработки решений, направленных на совершенствование обязательного медицинского страхования и здравоохранения края, доведение результатов анализа и принятых решений до всех заинтересованных сторон.

Вопросы контроля качества медицинской помощи всегда на первом месте в деятельности и Медицинской палаты, и Координационного совета.

В повестку дня всегда включаются самые важные и актуальные темы, среди которых: вопросы доступности и качества оказания медицинской помощи жителям края с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, включающие как лечение при острых сосудистых событиях, так и качество диспансерного наблюдения и профилактики, выявление онкопатологии в ходе диспансеризации и профилактического медицинского осмотра, контроль назначения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, использование новых методов химио- и лучевой терапии в лечении онкологических пациентов.

Принимаемые решения находят свое отражение в организации оказания медицинской помощи в регионе. Так, Министерством здравоохранения Алтайского

края для пациентов с хронической сердечной недостаточностью в Алтайском крае на базе КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер» создан Региональный центр хронической сердечной недостаточности (ХСН), в задачи которого входят в том числе оказание консультативной помощи врачам медицинских организаций по сложным вопросам диагностики и лечения ХСН, в том числе с применением телемедицинских технологий, внедрение в клиническую практику современных методов профилактики, диагностики, лечения больных с ХСН и проведение анализа эффективности их применения, проведение школ для пациентов с ХСН, диспансерное наблюдение.

Рабочая и доброжелательная обстановка на заседаниях Медицинской палаты и Координационного совета располагает к честному и откровенному разговору, к серьезному обсуждению любых проблем и принятию порой нестандартных решений. Все принятые решения направлены на дальнейшее совершенствование контроля качества медицинской помощи, обеспечение тесного взаимодействия медицинских организаций, Министерства здравоохранения Алтайского края и ТФОМС, страховых медицинских организаций в целях принятия необходимых управленческих решений в организации оказания медицинской помощи на различных ее этапах, по обеспечению в медицинских организациях условий для реализации установленных законодательством прав граждан на получение качественной и доступной медицинской помощи.

Яков Шойхет – почетный гражданин Алтайского края, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, хирург высшей категории, специалист в области торакальной хирургии, пульмонологии, гепатологии, научный руководитель Алтайского регионального пульмонологического центра и Алтайского краевого гепатологического центра. При его непосредственном участии и руководстве разработаны новые методы хирургического и консервативного лечения органов грудной и брюшной полости, эндокринной системы. Создатель системы оказания медицинской помощи больным с заболеваниями легких.

Он является основателем научной школы, которая сформировала концепцию развития деструктивных заболеваний легких, создала программы лечения тяжелой пневмонии, острого абсцесса, гангрены легких, шока.

При взаимодействии с научными организациями страны доказал факт воздействия ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне на состояние здоровья населения Алтая, на основе чего разработана концепция прогнозирования радиационного риска и планирования помощи населению Алтайского края, пострадавшему от последствий ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне.

Инициатор создания при Алтайском государственном меди-

цинском университете Научно-исследовательского института региональных медико-экологических проблем, в котором проводились исследования по влиянию ракетно-космической деятельности на здоровье населения и окружающую среду Алтайского края.

Председатель Ученого Совета при Алтайском краевом Законодательном Собрании, президент Медицинской палаты Алтайского края. Автор более 1 500 научных работ (в том числе 52 монографий) и 23 изобретений. Под его редакцией опубликовано более 20 сборников научных работ. Под его руководством защищены 36 докторских и 87 кандидатских диссертаций.



ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР ООО «КАПИТАЛ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ» НАДЕЖДА ГРИШИНА: 30 ЛЕТ ОБЕСПЕЧИВАЕМ ПРАВА ПАЦИЕНТОВ НА КАЧЕСТВЕННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ



Система обязательного медицинского страхования Российской Федерации (ОМС) в этом году отмечает свой 30-летний юбилей. У ее истоков стоит одна из ведущих федеральных страховых медицинских организаций (СМО) «Капитал МС». Генеральный директор ООО «Капитал Медицинское Страхование», член Совета по медицинскому страхованию Всероссийского союза страховщиков Надежда Гришина рассказывает в публикации о достижениях и роли в развитии отечественной системы ОМС СМО «Капитал МС», отмечает значение роли СМО как активных участников трансформации системы здравоохранения и инициаторов важных социальных проектов, направленных на улучшение доступности и повышение качества медицинской помощи как посредством информирования пациентов, так и путем выстраивания результативной системы сопровождения застрахованных граждан в целях повышения

эффективности профилактических осмотров, диспансеризации, а также диспансерного наблюдения, подчеркивает важность и значимость консолидированного взаимодействия всех участников системы ОМС – органов управления здравоохранением, Федерального и территориальных фондов ОМС, медицинских организаций, представителей СМО – для повышения качества и доступности медицинской помощи. В публикации также уделяется особое внимание системе защиты прав пациентов, в том числе и проведению контрольно-экспертных мероприятий СМО, механизмам досудебного урегулирования конфликтов. Раскрывается деятельность СМО как полноценных партнеров государства, работающих в интересах отрасли и пациентов для достижения общей цели – здоровья нации.

История с географией

Прежде всего, когда мы говорим о системе обязательного медицинского страхования (ОМС), мы должны понимать, что она создавалась в непростые 90-е годы. Во многом благодаря ее введению здравоохранение получило надежный источник финансирования. То есть ее создание было насущно необходимым. Конечно, за прошедшие 30 лет система ОМС пережила значительную трансформацию, став не только финансовой основой отечественного здравоохранения, особенно в связи с переходом на одноканальное финансирование, но и гарантом прав пациентов на качественную медицинскую помощь.

Сегодня мы можем констатировать, что введение единых принципов ОМС и переход на единый формат полиса ОМС, создание Единой государственной информационной системы в здравоохранении, уни-

фицированные эффективные способы оплаты медицинской помощи, формирование и совершенствование института независимой экспертизы качества медицинских услуг, информационное сопровождение пациентов на всех этапах получения медицинской помощи – все это способствует росту именно качественных показателей одного из самых важных государственных направлений социального обеспечения населения.

Пациентоориентированная модель организации медицинского обслуживания, приоритет медицинских мероприятий по профилактике и реабилитации – вот те качественные сдвиги, произошедшие в системе ОМС по мере ее финансового наполнения. Мы видим, что система ОМС жизнеспособна и может очень динамично развиваться и совершенствоваться исходя из текущих актуальных задач. И, конечно,



22

**миллиона
застрахованных
лиц**

1400

**страховых
представителей**

740

представительств

4900

**договоров
с медицинскими
организациями**

неотъемлемой частью системы ОМС является создание и развитие страховых медицинских организаций (СМО).

Сегодня ООО «Капитал Медицинское Страхование» (далее – «Капитал МС») – это профессионализм и уникальный опыт обеспечения граждан России страховой медицинской защитой в системе ОМС. Главной нашей наградой и достижением на этом пути является доверие миллионов соотечественников, которое наши сотрудники завоевали своим компетентным подходом и честным трудом.

«Капитал МС» занимает в настоящее время одно из лидирующих мест среди СМО, нам доверяют защищать свои права более 22 млн человек соответствующего сегмента российского рынка. Обширная география представлена 42 субъектами Российской Федерации, на территории которых работает более 740 представительств «Капитал МС». Основная миссия нашей компании – способствовать повышению приоритета здоровья граждан в системе социальных ценностей общества, обеспечивая доступность бесплатной медицинской помощи высокого качества.

Защита пациентов

Хочу акцентировать внимание на роли СМО в системе ОМС. Сегодня на СМО законодательством возложены многие значимые функции. И наша социаль-

ная ответственность заключается в том, чтобы **стоять на страже интересов застрахованных граждан на каждом этапе получения медицинской помощи.**

В настоящее время в стране благодаря СМО полноценно работают институт страховых представителей – профессионально подготовленные помощники пациентов, которые призваны помочь разобраться в системе государственных гарантий, и институт независимой экспертизы. Ведь сами пациенты не всегда знают свои права, а иногда, даже если знают, у них нет желания и сил их отстаивать. И это наша работа – помочь пациенту в процессе получения медицинской помощи, обеспечить ему качественное лечение, а также добиться справедливости, если помощь оказана некачественно. За 2022 год в «Капитал МС» рассмотрены 3 812 жалоб, из которых 2 846 признаны обоснованными, по каждой из них проведена экспертиза качества медицинской помощи. И за каждым таким обращением – здоровье, а иногда и жизнь человека.

Отрадно, что наши усилия по информированию граждан не проходят даром – сегодня многие пациенты понимают значение СМО, о чем свидетельствуют результаты социологического исследования, проведенного Всероссийским союзом пациентов. Так, треть опрошенных считает, что при нарушении прав пациентов надо обращаться именно к представителям СМО. Мы помогаем в маршрутизации пациентов, добиваемся приема у врачей узких специальностей, решаем и другие вопросы.

В 2022 году «Капитал МС» проведено более 2,7 млн экспертиз медицинской помощи в рамках текущей экспертной деятельности по оценке качества оказания медицинской помощи медицинскими организациями. Сегодня без аргументированной экспертизы СМО медицинская организация никогда не признает факт нарушения прав пациента. Выявление системных дефектов стимулирует медицинские организации их исправлять, соответственно, и качество помощи растет. Если не будет контроля, не будет и качества. Мы выступаем исключительно за прозрачность



Страховой представитель ведет прием в офисе компании

экспертной деятельности в отношении медицинских организаций. Нами на основе требований, порядков и стандартов медицинской помощи созданы унифицированные чек-листы для проверки качества медицинской помощи еще задолго до их официального внедрения со стороны Минздрава России. Медицинские организации осведомлены, какие именно дефекты будут в зоне внимания экспертов, и имеют возможность корректировать свою работу, чтобы их не допустить.

Подчеркну, что результаты экспертиз СМО признаются судами общей юрисдикции, и наши эксперты в судах выступают на стороне защиты пациента. Но при работе с нашими пациентами мы стараемся избежать судебных процессов с медицинскими организациями, ориентируемся на возможность досудебного урегулирования конфликта. Это простой и эффективный для пациента способ отстоять свои права на качественную медицинскую помощь и решить возникшую проблему.

В 2022 году специалисты «Капитал МС» участвовали в урегулировании 2 931 спорного случая оказания медицинской помощи, 97% урегулированы в досудебном порядке, в то время как в 2020 году такая цифра составляла только 74%.

Такие высокие цифры, их динамика говорят об эффективном взаимодействии всех участников системы ОМС для решения ситуации в пользу пациента, ведь он никогда не отзовет жалобу, если она не будет удовлетворена.

К сожалению, бывают ситуации, связанные с причинением вреда здоровью пациента или со смертью близких людей в стенах медицинских организаций. Конечно, возникает желание найти виновных. Понимая боль родных, хочется сказать: лучше разбираться не с помощью правоохранителей, возбуждая уголовные дела против врачей. Мы ориентируемся не на уголовное судопроизводство, а на гражданское. Законом предусмотрена компенсация морального и материального вреда в денежной форме, есть позиция Верховного суда, когда ее получить могут не сами пациенты, а их ближайшие родственники.



Информирование застрахованных лиц

Комплексный подход

Сегодня СМО играют роль не только защитников интересов застрахованных граждан в тех случаях, когда их права нарушены, но и сами являются активными участниками трансформации системы здравоохранения, становясь инициаторами многих значимых с социальной точки зрения проектов, направленных на улучшение доступности и повышение качества медицинской помощи.

Наша компания располагает достаточно большим опытом по реализации социальных проектов в стране, поэтому мы выстраиваем тесное взаимодействие с органами управления здравоохранением и находим поддержку. Сегодня мы – партнеры в повышении качества и доступности медицинской помощи, в сохранении здоровья населения.

Я всегда акцентирую внимание на том, что зачастую для организации качественной медицинской помощи пациенту нужно просто объединить усилия. Очень многое зависит от воли, усилий и высокого профессионализма руководителей здравоохранения. Мы иницилируем многие значимые с социальной точки зрения проекты. Нами впервые в системе ОМС был реализован подход к отработке проектов индивидуального сопровождения застрахованных лиц на основе анализа заболеваемости и региональных проблем здравоохранения при организации оказания медицинской помощи. В рамках этой деятельности

мы выявляем «болевые точки» в сфере здравоохранения конкретного региона и на основе соглашений с региональными минздравами, территориальными фондами ОМС (ТФОМС) выстраиваем бизнес-процессы индивидуального сопровождения пациентов с учетом конкретных условий и возможностей территории.

Сердечно-сосудистые заболевания

Один из первых таких масштабных проектов «Капитал МС» был реализован в Санкт-Петербурге. По нашей инициативе и при полной поддержке со стороны ТФОМС города было организовано сопровождение пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС), с целью активной вторичной профилактики острой коронарной патологии и инфаркта миокарда.

Этот проект лег в основу более масштабной программы «Кардиорегистр», охватывающей всех кардиологических пациентов с этой патологией, которые прошли через оказание стационарной медицинской помощи в сфере ОМС Санкт-Петербурга. В настоящее время в «Кардиорегистр» внесены данные более 75 тыс. пациентов, в том числе застрахованных в «Капитал МС» – 15 170. В «Кардиорегистре» работают 18 медицинских организаций Санкт-Петербурга разных форм собственности и ведомственного подчинения, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ОКС. Программа позволила оценить маршрутизацию пациентов с ОКС в городе, по районам и в каждом стационаре и существенно сократить время оказания помощи: от момента обращения пациентов до инвазивной коронарной процедуры. Это является важнейшим фактором снижения смертности у этой группы пациентов.

СМО также получили онлайн-доступ к необходимым данным для проведения детальной экспертизы качества оказания медицинской помощи конкретным пациентам.

В последующем, на основе единых принципов разработан регистр пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, находящихся на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлинических учреждениях в сфере ОМС Санкт-Петербурга, – «Амбулаторный кардиорегистр». Он позволяет поликлиникам автоматически получать информацию о своих прикрепленных пациентах, которые выписаны из стационаров после перенесенного ОКС, проведенных

коронарных инвазивных вмешательств или кардиохирургических операций. Отмечу, что эти проекты позволяют одновременно решать комплексные задачи для всех участников системы ОМС: врачей, пациентов, представителей ТФОМС, органов управления здравоохранением и СМО.

Для врачей это оперативный доступ к информации о течении заболевания у пациента, возможность ознакомиться с результатами исследования и лечения в других стационарах, оценить степень тяжести состояния пациента, риск вмешательства и как итог – выбрать наиболее подходящее лечение.

Для СМО и ТФОМС программа позволяет вести контроль качества оказанной медицинской помощи в каждой медицинской организации, анализировать сроки госпитализации и своевременность оказания медицинской помощи, осуществлять мониторинг количества проведенных и планируемых дорогостоящих кардиохирургических процедур – по видам и категориям сложности.

Наконец, для пациентов с ОКС это гарантия госпитализации в профильные стационары города (18 сосудистых центров, укомплектованных необходимым медицинским оборудованием), минимизация госпитализаций в стационары с невозможностью проведения чрескожного коронарного вмешательства, существенное сокращение времени оказания помощи (от момента обращения пациентов до инвазивной коронарной процедуры). Как следствие, это минимизация хирургических осложнений при проведении операций пациентам с ОКС до **2% от всех осложнений, 0,6% от всех вмешательств.**

После же выписки из стационара «Амбулаторный кардиорегистр» регулирует **своевременную постановку пациента на диспансерное наблюдение** – эпикриз поступает в информационную систему, и представители СМО обеспечивают контроль за соблюдением лекарственной терапии, своевременное консультирование кардиохирурга, соблюдение сроков плановой госпитализации и плановой амбулаторной кардиологической помощи.

На сегодняшний день на диспансерный учет (ДУ) поставлено **99,8% пациентов, выписанных из стационара**, осуществляется контроль над полнотой необходимых лечебных мероприятий, которые установлены порядком диспансерного наблюдения. Это прекрасный результат для системы здравоохранения. А эффект выражается в том, что сокращается частота

приступов стенокардии у пациентов, а следовательно, и объем вызовов скорой помощи к этим больным, количество экстренных госпитализаций.

