

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

05
41

В ближайшие три года предусматривается беспрецедентный рост ресурсов ОМС

Реабилитация – конституционная гарантия государства и законное право пострадавших с последствиями боевой травмы. Методы и экспертный контроль реабилитации в системе ОМС



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

06/23

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 6, 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. Рoшаль – 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 11.12.2023.

Отпечатано в типографии «Роликс»
Адрес типографии: 117105, г. Москва, Нагорный пр., д. 7, стр. 5
Тираж: 1178 экз. Номер заказа: 136704
Дата выхода журнала: 21.12.2023
Формат: 205 x 275 мм. Объем: 58 полос

Адрес редакции:

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

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

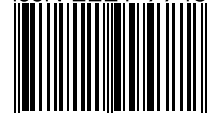
Выходит 1 раз в два месяца с 2006 года
Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия
Регистрационный номер ПИ № ФС77-23840 от 28 марта 2006 года

16+

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

В ближайшие три года предусматривается
беспрецедентный рост ресурсов ОМС 5

Сотрудники ТФОМС
приняли участие в семинаре
для главных бухгалтеров 10

30 ЛЕТ ФОМС – СОХРАНЯЯ САМОЕ ЦЕННОЕ

• ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ФОНДЫ ОМС

Директор ТФОМС Краснодарского края
Надежда Губриева: 30 лет на страже здоровья 12

• ОМС В ЛИЦАХ

Директор ТФОМС Рязанской области
Елена Манухина: Система ОМС – не сторонний
наблюдатель, а активный участник процессов
преобразования и модернизации 16

• СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Заместитель генерального директора
ООО «СМК РЕСО-Мед» Тимур Гизитдинов:
Новые горизонты в медицинском страховании 22

• СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ ОМС

Из истории становления
медицинского страхования в России 25

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

К.Н. Звоник
ТФОМС Санкт-Петербурга:
Путь к совершенствованию системы ОМС
через инновации 29

ПРОФИЛАКТИКА И ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ КОРРУПЦИИ В ТФОМС

А.В. Данилов, Ю.С. Байдакова, Л.А. Гришина
Меры по предупреждению коррупции
в организациях и практика их реализации
в ТФОМС Воронежской области 37

ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

А.А. Старченко, А.В. Устюгов
Реабилитация – конституционная гарантия
государства и законное право пострадавших
с последствиями боевой травмы:
Часть 2 – методы и экспертный контроль
реабилитации в системе ОМС 41

Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

Примите мои самые искренние и сердечные поздравления с наступающим 2024 годом! Традиционно, в преддверии Нового года мы вспоминаем о самых ярких событиях года уходящего, подводим его итоги. Могу с уверенностью сказать, что в 2023 году произошли важные перемены к лучшему в отечественном здравоохранении.

В ушедшем году мы отметили 30-летие системы ОМС. За эти годы обязательное медицинское страхование доказало свою состоятельность и стало неотъемлемой частью российского здравоохранения, его экономическим стержнем.

Федеральный фонд ОМС обеспечивает стабильное финансирование важнейших мероприятий по оказанию медицинской помощи. Основными нашими приоритетами сегодня являются первичное звено и профилактические мероприятия. Ведь от качественной, своевременной, доступной амбулаторной помощи зависит очень многое во всей системе здравоохранения, и прежде всего – здоровье наших пациентов. Доля первичной медико-санитарной помощи ежегодно увеличивается в общей структуре финансового обеспечения медпомощи. В 2023 году она составила 39%.

В ближайшие три года предусматривается беспрецедентный рост ресурсов ОМС. Общий объем доходов бюджета ФОМС на 2024 год планируется в размере 3,7 трлн руб., в 2026 году доходы превысят 4 трлн руб.

На реализацию базовой программы ОМС в субъектах Российской Федерации в 2024 году будет направлена субвенция в размере 3,1 трлн руб. с наибольшим ежегодным приростом за последние шесть лет – на 13,6%. Всего за три года субвенция возрастет на 812,5 млрд руб., или почти на 30%.

В базовой программе не только увеличены нормативы потребления медицинской помощи и размер финансирования амбулаторного звена, но также изменен механизм оплаты профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения. Теперь они оплачиваются за единицу объема медицинской помощи. Это позволит эффективнее расходовать средства ОМС и мотивировать медицинские организации на работу с населением.

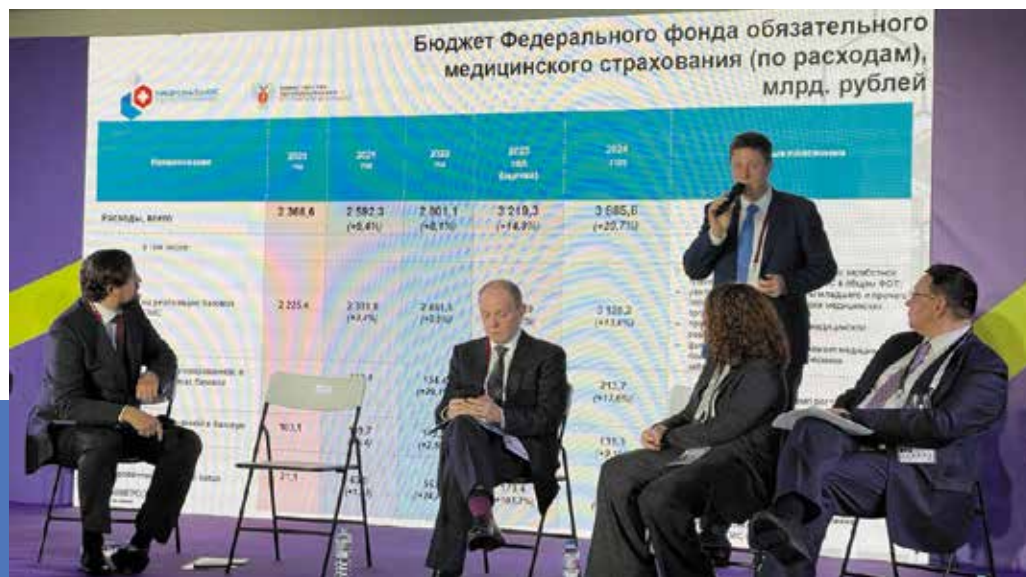
Особое внимание мы уделяем цифровой трансформации системы ОМС, которая направлена на обеспечение возможности предоставления гражданам услуг в цифровом виде, а также на повышение прозрачности и эффективности системы ОМС в целом. Это одна из задач государственного управления и национальной безопасности, которые реализуются в рамках федеральных проектов, входящих в структуру нацпроектов «Здравоохранение» и «Демография», и федерального проекта создания единого цифрового домена в здравоохранении.

В 2024 году нам многое предстоит сделать по этим и другим важным направлениям. Уверен, вместе мы справимся со всеми задачами. Желаю вам и вашим близким счастья, положительных эмоций, душевной гармонии, добра и благополучия! С Новым годом!

Илья Баланин,
председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования



В БЛИЖАЙШИЕ ТРИ ГОДА ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ БЕСПРЕЦЕДЕНТНЫЙ РОСТ РЕСУРСОВ ОМС



Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Илья Баланин в рамках 2-го Национального конгресса «НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – 2023» представил основные параметры Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которые будут являться основой работы на 2024 год.

Формируемые ресурсы системы обязательного медицинского страхования (ОМС) напрямую зависят от прогнозных параметров социально-экономического развития Российской Федерации. Минздравом России и Федеральным фондом ОМС (ФОМС) принимаются максимально возможные меры по увеличению объема средств, направляемых на оказание медицинской помощи, обеспечивающих ее качество и доступность.

Общий объем доходов бюджета ФОМС на 2024 год планируется в размере 3,7 трлн руб. Расходы бюджета ФОМС запланированы на 2024 год в объеме 3,9 трлн руб. С 2020 года ресурсы бюджета возрастут более чем на 1 трлн руб., что способно обеспечить выполнение социальных обязательств, планируемых в Программе государственных гарантий бесплатного оказания граж-

данам медицинской помощи (ПГТ) в расширяющихся масштабах. На реализацию базовой Программы ОМС в субъектах Российской Федерации в 2024 году будет направлена субвенция в размере 3,1 трлн руб. с наибольшим ежегодным приростом за последние годы – на 13,6%.

Также основным элементом в структуре расходов ФОМС является финансирование федеральных медицинских организаций (ФМО). Значительный рост затрат (на 13,6%) на оказание медицинской помощи в рамках базовой Программы ОМС ФМО обусловлен увеличением доли высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) и доли сложных, тяжелых случаев лечения в общем объеме медицинской помощи, оказанной такими организациями. Одним из немаловажных элементов структуры расходов ФОМС

Бюджет Федерального фонда ОМС (по расходам), млрд руб.