Онкологические заболевания

Еще одним социально значимым проектом «Капитал МС» является **информационное сопровождение онкологических пациентов**. Наш анализ показал, что из пациентов с первой и второй стадией злокачественных новообразований (ЗНО), своевременно получивших профильную помощь, 45–70% не проходят диспансерное наблюдение в полном объеме, что может привести к несвоевременному, позднему выявлению рецидива или метастазирования.

Для решения этой проблемы при взаимодействии с медицинскими организациями и ТФОМС мы разработали инновационную модель, которая позволяет добиться 100% охвата информирования пациентов с онкозаболеваниями.

Сегодня в рамках реализации пилотного проекта на отдельных территориях всех пациентов с 1–2-й стадиями ЗНО после получения информации о проведенной медицинской помощи СМО берет на учет и оказывает индивидуальное информационное сопровождение: информирует о необходимости посещения врачей и объеме положенной медпомощи при диспансерном наблюдении, контролирует визиты, уточняет даты, время посещений. Пилотный проект набирает свою активность, и мы, конечно же, поделимся с общественностью его результатами.

COVID-19

Учитывая многие негативные последствия для здоровья от перенесенной коронавирусной инфекции, сегодня одним из важнейших направлений нашей деятельности являются разработка и реализация пилотных проектов, направленных на повышение эффективности углубленной диспансеризации после COVID-19.

«Капитал-МС» реализует такие проекты сразу в нескольких регионах РФ: Калининградской и Ростовской областях и Санкт-Петербурге. Программа УД помогает своевременно диагностировать осложнения после COVID-19.

Как выяснилось, довольно большое количество пациентов отказывается от возможности пройти УД. Нами были проанализированы и выявлены основные причины отказа – необходимость неоднократного посещения медицинской организации, длинные очереди, боязнь реинфицирования.

Поэтому, опять же в тесном сотрудничестве с органами власти и медицинскими организациями, мы создали эффективную систему прохождения УД. В рамках пилотных проектов пациенты получают возможность пройти обследование в одном месте за непродолжительное время. Нет и необходимости отпрашиваться с работы, так как УД проводится 6 дней в неделю, включая субботу. При хорошей организации логистики время, которое пациент затратит на прохождение первого этапа, составляет не более 1 часа. Мы также осуществляем индивидуальное информационное сопровождение пациента на всех этапах. В рамках этих проектов создана возможность получения необходимой медицинской помощи мало-мобильным группам.

Предварительные результаты показывают, что нам удалось сформировать практически идеальную систему. Например, в Калининградской области, где этот проект стартовал в марте 2022 года, доля застрахованных, прошедших УД, от числа проинформированных по телефону, возросла с 8,0% в 2021 году до 54,0% в 2022 году. Уровень удовлетворенности оказанием медицинских услуг при проведении УД достиг 94%. Таким образом, по инициативе СМО была



Подписание соглашения по углубленной диспансеризации в Калининграде

реализована модель, которую целесообразно предложить для тиражирования на федеральном уровне.

Еще одним инновационным решением является применение комплексного подхода при УД. Его мы реализовали в Санкт-Петербурге, где обеспечили преемственность оказания медицинской помощи: пациенты, прошедшие первый и второй этапы УД, в случае медицинских показаний сразу переходят на этап реабилитации. Это позитивно воспринимается пациентами, такой подход решает вопросы доступности и своевременности оказания медицинской помощи.

Работа лучших – ориентир для многих

Один из важнейших аспектов повышения удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи – это поддержка медицинских организаций, где используются лучшие практики в достижении показателей эффективности деятельности. В связи с этим компания «Капитал-МС» выступила учредителем и организатором премии «Лидер качества медицинской помощи». Премия проводится в системе ОМС впервые, ее цель – показать качественные достижения в работе региональных медицинских организаций. Республики Мордовия и Удмуртия вошли в число первых регионов – участников Премии, где выбрали победителей. И это не просто очередная награда, за ней стоит реальная большая работа медицинских организаций. Работа лучших должна стать ориентиром и для других. Именно поэтому я вижу нашу задачу в том, чтобы стимулировать медицинские организации субъектов РФ к повышению качества медицинской помощи и повышению эффективности проведения профилактических мероприятий и диспансеризации в каждом регионе, тем самым способствуя переходу качества медицинской помощи на новый, более высокий уровень по всей стране.

Отбор критериев для оценки медицинских организаций основывается на показателях качества оказания медицинской помощи в субъекте РФ по согласованию с ТФОМС и органом исполнительной власти субъекта в сфере здравоохранения. В основе анализа информации для выбора лучшей медицинской организации – колоссальный объем статистических данных. Это собственные оценочные показатели СМО на основе проведенных экспертиз качества медицинской помощи и работы с жалобами пациентов,

результаты опросов граждан по удовлетворенности оказанной медицинской помощью, отчетные данные федеральных форм статистического наблюдения за 2022 год по различным группам показателей.

Всегда рядом. Коммуникации – залог доверия и успешной деятельности

Сегодня коммуникация между пациентами и медицинскими организациями приобретает важнейшую роль. Обратная связь и внимание к нуждам пациента – необходимая составляющая успеха оказания медицинской помощи. Особенно такой подход считаю важным в нашей работе. Ведь оперативная коммуникация, быстрота реагирования на запросы пациента при возникновении трудностей в получении медпомощи, а также дополнительные сервисы, помогающие быстро получить справочную информацию или консультацию специалиста СМО, – это не только комфорт для пациента, но и зачастую вопрос его здоровья.

Поэтому наша деятельность направлена на максимально эффективную коммуникацию и индивидуальный подход к каждому пациенту.

В компании организована система круглосуточного доступа – созданы и работают круглосуточный федеральный контакт-центр и региональные контакт-центры филиалов. Консультации и работа с обращениями наших застрахованных осуществляются в открытых на территориях регионов 740 представительствах компании, в региональных медицинских организациях. Различные технические средства – телефоны для прямой связи, инфоматы, интерактивные информационные комплексы – размещаются в медицинских организациях и позволяют пациентам получить необходимую информацию на месте, а также связаться со специалистами компании для оперативного решения возникших вопросов.

С 2019 года компания запустила информационно-коммуникационный проект «Виртуальный помощник». Воспользоваться этим сервисом может любой человек, загрузив с помощью смартфона QR-код. «Виртуальный помощник» поможет разобраться и понять, что пациенту положено по закону в системе ОМС, объяснит, как реализовать свои права, подскажет, как действовать в спорных ситуациях, обеспечит связь со своим страховым представителем. Наши технологии были презентованы Минздраву России, руководителям Федерального и территори-

альных фондов ОМС, представителям региональных органов управления здравоохранением и медицинскому сообществу. На сегодня через мессенджеры «Виртуального помощника» обработано более 93 тыс. сообщений. В 2020 году была создана еще одна прикладная часть проекта – стационарный интерактивный многофункциональный комплекс «Навигатор для пациента», который устанавливается непосредственно в медицинских организациях. Проект получил высокую оценку и тиражирован в нескольких регионах.

Также мы осуществляем образовательную деятельность для повышения правовой информированности и грамотности застрахованных лиц. Образовательный курс для пациентов «Как лечиться бесплатно» начал функционировать в 2019 году, был сформирован на основе анализа наиболее востребованных поисковых запросов пользователей в сфере здравоохранения и ОМС. По итогу курс прошли около 6 тыс. человек, мы получили много положительных отзывов.

Наша компания продолжает развивать образовательные коммуникационные программы, направленные на пользу застрахованных, – в этом году запускаем проект «Справочный центр для пациента», в котором наши эксперты рассказывают на понятном языке, как получить медицинскую помощь бесплатно, своевременно и качественно по полису ОМС.

Консолидация участников ОМС – гарантия успеха

Реализация всех наших социально значимых проектов – это не обязанность страховых медицинских организаций в рамках законодательства, это наша инициатива. Но мы не смогли бы реализовать эти программы без поддержки со стороны органов власти.

Если мы находим понимание на уровне Минздрава России, Федерального и территориальных фондов ОМС, медицинских организаций, то в реализации таких проектов заранее заложен успех. Ведь мы все решаем одну общую задачу – повышение качества медицинской помощи, работаем в первую очередь для пациентов.

Не менее важна совместная деятельность в разработке основополагающей нормативно-правовой базы, связанной с реализацией общегосударственных задач. Для этих целей между Всероссийским союзом страховщиков и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС) подписано Соглашение о сотрудничестве и взаимодействии. На базе ФОМС сегодня также организованы профессиональные рабочие группы с участием СМО по всем методологическим направлениям развития системы ОМС.

Ну и конечно, важно улучшать качество взаимодействия с пациентами, продолжать формировать культуру обращения в СМО. Поскольку институт страховых представителей был создан недавно, пациенты еще не привыкли к тому, что у них в лице СМО есть бесплатный помощник. А ведь рассмотрение обращений пациентов – это наша профильная задача. И когда жалоба пациента не переходит в судебное разбирательство – это означает, что СМО эффективно осуществляет взаимодействие со всеми участниками системы ОМС, что важно не только для пациентов, но и для врачей, так как страховщики – заслон, который предупреждает развитие конфликта.

Мы подписали Соглашения о сотрудничестве с такими общественными объединениями пациентов, как «Всероссийский союз пациентов», «Движение против рака», активно участвуем в проведении их конгрессов и совещаний. Мы благодарны нашим коллегам за конструктивный диалог и предложения по совершенствованию нашей работы и, конечно, стараемся оказывать общественным пациентским объединениям максимально профессиональную поддержку со своей стороны.

Если говорить о перспективах развития и «Капитал МС», и системы ОМС в целом, то нам предстоит еще многому научиться, решать большое количество сложных задач и работать над созданием интересных проектов. Все они объединены одной общей целью – предоставить пациентам максимально возможное качество оказания медицинской помощи, которое обеспечивает система здравоохранения Российской Федерации.

ИЗ ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

История страховой медицины в России берет свое начало в 1912 году, когда 23 июня был принят закон о страховании рабочих на случай болезни. Этот закон вызвал много нареканий. Его не одобряла ни одна из политических группировок. Но в любом случае это был существенный прогресс в организации российского медицинского страхования.

Принятый в 1912 году закон «О страховании рабочих от несчастных случаев и обеспечении рабочих на случай болезни» регламентировал создание больничных касс. Средства эти организации получали частично от фабрикантов, но в основном в виде взносов от самих рабочих. Данная система страхования предусматривала организацию лечения, но распространялась только на крупные фабрики и заводы и охва-

тывала всего лишь 1/5 часть работающих по найму. К тому же она касалась всего двух видов страхования – от несчастных случаев и болезней.

Больничные кассы имели право до 2/3 собранных собственных средств использовать на организацию лечебниц для членов семей застрахованных, так как по закону владелец предприятия не обязан был организовывать медпомощь семьям рабочих.



Но большая часть средств расходовалась на выдачу пособий, лекарств, перевязочных материалов и материальную помощь для улучшения питания рабочих. Предполагалось, что в дальнейшем больничные кассы за счет своих средств для рабочих будут создавать специальные амбулатории, аптеки и даже санатории.

На предприятиях больничные кассы старались добиться передачи в их ведение всей медицинской помощи, причем за счет владельцев этих фабрик и заводов, чему эти владельцы активно сопротивлялись, опасаясь существенного увеличения своих расходов.

Средства больничных касс пополнялись за счет самих рабочих – взносы определялись в размере от 1 до 2% заработной платы, но для организаций небольших предприятий закон 1912 года разрешал увеличение взносов и до 3%. Собственник предприятия,

согласно закону, должен был оплачивать 2/3 суммы от взносов рабочих. Если текущие расходы больничной кассы не покрывались, то ее правление могло либо увеличить взносы, либо сократить расходы. Средства больничных касс хранились обычно в крупных банках. Архивные документы, например заявление хранителя средств больничных касс для рабочих московских кондитерских фабрик И.Л. Динга и хранителя средств Четвертой Московской центральной общей больничной кассы Р.М. Ширмера, подтверждают данный факт.

Высшим органом больничной кассы являлось общее собрание, состоящее из уполномоченных, среди которых были представители рабочих, но, согласно закону 1912 года, 2/3 голосов должно было принадлежать представителям владельца предприятия. Общее собрание выбирало правление больничной кассы, которое осуществляло руководство текущей деятельностью организации.

Несмотря на критику закона 1912 года, он существенно повлиял на развитие медицинского страхования в России. После его принятия сеть больничных касс на заводах и фабриках начала активно расти.

Так, в Екатеринославской губернии к 1914 году на промышленных предприятиях, в том числе в шахтах и на рудниках, было создано 135 больничных касс. Причем они не только оказывали необходимую медицинскую помощь, но и занимались изучением заболеваемости, травматизма и смертности работников предприятий, а также организацией санаторного лечения рабочих, больных туберкулезом.

В Смоленской губернии 11 больничных касс оказывали бесплатную медицинскую помощь не только самим рабочим, но и членам их семей. Для этой цели были открыты стационар с хирургическим, терапевтическим и глазным отделениями, родильный приют с гинекологическим отделением и три амбулатории, в двух из которых были введены ночные дежурства врачей, а в аптеках – бесплатный отпуск лекарств.



УДК 614.2

ВНЕДРЕНИЕ СТИМУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. ИТОГИ 2022 ГОДА

О.В. Царева, Н.С. Веселов



Царева О.В.



Веселов Н.С.

Федеральный фонд обязательного
медицинского страхования

Ключевые слова:

первичное звено здравоохранения, обязательное медицинское страхование, результативность деятельности медицинских организаций.

Для корреспонденции

Царева Ольга Владимировна

Заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования, к.м.н.

Тел.: +7 (495) 870-96-80 (доб. 1101)
E-mail: otsareva@ffoms.gov.ru

Веселов Никита Сергеевич

Начальник отдела тарифов ОМС Управления модернизации системы ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

Тел.: +7 (495) 870-96-80 (доб. 1180)
E-mail: nveselov@ffoms.gov.ru

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



От надежности и эффективности работы первичного звена здравоохранения напрямую зависят такие показатели, как увеличение продолжительности жизни населения и снижение преждевременной, предотвратимой смертности.

© М.А. Мурашко (05.04.2022)

Наиболее актуальным направлением деятельности системы здравоохранения в настоящее время продолжает оставаться усиление работы медицинских организаций первичного звена здравоохранения с целью снижения предотвратимой смертности, в том числе от неинфекционных заболеваний (в т.ч. сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания, хронические респираторные заболевания, сахарный диабет), на долю которых приходится 74% всех случаев смерти в мире¹.

В рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях в 2023 году будет выделено более 1 трлн рублей² (39% от общего объема финансирования). За счет средств ОМС оплачиваются такие профилактические мероприятия, как профилактические медицинские осмотры, диспансеризация, диспансерное наблюдение.

Вместе с тем для Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) имеют значение не только валовые показатели выполненных профилактических мероприятий, но и показатели полноты и качества их выполнения: выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях, частота развития осложнений хронических заболеваний и т.п. Поэтому задачей ФОМС на 2022 год являлось внедрение показателей результативности деятельности медицинских организаций в систему

оплаты медицинской помощи³ с целью стимулирования медицинских организаций в зависимости от показателей здоровья прикрепленного населения.

Показатели результативности утверждены с 2022 года Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения⁴ и предполагают использование 28 показателей, направленных на финансовое поощрение профилактической работы, принятие мер по замедлению темпов прогрессирования заболеваний и недопущение развития тяжелых форм течения заболеваний и их осложнений, требующих оказания экстренной помощи.

Особенности расчета показателей результативности и порядок распределения стимулирующих выплат определены⁵ Минздравом России совместно с ФОМС и предполагают деление показателей на 3 блока и распределение стимулирующих выплат в зависимости от группы медицинской организации в соответствии с долей достигнутых показателей результативности:

- I группа – до 40% показателей результативности;
- II группа – от 40% (включительно) до 60% показателей;
- III группа – от 60% (включительно) показателей.

¹ Неинфекционные заболевания // Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (дата обращения: 30.03.2023).