Наименование	2020 год	2021 год	2022 год	2023 год (оценка)	2024 год	Основные пояснения
Расходы, всего	2 368,6	2 592,3 (+9,4%)	2 801,1 (+8,1%)	3 219,3 (+14,9%)	3 885,8 (+20,7%)	
в том числе:						
Субвенция на реализацию базовой программы ОМС	2 225,4	2 301,8 (+3,4%)	2 461,3 (+6,9%)	2 746,9 (+11,6%)	3 120,2 (+13,6%)	<ul style="list-style-type: none"> сохранение целевых показателей по заработной плате, с учетом доли средств ОМС в общей ФОТ; увеличение заработной платы младшего и прочего персонала, остальные расходы медицинскими организациями на ИТЦ; проведение мероприятий по медицинской реабилитации; финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями
Оказание ФГУ специализированной, в том числе ВМП, в рамках базовой программы ОМС	-	119,4	154,4 (+29,3%)	188,1 (+21,8%)	213,7 (+13,6%)	увеличение расходов на темп роста подушевого норматива
Оплата ВМП, не включенной в базовую программу ОМС	103,1	109,7 (+6,4)	112,5 (+2,6%)	120,3 (+6,9%)	131,3 (+9,1%)	увеличение расходов на темп роста заработной платы и ИТЦ
Нормированный страховой запас	21,1	45,0 (+113,3)	56,1 (+24,7%)	170,4 (+188,7%)	257,6 (+51,2%)	<ul style="list-style-type: none"> оказание медицинской помощи застрахованным лицам в новых регионах; устранение кадрового дефицита; стимулирующие выплаты за выявление онкологических заболеваний; развитие ГИС ОМС

является оплата ВМП вне базовой программы ОМС.

С 2017 года ФОМС осуществляется прямое финансирование федеральных клиник (с 2020 года – также и частных медицинских организаций) для оказания высокотехнологичной медицинской помощи вне базовой программы ОМС, которая включает в себя наиболее сложные, дорогостоящие и менее растражированные методы ВМП для лечения тяжелых заболеваний.

Кроме того, в структуре расходов бюджета фонда выделен нормированный страховой запас, запланированный на:

- оказание медицинской помощи

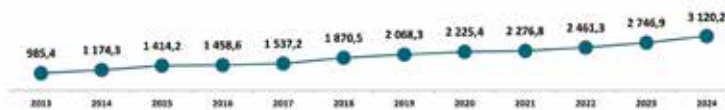
застрахованным лицам в новых регионах;

- устранение кадрового дефицита;
- стимулирующие выплаты за выявление онкологических заболеваний;
- развитие Государственной информационной системы (ГИС) ОМС.

Для обеспечения финансовой устойчивости необходимо разумно и эффективно использовать доступные ресурсы. Это подразумевает ясное определение приоритетных направлений развития и расходования средств, чтобы удовлетворить требования и потребности наиболее важных областей.

Финансовое обеспечение системы ОМС в 2013–2024 гг.

В 2024 году будет достигнут наибольший рост субвенции за 5 лет +373,3 млрд руб. (113,6%)



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



Увеличено финансирование в связи с введением коэффициента доступности медицинской помощи, который позволяет учесть более равномерное распределение субвенции в зависимости от расселения на территории РФ, млрд руб.



За счет субвенции обеспечены:

- Обеспеченность ТПОМС
- Бюджетность ТПОМС
- Зарплата плат в медицинских работников по Указу Президента РФ № 597
- Равная доступность для граждан бесплатной медицинской помощи

За счет введения коэффициента доступности у 25 субъектов Российской Федерации увеличилось финансирование

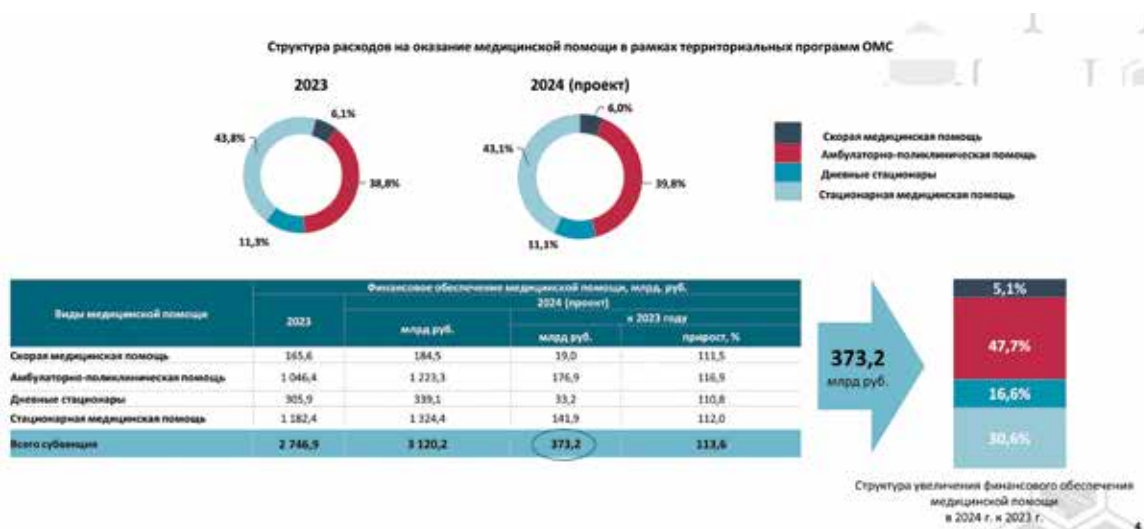
2024 год будет отмечен самым значительным увеличением субвенции за 5 лет – +373,3 млрд руб., которое обеспечит:

- целевые показатели по заработной плате с учетом доли средств ОМС в общем фонде оплаты труда;
- увеличение остальных расходов медицинских организаций на индекс потребительских цен.

Решением Правительства Российской Федерации в расчет субвенции введен новый коэффициент доступности медицинской помощи, который

и улучшении медицинской помощи, предоставляемой в амбулаторных условиях. В 2024 году ожидается сохранение данного тренда. Основное внимание и ресурсы будут направлены на развитие и модернизацию амбулаторных учреждений, чтобы обеспечить населению широкий доступ к высококачественной медицинской помощи вне стационарных условий. Для этих целей финансирование амбулаторного звена увеличено на 176,9 млрд руб. (или около 17%). Доля расходов на скорую медицинскую помощь, а также медицинскую помощь, оказываемую в условиях днев-

Структура расходов на оказание медицинской помощи



учитывает особенности регионов с низкой плотностью населения и наличием труднодоступных и отдаленных местностей. Введение нового коэффициента обеспечивает увеличение субвенции в 2024 году на 22,4 млрд руб. и выравнивает распределение субвенции по регионам с учетом указанных особенностей. Это регионы Северо-Западного, Сибирского, Дальневосточного федеральных округов. Помимо этого, ежегодно принимаются дополнительные меры по стабилизации финансового обеспечения системы ОМС.

На протяжении последних лет наблюдается устойчивая тенденция в базовой Программе ОМС, где основной акцент делается на приоритетном развитии

ного стационара и в стационарных условиях, осталась примерно на уровне 2023 года. При этом обеспечен рост финансового обеспечения на указанную медицинскую помощь.

В Программе госгарантий для исполнения национального проекта «Здравоохранение» заложено прохождение профилактического медицинского осмотра или диспансеризации 70% населения. Программой госгарантий предусмотрено выравнивание подушевых нормативов финансирования для городских и сельских медицинских организаций, что также окажет значительное влияние на стабильную работу сельской медицины. Нормативы финансовых затрат на профилактические осмотры и диспансеризацию

увеличены и включают в том числе дополнительное исследование на антитела к вирусу гепатита С и профилактические мероприятия для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин.

Впервые выделены нормативы объема диспансерного наблюдения по сахарному диабету, болезням системы кровообращения и онкологии. Пациенты с данными хроническими заболеваниями смогут осуществить более 33 млн комплексных посещений узкопрофильных специалистов для профилактики обострений заболеваний и предупреждения их осложнений. При проведении маммографических исследований стало возможно применение технологий искусственного интеллекта. Усилена роль телемедицинских консультаций для приближения ко всем гражданам вне зависимости от региона узкопрофильной квалифицированной помощи, оказываемой в том числе и ведущими научными центрами страны. С целью индивидуального подхода к диагностике и лечению больных с онкологическими заболеваниями на 15% увеличены объемы для молекулярно-генетических и патолого-анатомических исследований.

Впервые за счет средств ОМС для комплексной оценки состояния здоровья пациента предусмотрена возможность проведения консультирования медицинским психологом. Объемы медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях увеличились по сравнению с 2023 годом более чем на 5%. С опережением показателей Минэкономразвития России проиндексированы нормативы финансовых затрат на оказание скорой медицинской помощи.

В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, почти на 3% по сравнению с 2023 годом увеличилась доступность процедур экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). При этом установлены дополнительные критерии качества медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. Пересчитаны нормативы финансовых затрат для лечения вирусного гепатита С в дневном стационаре.

В дневном и круглосуточном стационарах лечение по профилю «Онкология» смогут пройти на более чем 200 тыс. пациентов больше, чем в 2023 году. Кроме того, будут установлены обязательные условия по проведению молекулярно-генетических исследований для назначения отдельных таргетных лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии. Значительно увеличены тарифы на проведение лапароскопических операций.