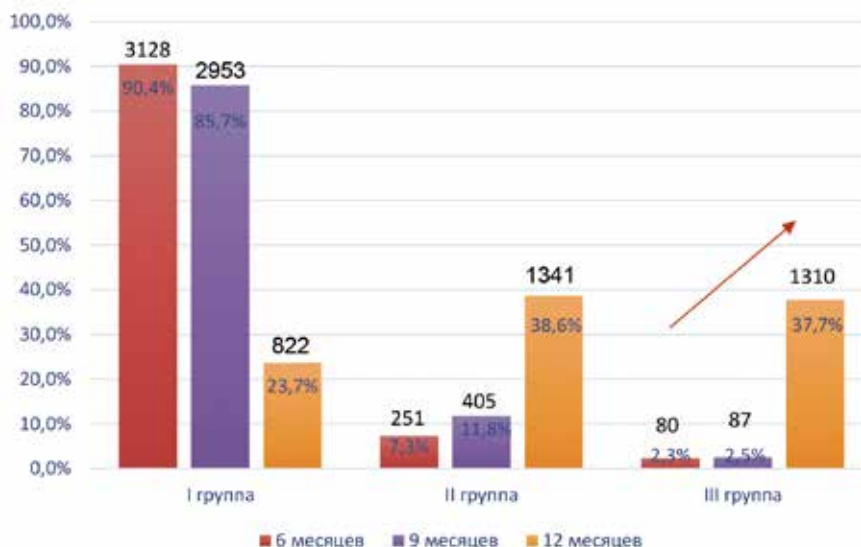
² Председатель ФОМС Илья Баланин: более 1 трлн рублей заложено на финансирование амбулаторного звена в 2023 году // ФОМС [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.ffoms.gov.ru/news/ffoms/predsedatel-ffoms-ilya-balanin-bolee-1-trln-rublej-zalozheno-na-finansirovanie-ambulatornogo-zvena-v/> (дата обращения: 30.03.2023).

³ Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2021 году // ФОМС [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.ffoms.gov.ru/system-oms/about-fund/fund-activities/ОТЧЕТ_ФОМС_за_2021_год_28.11.2022.pdf (дата обращения: 30.03.2023).

⁴ Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения [Текст]: приказ Минздрава России от 29.12.2020 № 108н // Официальный интернет-портал правовой информации. – 2020. – № 0001202012310088.

⁵ Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования на 2022 год [Текст]: утверждены 02.02.2022 Минздравом России № 11-7/И/2-1619 и ФОМС № 00-10-26-2-06/750 // Текст документа официально не опубликован.

Распределение медицинских организаций по группам в зависимости от достижения показателей результативности в 2022 году



Стимулирующие выплаты распределяются между медицинскими организациями II и III групп. По итогам 2022 года, по данным территориальных фондов обязательного медицинского страхования, количество таких медицинских организаций составило порядка 76,3% от общего количества медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, в 84 субъектах РФ и г. Байконуре (за исключением г. Москвы, не проводившей мониторинг в 2022 году).

Совокупный объем стимулирующих выплат, направленных медицинским организациям в соответствии с установленной методикой, составил 10,8 млрд рублей в 82 субъектах Российской Федерации (за исключением г. Москвы, Республики Северная Ос-

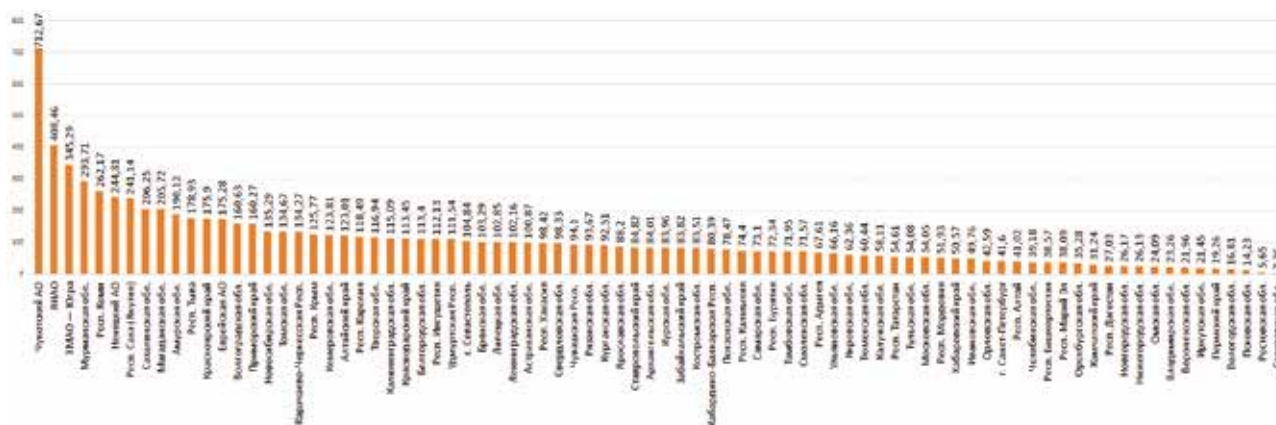
етия – Алаания, Чеченской Республики), что составляет порядка 2,3% от совокупного объема средств, полученных медицинскими организациями указанных субъектов Российской Федерации по подушевому финансированию, или порядка 1,3% от объема средств, запланированного на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях:

- медицинским организациям, попавшим по состоянию на конец года в I группу, – 0,03 млрд рублей (0,3%);
- медицинским организациям II группы – 3,9 млрд рублей (36,3%);
- медицинским организациям III группы – 6,8 млрд рублей (63,4%).

Объем стимулирующих выплат в среднем на медицинскую организацию, тыс. руб.



Объем стимулирующих выплат в среднем на 1 застрахованное лицо, руб.



По итогам 2022 года медицинские организации II группы в совокупности получили объем средств, эквивалентный 1,9% совокупного объема средств, полученного указанными медицинскими организациями по подушевому финансированию; медицинские организации III группы – 3,6%.

Объем стимулирующих выплат в соответствии с установленной методикой оценки результативности на 1 застрахованное лицо по итогам 2022 года в среднем по Российской Федерации (с учетом коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации) составил 82,7 рубля. Учитывая, что объем средств, направляемый на стимулирование медицинских организаций, нормативными правовыми актами не ограничивается, указанное решение принималось в субъекте Российской Федерации самостоятельно.

Таким образом, реализация методики позволяет обеспечить направление стимулирующих выплат

в большем размере в медицинские организации, выполняющие большее количество показателей результативности.

Вместе с тем данное направление заслуживает пристального внимания со стороны органов управления здравоохранением. В целях анализа последствий внедрения методики оценки показателей результативности в 2023 году ФОМС будет продолжен мониторинг достижения показателей результативности в субъектах Российской Федерации, в том числе в части поиска взаимосвязи результатов методики оценки показателей результативности с наиболее приоритетным показателем системы здравоохранения – снижением смертности населения трудоспособного возраста⁶.

⁶ Паспорт Национального проекта «Здравоохранение» [Текст]: утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам 24.12.2018.



УДК 614.2

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАСТРАХОВАННЫМ ГРАЖДАНАМ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССА ЗА ПРЕДЕЛАМИ РЕГИОНА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

А.В. Воронкова



Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Кемеровской области –
Кузбасса

Реферат

В статье рассматриваются актуальные вопросы проведения межтерриториальных расчетов с территориальными фондами обязательного медицинского страхования других субъектов Российской Федерации за лечение своих застрахованных граждан в негосударственных медицинских организациях других регионов России, а также за лечение инообластных граждан в медицинских организациях Кемеровской области – Кузбасса.

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, межтерриториальные расчеты, инообластные пациенты, негосударственные медицинские организации, медицинский туризм, ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса.

Для корреспонденции

Воронкова Анастасия Викторовна

Заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса

Адрес: 650000, Кемерово, ул. Красноармейская, д. 136

Тел.: +7 (3842) 58-17-06

Факс: +7 (3842) 36-25-09

E-mail: tarav@kemoms.ru

Web-сайт: www.kemoms.ru

Одним из направлений деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС) является проведение межтерриториальных расчетов с ТФОМС других субъектов Российской Федерации за лечение своих застрахованных граждан в медицинских организациях других регионов России, а также за лечение инообластных граждан в медицинских организациях своей территории.

Доля межтерриториальных расчетов за лечение застрахованных граждан Кемеровской области – Кузбасса в медицинских организациях других субъектов Российской Федерации традиционно занимает около 3% в общей стоимости Территориальной программы ОМС (ТПОМС) (рис. 1).

Несмотря на то что с 2021 года финансирование федеральных медицинских организаций осуществляется напрямую из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, соответствующего снижения расходов бюджета ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса по данному направлению не произошло.

Рост потребления медицинской помощи за пределами Кемеровской области – Кузбасса связан с тем, что объемы оказанной медицинской помощи оплачиваются по фактически предъявленным реестрам, без ограничения плановых объемных и финансовых показателей, в отличие от порядка оплаты медицин-

ской помощи, оказанной кузбассовцам в медицинских организациях на территории страхования. Такое положение вещей стимулирует медицинские организации привлекать именно инообластных граждан.

Анализ потребления медицинской помощи за пределами региона в разрезе возрастных категорий показывает, что основной объем обращений (48%) приходится на работоспособный возраст (до 65 лет); на детей и студентов (возраст до 24 лет) и лиц старше 65 лет – 42 и 10% соответственно.

Всех застрахованных граждан, которые обращаются за медицинской помощью за пределами Кемеровской области – Кузбасса, условно можно разделить на две категории:

1. Граждане Кемеровской области – Кузбасса, которые выезжают для учебы или работы и проживания на длительные сроки в другие регионы России (в том числе вместе со своими семьями), работают в филиалах предприятий Кемеровской области – Кузбасса за ее пределами. При этом адрес регистрации по месту жительства и территория страхования у них сохраняется в Кемеровской области – Кузбассе. Как правило, они получают экстренную и неотложную медицинскую помощь.
2. Граждане, которые целенаправленно выезжают для получения медицинской помощи в медорганизациях соседних регионов в силу своего географического местоположения (например, жители



Рис. 1. Структура расходов ТПОМС на территории Кемеровской области – Кузбасса и в других субъектах РФ, 2019–2023 гг., млн руб.

г. Юрги Кемеровской области – Кузбасса обращаются в медицинские организации г. Томска), в связи со спецификой развертывания ведомственной сети медицинских организаций («РЖД – Медицина»), а также для лечения в ведущих клиниках страны. В данном случае речь идет об оказании плановой медицинской помощи.

В 2022 году наблюдалось увеличение доли финансирования медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, с 26 до 44%, при этом доля средств, направляемых на оплату лечения в круглосуточном стационаре, сократилась с 62 до 41% (относительно показателя 2021 года) (рис. 2).

Если проследить динамику оказания медицинской помощи в дневном стационаре, то становится очевидно, что эта тенденция наблюдается на протяжении последних четырех лет (рис. 3).

В рамках оказания плановой помощи негосударственные медицинские организации, работающие в системе ОМС, выбирают сегмент медицинских услуг, которые оплачиваются по маржинальным тарифам, и привлекают к себе потоки пациентов из соседних регионов. В нашем субъекте негосударственные медицинские организации проводят активные рекламные кампании, в особенности по профилю «офтальмология», делая акцент на предоставлении каких-либо услуг в подарок пациенту.



Рис. 2. Динамика структуры межтерриториальных потоков за пределы Кемеровской области – Кузбасса

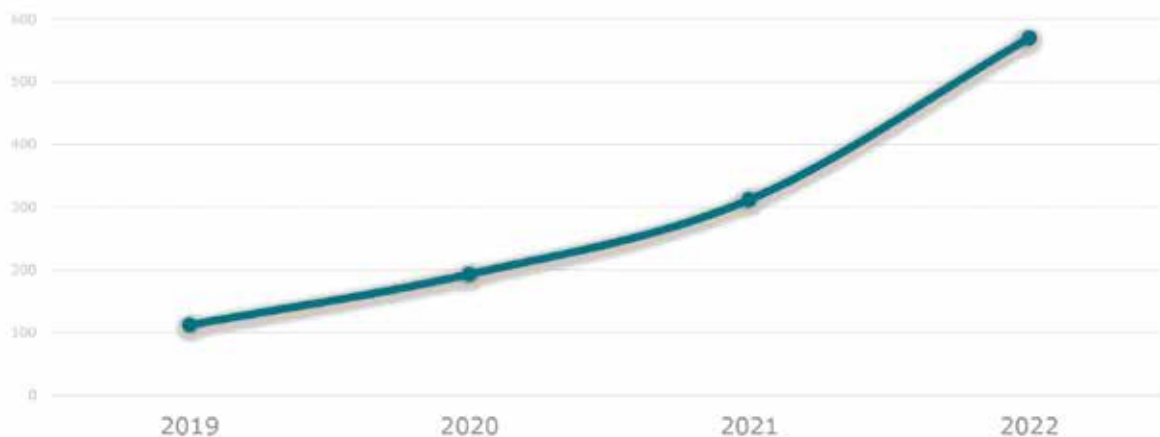


Рис. 3. Динамика стоимости оказанной медицинской помощи в дневном стационаре за пределами Кемеровской области – Кузбасса, млн руб.

Доля негосударственных медицинских организаций, участвующих в реализации системы ОМС на территории Кемеровской области – Кузбасса, ежегодно растет: в 2022 году – 52%, в 2023 году – 55%.

Анализ межтерриториальных потоков стационарозамещающей помощи по объему оказанных услуг, востребованным профилям и медицинским организациям других субъектов Российской Федерации, позволяет сделать следующие выводы.

Наибольший отток средств ТПОМС Кемеровской области – Кузбасса за пределы региона в рамках дневного стационара в 2022 году произошел по классу заболеваний «Болезни глаза и его придаточного аппарата»: 338 млн руб. (или 60% в структуре расходов), что в 2,2 раза превышает расходы по данному направлению в 2021 году (154 млн руб., 53% в структуре). В структуре по классам заболеваний такой кратной динамики не наблюдалось, так как расходы по профилю «новообразования», который занимает вторую строчку в топе лидеров, также значительно возросли: с 58 млн руб. в 2021 году до 118 млн руб. в 2022 году (20% в структуре заболеваний).

В результате проведения мониторинга потоков в медицинские организации других субъектов Российской Федерации, выяснилось, что медицинская организация, действующая на территории города Томска (назовем ее условно МО-1), в 2021 году оказала кузбассовцам медицинскую помощь на сумму свыше 138 млн руб. (более 2 тыс. случаев лечения), что составило 90% от всего объема помощи по профилю «офтальмология», полученной жителями Кемеровской области – Кузбасса за его пределами. А в 2022 году МО-1 получила уже более 250 млн руб. за лечение в дневном стационаре застрахованных граждан Кемеровской области – Кузбасса (в 1,8 раза больше уровня предыдущего года), выполнив почти 4,5 тыс. случаев лечения.

Данная медицинская организация специализируется на высокодоходной клинко-статистической группе «Операции на органах зрения (уровень 5)», выполняя услугу «Фактоэмюльсификация с имплантацией интраокулярной линзы», тариф которой в 2022 году составлял более 47 тыс. руб. В связи с тем, что в 2023 году, согласно нормативным документам, тариф данной клинко-статистической группы снижен на 35%, несомненно, будут представлять большой интерес результаты мониторинга объемов помощи по итогам текущего года.

В Кемеровской области – Кузбассе оказание медицинской помощи по вышеуказанному направлению

также организовано: за 2022 год в медицинских организациях региона проведено более 3,5 тыс. операций.

Информация из открытых интернет-источников позволяет проследить аффилированность медицинских организаций разных субъектов страны. В частности, медицинская организация (МО-2), участвующая в реализации ТПОМС Новосибирской области, за оказание медицинской помощи жителям Кемеровской области – Кузбасса по профилю «офтальмология» в условиях дневного стационара в 2022 году получила доход, который в девять раз превышает уровень 2021 года. Аффилированная ей организация МО-3, участвующая в реализации ТПОМС на территории Кемеровской области – Кузбасса, за оказание медицинской помощи жителям Новосибирска по тому же профилю в 2022 году получила доход, который в 59 раз превышает уровень 2021 года.

Приведенные примеры говорят об активной и результативной работе негосударственных медицинских организаций с потоками инообластных пациентов. При заполнении реестров на оплату медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре, медицинские организации в качестве вида помощи указывают «первичная специализированная», для которой, согласно нормативным актам, наличие направления от лечащего врача медицинской организации, к которой прикреплен пациент, не является обязательным условием.

Таким образом, развитие медицинского туризма между негосударственными медицинскими организациями разных субъектов Российской Федерации приводит к росту межтерриториальных расчетов и к оттоку средств ОМС за пределы Кемеровской области – Кузбасса.

Для достижения баланса между необходимостью регулировать потоки пациентов, уезжающих для получения медицинской помощи за пределы субъекта страхования, и соблюдением права застрахованных граждан на выбор медицинской организации для получения медицинской помощи, в том числе в других регионах России, назрела необходимость на федеральном уровне определить критерии отбора негосударственных медицинских организаций для включения в систему обязательного медицинского страхования, а также организовать доступ к информации о медицинских организациях, к которым прикреплены инообластные пациенты.

УДК 614.2

ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП – ЗАЛОГ УСПЕХА ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

К.И. Косогова, А.И. Хисамутдинова



Косогова К.И.



Хисамутдинова А.И.

ООО «Р.О.С.Т.У.»

Реферат

Вопросу цифровой трансформации системы обязательного медицинского страхования (ОМС) уделяют сегодня большое внимание, что выражается во внедрении в деятельность территориальных фондов ОМС (ТФОМС) современных цифровых технологий. Одной из трудоемких и малоавтоматизированных задач ТФОМС является планирование объемов медицинской помощи и средств ОМС на их финансовое обеспечение. При этом успех от внедрения программных продуктов во многом зависит от подготовительных работ, к которым относятся определение цели и задач автоматизации, их приоритезация, анализ рынка поставщиков, диагностика мощностей и технического обеспечения ТФОМС. Особое значение следует уделить обследованию и оптимизации автоматизируемых бизнес-процессов, поскольку процессная и методологическая перегруженность процедур в условиях автоматизации, как правило, усиливается. Другим ключевым фактором являются требования по переходу на импортозамещенные технологии, что определяет, в свою очередь, необходимость должного технического оснащения ТФОМС. И еще одним ключевым фактором является готовность сотрудников ТФОМС к переходу на использование программных продуктов. В статье дан алгоритм подготовительных работ внедрения программных продуктов для планирования средств ОМС и объемов медицинской помощи и описаны основные его этапы.

Ключевые слова:

подготовительный этап, автоматизация, техническое задание, ОМС, планирование, бюджетные ассигнования.

Для корреспонденции

Косогова Кристина Игоревна
Генеральный директор ООО «Р.О.С.Т.У.»

Тел.: +7 (495) 135-41-35
E-mail: k.kosogova@rostu-comp.ru

Хисамутдинова Алена Игоревна
Начальник отдела проектирования, внедрения и сопровождения
ООО «Р.О.С.Т.У.»

Тел.: +7 (495) 135-41-35
E-mail: a.khisamutdinova@rostu-comp.ru

Адрес: Москва, ул. Садовая-Черногрозская, д. 8, стр. 8

Планирование средств обязательного медицинского страхования (ОМС) территориальными фондами ОМС (ТФОМС) – это последовательность действий по сбору, обработке, расчету и анализу данных, позволяющая определить объемы и стоимость медицинской помощи по видам и условиям оказания медицинской помощи и по медицинским организациям, а также внести в них изменения при необходимости. Сбор данных осуществляется от медицинских организаций, от органов власти сферы здравоохранения, а также из различных информационных систем территориального фонда ОМС. Обработываются данные с целью подготовки материалов для рассмотрения на заседании Комиссии по разработке территориальной программы, построения отчетов «план-факт», федеральных отчетов, иных аналитических срезов. Расчет является одним из наиболее трудоемких процессов, в результате которого вычисляется планируемая стоимость медицинской помощи. Анализ данных – неотъемлемая часть процесса принятия решений.

Как показывает практика, в настоящее время ТФОМС при планировании средств ОМС почти не используются специализированные ИТ-решения. Сбор данных чаще всего осуществляется путем обмена файлами между организациями через хранилища или электронную почту, а их обработка и рас-

чет выполняются в Excel или подобных программах. Отсутствие качественной автоматизации приводит к значительным тратам сил и времени сотрудников ТФОМС на выполнение обозначенных выше работ.

Компания «Р.О.С.Т.У.», на счету которой ряд различных проектов по автоматизации процессов планирования средств ОМС для ТФОМС, на основе полученных знаний и опыта предлагает алгоритм подготовительных мероприятий для реализации подобных проектов.

Для решения задач по автоматизации данных процессов существует несколько вариантов: собственная разработка ИТ-специалистами фонда или привлечение сторонних разработчиков. Однако, какой бы вариант ни был выбран, успех разработки напрямую зависит от подготовки к проекту по созданию ИТ-решения.

В этой части мы рекомендуем придерживаться следующей последовательности действий (рисунок).

1. Обследование и оптимизация процессов. Прежде всего необходимо оценить текущее положение функциональных и организационных процессов автоматизируемой деятельности:

- выявить подразделения ТФОМС, на автоматизацию деятельности которых направлен ИТ-проект;

Алгоритм подготовительных мероприятий



- провести анализ работы подразделений, позволяющий определить наиболее сложные и трудозатратные процедуры, требующие первоочередной автоматизации;
- осуществить сбор ожиданий от автоматизации и требований к функциональным возможностям IT-решения от ответственных сотрудников.

Важно помнить, что автоматизация не решает проблемы непроработанной методологии построения тех или иных бизнес-процессов. Наоборот, неграмотно и неэффективно выстроенные процессы приведут к утяжелению работы пользователей в программных продуктах. Именно поэтому прежде всего следует пересмотреть и оптимизировать излишние и дублируемые процессы, выстроить новые бизнес-процессы с учетом будущей автоматизации. Например, избавиться от повторяющихся расчетов в подразделениях и передачи избыточных данных, оптимизировать методики расчета, унифицировать отчетные формы и т.п. Чаще всего, после проведения подобного анализа и оптимизации, цели и задачи автоматизации претерпевают изменения и становятся при этом более реальными.

2. Определение цели и задач автоматизации.

По результатам обследования и оптимизации процессов следует установить цель автоматизации «что хотим получить», а также определить задачи «что нам необходимо для достижения цели».

Например, в рамках проекта по автоматизации процесса планирования средств ОМС возможно следующее формулирование цели – «Повышение эффективности планирования средств ОМС». Задачами могут служить:

- повышение уровня взаимодействия участников ОМС, что решается подключением медицинских организаций к IT-решению для передачи в ТФОМС предложений по объемам медицинской помощи, перенос в систему процессов согласования документов между ТФОМС и медицинскими организациями;
- оптимизация работы с нормативно-справочной информацией с учетом ее использования в иных

информационных системах, в том числе автоматическое обновление федеральных и региональных справочников, интеграция с иными информационными системами, используемыми ТФОМС;

- автоматизация расчетов и прогнозов, используемых в рамках планирования средств ОМС;
- расширение возможностей для аналитики данных посредством внедрения конструкторов отчетов и т.п.

3. Установление приоритетов. Потребностей и ожиданий от автоматизации всегда много, и на данном этапе важно их приоритизировать, основываясь не только на процессных потребностях, но и на технологических ограничениях и финансовых возможностях. Например, технологическим ограничением для интеграции данных может стать закрытость одной из систем. Или же требования к интеграции могут привести к необходимости доработки других программных продуктов, что потребует дополнительных финансовых ресурсов и существенный временной лаг.

4. Анализ технических и программных возможностей. Основная задача данного этапа – определить соответствие имеющихся серверов, систем управления базами данных, операционных систем выявленным потребностям ТФОМС с учетом требований государственной политики по данному вопросу. Например, в настоящее время остро стоит вопрос импортозамещения программных продуктов и технологий.

5. Анализ рынка поставщиков программных продуктов. Анализ программных продуктов, которые предлагает рынок, нужен, с одной стороны, для того, чтобы определить, в какой степени могут быть удовлетворены ожидания и потребности ТФОМС, а, с другой стороны, изучение программных продуктов поможет вдохновиться новыми идеями и уточнить требования к закупаемому программному продукту.

6. Разработка технического задания. Качественное техническое задание на создание или поставку автоматизированной системы должно содержать

в себе не только требования к функциональным возможностям системы, но и описывать будущую систему комплексно, в том числе уточнять порядок ее приемки. Рекомендуется привлекать для написания технического задания все подразделения организации, с той целью, чтобы каждый из них в пределах своей компетенции указал необходимые требования к системе. Проще организовать процесс написания технического задания, если у ТФОМС уже имеется шаблон такого документа. Кроме того, разрабатывая техническое задание, мы рекомендуем придерживаться состава и содержания разделов, представленного в ГОСТ 34 «Техническое задание на создание автоматизированной системы». Вовсе не обязательно включать в техническое задание все разделы из ГОСТа, так как это действительно может быть избыточным или неприменимым для описания такого типа систем, но крайне желательно уделить внимание следующим пунктам:

- назначение и цели создания (развития) системы;
- состав и содержание работ по созданию системы;
- порядок контроля и приемки системы;
- требования к документированию;
- требования к системе.

Требования к системе обычно включают в себя требования к функциям системы, требования к надежности, возможностям развития и модернизации,

к эргономике системы и т.д. Важно отметить, что требования должны быть изложены таким образом, чтобы их можно было проверить по факту. Например, требование «удобный и понятный интерфейс» проверить по итогам создания системы никаким образом нельзя. Одному человеку интерфейс будет удобен и понятен, а другому нет. И если к такому требованию не будут прописаны конкретные критерии проверки удобства и понятности, то оценить соответствие системы такому требованию будет сложно. Указанный выше пример наглядно свидетельствует о том, что размытых формулировок лучше избегать. Кроме того, в качестве примера могут выступать технические задания на создание аналогичных программных продуктов, размещенные на официальном сайте единой информационной системы в сфере закупок.

Итогом всей вышеуказанной работы станет техническое задание на создание или поставку (в случае наличия на рынке подходящего решения) программного продукта.

В заключение хочется отметить, что предложенный в статье алгоритм является универсальным и может быть использован независимо от того, привлекаются ли сторонние разработчики или разработка программного продукта происходит «собственными силами» ТФОМС. Представленные шаги позволят повысить уровень соответствия ожиданий сотрудников ТФОМС от внедрения IT-решения, что, в свою очередь, снизит трудоемкость осуществляемых функций, повысит качество данных и ускорит процесс принятия решений.

УДК 614.2

КАКОЙ ВКЛАД СТРАХОВЩИКИ ВНОСЯТ В СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?

А.Д. Рыжаков

ООО «АльфаСтрахование – ОМС»

Реферат

В России от сердечных патологий умирает около одного миллиона человек в год. По данным Росстата за 2021 год, в структуре летальности от всех сердечно-сосудистых заболеваний смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) составила более 54%. Для исправления ситуации и увеличения продолжительности жизни россиян необходима работа всех участников ОМС и организаторов здравоохранения над системными нарушениями в оказании медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Стратегия «АльфаСтрахование – ОМС» в этом направлении – адресное сопровождение застрахованных с острыми формами ИБС в сочетании с независимым контролем качества медпомощи и совместной работой с лечебными учреждениями по устранению недостатков – позволяет влиять на снижение летальности и инвалидизации кардиологических пациентов.

Ключевые слова:

Национальный проект «Здравоохранение», борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями, Министерство здравоохранения РФ, Федеральный фонд ОМС, «АльфаСтрахование – ОМС», острые формы ишемической болезни сердца, «КардиоЛиния», адресное сопровождение, независимый контроль качества, работа с медицинскими организациями, снижение летальности.

Для корреспонденции

Рыжаков Андрей Дмитриевич

Генеральный директор ООО «АльфаСтрахование – ОМС», председатель Совета по медицинскому страхованию Всероссийского союза страховщиков, к.м.н.

Адрес: 115162, Москва, ул. Шаболовка, д. 31Б, стр. 11 (7 этаж)

Тел.: +7 (495) 788-09-99 (доб. 5282)

E-mail: alfastrah@alfastrah.ru

Одной из причин роста летальности от сердечно-сосудистых заболеваний являются недостатки в оказании медицинской помощи. Какие решения ситуации видит экспертное сообщество, рассказываем в материале.

Российское здравоохранение прошло испытание на прочность пандемией, которая также выявила немало системных проблем. Едва ли не наиболее острая из них – это ошибки в лечении сердечно-сосудистых заболеваний на различных этапах оказания медицинской помощи при острых формах ишемической болезни сердца (ИБС): начиная от вызова скорой, лечения в стационаре до подбора медикаментозной терапии и диспансерного наблюдения.

В России, по данным Росстата, в 2021 году смертность от ИБС составила более 54% в структуре летальности от всех сердечно-сосудистых заболеваний. В среднем, по статистике, от сердечных патологий в стране умирает около 1 млн человек в год. Для исправления ситуации и увеличения продолжительности жизни граждан, как это определено Национальным проектом «Здравоохранение», безусловно, требуется работа над системными нарушениями в организации и оказании медицинской помощи со стороны всех участников.

Страховые компании внедряют в ряде регионов комплексную работу на всех этапах оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями. Опыт «АльфаСтрахование – ОМС» по адресному сопровождению пациентов с острыми формами ИБС в рамках функционала «КардиоЛиния» позволяет повышать качество лечения и дальнейшего диспансерного наблюдения этих пациентов. Такой подход в целом влияет на снижение частоты случаев прогрессирования заболевания, выхода на инвалидность, а также – в долгосрочной перспективе – на снижение числа летальных исходов от осложнений ИБС.

Тревожность нарастает

По данным Минздрава России, средняя ожидаемая продолжительность жизни в 2021 году сократилась на 1,48 года – до 70,06 года. В свою очередь, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, напротив, выросла по сравнению с допандемийным годом на 11%.

В 2021 году, по данным Росстата, количество случаев сердечно-сосудистых заболеваний среди населения выросло на 2,3%, то есть до 35,6 млн. Наибольшее влияние на рост смертности среди трудоспособного населения оказали пациенты с осложнениями ИБС – аритмией и недостаточностью кровообращения. Эти заболевания являются причиной более половины летальных случаев от общего количества сердечно-со-

судистых патологий. При этом пациентов с ИБС насчитывается уже около 8 млн человек, среди которых 3,4 млн человек с хронической сердечной недостаточностью и не менее 150 тыс. случаев острого инфаркта миокарда в год.

«Во время пандемии COVID-19 в сравнении с 2019 годом отмечался выраженный прирост смертности от болезней системы кровообращения, – отмечает генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра кардиологии, главный внештатный кардиолог Минздрава России, академик РАН Сергей Бойцов. – Среди причин: активация патологических процессов (хронической сердечной недостаточности, атеротромбоза, венозной тромбоэмболии, нарушений ритма сердца), снижение количества обращений пациентов в медицинские организации из-за опасений заражения, повышенного уровня тревоги».

Недостатки при оказании кардиологической помощи

Одной из определяющих причин роста летальности среди пациентов с острой ИБС, по мнению заведующего кафедрой госпитальной терапии № 1 Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, профессора Юрия Беленкова, является «отсроченное посещение врача после острых состояний и, как следствие, несвоевременное лечение, которое оборачивается запущенными формами хронического заболевания». Юрий Беленков отмечает, что диспансерное наблюдение жизненно необходимо для пациентов с острыми формами ИБС. «Таких пациентов крайне важно наблюдать после стационара, чтобы предотвратить рецидивы и повторный инфаркт миокарда», – говорит академик.

По данным исследования начальника отдела научных основ организации здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России Ольги Ходаковой, в 2021 году от сердечно-сосудистых заболеваний скончались вне клиник девять из десяти жителей России в возрасте 40–45 лет, которые не обращались в медицинские учреждения и не находились под диспансерным наблюдением.

Российское здравоохранение прошло испытание на прочность пандемией, которая, тем не менее, выявила и немало системных проблем.

Если в 2020 году в страховые медицинские организации, по данным Всероссийского союза страховщиков, поступило почти 32 тыс. обращений на неполное или несвоевременное лечение, то в 2021 году их число выросло до 38 тыс., а только за 10 месяцев 2022 года количество жалоб составило уже 35 тыс.

«При амбулаторной помощи в назначении тех или иных лекарственных препаратов часто не отслеживаются необходимые показатели лабораторных исследований, которые могут свидетельствовать об отклонениях в функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы пациента (например, отсутствуют исследования липидного спектра при биохимическом анализе крови), – говорит вице-президент Всероссийского союза страховщиков Дмитрий Кузнецов. – На уровне стационаров, например, встречаются случаи нарушения сроков ожидания плановых госпитализаций для проведения коронарографии, несвоевременное выполнение эхокардиографии и ряда иных процедур».