Продолжена работа по переводу растиражированных методов ВМП в базовую программу ОМС. Большее количество женщин сможет получить лечение с применением сложных и технологически затратных методов лечения по акушерству и гинекологии, а дети – поликомпонентное лечение дорогостоящими генно-инженерными биологическими препаратами. Пристальное внимание будет уделено бесперебойности организации оказания медицинской помощи во внеочередном порядке ветеранам боевых действий.

В части специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой ФМО, увеличены нормативы финансовых затрат и нормативы объема по профилю «Онкология», нормативы объемов по ЭКО. Изменены подходы к установлению коэффициента специфики оказания медицинской помощи в целях стимулирования ФМО к оказанию медицинской помощи пациентам с затратно-тяжелыми случаями заболеваний.

За прошедшие годы с момента прямого финансирования федеральных клиник установлены прозрачные показания для получения специализированной медицинской помощи в таких организациях, а также предусмотрена возможность застрахованного лица для самостоятельного обращения при наличии результатов исследований и медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи, что, несомненно, способствовало увеличению потока пациентов в ФМО, а также росту объемов и стоимости оказываемой медицинской помощи. Существенный рост финансирования федеральных

организаций обусловлен как увеличением доступности медицинской помощи, так и иными механизмами, направленными на увеличение тарифов на оплату медицинской помощи. Данная мера позволила увеличить долю затратно-сложных случаев медицинской помощи в общем объеме медицинской помощи, оказываемой ФМО, с 22% в 2019 году до 43,8% в текущем году.

До 2021 года наблюдалась тенденция к оказанию медицинской помощи на территории страхования, что не всегда учитывало приоритет интересов пациента. После перехода ФМО на прямое финансирование из бюджета ФОМС отмечается тенденция к экстерриториальному принципу оказания медицинской помощи. Так, выросла доля иногородних пациентов в общем объеме оказанной медицинской помощи с 28,7% в 2019 году до 36,5% в 2023 году. При этом в национальных медицинских исследовательских центрах доля иногородних в 2023 году составляет 59%.

Еще одним существенным изменением в отношении оказываемой ФМО медицинской помощи стало погружение в базовую программу ОМС перечня видов ВМП с использованием ряда уникальных

методов лечения. В 2022 году перечень содержал восемь методов, из них шесть применялись при сердечно-сосудистой хирургии и два – при трансплантации органов. В 2023 году перечень уникальных методов лечения содержит уже девять методов, стоимостью от 1,6 до 8,3 млн руб. Данная помощь будет оказываться и в 2024 году. Таким образом, у застрахованных граждан появилась возможность получения уникальной и дорогостоящей медицинской помощи бесплатно по полису ОМС. Таким образом, переход ФМО на финансирование из бюджета ФОМС благотворно повлиял на увеличение доступности оказания медицинской помощи застрахованным лицам в ФМО, в том числе вне зависимости от территории страхования.

В настоящее время бюджет фонда является главным средством финансового обеспечения задач и функций государства в сфере ОМС и здравоохранения в целом. Он играет ключевую роль в обеспечении сбалансированности и устойчивости системы здравоохранения. Для каждого гражданина Российской Федерации обеспечена равная доступность бесплатной медицинской помощи.

СОТРУДНИКИ ТФОМС ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ В СЕМИНАРЕ ДЛЯ ГЛАВНЫХ БУХГАЛТЕРОВ



30 ноября – 1 декабря 2023 года в г. Москве прошел семинар для главных бухгалтеров и руководителей финансовых служб Территориальных фондов обязательного медицинского страхования на тему «Вопросы управления государственными финансами в 2024 году в системе обязательного медицинского страхования» при участии Учебного центра «Бюджет».

В работе семинара приняли участие представители Минфина России: Сивец Светлана Викторовна, заместитель директора Департамента бюджетной методологии и финансовой отчетности в государственном секторе, Бычков Станислав Сергеевич, заместитель директора Департамента бюджетной методологии и финансовой отчетности в государственном секторе, Морозова Юлия Михайловна, начальник отдела методологии отчетности в государственном секторе, Леонтьева Елена Александровна, начальник отдела методологии государственного (муниципального) финансового контроля, Фетисова Татьяна Александровна, ведущий эксперт отдела методологии отчетности в государственном секторе.

С приветственным словом выступили начальник Управления бухгалтерского учета и отчетности – главный бухгалтер ФОМС Коваленко Оксана Николаевна и руководитель объединенной редакции Издательского дома «Бюджет» Дзгоев Валерий Дмитриевич.

В ходе семинара основными темами для обсуждения стали вопросы исполнения бюджетов системы ОМС в 2023 году, новации 2024 года, ведения бюджетного учета Территориальными фондами ОМС, особенности формирования бухгалтерской отчетности за 2023 год и ее представления в 2024 году, практического применения федеральных стандартов, новые правила проведения инвентаризации, особенности формирования графика документооборота, изме-



нения положений Инструкций по бухгалтерскому (бюджетному) учету, развития нормативной базы ведения бухгалтерского учета.

Также обсуждались актуальные вопросы системы финансового контроля и аудита в Российской Федерации,

Особое внимание было уделено теме формирования учетной политики организациями бюджетной сферы в целях перехода на применение новых унифицированных электронных форм документов: новые правила, требования, порядок оформления



оптимизации контрольно-аудиторской деятельности в финансово-бюджетной сфере, квалификации финансовых нарушений и типовые нарушения при проверке организаций государственного сектора.

документов в электронной форме, проблемные вопросы переходного периода, новые требования к аналитике, корреспонденции по отдельным хозяйственным операциям.

30 ЛЕТ ФОМС – СОХРАНЯЯ САМОЕ ЦЕННОЕ



ДИРЕКТОР ТФОМС КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ НАДЕЖДА ГУБРИЕВА: 30 ЛЕТ НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ



Системе обязательного медицинского страхования (ОМС) в Краснодарском крае исполнилось 30 лет. За это время Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Краснодарского края прошел этапы становления, нарастив потенциал и став экономической основой здравоохранения региона. О слаженной и надежной системе ОМС, которая успешно справляется с вызовами времени и помогает сделать медицину доступнее и качественнее и без которой невозможно представить современное здравоохранение, рассказывает директор ТФОМС Краснодарского края Надежда Губриева.

Стержень системы здравоохранения

30 лет – срок по историческим меркам небольшой, но такой весомый по важности решенных задач. Начнем с главной – это сохранение бесплатной медицины. Введение ОМС в крае практически совпало с формированием системы в стране.

Для Кубани как всероссийской здравницы это было особенно важно. Вслед за принятием Закона РФ от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» на Кубани

в мае 1993 года был образован ТФОМС Краснодарского края. Переход к смешанной бюджетно-страховой модели финансирования сохранил здравоохранение как отрасль.

В муниципалитетах заработали филиалы фонда, начала формироваться база данных плательщиков страховых взносов. Сейчас это звучит обыденно, а тогда создание системы взаимодействия граждан, страховщиков и медучреждений было делом, схожим с миссией первопроходцев. Одновременно приходилось оснащать филиалы, обучать кадровый состав

и, конечно же, выполнять основную функцию по сбору и учету поступления страховых взносов, регистрации плательщиков.

В результате огромной проделанной работы и самоотдачи сотрудников Краснодарский край стал единственным регионом, который принял в систему ОМС все поликлиники, стационары. В нее вошли муниципальные, государственные и федеральные учреждения, а с 1995 года и негосударственные.

С тех пор фонд исправно обеспечивает жизнедеятельность медцентров, больниц, поликлиник и является гарантом бесплатной медпомощи и защиты прав пациентов. Обособленный от бюджета источник финансирования большей части видов лечения и подготовки медработников делает систему гибкой, бережет бесценные профессиональные кадры врачей, сохраняет медицинскую инфраструктуру.

Основной ресурс

Средства ОМС на сегодняшний день являются основным источником финансирования медицинских организаций. Объем средств ОМС, направляемых на здравоохранение Кубани, ежегодно увеличивается. В 2023 году доходы бюджета фонда составляют более 95 млрд руб.

Пациентоориентированность и превентивная медицина

Курс на пациентоориентированную модель ОМС был взят еще в 2015 году. Президент Российской Федерации Владимир Путин поручил завершить переход к страховым принципам в системе здравоохранения. Это означает не только своевременную и квалифицированную медицинскую помощь, но и качественное информирование на всех этапах, мотивацию к прохождению проверки здоровья и профилактике.

Для повышения уровня информированности по вопросам ОМС специалисты филиалов фонда проводят встречи с жителями, трудовыми коллективами, пациентами и медицинскими работниками.

Такой подход вписывается в общую траекторию, по которой система ОМС Кубани движется последние годы в рамках общероссийской тенденции. Большое внимание уделяется превентивной медицине – профилактическим мероприятиям, диспансеризации, выявлению заболеваний на ранних стадиях.