В «АльфаСтрахование – ОМС» отмечают, что особенно много трудностей у пациентов возникает на этапах оказания медицинской помощи в стационарах. Ежегодно сердечно-сосудистые хирурги выполняют около 300 тыс. жизненно важных операций для лечения острых форм ИБС, и в 90% случаев кровотока удается восстановить полностью. По данным страховой компании, в 19,6% случаев встречаются нарушения в лечении пациентов с острыми формами ИБС в стационаре после вызова скорой помощи. В первую очередь, это несвоевременное проведение коронарографии и стентирования – в 6,2% случаев. То есть своевременное выполнение основных процедур при госпитализации в стационар с кардиологическим профилем помогло бы сохранить жизни минимум 15 тыс. пациентов.



По данным Сергея Бойцова, в прошлом году число операций аортокоронарного шунтирования снизилось на 25%, число чрескожных коронарных вмеша-

тельств – на 12%, что говорит о недостаточной госпитализации. Как итог – летальность при инфаркте миокарда возросла на 16%.

Наконец, немало проблем у пациентов на завершающем этапе – восстановительном диспансерном наблюдении. По данным «АльфаСтрахование – ОМС», в 8% случаев эксперты страховой организации выявляют здесь нарушения сроков ожидания записи к узким специалистам, а также сроков круглосуточной ЭКГ, отсутствие лечения фоновых патологий у врачей-специалистов (невролога, эндокринолога и других). За прошлый год в 23% случаев пациенты не были направлены на контрольную коронарографию в стационар и в 28% не находились под диспансерным наблюдением и не получали анти тромботическую терапию.

От врача зависит многое

Врачи отмечают комплекс проблем на всех этапах оказания медицинской помощи, из-за которых сердечно-сосудистые заболевания продолжают распространяться. «Есть системные организационные сложности, и эти проблемы в оказании медицинской помощи не связаны с COVID-19. Хотя в пандемию из-за ограничений на плановую помощь попасть к врачу с легкими симптомами сердечных заболеваний было просто невозможно», – говорит председатель Московского городского научного общества терапевтов профессор Павел Воробьев. По его словам, одна из первоочередных проблем – отсутствие комплексных исследований на этапе амбулаторного наблюдения пациентов с ИБС, перенесших острое состояние.

Врачи убеждены, что только благодаря своевременной диагностике и улучшению методик оценки рисков и осложнений на ранних стадиях в России можно снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. По словам Юрия Беленкова, на Западе смертность от заболеваний сердца меньше «за счет регулярного применения рентгенохирургии, включая коронарографию со стентированием, что позволяет увеличить продолжительность жизни пациентов с ИБС на 10–15 лет». При этом, по его словам, баллонную ангиопластику и стентирование в России получают в среднем около 1% больных, а в экономически развитых странах – 25–30%.

Важным фактором снижения летальности и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний является контроль качества медпомощи со стороны страховщиков.

Директор терапевтической клиники и заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России Аркадий Верткин отмечает и низкий уровень подготовки практикующих врачей-специалистов. «Ишемическая болезнь сердца – это достаточно многоликое заболевание, которое включает как острые формы (например, инфаркт миокарда), так и хронические (сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий и другие). Эффективность ведения пациентов с перенесенным инфарктом зависит от множества факторов. В первую очередь, это, конечно, компетентность врача», – говорит Аркадий Верткин.

Павел Воробьев добавляет, что немало проблем и на завершающем этапе лечения – диспансерном наблюдении, а именно: «не решен вопрос обеспечения пациентов после инфаркта бесплатными препаратами». «Обеспечение пациентов бесплатными лекарствами стало более длительным, но осталось недостаточным, – подтверждает сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулёв. – Перечень препаратов, которые выдаются бесплатно, не включает в себя все лекарства, положенные пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями по клиническим рекомендациям. То есть качество лечения и его результаты могут быть лучше. Мы видим, что в 2022 году на треть меньше людей стали принимать нужное лечение из-за окончания срока льготного лекарственного обеспечения. А более 50% пациентов продолжают платить за назначенные препараты из собственных средств».

«КардиоЛиния» помогает

«Крайне важным фактором для снижения летальности и частоты прогрессирования острых форм сердечно-сосудистых заболеваний является контроль качества медпомощи со стороны страховщиков на всех ее этапах, – отмечает Дмитрий Кузнецов. – Результаты независимого аудита, который осуществляют страховые медицинские организации, должны восприниматься участниками здравоохранения как план или «дорожная карта» для устранения дефектов, снижения частоты и объемов нарушений по кардиологическому профилю. Страховщики занимаются социально значимыми направлениями в пределах вверенных им государством полномочий и максимально используют все доступные инструменты – от индивидуального сопровождения пациен-

тов с сердечно-сосудистыми заболеваниями до экспертиз качества медицинской помощи».

Такую практику систематизировала и сейчас расширяет компания «АльфаСтрахование – ОМС». С 2021 года ее страховые представители по программе «КардиоЛиния» сопровождают каждого застрахованного с острой ИБС и контролируют качество оказания медицинской помощи таким пациентам. Например, за прошлый год число нарушений качества медицинской помощи пациентам с острыми формами ИБС достигло 26%. В компании выделили три «наиболее чувствительные» категории пациентов, получающих индивидуальное сопровождение. В первую группу входят пациенты с острой формой ИБС, которые не были вовремя госпитализированы в стационар. Во вторую – пациенты, которым не проводилась коронарография со стентированием. В третью вошли амбулаторные пациенты с хронической формой ИБС, которые не направляются на контрольную коронарографию для мониторинга состояния стентов (нет ли закупорки, не нарушено ли ранее восстановленное кровоснабжение). Эксперты страховой медицинской организации также с целью профилактики тромбозов и предотвращения повторных инфарктов контролируют проведение анти тромботической терапии и исследования показателей свертывающей системы крови на этапе диспансерного наблюдения.

Выстроенный нами алгоритм сопровождения кардиологических пациентов позволяет обеспечивать непрерывность и преемственность медицинской помощи без сбоев на ключевых жизненно важных этапах. Совместно с руководством медицинских организаций мы формируем группы застрахованных, которые выпали из процесса диагностики и лечения, разрабатываем варианты информационного взаимодействия с этими группами, чтобы такие пациенты получили столь важное лечение и обследования на том или ином этапе медицинской помощи. Такая стратегия адресного сопровождения застрахованных с острыми формами ИБС в сочетании с независимым контролем качества медицинской помощи и работой с лечебными учреждениями по устранению недостатков действительно влияет на снижение летальности и инвалидизации кардиологических пациентов, поскольку, по данным самих врачей, своевременное оказание медицинской помощи таким пациентам приводит к снижению летальности более чем в 2,5 раза.

УДК 614.2

ШКОЛА ЭКСПЕРТА КАЧЕСТВА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ДЕФЕКТЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ (Часть 2)

А.А. Старченко, А.В. Устюгов



Старченко А.А.



Устюгов А.В.

ООО «Капитал Медицинское
Страхование»

Реферат

Президент Российской Федерации Владимир Путин в выступлении на заседании X съезда Федерации независимых профсоюзов 22 мая 2019 года указал: «Главная цель национальных проектов – поднять уровень благосостояния наших граждан, обеспечить доступность и качество здравоохранения, поддержать семью, снизить уровень бедности». Президент подчеркнул, что основополагающей ценностью в государстве являются граждане, поэтому национальные проекты должны быть «построены вокруг человека». «Человек, его права и свободы являются высшей ценностью. И обязанность государства – обеспечить действенные механизмы для их беспрепятственной реализации. В полной мере это касается социальных прав граждан, в том числе права на доступную и качественную медицинскую помощь», – сказал Владимир Путин в обращении к участникам конференции руководителей прокуратур европейских государств 7 июля 2021 года в Санкт-Петербурге.

18–20 мая 2023 года в Самаре состоится очередной – XII съезд Ассоциации онкологов России, который должен стать ярким примером продуктивного взаимодействия онкологов, организаторов здравоохранения, страховых представителей 3-го уровня – экспертов качества онкологической помощи в системе ОМС по пути реализации Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» Национального проекта «Здравоохранение». Целью онкологической службы РФ является создание широкого доступа каждого пациента и врача к новейшим технологиям и протоколам лечения на основе максимальной консолидации усилий медицинского и страхового сообществ в борьбе с онкопатологией в системе ОМС. Проблемам повсеместного обязательного внедрения технологии оценки эффективности лекарственной химио- и иммунотерапии и контроля за реализацией права онкопациента на своевременную эффективную терапию с правильным выбором ее схемы и необходимым достижением запланированного результата в системе ОМС посвящена 2-я часть публикуемой статьи.

Ключевые слова:

Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», обязательное медицинское страхование, экспертиза качества медицинской помощи, дефекты качества онкологической помощи, страховой представитель, оценка эффективности лекарственной терапии, RECIST, IRECIST, неправильный выбор схемы химио- и иммунотерапии, недостижение запланированного результата, несвоевременная замена схемы терапии.

В первой части публикации был рассмотрен обзор системы контроля эффективности лекарственной химиотерапии (ХТ) – критерии оценки ответа солидных опухолей RECIST (Response Evaluation Criteria In Solid Tumors; версия RECIST 1.1). Для иммуноонкологических препаратов в 2013 г. появились обновленные критерии оценки ответа солидных опухолей на иммунотерапию – Immune-Related Response Evaluation Criteria In Solid Tumors (IRECIST). Обновление было связано с тем, что раннее увеличение размера опухоли или появление новых очагов классифицируется как прогрессирование заболевания. Однако клинический опыт показал, что полный и частичный ответы или стабилизация заболевания могут быть достигнуты после первоначального увеличения опухоли при применении иммуноонкологических препаратов.

А.С. Доможирова и соавт. (2021) представили для практического использования систему оценки эффективности иммунотерапии IRECIST – классификацию оценок ответов патологического процесса на иммунотерапию («Критерии оценки ответов опухолей на иммунотерапию: Методические рекомендации № 37 ДЗМ»), где критерии оценки IRECIST основаны на критериях оценки RECIST 1.1, но имеют префикс «i», что означает «иммунный»: iCR – полный ответ; iPR – частичный ответ; iUPD – неподтвержденное прогрессирование опухоли; iCPD – подтвержденное прогрессирование злокачественного новообразования (ЗНО); iSD – стабилизация опухоли; iBOR – лучший ответ во временной точке, зафиксированный с начала исследуемого лечения до окончания терапии. Авторы представили перевод англоязычной версии Руководства IRECIST по оценке критериев ответов при исследова-

ниях с использованием иммунотерапии, которое было опубликовано на сайте журнала The Lancet в 2017 г., дополненные собственными материалами.

Данное руководство и критерии IRECIST предлагают более тонкую оценку состояния патологического очага после проведенного иммунотерапевтического лечения, чем в традиционно используемой в онкологической практике классификации RECIST 1.1. Такой подход призван обеспечить более детализированную и гибкую оценку, учитывающую также состояние пациента и способную дать определяющие ответы в неясных ситуациях, подозрительных на прогрессирование: истинное ли это прогрессирование или нет. Благодаря этому в ряде случаев пациент получает шанс на продолжение лечения, что может определять и лучший прогноз всего заболевания.

Требования к параметрам сбора данных ибору очагов

При компьютерной томографии (КТ): 1. Толщина среза менее 5 мм. 2. Использование внутривенного контрастного усиления (трехфазное для печени). 3. Поле обзора должно включать кожу.

При магнитно-резонансной томографии (МРТ): 1. Рекомендуется выполнение аксиальных T1ВИ и T2ВИ, аксиальных T1ВИ после введения контрастного препарата. 2. Толщина среза менее 5 мм. 3. Выполнение контрольных исследований на одинаковых аппаратах.

При позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с КТ (ПЭТ/КТ): КТ-часть ПЭТ/КТ обычно имеет низкое качество и не должна использоваться для оценки динамики очагов по сравнению с КТ диагностического качества. В случае если КТ-часть имеет высокое качество, выполнена с внутривенным контрастным

Для корреспонденции

Старченко Алексей Анатольевич

Советник генерального директора ООО «Капитал Медицинское Страхование», д.м.н., профессор, член Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, президент НП «Национальное агентство по безопасности прав пациентов и независимой экспертизе», эксперт качества медпомощи

Тел.: +7 (495) 287-81-25, доб. 4079
E-mail: oms@kapmed.ru

Устюгов Антон Владимирович

Советник генерального директора ООО «Капитал Медицинское страхование», к.м.н.

Тел.: +7 (495) 287-81-25, доб. 4079
E-mail: oms@kapmed.ru

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

усилением, то допускается сравнение с осторожностью. Использование рентгенографии грудной клетки, ультразвуковое исследование (УЗИ) не рекомендуется по причине слабой воспроизводимости методов.

Критерии оценки иммуноопосредованного ответа солидных опухолей IRECIST:

Полный ответ – отсутствие всех целевых образований или все патологические лимфатические узлы должны уменьшиться до менее 10 мм по короткой оси в абсолютном значении.

Частичный ответ – уменьшение суммы наибольших размеров целевых очагов более чем на 30%; для сравнения берется результат первичного исследования.

Прогрессирование – увеличение суммы наибольших размеров не менее чем на 20% по сравнению с временной точкой, имеющей наименьшую сумму наибольших размеров (надир); также сумма наибольших размеров должна демонстрировать абсолютное увеличение размеров не менее чем на 5 мм; появление новых очагов не является признаком прогрессирования; диаметры новых очагов прибавляются к общей сумме таргетных очагов; окончательная оценка ответа опухоли требует подтверждения через 4 недели.

Стабилизация – ничего из перечисленного.

Сравнительная оценка клинических ситуаций по RECIST 1.1 и IRECIST:

1 Определение измеримых и неизмеримых образований; количество и локализация целевых очагов.

Оценка RECIST 1.1: измеримые очаги диаметром более 10 мм (более 15 мм для лимфоузлов); максимум 5 очагов (по два на орган); все остальные очаги считаются нецелевыми (должны быть более 10 мм по короткой оси для лимфоузлов).

Оценка IRECIST: без изменений по сравнению с RECIST 1.1; однако новые очаги оцениваются в соответствии с RECIST 1.1, но регистрируются отдельно в отчетной форме пациента (не включаются в сумму очагов, относящихся к целевым, выявленным в исходном состоянии – baseline).

2 Полный ответ, частичный ответ или стабильное заболевание.

Оценка RECIST 1.1: после регистрации PD не может быть зафиксирован ответ в виде CR (полный ответ), PR (частичный ответ) или SD (стабилизация опухоли).

Оценка IRECIST: до iCR (полный ответ на иммунотерапию), iPR (частичный ответ на иммунотерапию) или iSD (стабилизация опухоли при иммунотерапии) может быть зафиксирован iUPD (неподтвержденное прогрессирование опухоли) один или несколько раз, но не iCPD (подтвержденное прогрессирование ЗНО).

3 Новые очаги.

Оценка RECIST 1.1: всегда свидетельствуют о прогрессировании; регистрируются, но не измеряются.

Оценка IRECIST: свидетельствуют о iUPD, при этом iCPD по новым очагам устанавливается только, если при следующей оценке появляются еще новые очаги или увеличивается размер ранее зафиксированных новых очагов (более 5 мм для новых целевых очагов или любое увеличение для новых нецелевых очагов); появление новых очагов, если ни одно из них ранее не было зарегистрировано, также может подтвердить iCPD.

4 Подтверждение прогрессирования.

Оценка RECIST 1.1: не требуется (за исключением неоднозначных изменений).

Оценка IRECIST: требуется.