По итогам 2022 года в крае в рамках территориальной Программы госгарантий профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию прошли



В хуторе Большой Разнокол установили новый ФАП



В ауле Хаджико Лазаревского района начал работу новый офис ВОП



Капитальный ремонт здания поликлиники Абинской ЦРБ провели по программе «Модернизации первичного звена здравоохранения» нацпроекта «Здравоохранение»

свыше 1,8 млн жителей. Главная роль в этой работе отводится амбулаторному звену с акцентом на равной доступности медицинской помощи в крупных городах и небольших поселениях. В рамках проекта

«Модернизация первичного звена здравоохранения» в 2021–2022 годах в муниципалитетах построено 18 фельдшерско-акушерских пунктов, капитально отремонтированы 24 медицинские организации, начато строительство 8 поликлиник, приобретено более 660 единиц автотранспорта.

Благодаря увеличению объемов профилактической медицинской помощи, реабилитации и диспансеризации, выполняется основная задача по повышению продолжительности жизни.

Сегодня на всей территории Краснодарского края созданы единая система учета застрахованных лиц, реестры медицинских и страховых медицинских организаций, экспертов качества медицинской помощи.

За счет ОМС идет финансирование стационарной, амбулаторно-поликлинической, скорой медицинской помощи. Жители Краснодарского края бесплатно проходят профилактические осмотры, диспансеризацию, получают высокотехнологичную медицинскую помощь. У лечебных учреждений есть возможность приобретать оборудование, отправлять своих работников на повышение квалификации.

Сегодня в системе ОМС Кубани работают 211 медицинских учреждений.

В регионе три страховые медорганизации, численность застрахованных – около 6 млн человек. Чтобы выполнять одну из самых главных задач фонда и страховых компаний – защищать права населения в обеспечении качественной медпомощи, – ежедневно трудятся более 170 страховых представителей трех уровней.

Распределение компетенций дает возможность индивидуального подхода к пациентам. Забота представителей – консультации, рассмотрение обращений пациентов. В спорных ситуациях они оказывают правовую помощь и организуют экспертные мероприятия, связываясь для консультации с медицинскими экспертами.

Для качественной обратной связи и учета обращений в крае внедрен единый электронный журнал, работает круглосуточная «горячая линия». Обращения рассматриваются в день поступления, специалисты отвечают на все интересующие

вопросы. Результатом информатизации фонда стало создание «Единой информационной системы».

В центре – человек

Одной из основных функций фонда изначально стал контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Особое внимание уделено подготовке врачей-экспертов, для чего привлекли лучших специалистов.

Долгосрочные вложения в здоровье каждого

Из средств ТФОМС оплачиваются все виды плановой и экстренной медицинской помощи, от ранней профилактики и диагностики до высокотехнологичного лечения, процедур ЭКО и медицинской реабилитации.

Кроме того, из бюджета фонда выделяются средства медицинским организациям на решение кадровых вопросов, на закупку и ремонт оборудования, в том числе для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Самыми востребованными ее профилями в крае являются сердечно-сосудистая хирургия, офтальмология, травматология и ортопедия, онкология, нейрохирургия.

Краснодарский край – передовой регион в сфере охраны здоровья матери и ребенка. Резервом сохранения уровня рождаемости является лечение бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. В рамках территориальной Программы гостарантий в 2022 году объем медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий составил более 2,2 тыс. случаев применения.

Средства ОМС сегодня направляются не только на оказание медицинской помощи, но и на поддержку государственных программ и проектов. В рамках нацпроекта «Здравоохранение» это, в частности, «Борьба с онкологическими заболеваниями». Акцент – на раннем выявлении болезни и доступности

обследований. Финансовое обеспечение медицинской помощи онкобольным в рамках ОМС составило в этом году уже более 8 млрд руб.

Фонд активно участвует и в других программах, охватывающих все основные направления здравоохранения в крае – «Бережливая поликлиника», «Модернизация первичного звена» и многие другие.

Все эти программы помогают улучшить доступность и качество медицины в самых удаленных уголках Кубани, позволяют отремонтировать помещения, оснастить медицинские организации современным оборудованием, а также привлечь профессиональные кадры.

ОМС и медицина стали единым целым. Сотрудники фонда предоставляют Министерству здравоохранения Краснодарского края целый поток информации, после анализа которой принимаются управленческие решения. Представители системы ОМС общаются с пациентами, приглашают их на профилактические мероприятия.

Итогом системной работы стал показатель удовлетворенности населения Кубани медицинской помощью – по итогам 2022 года он составил 65%. Среднероссийский показатель при этом – 41,4%.

Мероприятие, посвященное 30-летию системы ОМС, ТФОМС Краснодарского края отметил торжественно, но скромно. За значительный вклад в становление и развитие ОМС в РФ, активную и добросовестную работу сотрудники были удостоены наград Федерального фонда ОМС. Им вручили ведомственные памятные знаки и благодарности министра здравоохранения Краснодарского края.

Впереди новые задачи, прежде всего это повышение качества и доступности медицинской помощи населению. А это значит, что фонд важен и нужен, и служба эта ответственна, трудна и жизненно необходима.

«Мы живем и работаем в уникальном многонациональном регионе. Благодаря слаженной работе на всех уровнях, Кубань становится не просто здравницей, но и центром медицинского туризма. Работает сеть санаторно-курортных учреждений, функционируют крупные клиники и центры. Это диктует особые требования к работе региональной службы охраны здоровья, реализации территориальной Программы госгарантий.

Вместе со всей страной мы идем к основной цели – повышению качества и доступности медицинских услуг, укреплению здоровья населения. Это, прежде всего, касается внедрения современных информационных систем, расширения Программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и укрепления материально-технической базы медицинских организаций.

Составляющие многолетней стабильной работы нашего фонда – высокий уровень компетентности и преданность делу. Хочу отметить огромный вклад всех коллег в решение общих задач. Впереди ответственная и масштабная работа по дальнейшему развитию системы ОМС. Уверена, что вместе мы успешно справимся с текущими вызовами и выполним намеченное».

Надежда Губриева,
директор ТФОМС Краснодарского края



ДИРЕКТОР ТФОМС РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЕЛЕНА МАНУХИНА: СИСТЕМА ОМС – НЕ СТОРОННИЙ НАБЛЮДАТЕЛЬ, А АКТИВНЫЙ УЧАСТНИК ПРОЦЕССОВ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ И МОДЕРНИЗАЦИИ



Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Рязанской области Елена Манухина в 2005 году пришла в фонд на должность заместителя директора по медицинским вопросам, а с 2017 года руководит организацией.

В стенах фонда особенная добрая атмосфера, а в кабинетах – по-домашнему уютно, много цветов и картин. Елена Васильевна знает о составе семей своих коллег, об их детях и внуках. И это не напускное – она действительно «болеет» за каждого в отдельности, сопереживает проблемам, искренне радуется новым достижениям.

Елена Манухина родилась и выросла в г. Рязани. Еще будучи подростком, она твердо решила, что будет помогать людям и посвятит свою жизнь медицине.

– Елена Васильевна, почему именно профессия врача?

– Профессия врача является одной из самых благородных и актуальна в любую эпоху человеческой истории. Быть врачом – это не просто профессия, это образ жизни и призвание, которое требует постоян-

ного совершенствования. Врач должен быть милосердным и добрым, потому что его работа значительно облегчает страдания больного, а иногда даже спасает его жизнь. Он должен быть ближе к своим пациентам и понимать, что несет ответственность за их благополучие, здоровье и судьбу.

В 1992 году, когда я окончила лечебный факультет Гродненского государственного медицинского института и начинала свою медицинскую дея-

тельность в Первой городской больнице г. Гродно, не было гаджетов, как у современного поколения. Решения необходимо было принимать самостоятельно и быстро, опираясь только на свои знания и клиническое мышление. Сейчас молодым специалистам работать гораздо проще – на онлайн-платформах всегда можно получить консультации и советы коллег. А ведь еще совсем недавно мы и представить не могли, что такое телемедицина.

– Кстати, расскажите немного о телемедицине.

– Законодательство о телемедицине в России появилось в 2017 году. Это приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». За эти годы в нормативных актах Правительства и Минздрава России было определено, какие именно услуги и в каком виде можно оказывать дистанционно (мессенджеры, видеосвязь, телефон, почта, социальные сети или специальные приложения), как это должно проходить в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и как вести учет пациентов. По-настоящему широкое распространение телемедицинские консультации получили во время пандемии, с 2020 года, когда система здравоохранения испытывала значительные трудности. Телемедицина повышает оперативность оказания медицинской помощи, а значит, значительно увеличиваются шансы пациента на выздоровление. Гражданину не нужно выезжать лишний раз, например, в областной центр, что важно и с точки зрения экономики семейного бюджета, и с точки зрения соблюдения санитарно-эпидемиологических требований. Добавлю, что когда мы говорим о телемедицине в системе ОМС, то речь в первую очередь идет о взаимодействии медицинских работников между собой. Кроме того, врачи рязанских медицинских организаций активно консультируются с федеральными медицинскими центрами, специалисты которых курируют наши клиники, участвуют в консилиумах, проводят виртуальные обходы. Телемедицина – это возможность для каждого жителя нашей области получить приоритетное медицинское обслуживание от профильного специалиста

вне зависимости от местонахождения пациента. Развитие телемедицины – один из шагов на большом пути восстановления нашей жизни после пандемии и перехода ее в новый формат.

– Да, Вы правы, система ОМС сегодня шагнула далеко вперед. А как все начиналось 30 лет назад?

– 21 июня 1993 года совместным решением Малого совета Рязанского областного Совета народных депутатов и главы Администрации Рязанской области был создан Рязанский областной фонд обязательного медицинского страхования, или РОФОМС, как мы раньше называли ТФОМС. Первая территориальная Программа госгарантий Рязанской области утверждена Постановлением главы Администрации Рязанской области от 28.02.1994 № 120 «О мерах по введению на территории Рязанской области обязательного медицинского страхования в 1994 году».

В системе ОМС региона начинали работать 8 страховых медицинских организаций, 74 медицинские организации (к концу 1995 года – 106 медицинских организаций) и 26 филиалов фонда. Заключались договоры с администрациями муниципальных образований на ОМС неработающего населения. Страховые медицинские организации (СМО) формировали страховое поле.

Для организации работы по выдаче полисов ОМС в регионе был разработан перечень категорий граждан, относящихся к неработающему населению, порядок выдачи полисов работодателями. При местных администрациях создавались комиссии по ОМС неработающих граждан.

Из года в год у ТФОМС появляются новые функции, которые делают его эффективным проводником важнейших направлений государственной социальной политики.

Безусловно, с внедрением ОМС произошли позитивные перемены в здравоохранении региона: изменились условия, в которых лечатся пациенты; в поликлиники и стационары поставлено необходимое современное оборудование; множество

врачей повысило свою квалификацию; с внедрением порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и медицинских стандартов изменился лечебный процесс; повысилась доступность высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), ЭКО; забота о повышении оплаты труда медицинских работников стала важной целью здравоохранения.

Система ОМС – не сторонний наблюдатель, а активный участник процессов преобразования и модернизации. Более 80% медицинской помощи в Рязанской области финансируется из средств ОМС, число медицинских организаций, участвующих в выполнении территориальной Программы госгарантий, пополняют медицинские организации негосударственной формы собственности, расширился тариф оплаты медицинской помощи, и практически все затраты на лечение больного возмещаются из средств ОМС. В настоящее время система финансирования устойчива и стабильна.

– 30 лет для системы – много или мало, достаточно для того, чтобы подводить итоги?

За три десятилетия система ОМС доказала, что является неотъемлемой и важной частью системы регионального здравоохранения. Среди главных задач участников системы ОМС – реализация прав граждан, предусмотренных законодательством Российской Федерации, гарантированное обеспечение бесплатного оказания медицинской помощи в рамках территориальной Программы госгарантий и базовой Программы ОМС.

Много это или мало – треть века? Это много, если говорить о проделанной работе по ежегодному финансированию территориальных программ ОМС и внедрению эффективных способов оплаты медицинской помощи, по защите прав застрахованных граждан и проведению экспертизы качества медицинской помощи, по внедрению стандартов медицинской помощи и контролю за целевым расходованием средств медицинскими организациями и СМО, по выполнению инновационных планов государственной политики.

Но 30 лет – мало, если говорить о «возрасте» системы, ее сравнительно недавнем становлении, раз-

витии и постоянном совершенствовании! Доверяя гибкой и финансово «прозрачной» системе ОМС, государство ежегодно возлагает на нее новые задачи, выполнение которых обеспечивает повышение доступности и качества оказания населению медицинской помощи.

Нужно отметить, что в условиях распространения новой коронавирусной инфекции система ОМС вполне доказала свою жизнеспособность и продемонстрировала умение адаптироваться под новые ситуации, когда важно максимально оперативно принимать решения.

Принципы системы ОМС направлены на эффективное использование ресурсов, повышение доступности и качества оказания медицинской помощи. В настоящее время активно внедряются направления деятельности по созданию пациентоцентричной страховой среды в региональном здравоохранении.

Значительное внимание уделяется расширению профилактического направления в здравоохранении: открыты центры здоровья, ежегодно увеличивается охват населения всеобщей диспансеризацией, в том числе углубленной диспансеризацией после перенесенной новой коронавирусной инфекции. Сейчас в России сложилась уникальная система, которая отличается широтой охвата. Каждый взрослый с 18 лет ежегодно имеет право на визит с профилактической целью. В системе ОМС мы вернулись к финансированию профилактических медицинских осмотров и диспансеризации за единицу объема медицинской помощи, в отличие от периода пандемии, когда стоимость профилактических мероприятий входила в состав подушевого норматива. Эта особенность позволит сделать профилактические мероприятия более эффективными, с высоким выявлением хронических заболеваний на ранних стадиях и наблюдением за диспансерной группой пациентов, что в конечном итоге должно привести к уменьшению смертности и увеличению средней продолжительности жизни населения.

Наиболее результативным является решение об оплате за счет средств ОМС ВМП, что обеспечило доступность этого вида медицинской помощи для населения в рамках территориальной Программы госгарантий.

На 2023 год для медицинских организаций запланировано 5 059 случаев ВМП на сумму 940 млн руб. с приростом 137,8 млн руб., или 17,2% к прошлому году, что говорит об интенсивном развитии ВМП в нашем регионе благодаря оснащению медицинских организаций современным оборудованием, повышению доступности для жителей Рязанской области ВМП.

В последние годы уделяется повышенное внимание оказанию медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями, на это направление существенно увеличено финансирование. Под пристальным вниманием также находятся пациенты с сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, увеличены объемы медицинской помощи пациентам с вирусным гепатитом С, которая включает дорогостоящую лекарственную терапию.

– Работаете ли Вы сейчас над чем-то принципиально новым?

– Конечно! Сегодня перед нами стоят две основные задачи по цифровизации системы – внедрение цифрового медицинского полиса и развитие Государственной информационной системы (ГИС) ОМС. Кроме этого, запланировано формирование цифрового медицинского профиля пациента в рамках развития ГИС ОМС. Необходимо создавать цифровой профиль здоровья каждого человека с самого рождения. Система ОМС, которая формирует экономику системы здравоохранения, должна строиться на достоверных прогнозах. Благодаря цифровым профилям пациентов возможно оценивать риски для здоровья, выстраивать планы профилактических мероприятий, формировать группы пациентов с хроническими заболеваниями, нуждающиеся в высокотехнологичных медицинских процедурах.

Информатизация позволит создать двустороннюю связь между пациентом и его лечащим врачом, чтобы не только застрахованный гражданин мог получить ряд организационных и консультационных услуг дистанционно, но и доктор постоянно был в курсе состояния здоровья своего пациента. С ноября текущего года Рязанская область вошла в число 10 регионов для реализации пилотного проекта по учету застрахованных лиц, оказанной медицинской помощи и сдаче счетов с применением федеральных подсистем ГИС ОМС «Федеральный персонифицированный учет медицинской помощи» и Федерального единого регистра застрахованных лиц. Концентрация всей медицинской информации о пациенте в одном месте – это еще одно успешное решение в управлении системой ОМС.

– Елена Васильевна, ни для кого не секрет, что сейчас для нашей страны непростой период, связанный со специальной военной операцией (СВО). Какую поддержку в этой ситуации оказывает здравоохранение?

– Президент России Владимир Владимирович Путин 3 апреля 2023 года утвердил создание специального государственного фонда «Защитники Отечества», который занимается оказанием помощи ветеранам СВО, участникам боевых действий на Донбассе, начиная с 2014 года, семьям погибших военнослужащих.

Система здравоохранения уже сориентирована на максимальную поддержку участников СВО. При этом совместно с руководством фонда «Защитники Отечества» готовятся мероприятия, позволяющие наладить эффективное взаимодействие по охране здоровья ветеранов СВО и членов их семей, разрабатываются необходимые нормативные правовые акты.

Медицинское обеспечение участников СВО и членов их семей регулируются Приказом Министерства здравоохранения Рязанской области от 01.02.2023 № 180 «Об оказании медицинской помощи инвалидам и ветеранам СВО и членам их семей на террито-

рии Рязанской области». Согласно данному приказу на территории региона проводится диспансеризация ветеранов и инвалидов СВО, членов их семей ежегодно до 20 апреля.

По результатам диспансеризации составляется индивидуальный комплексный план дальнейшего ведения пациента: кратность диспансерного наблюдения, нуждаемость в стационарном лечении, санаторно-курортное лечение, медицинская и социальная реабилитация, необходимость медико-социальной экспертизы, протезирование (в том числе зубопротезирование).

Посттравматические стрессовые расстройства и боевые психические травмы заметно влияют на структуру заболеваний, поэтому очень важно выявить их и начать терапию на самых ранних этапах.

Медицинскую помощь ветеранам и инвалидам СВО и членам их семей оказывают все государственные медицинские организации г. Рязани и Рязанской области.

Сотрудники нашего фонда тоже не остаются в стороне. Сейчас, как никогда, нашим солдатам важна поддержка родных, близких и просто неравнодушных людей. Благодаря активной гражданской позиции наших сотрудников и при участии профсоюзной организации в рамках проекта «Все для Победы!» для поддержки бойцов СВО неоднократно осуществлялся сбор денежных средств, товаров первой



необходимости, лекарственных препаратов. Приятным дополнением к посылкам в зону боевых действий стали рисунки детей и внуков моих коллег по фонду. Каждый из нас может и должен стать надежным тылом для тех, кто на передовой!