Частота повторной оценки ответа ЗНО на иммунотерапию. В целом для IRECIST рекомендуется повторная оценка ответа каждые 6–12 недель в зависимости от частоты проведения лечения соответственно рекомендациям RECIST 1.1. В протоколе должно быть указано, какие анатомические области оцениваются в исходной точке и с последующим наблюдением и следует ли повторять сканирование костей при каждой оценке ответа или только для подтверждения iPR либо iCR, или при наличии клинических показаний. Для всех испытаний, особенно сравнительных, оценки ответов должны проводиться по календарному графику и не зависеть от задержек в терапии или необходимости более ранних подтверждающих сканирований, которые могут быть выполнены для подтверждения iUPD или при некоторых испытаниях для подтверждения полного или частичного ответа. Повторная оценка опухоли может быть проведена раньше – между 4 и 8 неделями после iUPD, чем первоначально планировалось, чтобы подтвердить iUPD (или чтобы подтвердить iCR или iPR через более чем 4 недели после сканирования, показавшего полный или частичный ответ). Если прогрессирование не подтверждено, то повторная оценка должна быть проведена в первоначально запланированные сроки (т.е. если сканирование должно было быть выполнено через 8, 16 и 24 недели, но было проведено через 12 недель, чтобы подтвердить ответ, то следующее сканирование должно быть сделано в 16 недель и 24 недели, как и планировалось). Если пациенты продолжают лечение по протоколу после iCPD, то оценки должны продолжаться в том же запланированном графике до тех пор, пока лечение по протоколу не будет прекращено. В идеале все результаты методов лучевой визуализации, выполненные

после прекращения протокольного лечения, должны по-прежнему регистрироваться в отчетной форме пациента до тех пор, пока не будут начаты последующие виды терапии так, как это позволяют протокол и информированное согласие пациента. Эти данные помогут дальнейшему усовершенствованию IRECIST.

Рекомендации по продолжению лечения после iUPD (неподтвержденное прогрессирование опухоли). Существующая литература описывает псевдопрогрессию как ответ на лечение (в т.ч. отсроченный), которому предшествовало увеличение размеров очагов или появление новых очагов. Несмотря на то что это хорошо описано, отличить псевдопрогрессию от истинного прогрессирования, которое потенциально требует изменения типа лечения, может быть непросто. Раннее прекращение приема эффективного препарата нежелательно, однако продолжительное лечение неэффективным лекарственным препаратом, способствующее истинному прогрессированию заболевания, может отсрочить начало потенциально эффективной спасительной терапии. Результаты визуализации и рекомендации продолжить лечение, несмотря на iUPD, следует обсудить с пациентом до принятия решения о том, продолжать или нет терапию. В отчетных формах пациентов, которые имеют iUPD и не являются клинически стабильными, должно быть отмечено, что они клинически нестабильны. Это указание позволит рассчитать наилучший общий ответ и использовать дату iUPD в оценках выживаемости без прогрессирования заболевания. Если проверочное сканирование подтверждает iCPD, но исследователь или пациент считает, что продолжение лечения целесообразно, то необходимо продолжить проведение обследования методами лучевой диагностики и сбор данных, позволяющих дальнейшее выяснение динамики роста опухоли при применении иммуномодуляторов. По той же причине (если это возможно) даже пациентам, которые прекращают терапию в связи с iCPD, рекомендуется продолжать проводить оценку заболевания до тех пор, пока они не начнут другие системные или местные методы лечения.

А.Г. Толкушин и соавт. (2021) сообщили, что ниволумаб по критериям оценки ответа при солидных опухолях (RECIST 1.1) продолжает оставаться эффективным в долгосрочной перспективе в лечении метастатического уротелиального рака.

В.И. Тюрин (2021) указал на возможности предиктивных молекулярно-генетических маркеров в оценке эффективности терапии рака легкого.

Н.И. Мехтиева (2021) также указала, что в настоящее время диагностическое тестирование моле-

кулярно-генетических маркеров, ассоциированных с чувствительностью и эффективностью лекарственной терапии рака молочной железы (РМЖ), является перспективным разделом персонализированной медицины.

Н.А. Огнерубов и Т.С. Антипова (2021) представили клинический опыт применения комбинации иммунотерапии атезолизумабом и ХТ в 1-й линии метастатического мелкоклеточного рака легкого: применение метода ПЭТ/КТ с 18F-ФДГ является методом выбора для оценки эффективности иммунотерапии.

А.П. Оганесян (2020; 2021) в диссертационном исследовании «Оценка эффективности современной иммунотерапии солидных опухолей» указывает, что важным компонентом иммунотерапии является адекватная оценка эффективности лечения. В настоящее время существуют специализированные системы, позволяющие оценить эффективность лекарственной терапии в онкологии. Применяемые в настоящее время критерии RECIST 1.1 основаны на результатах исследований эффективности цитостатических препаратов. Автор сообщила, что изначально система RECIST разрабатывалась для универсальной оценки активности лечения, однако выявление особых видов ответа опухоли на применение иммунотерапии потребовало пересмотра подходов к оценке опухолевых очагов и созданию системы IRECIST ввиду установленного феномена «псевдопрогрессирования» – явления выраженного и стойкого ответа на иммунотерапию увеличением размера и/или количества очагов опухоли ввиду их насыщения иммунными элементами и возникновением воспаления в опухолевом очаге, что приводит к увеличению его размеров и лучшей визуализации, но сопровождается лучшей выживаемостью. Поэтому онкологи J.D. Wolchok и соавт. (2009) предложили не учитывать новый очаг как безусловный признак прогрессирования и обосновали необходимость новой оценки ответа на лечение. А.П. Оганесян выявлена прямая корреляция между степенью тяжести иммуноопосредованных нежелательных явлений и эффективностью иммунотерапии.

При оценке эффективности иммунотерапии у пациентов с меланомой кожи, немелкоклеточным раком легкого, почечно-клеточным раком (ПКР) получены результаты:

- 1 по системе RECIST 1.1: 8,8% – полный регресс; 11,0% – частичный регресс; 69,9% – прогрессирование заболевания; 10,3% – стабилизация заболевания;
- 2 по системе IRECIST: 8,8% – полный регресс; 10,3% – частичный регресс; 53,7% – прогрессирование заболевания; 27,2% – стабилизация заболевания.

Общая выживаемость при констатации отсутствия прогрессирования заболевания по критериям RECIST 1.1 (стабилизация заболевания, частичный и полный регресс опухоли) составила 54 месяца, тогда как при констатации прогрессирования ЗНО – 6 месяцев. Пятилетняя общая выживаемость составила 45% в группе пациентов с максимальным ответом в виде стабилизации, частичного или полного ответа по критериям RECIST 1.1 и 11% в группе больных с наличием прогрессирования опухолевого процесса по системе RECIST 1.1.

Общая выживаемость при констатации отсутствия прогрессирования заболевания по критериям IRECIST (стабилизация заболевания, частичный и полный регресс опухоли) составила 35 месяцев, тогда как при констатации прогрессирования ЗНО – 5 месяцев. Пятилетняя общая выживаемость составила 36% в группе пациентов с максимальным ответом в виде стабилизации, частичного или полного ответа по критериям IRECIST и 6% в группе больных с наличием прогрессирования опухолевого процесса по системе IRECIST.

Ожидаемо, что наличие прогрессирования заболевания было ассоциировано с большей вероятностью смерти и более низкими показателями общей выживаемости.

При оценке взаимосвязи токсичности 3–4-й степени тяжести иммуноопосредованных осложнений иммунотерапии и ответа на лечение выявлено, что большая эффективность (достижение полного и частичного регресса) ассоциирована с более частыми показателями выраженной токсичности, т.е. иммуноопосредованными осложнениями 3–4-й степени тяжести. При оценке эффективности иммунотерапии по системе RECIST 1.1 частота встречаемости иммуноопосредованных осложнений иммунотерапии 3–4-й степени тяжести наблюдалась в 83,3% случаев при прогрессировании заболевания и в 40,0% случаев при частичном регрессе. При проведении оценки эффективности по системе IRECIST выявлено, что частота развития иммуноопосредованных осложнений иммунотерапии 3–4-й степени тяжести составила 83,3% при прогрессировании опухолевого процесса и 42,9% при частичном ответе.

К.А. Гаптулбарова и соавт. (2021) представили обзор литературы по проблеме эффективности иммунотерапии при разных ЗНО. Авторами обобщены данные 26 исследований влияния иммунотерапии на результаты лечения и исход ЗНО различных локализаций у 4 385 пациентов за период с 1995 по 2019 г., полу-

ченные за последние 25 лет. Независимо от локализации опухоли и применяемой иммунотерапии, частота пациентов с полной регрессией опухоли составила 7,4%, с частичной регрессией – 21,4%. В некоторых случаях обратной стороной такой эффективной терапии является риск возникновения опасных для жизни нежелательных явлений, в первую очередь гиперцитокинемии опухоли («цитокинового шторма»). Авторы приводят данные об эффективности оценки терапии:

- 1 метастатический колоректальный рак – полихимиотерапия:
 - фторурацил/лейковорин и низкая доза бевацизумаба (2003): полный ответ – 40%;
 - фторурацил/лейковорин и высокая доза бевацизумаба (2003): полный ответ – 24%;
 - болюсный фторурацил, лейковорин и бевацизумаб (2004): полный ответ – 3,7%; частичный ответ – 41%;
 - оксалиплатин, фторурацил, лейковорин и бевацизумаб (2007) – полный ответ – 1,7%; частичный ответ – 21%;
- 2 метастатическая меланома:
 - ниволумаб (2019): полный ответ – 1,9%; частичный ответ – 29,9%;
- 3 метастатический рак молочной железы трижды негативный:
 - ниволумаб (2017): полный ответ – 26%; частичный ответ – 26%;
 - пембролизумаб (2018): полный ответ – 3,6%; частичный ответ – 19%;
- 4 метастатический ПКР:
 - ниволумаб (3 мг/кг) и ипилимумаб (1 мг/кг) (2017): полный ответ – 11%; частичный ответ – 30%;
 - ниволумаб (1 мг/кг) и ипилимумаб (3 мг/кг) (2017): полный ответ – 0%; частичный ответ – 40%;
 - ниволумаб (2017): полный ответ – 0%; частичный ответ – 20%;
 - ниволумаб (2019): полный ответ – 3%; частичный ответ – 26,5%;
- 5 метастатический рак желудка:
 - лапатиниб (2007): полный ответ – 0%; частичный ответ – 11%;
 - панитумумаб, оксалиплатин/бевацизумаб (2009): полный ответ – 0%; частичный ответ – 46%;
 - оксалиплатин/бевацизумаб (2009): полный ответ – 0,5%; частичный ответ – 47%;
 - панитумумаб, иринотекан/бевацизумаб (2009): полный ответ – 0%; частичный ответ – 43%;
 - иринотекан/бевацизумаб (2009): полный ответ – 0%; частичный ответ – 40%;

6 неметастатический рак легкого:

- ниволумаб (2016): полный ответ – 8%; частичный ответ – 15%;
- ниволумаб (2019): полный ответ – 0%; частичный ответ – 17%;

А.В. Новик (2022) провел анализ оценки показателей эффективности противоопухолевого лечения больных меланомой, саркомами мягких тканей, раком почки и колоректальным раком, получавших лечение в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ за 30-летний период. Эффективность противоопухолевой терапии определялась путем оценки частоты объективного ответа на лечение по системе RECIST 1.1: сумма полного и частичного ответов опухоли. Установлен показатель эффективности лечения больных меланомой кожи, получавших паллиативную терапию, – объективный ответ по системе оценки эффективности RECIST 1.1: монокимиотерапия – 3,7%; полихимиотерапия – 28,6%; препараты интерферонов – 8,3%; интерлейкин-2 – 8%; препараты иммунотерапии анти-PD1 (ниволумаб) – 33,3%; препараты иммунотерапии анти-CTLA4 (ипилимумаб) – 13,1%; препараты – ингибиторы BRAF – 43,6%; препараты – ингибиторы BRAF и препараты – ингибиторы MEK – 55,6%. Установлен показатель эффективности лечения больных с саркомами мягких тканей, получавших паллиативную терапию, – объективный ответ по системе оценки эффективности RECIST 1.1: монокимиотерапия – 0%; полихимиотерапия – 20%. Установлен показатель эффективности паллиативной терапии у больных раком почки – объективный ответ по системе оценки эффективности RECIST 1.1. Установлен показатель эффективности терапии у больных колоректальным раком – объективный ответ по системе оценки эффективности RECIST 1.1: ХТ – 7,4%; химиоиммунотерапия – 49,2%. Автор сделал следующие выводы и представил рекомендации: 1. Рекомендуется проводить оценку состояния иммунной системы в процессе проведения любой терапии для определения прогноза заболевания и эффективности проводимого лечения. Использование иммунологических тестов первого уровня является минимально необходимым для оценки состояния иммунной системы и определения прогноза заболевания. Иммунологические тесты первого уровня (содержание лимфоцитов, Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, NK-клеток, Th, цитотоксических Т-лимфоцитов – ЦТЛ) являются интегральными показателями состояния иммунной системы, достаточными для определения иммуно-

логических синдромов. 2. Оценка параметров иммунной системы, характеризующих иммунологический механизм действия применяемого препарата, необходима для прогнозирования эффективности лечения. Рекомендована комплексная оценка состояния иммунной системы в сочетании с клиническими факторами для прогнозирования дальнейшего эффекта терапии и принятия клинических решений о возобновлении, смене или прекращении терапии. 3. Иммунологические параметры, характеризующие состояние врожденной и адаптивной иммунной системы, в т.ч. Т-клеточного и В-клеточного звеньев, маркеры активации иммунных клеток, регуляторные субпопуляции (Treg, NKT), и соотношение клеток иммунной системы являются важными независимыми факторами прогноза эффективности терапии, общей выживаемости и времени до прогрессирования у больных с изученными злокачественными опухолями ($p<0,05$) и несут дополнительную прогностическую информацию при использовании совместно с известными факторами прогноза (стадия, пол, возраст, проведенное и предшествующее лечение и его эффективность, молекулярно-генетические маркеры). 4. Прогностическая и предиктивная роль некоторых факторов, таких как общий уровень Т-лимфоцитов, Th, ЦТЛ, CD25+ и HLA-DR+ активированных лимфоцитов, NK и NKT, В-лимфоцитов и их соотношений и функциональной активности зависит от типа первичной опухоли (меланома, саркома мягких тканей, рак почки), характера (адьювантное или самостоятельное) и вида проводимого лечения ($p<0,05$). 5. Изучение иммунологических показателей, ассоциированных с механизмом действия ипилимумаба, позволило выявить дополнительные маркеры эффективности лечения: уровень клеток памяти у больных меланомой являлся важным независимым фактором прогноза общей выживаемости и выживаемости до прогрессирования ($p<0,05$). 6. Ранняя оценка динамики изменений иммунологических параметров на фоне противоопухолевого лечения с учетом минимально определяемых различий является важным прогностическим (CD14+ моноциты, лейкоциты, эозинофилы, активированные лимфоциты, NKT, Treg, лимфоциты, нейтрофилы, Т-лимфоциты, ЦТЛ, иммунорегуляторный индекс, NLR) и предиктивным (NK, ЦТЛ, В-лимфоциты) фактором у больных меланомой и саркомами мягких тканей ($p<0,05$). 7. Совместное использование клинических и иммунологических факторов позволяет прогнозировать прогрессирование заболевания в течение 3 месяцев.

А.В. Новик и соавт. (2022) представили модель прогнозирования прогрессирования солидной опухоли на фоне лекарственной терапии с применением методов искусственного интеллекта, в т.ч. основанную на данных систем оценки эффективности терапии.

А.Б. Виллерт (2022) разработала математическую модель прогнозирования эффективности неоадъювантной ХТ диссеминированного рака яичников по вероятности наступления объективного ответа (хороший, включающий частичный или полный регресс, и плохой, включающий стабилизацию или прогрессирование) согласно критериям RECIST 1.1.

П.И. Крживицкий (2022) исследовал клиническую роль метода совмещенной однофотонно-эмиссионной томографии и КТ (ОФЭКТ-КТ) в оценке распространенности опухолевого процесса у больных с ЗНО различных локализаций. Автор указал, что методы лучевой и радионуклидной диагностики являются неотъемлемой частью эффективного лечения больных с ЗНО различных локализаций, при этом достигнутые успехи во многом обусловлены возможностью оценки степени распространенности опухоли. По его мнению, не вызывает сомнения, что активное клиническое использование неинвазивных стандартных методов лучевой (УЗИ, КТ, МРТ) и радионуклидной диагностики (ОФЭКТ и ПЭТ) привело к существенному повышению точности стадирования рака у большинства пациентов и эффективности его лечения.