Хочу добавить, что уже на протяжении нескольких месяцев сотрудники фонда с интересом слушают лекции, раскрывающие сложные политические, экономические, исторические вопросы современности, организованные филиалом Российского общества «Знание» в Рязанской области во исполнение указания Президента РФ от 14.03.2023 № Пр-524.



– Вы упомянули профсоюзную организацию. Не каждый фонд ОМС может похвастаться наличием профсоюза.

– Да, нашей профсоюзной организации в этом году исполнилось 5 лет! В профсоюзе состоит 97% сотрудников. С появлением профсоюза в фонде жизнь коллектива заиграла новыми красками, ведь профсоюз скучать не дает! Наряду с традиционными походами в цирк и на новогодние представления организуются семейные кинопросмотры, поездки на концерты, что сплачивает коллектив, способствует развитию командного духа и объединению интересов!

Наша сборная принимает активное участие в спартакиадах медицинских работников Рязанской области. Стала доброй традицией производственная гимнастика в преддверии Дня физкультурника, который уже более 10 лет отмечается в нашей стране во вторую субботу августа. Значение праздника – показать роль спорта и здорового образа жизни для организ-



ма человека и приобщить подрастающее поколение к физической культуре. На своих личных примерах мы показываем, что, укрепляя здоровье с помощью физкультуры и спорта, мы совершенствуем и развиваем не только тело, но и дух. Воспитывается упорство в достижении цели, дисциплина, мужество, закаляется воля. Поэтому значение физкультуры и спорта в жизни общества трудно переоценить.

– Что бы Вы хотели сказать в заключение нашей беседы?

Системе ОМС России исполнилось 30 лет. ТФОМС Рязанской области конструктивно взаимодействует с Правительством области, Министерством здравоохранения, Росздравнадзором, РязГМУ Минздрава России и всеми участниками системы ОМС, являясь проводником государственной политики в регионе и надежным гарантом прав застрахованных граждан на получение доступной медицинской помощи надлежащего качества.



Особенно мне бы хотелось отметить коллектив фонда – это высокопрофессиональные, творческие сотрудники, с высоким интеллектуальным потенциалом и ответственностью, это единомышленники, работающие в одной команде, которые вызывают уважение и уверенность в будущем системы ОМС. Впереди всех нас ждет ответственная и масштабная работа по дальнейшему развитию системы ОМС. Уверена, что вместе мы успешно справимся с текущими вызовами и решим все стратегические задачи!



ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЕНЕРАЛЬНОГО ДИРЕКТОРА ООО «СМК РЕСО-МЕД» ТИМУР ГИЗИТДИНОВ: НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ В МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ



Актуальное состояние здравоохранения любой стране является одним из важнейших факторов для обеспечения благополучия граждан. Страховая медицинская организация ООО «СМК РЕСО-Мед» (РЕСО-МЕД) ведет работу по улучшению качества медицинской помощи для каждого гражданина, руководствуясь целями национального проекта «Здравоохранение».

С 1 декабря 2022 года граждане имеют право оформить цифровой полис обязательного медицинского страхования через портал государственных услуг, не обращаясь лично в страховое представительство. В связи с этим нововведением, еще более актуальной задачей в работе страховой компании с застрахованными становятся защита их прав, улучшение осведомленности по актуальным вопросам медицинского обслуживания, информационное сопровождение граждан и оперативная консультационная помощь в рамках спорных вопросов. РЕСО-МЕД обеспечи-

вает застрахованных знаниями, благодаря которым они могут отстаивать свои права в сфере получения медицинских услуг.

Компания играет одну из ключевых ролей в современной медицинской жизни России. Активно сотрудничает с органами власти, сферой здравоохранения и медицинскими учреждениями, помогая решать важные медицинские и социальные задачи. В рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» уделяет особое внимание комплексному информированию населения – категорически важно



повышать осведомленность застрахованных граждан о возможности прохождения диспансеризации и профилактических осмотров, о доступности медпомощи и функционале страховых представителей.

«Количество обращений в страховую компанию по состоянию на август 2023 года уже более чем в 2,5 раза превышает количество обращений, поступивших за весь 2022 год. Такая динамика говорит не только об информированности граждан о возможности удаленного консультирования, но и о доверии к страховым представителям компании как к эффективному инструменту решения проблем, возникающих в ходе получения медпомощи», – отметила руководитель Отдела защиты прав застрахованных РЕСО-МЕД **Екатерина Дегтярева**

Глобальная цель компании – здоровье граждан как приоритет общества

Именно поэтому команда РЕСО-МЕД проводит активно индивидуальную работу с застрахованным населением, использует все возможные каналы связи



для удобства клиентов: обратную связь на официальном сайте, e-mail, мессенджеры, телефонию, социальные сети. Это позволяет консультировать граждан даже в режиме онлайн, чтобы они могли своевременно получать гарантированный государством объем качественной медицинской помощи.

«По состоянию на 1 октября текущего года компания отправила свыше 10 млн сообщений с приглашением на профилактические мероприятия. Информирование осуществляется при помощи рассылки сообщений по e-mail и почте, а также с помощью телефонии и мессенджеров. Все эти усилия направлены на то, чтобы застрахованный помнил о своем здоровье и находил для него время в суматохе будней», – сообщила руководитель дирекции персонализированного учета информации по ОМС РЕСО-МЕД **Мария Останина**

Кроме того, важным этапом в развитии компании стало укрепление позиций на рынке страхования, в августе текущего года завершилось присоединение



ООО «МСК «МЕДСТРАХ» к РЕСО-МЕД. На 1 сентября 2023 года под страховой защитой компании находятся более 13 млн человек, филиальная сеть представлена в 14 регионах и насчитывает 800 действующих офисов.

«Укрупнение рынка страховых медицинских организаций в условиях повышенных требований и ужесточенного контроля деятельности – закономерный процесс. Подобная тенденция приведет к выживанию сильнейших игроков, которые способны предоставлять более качественные услуги по организации страхования. Именно такой компанией и является РЕСО-МЕД», – подчеркнул заместитель генерального директора РЕСО-МЕД Тимур Гизитдинов

Компания совместно с государственными структурами участвует в проектах по оптимизации медицинской системы и улучшению условий оказания медицинских услуг. Важной частью работы компании является контроль качества медицинских услуг, РЕСО-МЕД активно работает с медицинскими учреждениями над повышением качества оказываемой помощи.



Ежедневно большая команда специалистов работает над тем, чтобы РЕСО-МЕД вносила существенный вклад в развитие современного здравоохранения России. Компания стремится к заботе о здоровье каждого гражданина и к обеспечению медицинской помощи в любых обстоятельствах. РЕСО-МЕД – это не просто страхование, это, ответственность и поддержка для всех, кто ценит свое здоровье.

ИЗ ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

В целях исполнения поручения Президента России Владимира Путина о необходимости завершения перехода к страховым принципам в системе здравоохранения с 2015 года стала активно вестись работа по усилению роли страховых медицинских организаций (СМО) в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС). Главной задачей для Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) и всей системы здравоохранения стало создание пациентоориентированной модели.

В рамках данной модели каждый застрахованный гражданин Российской Федерации получает своевременную и квалифицированную медицинскую помощь в сфере ОМС, индивидуальное сопровождение, полноценное информирование на всех этапах оказания медицинской помощи, мотивирование застрахованных к прохождению своевременных осмотров и профилактическому лекарственному лечению.

С 2015 года стало уделяться особое внимание СМО. Были приняты меры по усилению конкуренции между СМО и законодательно увеличен размер уставного капитала с 60 до 120 млн руб.



Важное значение стало придаваться усилению роли СМО в мероприятиях, направленных как на информирование застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи, так и на сопровождение, в идеале «ведение» застрахованных лиц СМО на постоянной основе. Этот список мероприятий включает консультирование по вопросам оказания медицинской помощи, напоминание о праве выбора

медицинской организации и врача, информирование о необходимости прохождения диспансеризации, ее целях и задачах, контроль ее прохождения, организацию госпитализации застрахованного с учетом его выбора медицинской организации, оказывающей специализированную медпомощь. Также эти меры наряду с созданием нормативных и организационных условий, стимулирующих ведение здорового образа жизни, существенно повышают приоритет профилактики в российском здравоохранении.

С 2015 по 2020 год в системе ОМС произошли существенные изменения, в частности, принято решение по сокращению в 2 раза размера средств, получаемых в собственность СМО от применения штрафных санкций.



Высвободившиеся средства в 2016–2017 годах сформировали нормированный страховой запас в размере 16,5 млрд руб., который был направлен на приобретение и ремонт медоборудования, включая дорогостоящее, а также на повышение квалификации медработников.



С 2016 года начал создаваться институт страховых представителей. В СМО появились круглосуточные «горячие линии», по которым можно получить консультацию по вопросам организации оказания медицинской помощи от страховых представителей 1-го уровня, узнать о возможностях прохождения диспансеризации и профилактических осмотров.



В 2017–2018 годах появились страховые представители 2-го и 3-го уровня, которые уже не просто информируют, а сопровождают застрахованного на всех этапах оказания медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, и защищают его законные интересы в сфере ОМС.



С 2018 года были внесены изменения в порядок проведения диспансеризации, одной из основных целей которой стало своевременное выявление заболеваний на ранних стадиях.



В том числе большое внимание стало уделяться скринингу злокачественных новообразований – рака шейки матки, молочной железы, колоректального рака. Объем средств ОМС, направленных на эти цели, составил за 2018 год 34,5 млрд руб.

Усилия ФОМС в привлечении застрахованных к прохождению своевременных профилактических медосмотров показали отличные результаты: количество человек, прошедших диспансеризацию, увеличивается с каждым годом. Появились значительные новации в развитии медпомощи по онкологии.





Удалось сократить сроки ожидания специализированной медицинской помощи для пациентов до 14 календарных дней с момента установления онкологического диагноза. Кроме того, больные с подтвержденным диагнозом получили право на получение льготных лекарственных препаратов даже в случае смены места жительства на другой регион.



Среди них определение нормативов объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Без участия страховщиков ФОМС осуществляет расчеты за медпомощь, контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления такой помощи федеральными клиниками, а также занимается предъявлением претензий или исков за причинение вреда здоровью пациента. Также ФОМС получил полномочия вести расчеты с медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, за оказание ими специализированной, в том числе высокотехнологичной, медпомощи. Впервые в составе бюджета ФОМС на указанные цели обособляются денежные средства. С учетом перераспределения полномочий уменьшается размер средств, которые выделяются СМО на расходы на ведение дела по ОМС. Если до принятия закона этот размер составлял от 1 до 2% от суммы средств, поступивших в СМО, то с 2021 года осталось всего от 0,8 до 1,1%. Кроме того, новый закон продлил на 2023 год действие норм



8 декабря 2020 года Президент России Владимир Путин подписал Федеральный закон № 430-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», одобренный ранее Госдумой и Советом Федерации РФ. Поправки были приняты к существующему закону в целях совершенствования системы ОМС и повышения эффективности реализации базовой программы ОМС.

Согласно новому закону, ФОМС получил часть полномочий СМО в отношении контроля и финансирования медпомощи, которую оказывают в федеральных медицинских организациях.



старой версии закона об ОМС, касающихся направления в бюджеты ТФОМС межбюджетных трансфертов для финансирования расходов медорганизаций на оплату труда врачей и среднего медперсонала, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также для денежных выплат стимулирующего характера медработникам за выявление онкологических заболеваний.

Итоги 30-летней работы ФОМС

С момента создания Федерального фонда обязательного медицинского страхования прошло 30 лет. Тогда перед ФОМС стояла невероятная по своей масштабности задача – обеспечить право граждан Российской Федерации на бесплатную медицинскую помощь в быстро меняющихся экономических условиях и при стремительном развитии в стране рыночной экономики.

Созданная в 1993 году система ОМС помогла возродить систему отечественного здравоохранения, сберегла бесценные профессиональные кадры врачей

и медицинских работников среднего и младшего звена, медицинскую инфраструктуру.

Именно система ОМС сохранила для граждан бесплатную медицинскую помощь и за прошедшие годы сделала ее доступной и качественной.

Стабильное финансирование системы, которое обеспечивает ФОМС, позволяет ей быть настоящей опорой здравоохранения. Средства направляются на реализацию таких государственных программ и проектов, как приоритетный национальный проект «Здоровье», «Земский доктор», «Бережливая поликлиника», «Дорожная карта», региональных программ модернизации здравоохранения. Данные программы помогают улучшить доступность и качество медицины даже в самых отдаленных регионах нашей страны, отремонтировать помещения, оснастить медицинские организации современным оборудованием, а также привлекать профессиональные кадры и гарантировать достойную заработную плату.



УДК 614.2

ТФОМС САНКТ-ПЕТЕРБУРГА: ПУТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ ОМС ЧЕРЕЗ ИННОВАЦИИ

К.Н. Звоник



Государственное учреждение
«Территориальный фонд обязатель-
ного медицинского страхования
Санкт-Петербурга»

Реферат

В статье показан опыт Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Санкт-Петербурга по развитию системы обязательного медицинского страхования (ОМС) в рамках большого мегаполиса. Особая структура участников системы дает возможность работать по полису ОМС большому количеству медицинских организаций негосударственной формы собственности, в том числе оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь. Тесное взаимодействие со страховым сообществом и представителями исполнительной и законодательной власти позволяет реализовывать инновационные проекты по повышению качества и доступности медицинской помощи, а в дальнейшем – тиражировать полученный опыт. В статье приведены примеры оптимизации принципов бережливого производства, решения для контроля маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, новации при проведении углубленной диспансеризации и медицинской реабилитации.

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, высокотехнологичная медицинская помощь, врач общей практики, углубленная диспансеризация, медицинская реабилитация, новые регионы, пилотный проект, ТФОМС Санкт-Петербурга.

Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Санкт-Петербурга» было образовано 19 июля 1993 года для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС) на территории Санкт-Петербурга.

С тех пор в городском здравоохранении произошли колоссальные изменения, которые помогли системе ОМС приобрести управляемость и гибкость. Поворотным моментом на пути к качественным изменениям стала реформа ОМС в 2010 году. В соответствии с новым Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», регулирующим отрасль, в ОМС появился фактор конкурентной борьбы, который позволил добиться повышения качества услуг при разумном уровне цен. К работе стали активно привлекаться частные, федеральные и ведомственные медицинские организации, их мощности стали использоваться для реализации Программы госгарантий. Впоследствии были разработаны единые тарифы и стандарты работы. Принцип «деньги идут за пациентом» был реализован в возможности гражданам самостоятельно выбирать страховую медицинскую компанию и медицинское учреждение для лечения.

Сегодня ТФОМС Санкт-Петербурга не только обеспечивает доступность медицинской помощи, но и активно развивает отрасль. Специалистами активно внедряется информатизация здравоохранения (цифровой полис, медицинская карта, единая система учета застрахованных и т.д.). Служба страховых представителей и эффективный контроль качества оказанной медицинской помощи (КМП) всегда заслуживают положительную оценку у федерального руководства и жителей города. Так, опыт Санкт-Петербурга по организации управления качеством медицинской помощи использован при разработке федеральных требований к экспертам КМП и формированию реестра экспертов качества, рекомендаций по формированию

рейтингов страховых медицинских (СМО) и медицинских организаций.

Отличительной чертой системы ОМС Санкт-Петербурга всегда была ее финансовая устойчивость, которая поддерживается бюджетом города. Так, за последние 5 лет бюджет ТФОМС увеличился в полтора раза, при этом межбюджетный трансферт из бюджета города в бюджет фонда вырос с 18,4 до почти 20,3 млрд руб. В 2023 году бюджет ТФОМС составляет более 142,4 млрд руб. Такое финансирование обеспечивает высокий показатель подушевого норматива, который с 2010 года постоянно превышает федеральный.

Традиционно особое внимание в Санкт-Петербурге уделяется оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). Финансирование некоторых видов ВМП из средств ОМС осуществляется с 2009 года. За счет средств межбюджетного трансферта из бюджета города в бюджет фонда в рамках территориальной Программы госгарантий стали выполняться ангиопластика со стентированием при остром инфаркте миокарда и нестабильной стенокардии, установка кардиостимуляторов, нейрохирургические операции, медицинская помощь тяжелым ожоговым пациентам. В результате сегодня Санкт-Петербург является одним из лидеров в Российской Федерации по выполняемым объемам ВМП в ОМС.



Важно отметить, что с 2021 года в соответствии с новациями в отраслевом законодательстве финансирование федеральных учреждений осуществляется не из бюджета ТФОМС, а напрямую Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ФОМС). Это нововведение повлияло на структуру финансирования ВМП, но не на ее доступность, которая остается на самом высоком уровне.

Так, объемы ВМП только за 2022 год выросли на треть по сравнению с 2021 годом, а финансирование увеличилось на 59,7% – до 8,0 млрд руб. Опираясь на эти данные, можно с уверенностью сказать, что объемы ВМП в Санкт-Петербурге ежегодно растут, опережая показатели, которые фиксировались до пандемии.

Высокая популярность учреждений здравоохранения и системы ОМС Санкт-Петербурга подтверждается значительным числом иногородних пациентов, которые приезжают лечиться в наш город. Так, дополнительные поступления из других регионов страны в бюджет ТФОМС Санкт-Петербурга в 2022 году превысили 10 млрд руб.

В рамках межтерриториальных расчетов важным является взаимодействие между ТФОМС Санкт-Петербурга и ТФОМС Ленинградской области. Наши регионы существуют в тесном взаимодействии, как единая агломерация. Развитая инфраструктура системы здравоохранения города является привлекательной для жителей области, поэтому межтерриториальные расчеты очень активные. Вместе с тем на протяжении ряда лет в бюджете ТФОМС Ленинградской области складывался дефицит средств на финансирование территориальной Программы госгарантий.