Я.А. Жуликов и соавт. (2022) считают, что радиологическая оценка эффективности терапии по критериям RECIST 1.1 должна проводиться каждые 6–8 недель лечения – каждые 2–3 цикла терапии.

Е.В. Бородавина и соавт. (2022) указывают: ответ на лечение необходимо оценивать по критериям RECIST 1.1. Объективным ответом считают полный или частичный ответ, достижением контроля над опухолевым процессом – стабилизацию заболевания в течение 2 месяцев и более. Критериями стабилизации заболевания являются отсутствие изменения таргетных очагов по данным инструментальных методов обследования и увеличение уровня онкомаркеров.

На необходимость и обязательность оценки эффекта ХТ в соответствии с системой RECIST 1.1 указывают А.А. Грицкевич и соавт. (2022), М.Н. Хагажеева и соавт. (2022), О.Ю. Стукалова и соавт. (2022), Е.В. Бородавина и соавт. (2022), Л.Г. Серова и соавт. (2022), К.С. Гречухина и соавт. (2022).

С.П. Морозов и соавт. (2021) составили правила описания результатов лучевых исследований. Протокол описания лучевого исследования – это

медицинский и юридический документ, представляющий собой основное средство коммуникации между специалистом лучевой диагностики, врачами других специальностей и пациентом. Цель протокола – сформировать у читающего корректный «образ» выявленных изменений, логически обосновать предполагаемый диагноз или ответить на конкретную клиническую задачу, обосновать следующий шаг диагностического процесса. Авторы выделяют общие требования к тексту протокола: изложение должно быть синтаксически и семантически грамотным; формулировки должны быть однозначными, не предполагающими неверного восприятия информации читающим; рекомендуется группировать смысловые части текста в разные абзацы; изложение должно подвергаться стандартной схеме или плану, логически следующим из вида исследования, клинической задачи и выявленных изменений (например, при КТ органов грудной клетки последовательно описываются наличие очаговых и инфильтративных изменений и их локализация, состояние легочного рисунка, корней легких, легочного синуса, органов средостения, положение диафрагмы); необходимо зрительное разделение абзацев (красная строка, пустая строка и т.п.), конкретный выбор методов форматирования текста определяется возможностями программного обеспечения, в котором он формируется; используемая терминология должна быть стандартной и общепринятой, необходимо применять термины, соответствующие зоне обследования и выявляемой патологии; аббревиатуры допустимо применять либо из числа широко употребляемых, либо предварительно давая их полную расшифровку. Составлены требования к содержанию элементов протокола:

- 1 описание должно: содержать информацию об органах, системах или процессах, которые соответствуют поставленному клиническому вопросу вне зависимости от наличия патологических изменений; быть логичным и последовательным: для клинически значимых находок содержать информацию о наличии/отсутствии осложнений; содержать отметки о нарушениях методики исследования и/или несоответствии качества полученных изображений принятым стандартам с указанием причин таковых;
- 2 заключение должно содержать: ответ на поставленный клинический вопрос (даже если целевая находка не обнаружена); список выявленных патологий и отклонений, приведенных к принятым диагностическим формулировкам или син-

дромальным формам; указанный список должен быть ранжированным по степени клинической значимости – от максимальной к минимальной;

3 заключение может содержать: рекомендуемые дальнейшие исследования или направления к врачам-специалистам (такие рекомендации необходимо делать только в соответствии с принятыми классификациями, утвержденными нормативными документами по маршрутизации пациентов, или в случаях, когда дообследование может существенно повлиять на тактику ведения пациента; при рекомендации дополнительных исследований можно использовать фразу «если это клинически необходимо», что дает лечащему врачу большую свободу в принятии окончательного решения); предварительный или дифференциальный диагноз (для дифференциального диагноза следует указывать не более четырех нозологий в порядке убывания вероятности; если это затруднительно, то дальнейший диагностический поиск следует проводить с помощью рекомендаций);

4 описание патологических изменений должно содержать: локализацию; количество; форму; точные размеры (для измеряемых образований); интенсивность или плотность (в зависимости от метода исследования); структуру (однородность или иные ее особенности); контуры; характер накопления контрастного вещества; взаимосвязь с окружающими структурами, тканями; перифокальные изменения; любые наблюдаемые осложнения; дополнительные патологические находки, не связанные с указанными выше.

На сайте www.pet-net.ru/images/obrazec.pdf приводится образец заключения сравнения ряда исследований по RECIST 1.1.

В клинических рекомендациях Ассоциации онкологов России (далее – КР АОР) по конкретным ЗНО имеется отсылочная норма на необходимость соблюдения требований «Практических рекомендаций по общим вопросам проведения противоопухолевой лекарственной терапии» Российского общества клинической онкологии (RUSSCO, 2020, 2021) при осуществлении лекарственной терапии ЗНО: «Рекомендуется у пациентов с раком молочной железы проведение противоопухолевой лекарственной терапии в соответствии с общими принципами, изложенными в «Практических рекомендациях по общим вопросам проведения противоопухолевой лекарственной

терапии» Российского общества клинической онкологии (Трякин А.А. и др. Практические рекомендации по общим принципам проведения противоопухолевой лекарственной терапии. Злокачественные опухоли. Практические рекомендации RUSSCO № 3s2, 2020 (том 10)»).

С учетом данной отсылочной нормы АОР в клинических рекомендациях нами разработан и представлен перечень дефектов онкопомощи – создание риска прогрессирования ЗНО отказом от выполнения или несвоевременным и/или неполным выполнением требований по оценке эффективности лекарственного лечения ЗНО, риск прогрессирования которого возникает ввиду неэффективной лекарственной терапии в отсутствие контроля ее эффективности, в соответствии с требованиями «Практических рекомендаций по общим принципам проведения противоопухолевой лекарственной терапии».

Формулировка дефектов: не выполнены в полном объеме требования п. «2.5. Оценка эффективности лечения» «Практических рекомендаций по общим принципам проведения противоопухолевой лекарственной терапии» (RUSSCO, 2021): «Плановая оценка эффективности ХТ выполняется каждые 6–12 недель (в зависимости от вида опухоли и задач терапии), эндокринной и иммунотерапии – каждые 8–16 недель, внеплановая оценка проводится по показаниям, в частности при подозрении на прогрессирование болезни. 2.5.1. Критерии RECIST 1.1. Основу оценки составляет определение размера опухоли с помощью методов лучевой диагностики (рентгенографии, КТ, МРТ)».

1 Отсутствует первичное исследование (КТ, МРТ):

- **поиск измеряемых очагов** (очаги, выявляемые и составляющие по наибольшему диаметру: более 10 мм при спиральной КТ при реконструкции срезов толщиной в 5 мм; более 20 мм при шаговой КТ с толщиной среза 10 мм; лимфатические узлы более 15 мм в измерении, перпендикулярном максимальному диаметру (т.е. по короткой оси);
- **выбор целевых образований** (наиболее четко визуализируемый и оптимальный для измерения очаг, сохраняется на протяжении всех повторных исследований, максимально до 2 очагов на орган, в сумме – до 5 очагов; очаги, отражающие пораженный орган);
- **выбор нецелевых образований** (3–4-й и т.д. очаги в органе или 6–7-й и т.д. очаги метастазов; неизмеряемые очаги: мелкие очаги (<10 мм), лептоменингеальные метастазы, плеврит, асцит, перикардит, кисты, лимфогенный канце-

роматоз кожи или легких, метастазы в костях, воспалительные изменения молочных желез, очаги с кистозной и некротической трансформацией, увеличение размеров органов (гепатоспленомегалия), перитонеальные импланты);

- **результаты измерения целевых образований;**
- **отсутствует оценка первичного исследования (КТ, МРТ или ПЭТ/КТ): определение суммарной опухолевой массы.**

② Отсутствует контрольное исследование и/или его оценка, которая включает в себя: измерение целевых образований; оценку нецелевых образований и поиск новых очагов; расчет ответа опухоли в зависимости от временной точки.

③ Несвоевременно позднее контрольное исследование и/или его оценка за пределами необходимого интервала (ХТ и таргетной терапии – каждые 6–12 недель (в зависимости от вида опухоли и задач терапии); эндокринной и иммунотерапии – каждые 8–16 недель).

④ **Отсутствует формулировка оценки ответа опухоли на лечение:**

- **частичный ответ** – уменьшение суммы диаметров таргетных очагов на более чем 30%;
- **полный ответ** – исчезновение всех (таргетных и нетаргетных) очагов; любой из ранее увеличенных лимфатических узлов должен иметь размер менее 10 мм по короткой оси;
- **прогрессирование заболевания** – увеличение на более чем 20% суммы диаметров таргетных очагов; появление одного или нескольких новых очагов; безусловная прогрессия нетаргетных очагов;
- **стабилизация заболевания** – признаки, не соответствующие критериям полного или частичного ответа, а также прогрессирования заболевания».

⑤ **Отказ от выполнения требований клинических рекомендаций АОР:**

5.0. Отказ от выполнения требования п. 3.6 КР АОР «Рак молочной железы»: «3.6. Наблюдение в процессе лечения. Оценка эффекта. Инструментальное обследование при ХТ проводится каждые 2–4 курса».

5.1. Несвоевременно позднее контрольное исследование и/или его оценка за пределами необходимого интервала, указанного в п. 3.6 КР АОР «Рак молочной железы»: «3.6. Наблюдение в процессе лечения. Оценка эффекта. Инструментальное обследование при ХТ проводится каждые 2–4 курса»

5.2. Отсутствие результата оценки эффективности ХТ в соответствии с п. 3.6 КР АОР «Рак молочной же-

лезы»: «3.6. Наблюдение в процессе лечения. Оценка эффекта. Результаты осмотра и обследования классифицируются следующим образом:

- **объективный эффект:** существенное уменьшение размеров и/или количества опухолевых очагов; является показанием для продолжения проводимой терапии в отсутствие серьезной токсичности;
- **стабилизация болезни:** отсутствие значимых изменений размеров и количества опухолевых очагов; при удовлетворительном общем состоянии и хорошей переносимости лечение может быть продолжено;
- **прогрессирование заболевания** является показанием к смене лечения».

5.3. Отсутствие анализа наличия или отсутствия признаков прогрессирования РМЖ, указанных в п. 3.6 КР АОР «Рак молочной железы»: «3.6. Наблюдение в процессе лечения. Оценка эффекта. При подозрении на прогрессирование болезни по данным осмотра необходимо выполнить уточняющие обследования, в т.ч. с оценкой зон, не обследовавшихся до начала терапии.

Признаками прогрессирования являются:

- появление и/или усугубление симптомов, обусловленных опухолевым ростом (например, боли или одышки);
- существенное увеличение размеров или появление новых опухолевых очагов, выявляемых при осмотре;
- ухудшение общего состояния (дифференцировать с токсичностью лечения);
- немотивированная потеря веса (дифференцировать с токсичностью лечения);
- повышение щелочной фосфатазы, аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ), билирубина (дифференцировать с токсичностью лечения);
- гиперкальциемия».

5.4. Отказ от выполнения требования п. 3.4 КР АОР «Рак молочной железы»: «3.4. Рецидивный и метастатический рак молочной железы. Рекомендуется во время проведения лекарственной терапии перед каждым циклом оценивать симптомы болезни и общее состояние пациента, каждые 2–4 цикла проводить объективную оценку эффективности проводимой ХТ при помощи КТ».

5.5. Отказ от выполнения и/или несвоевременное выполнение требования п. 3 КР АОР «Злокачественное новообразование бронхов и легко-

- го»:** «3. Лечение. 3.1.3. Принципы лечения пациентов с IV стадией заболевания. Рекомендуется 4 курса ХТ при контроле роста опухоли (стабилизации, полном или частичном регрессе). Рекомендуется для контроля эффективности лечения проводить обследование с использованием методов объективной визуализации (КТ, рентгенография, МРТ, ПЭТ/КТ, сцинтиграфия костей скелета) до начала лечения, после каждого 2 курсов ХТ в сроки около 2 недель от 1-го дня четного курса и далее 1 раз в 6–12 недель с учетом клинических показаний. Представляется целесообразным применять тот же метод оценки, что и до начала лечения».
- 5.6. Отказ от выполнения и/или несвоевременное выполнение требования п. 3.1.3.4 КР АОР «**Злокачественное новообразование бронхов и легкого**»:
- «3.1.3. Принципы лечения пациентов с IV стадией заболевания. 3.1.3.4. Молекулярно-направленная терапия: EGFR+, ALK/ROS1+, BRAF+. **Рекомендуется регулярный контроль эффективности лечения пациентов с применением молекулярно-направленной терапии – 1 раз в 2–3 месяца или по клиническим показаниям (чаще)** (Гефитиниб, Эрлотиниб, Афатиниб, Осимертиниб, Рамуцирумаб, Бевацизумаб, Кризотиниб, Церитиниб, Алектиниб, Дабрафениб и Третинон)».
- 5.7. Отказ от выполнения и/или несвоевременное выполнение п. 22 Критериев оценки качества медицинской помощи КР АОР «**Рак желудка**»:
- «22. Выполнена оценка эффективности лекарственной терапии каждые 6–8 недель в процессе лечения».
- 5.8. Отказ от выполнения и/или несвоевременное выполнение п. 12 Критериев оценки качества медицинской помощи КР АОР «**Рак паренхимы почки**»:
- «12 Проведена оценка эффективности проводимой лекарственной терапии каждые 2–3 месяца от начала лечения».
- 5.8.1. Отсутствие результата оценки эффективности ХТ в соответствии с Приложением «Г4. Критерии оценки ответа солидных опухолей на лечение RECIST 1.1:
- **полный ответ:** отсутствие всех целевых образований или лимфоузлов 10 мм и более по короткой оси;
 - **частичный ответ:** уменьшение сумм наибольших диаметров целевых очагов на 30% и более;
 - **прогрессирование:** увеличение сумм наибольших диаметров целевых очагов на 20% и более с абсолютным приростом 5 мм и более, появление новых очагов;
 - **стабилизация:** ничего из перечисленного».
- 5.8.2. Отказ от выполнения и/или несвоевременное выполнение п. 5.2 КР АОР «**Рак паренхимы**

почки»:

«5.2. Наблюдение при рецидиве или неоперабельном ПКР. Цели наблюдения за пациентами с рецидивом ПКР или неоперабельной опухолью, получающими системную противоопухолевую терапию, заключаются в оценке эффекта лечения, выявлении прогрессирования, своевременной диагностике нежелательных явлений, развившихся во время терапии. Рекомендуется в целях своевременного выявления и предупреждения осложнений и обострений заболевания график и объем обследования пациентов при рецидиве или неоперабельном ПКР определять с учетом соматического статуса пациента, распространенности опухолевого процесса, ожидаемых сроков развития эффекта/прогрессирования, а также ожидаемых сроков развития и видов прогнозируемой токсичности. Обследование пациента включает:

- определение уровня тиреотропного гормона в крови до начала терапии TKI и ингибиторами PD-1, далее при отсутствии лабораторных и клинических отклонений, требующих более пристального контроля, – после каждого 3–6 циклов лечения;
- радиологическое исследование органов грудной, брюшной полостей, забрюшинного пространства и таза до начала и в процессе лекарственной терапии. Методы выбора для визуализации данных областей – КТ или МРТ с контрастированием. Частота контрольных исследований – каждые 6–16 недель – определяется лечащим врачом индивидуально».

6 Отказ от использования данных клинических рекомендаций о наиболее эффективных схемах лекарственного лечения конкретного ЗНО на основе доказательных исследований:

- 6.1. Отказ от выполнения требований КР АОР «**Рак молочной железы**»:
- «3.2.4. Лекарственная терапия (адъювантная/неадъювантная). 3.2.4.1. Общие принципы. При проведении адъювантной лекарственной терапии соблюдать следующие принципы: при назначении паклитаксела предпочтительно еженедельное введение, особенно при тройном негативном варианте РМЖ. 3.2.4.2. ХТ HER2-отрицательного рецидивного и метастатического РМЖ. Таблица 10. Режимы ХТ, рекомендуемые при рецидивном и метастатическом РМЖ: предпочтительно еженедельное введение паклитаксела – назначение паклитаксела не в режиме еженедельного введения».
- 6.2. Отказ от выполнения требований КР АОР «**Рак молочной железы**»:
- «3.4.2.3. Лекарственная терапия HER2-положительного рецидивного и метастатического рака молочной железы. Рекомендуется с целью

проведения оптимальной лекарственной терапии пациентам HER2-положительным РМЖ в качестве первой линии терапии предпочтительней использовать комбинацию пертузумаб** + трастузумаб** + таксаны. Таблица 11. Режимы лекарственной терапии HER2-положительного рецидивного и метастатического РМЖ. **Предпочтительные режимы 1-й линии:**

- Пертузумаб 420 мг (нагрузочная доза 840 мг) внутривенно (в/в) в 1-й день 1 раз в 3 недели + трастузумаб 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в в 1-й день 1 раз в 3 недели + #доцетаксел 75 мг/м² в/в в 1-й день 1 раз в 3 недели, 6 курсов или паклитаксел 80 мг/м² в/в еженедельно до 18 введений или паклитаксел 175 мг/м² в/в в 1-й день 1 раз в 3 недели 6 курсов); после завершения 6 курсов лечения – продолжение анти-HER2-терапии трастузумабом 6 мг/кг в/в в 1-й день 1 раз в 3 недели и пертузумабом 420 мг в/в в 1-й день 1 раз в 3 недели до прогрессирования или неприемлемой токсичности; при гормонопозитивном РМЖ по окончании 6 курсов ХТ к таргетной терапии может быть добавлена гормонотерапия.
- Трастузумаб эмтанзин 3,6 мг/кг в/в в 1-й день 1 раз в 3 недели до прогрессирования или неприемлемой токсичности.
- Лапатиниб 1 250 мг/сут внутрь ежедневно + капецитабин 2 000 мг/м²/сут внутрь в 1–14-й дни каждые 3 нед до прогрессирования или неприемлемой токсичности; – лапатиниб 1 000 мг/сут внутрь ежедневно + трастузумаб 2 мг/кг в/в еженедельно (нагрузочная доза 4 мг/кг в/в) или 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в 1 раз в 3 недели до прогрессирования или неприемлемой токсичности».

- 6.3. Отказ от выполнения требований КР АОР «Рак молочной железы»: «3.2.4. Лекарственная терапия (адъювантная/неоадъювантная). 3.2.4.1. Общие принципы. Рекомендуется для назначения оптимальной адъювантной лекарственной терапии учитывать прогноз заболевания, ожидаемую пользу и возможные побочные эффекты адъювантной лекарственной терапии, сопутствующую патологию, **а также предпочтения пациента**. Рекомендуется во время проведения лекарственной терапии перед каждым циклом оценивать симптомы болезни и общее состояния пациента, каждые 2–4 цикла проводить объективную оценку эффективности проводимой ХТ при помощи КТ».
- 6.4. Отказ от выполнения Критерия оценки качества оказания медицинской помощи № 17 КР АОР «Рак молоч-

ной железы»: «17. Проведена оценка эффекта каждые 2–4 курсов ХТ у пациентов с метастатическим РМЖ».

- 6.5. Отказ от выполнения требований КР АОР «Злокачественное новообразование бронхов и легкого»: «3.1.3.1. ХТ 1-й линии: если ХТ непереносима, или комбинация этих препаратов с препаратами платины (предпочтительно с карбоплатином). 3.1.3.3. Лекарственная терапия 2-й линии. В лечении пациентов с аденокарциномой с прогрессированием в течение 6 месяцев от начала ХТ 1-й линии рекомендуется назначение предпочтительно доцетаксела (если он не применялся ранее) в комбинации с нинтеданибом в следующем режиме: доцетаксел 75 мг/м² в 1-й день + нинтеданиб по 200 мг 2 раза в сутки во 2–21-й дни; цикл – 21 день. 3.1.5. Лекарственная противоопухолевое лечение. Адъювантная терапия. Адъювантная ХТ проводится в дополнение к локальным (хирургическому и лучевому) методам лечения и позволяет снизить риск рецидива болезни. При планировании адъювантной ХТ необходимо оценить стадию заболевания, прогноз, ожидаемую пользу, наличие сопутствующих заболеваний, возможные осложнения и их влияние на качество жизни, **а также учесть предпочтения пациента**».
- 6.6. Отказ от выполнения требований КР АОР «Рак желудка»: «3.3.4. Лекарственная терапия 2-й и последующих линий. Добавление к еженедельному паклитакселу рамуцирумаба (анти-VEGFR-2-анти-тело) достоверно улучшает объективный эффект, выживаемость без прогрессирования и общую выживаемость по сравнению с одним паклитакселом. Рамуцирумаб в монотерапии также продемонстрировал достоверное улучшение общей выживаемости по сравнению с оптимальной симптоматической терапией, однако предпочтительнее его назначение в комбинации с паклитакселом, если же ранее у пациента отмечалось прогрессирование болезни на таксанах – то с иринотеканом или режимом FOLFIRI».
- 6.7. Отказ от выполнения требований КР АОР «Рак прямой кишки»: «3.1. Предоперационное лечение. В период интервала до хирургического лечения предпочтительно проведение консолидирующей ХТ по схеме FOLFOX (не более 9 курсов) или XELOX (не более 6 курсов) (капецитабин 2 000 мг/м² в сутки внутрь с 1-го по 14-й день, оксалиплатин 130 мг/м² в 1-й день в/в капельно, каждые 3 недели). 3.7. Паллиативная ХТ. При сочетании мутации в гене BRAF и MSI-H предпочтение отдается иммунотерапии: комбинации ипилимумаба с ниволумабом или пембролизумабу или ниволумабу в монорежиме».

6.8. Отказ от выполнения требований КР АОР «Рак па-ренхимы почки» (ПКР): «3.4.2.3.2. Алгоритм выбора режима лекарственной терапии у пациентов с мест-но-распространенным неоперабельным и диссемини-рованным ПКР. В 1-й линии терапии с ПКР группы хорошего прогноза IMDC рекомендуется предпоч-тительное назначение комбинации пембролизумаба с #акситинибом (пембролизумаб в дозе 200 мг в/в ка-пельно 1 раз в 3 недели в комбинации с акситинибом 5 мг 2 раза в сутки перорально ежедневно) или моно-терапии пазопанибom, или монотерапии сунитини-бом. В 1-й линии терапии ПКР групп промежуточного и плохого прогноза IMDC рекомендуется предпочти-тельное назначение комбинации ниволумаба с ипи-лимумабом или комбинации пембролизумаба с акси-тинибом (пембролизумаб в дозе 200 мг в/в капельно 1 раз в 3 недели, 56 акситиниб 5 мг 2 раза в сутки перорально ежедневно). В терапии пациентов с ПКР всех групп прогноза IMDC, имеющих резистентность к антиангиогенной терапии TKI или с антителами к VEGF, рекомендуется предпочтительное назна-чение монотерапии ниволумабом или монотерапии кабозантинибом. В терапии пациентов с ПКР всех групп прогноза IMDC, резистентных к цитокиновой терапии, рекомендуется предпочтительное назна-чение монотерапии акситинибом или монотерапии пазопанибom. Таблица П4. Алгоритм выбора режима лекарственной терапии у пациентов с ПКР.

Режимы предпочтения:

1. Предшествующего лечения не было:
 - хороший прогноз: Пембролизумаб + акситиниб; Пазопаниб; Сунитиниб;
 - промежуточный прогноз: Ниволумаб + ипили-мумаб; Пембролизумаб + акситиниб;
 - плохой прогноз: Ниволумаб + ипилимумаб; Пембролизумаб + акситиниб.
 2. Антиангиогенная терапия: Ниволумаб; Кабо-зантиниб.
 3. Иммунотерапия цитокинами: Акситиниб; Па-зопаниб».
- 6.9. Отказ от выполнения требований КР АОР «Рак под-желудочной железы»: «3.1. Режимы предоперацион-ной ХТ представлены в таблице 4. Предпочтительны-ми режимами (при отсутствии противопоказаний) являются FOLFIRINOX или комбинации гемцитабина и паклитаксела + альбумина. При наличии у паци-ентов мутаций в генах BRCA или PALB2, оптималь-ным является применение комбинации FOLFIRINOX или комбинации гемцитабина с соединениями плати-ны. 3.2 Консервативное лечение. Предпочтитель-

ными режимами предоперационной терапии (при от-сутствии противопоказаний) являются FOLFIRINOX или комбинации гемцитабина и паклитаксела + аль-бумина. При наличии у пациентов мутаций в генах BRCA или PALB2, оптимальным является применение комбинации FOLFIRINOX или комбинации гемцита-бина с соединениями платины. При выборе режима ХТ следует учитывать следующие данные: общее состояние пациента, возраст, наличие осложнений опухолевого процесса и серьезных сопутствующих заболеваний. Наиболее предпочтительным режимом адъювантной ХТ является режим mFOLFORINOX, при противопоказаниях к его применению – комбина-ция GEMCAP, а при невозможности ее применения – монотерапия гемцитабином или фторурацилом/ка-пецитабином. У пациентов, которым невозможно проведение адъювантной ХТ mFOLFIRINOX, предпоч-тительным режимом является GEMCAP».

При выявлении указанных выше дефектов экс-перт качества онкопомощи должен констатировать ненадлежащее качество оказанной онкологической помощи по критериям пункта 21 статьи 2 Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и части 6 статьи 40 Закона РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»:

- несвоевременная оценка эффективности лекар-ственной терапии (до начала терапии и в установ-ленные сроки в период терапии), создающая риск прогрессирования ЗНО ввиду неэффективной ле-карственной терапии в отсутствие контроля ее эф-фективности и своевременной замены неэффек-тивной терапии, а также несвоевременная замена неэффективной терапии;
- отсутствие или неправильный выбор методов оценки эффективности лекарственной терапии (до начала терапии и в установленные сроки в пе-риод терапии), создающие риск прогрессирова-ния ЗНО ввиду неэффективной лекарственной терапии в отсутствие контроля ее эффективности и своевременной замены неэффективной тера-пии;
- недостижение степени запланированного резуль-тата – прогрессирование ЗНО ввиду неэффектив-ной лекарственной терапии в отсутствие контроля ее эффективности и своевременной ее замены.

Список использованной литературы имеется в ре-дакции и может быть запрошен у авторов.

ПРОФСОЮЗ – ЭТО КАЖДЫЙ ИЗ НАС И ВСЕ МЫ ВМЕСТЕ



Каждый день работы профсоюзного комитета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) не похож на другой: сотрудники приходят за помощью со своими бедами, делятся радостью... Что может быть важнее, чем в трудную минуту протянутая рука помощи? Это подразумевает не только материальную, но и юридическую помощь, урегулирование конфликтов. Работа ориентирована на каждого члена профсоюзной организации, на то, чтобы в коллективе поддерживались дружная атмосфера и взаимопонимание и чтобы каждый мог раскрыть свои таланты и способности. Председатель Первичной профсоюзной организации ФОМС Галина Антонова подвела итоги деятельности за первый квартал текущего года.

Сотрудники, входящие в состав профсоюзной организации ФОМС, составляют активную и очень работоспособную команду. Проводимые культурно-массовые и физкультурно-оздоровительные мероприятия способствуют позитивной обстановке и снижают психоэмоциональное напряжение. Коллектив ФОМС большой, все сотрудники очень разные, творческие, с разными вкусами и жизненным опытом, и поэтому проводить мероприятия и праздники удается неординарно и интересно.

Значимым событием стало участие нашего коллектива в преддверии Дня защитника Отечества в митинге-концерте «Слава защитникам Отечества», посвященном участникам специальной военной операции. Среди десятков тысяч гостей на трибунах Олимпийского комплекса «Лужники», в том числе активистов молодежных и патриотических организаций, присутствовали и сотрудники ФОМС – все, кто пришел по зову сердца поддерживать наших бойцов. На сцене были любимые артисты, звучали песни и стихи, пропитанные любовью к Родине.



Кульминацией праздника стало выступление главы государства Владимира Путина.

В рамках помощи участникам специальной военной операции сотрудники ФОМС приняли участие в двухдневном фестивале «Благо своими силами» в Парке искусств «Музеон». На фестивале были развернуты площадки с мастер-классами по оказанию первой медицинской помощи, изготовлению окопных свечей, маскировочных сетей. Все средства, собранные во время фестиваля, а также письма, открытки, вещи

и продукция, изготовленная его участниками, были направлены в зону проведения СВО.

Сотрудники ФОМС приняли участие в работе заседания круглого стола «Герои Отечества» в Московском доме национальностей, а также постоянно принимают активное участие в благотворительной акции «Своих не бросаем» в целях оказания помощи участникам специальной военной операции, находящимся на лечении в госпиталях.



Более 20 мероприятий состоялось в первом квартале текущего года. Уже традиционными стали участие в благотворительных акциях, посещение подшефных детских домов, трудовые десанты.

Организация досуга после рабочего дня и в выходные дни – это наверно, самая благодарная вещь. Сотрудники ФОМС посетили 8 театральных постановок, два концерта классической музыки, принимали участие как болельщики в футбольных матчах и мастер-классах по рисованию.



Посетили выставки к 150-летию со дня рождения выдающегося импресарио Сергея Дягилева и к 150-летию основоположника советской школы искусствознания и реформатора музейного дела Игоря Грабаря в Третьяковской галерее.



Слаженная работа, интересная общественная жизнь, ответственный неформальный подход к каждому начинанию в коллективе – результат совместной работы с руководством ФОМС. По всем направлениям своей деятельности профсоюзный комитет активно и плодотворно сотрудничает с руководством. Мне как председателю Первичной профсоюзной организации ФОМС очень повезло, что у нас подобрался такой коллектив неравнодушных и инициативных людей.

Галина Антонова

Работа в профсоюзной организации является серьезной и ответственной. Профсоюз – это единомышленники, друзья, коллеги, защита и поддержка в трудную минуту, солидарность и своевременная помощь. Отдавая свои силы общественной профсоюзной работе, сам становишься сильнее.

НОВЫЕ КАДРОВЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл



Гурьянова Марина Александровна, 1979 года рождения, назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл на основании распоряжения Правительства Республики Марий Эл от 14.03.2023 № 212-р.

М.А. Гурьянова в 2001 году окончила Московский открытый социальный университет по специальности «Юриспруденция». В 2018 году – Учреждение высшего образования «Университет управления «ТИСБИ» г. Казань, по специальности «Экономика», присвоена квалификация «Бакалавр».

С 1998 по 1999 год – юрисконсульт Лечебно-профилактического муниципального учреждения здравоохранения «Городской травматологоортопедический диспансер».

С 1999 по 2001 год – юрисконсульт Лечебно-профилактического муниципального учреждения здравоохранения «Городская поликлиника № 1» г. Йошкар-Ола.

С 2001 по 2001 год – главный специалист по правовым вопросам Открытого акционерного общества «Йошкар-Олинский комбинат хлебопродуктов».

С 2001 по 2006 год – ведущий юрисконсульт Лечебно-профилактического муниципального учреждения здравоохранения «Городская поликлиника № 1».

С 2006 по 2017 год – главный специалист – юрисконсульт, начальник отдела правового и кадрового обеспечения – юрисконсульт Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл.

С 2017 года по 16.03.2023 – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Марий Эл.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Брянской области



Зайцева Маргарита Анатольевна, 1971 года рождения, назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области на основании распоряжения Губернатора Брянской области от 06.02.2023 № 63-рг.

М.А. Зайцева в 1993 году окончила Санкт-Петербургский торгово-экономический институт по специальности «Экономика и управление в торговле и общественном питании».

С 1993 по 1994 год – инспектор, старший инспектор Брянского филиала БТФОМС.

С 1994 по 2011 год – главный специалист, зав. сектором, и.о. начальника отдела, начальник контрольно-ревизионного отдела Брянского филиала БТФОМС.

С 2011 по 05.02. 2023 – заместитель директора ТФОМС по экономическим вопросам, первый заместитель директора ТФОМС.

Имеет благодарности Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Награждена почетной грамотой и нагрудным знаком Брянской областной Думы и почетной грамотой Брянского территориального фонда обязательного медицинского страхования.

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 waste – management practices vary across Canada // CMAJ. – 2011. – Vol. 21, № 3. – P. 138-141.

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

IV. Иллюстрации

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

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