ТФОМС Санкт-Петербурга оказывал коллегам постоянную методическую поддержку, инициировал ряд межведомственных встреч с участием членов Правительства Санкт-Петербурга и Ленин-

градской области, проводил медико-экономические экспертизы более чем по 3 000 случаев лечения в 40 медицинских организациях города. Благодаря этим усилиям в 2022 году Законодательным Собранием Ленинградской области были утверждены поправки в закон «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ленинградской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов». Нововведения в законодательстве облегчают совместную работу, так как взаимодействие между ТФОМС теперь имеет более четкую структуру.

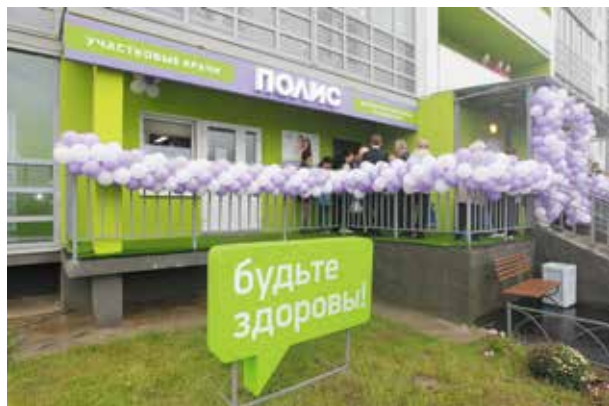
Совместная работа ТФОМС и членов Правительства двух регионов, а также помощь ФОМС позволили погасить задолженность со стороны Ленинградской области за оказанную медицинскую помощь в полном объеме.

Еще одним отличием системы ОМС Санкт-Петербурга является особая структура ее участников, в числе которых много клиник негосударственной формы собственности. Так, в 2023 году в сфере ОМС города работают 384 медицинские организации, в том числе 30 федеральной и 165 негосударственной формы собственности.

Санкт-Петербург стал первым в реализации пилотного проекта государственно-частного взаимодействия в сфере оказания населению первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи. Центры общей врачебной практики (ЦОВП) частных компаний, предоставляющие медицинские услуги по участковому территориальному принципу в рамках ОМС, стали размещаться в районах ее дефицита – быстрорастущих новостройках.

Со своей стороны ТФОМС на уровне правительства города внес предложения по формированию системы квалификационного отбора медицинских организаций негосударственных форм собственности, претендующих на оказание медицинской помощи в рамках терри-

альной Программы госгарантий. Благодаря этому для участия в реализации Программы госгарантий были выбраны медицинские компании, которые готовы оказывать услуги, предусмотренные тарифами ОМС, в полном объеме.



Благодаря созданию ЦОВП жители получили качественную и доступную первичную медицинскую помощь, максимально приближенную к месту их проживания. На сегодняшний день в Санкт-Петербурге имеются 24 офиса ЦОВП, открытых частными медицинскими компаниями, к ним прикреплено 241,7 тыс. человек, в том числе 27,4 тыс. детей.

В реализации территориальной Программы госгарантий в Санкт-Петербурге участвует также Лечебно-диагностический центр Международного института биологических систем – первое в стране частное отделение магнитно-резонансной томографии. Это уникальное учреждение помимо диагностических отделений располагает центром радиохирургии, онкологическим центром,

отделением ядерной медицины с собственным циклотроном, центром протонной терапии, аналогов которому в России пока нет. Здесь по полису ОМС получают высокотехнологичное лечение и диагностику жители Санкт-Петербурга и других регионов страны.

Взаимовыгодное сотрудничество городской системы здравоохранения и частных компаний позволило значительно повысить качество оказываемой медицинской помощи и при этом увеличить количество получивших ее пациентов.

За годы работы ТФОМС Санкт-Петербурга стал инициатором целого ряда проектов, реализуемых совместно со СМО за счет их собственных средств, направленных на улучшение доступности и качества оказания медицинской помощи застрахованным. Многие из этих инициатив были учтены при введении федеральных новаций последних лет.



Задолго до принятия на федеральном уровне нормативных актов, определяющих деятельность страховых представителей, фонд

совместно со страховыми компаниями начал организовывать работу представителей СМО в стационарах, обеспечивающих экстренную госпитализацию жителей. Опыт ТФОМС Санкт-Петербурга по реализации проекта «Зеленый свет» учитывается при реализации федерального проекта «Бережливая поликлиника».

Последним значимым достижением в рамках проекта «Бережливая поликлиника» стало внедрение принципов бережливого производства в родильных домах. Первым в 2020 году стал СПб ГБУЗ «Родильный дом № 10», где была оптимизирована работа регистратуры, женской консультации, дневного стационара.

В 2021 году совместный со страховой медицинской компанией «СОГАЗ-Мед» проект реализован на базе СПб ГБУЗ «Городской перинатальный центр № 1», где упростилась запись на прием, маршрутизация пациентов стала максимально эффективной, а взаимодействие между амбулаторным и стационарным звеном – оперативным. Благодаря нововведениям беременные из групп высокого риска по направлению из любой женской консультации города могут пройти комплексное обследование (в том числе различные виды исследований и осмотры врачами-специалистами) за один день.

Специалистами из Санкт-Петербурга в практику работы страхового сообщества был внедрен новый инструмент контроля доступности медицинской помощи – мониторинговый центр. В его основу был заложен единый для всех участников сферы ОМС подход к приему, учету и анализу обращений застрахованных лиц, а также накопленный опыт проведения социологических опросов. Это позволило измерять как общий вектор удовлетворенности полученной бесплатной медицинской помощью, так и отдельные проблемные аспекты на уровне районов города, медицинских организаций, профилей оказания медицинской помощи. В дальнейшем основные положения работы мониторингового центра в Санкт-Петербурге были использованы при организации контакт-центров в сфере ОМС во всех остальных регионах Российской Федерации.

В целях создания для граждан комфортных условий при получении государственных услуг по ОМС в 2011 году в Санкт-Петербурге стартовал проект по выдаче полисов ОМС в многофункциональных центрах предоставления государственных и муници-

пальных услуг (МФЦ). Санкт-Петербург стал первым регионом в России, который организовал выдачу полисов ОМС в МФЦ. А с 2016 года для жителей города реализована новая возможность осуществлять заказ и получение полисов ОМС посредством портала «Государственные и муниципальные услуги (функции) в Петербурге» (<https://gu.spb.ru>).

В 2016 году были инициированы знаковые для системы городского здравоохранения проекты «Информационное сопровождение организации медицинской помощи» и «Регистр кардиохирургических пациентов в сфере ОМС Санкт-Петербурга». Первый позволяет автоматически формировать в режиме реального времени информацию о свободных местах в стационарах сферы ОМС, обеспечивать круглосуточное резервирование в них свободных мест по принципу «билетной кассы», реализовывать право застрахованного лица на выбор медицинской организации, контролировать сроки ожидания плановой госпитализации и вести персонализированный учет направлений на госпитализацию. Второй призван оценить маршрутизацию пациентов с острым коронарным синдромом в городе, по районам и в каждом стационаре и существенно сократить время оказания им медицинской помощи. С помощью кардиорегистра развивается система оценки эффективности действий врача и оптимизируется использование финансовых средств ОМС, а страховые компании имеют онлайн-доступ к данным для проведения детальной экспертизы качества оказания медицинской помощи конкретным пациентам.

Беспрецедентным испытанием для систем городского здравоохранения и медицинского страхования стала пандемия новой коронавирусной инфекции. Ключевую роль в достижении финансовой стабильности отрасли в этих непростых условиях сыграл ТФОМС Санкт-Петербурга. Уже в 2022 году благодаря совместной работе всех участников системы ОМС города удалось не только вернуть доковидные объемы медицинской помощи, но и значительно нарастить показатели по ВМП и профилактическим мероприятиям.

Так, в 2021 году к обычной процедуре диспансеризации добавилась углубленная. Она необходима всем пациентам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией, для выявления и минимизации возможных осложнений после болезни. Благодаря

проактивному подходу к работе страховых представителей СМО, которые при информировании сразу записывают граждан на углубленную диспансеризацию, профилактические мероприятия в 2022 году посетили 333 548 пациентов, что составляет 95% от запланированных объемов, а показатели за 6 месяцев 2023 года уже опережают прошлогодние почти на 10%.



Важной новацией в этой сфере стал пилотный проект, призванный повысить эффективность организации медицинских мероприятий в рамках углубленной диспансеризации и медицинской реабилитации. Он был инициирован руководством ТФОМС Санкт-Петербурга совместно со страховой медицинской компанией ООО «Капитал МС» в конце 2022 года. Он реализуется на базе СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 117». За 6 месяцев 2023 года уровень охвата углубленной диспансеризацией и медицинской реабилитацией из числа подлежащих граждан составил 100,0%, в том числе и из маломобильных групп.



Доступность и качество медицинской помощи для маломобильных граждан также оценивается на самом высоком уровне. Мобильные бригады, сформированные в рамках пилотного проекта, обеспечивают оказание медицинской помощи пациентам маломобильных групп на дому, в том числе обучают их выполнению физических упражнений самостоятельно. В дальнейшем пациенты занимаются, используя специальные планшеты с записанными на них видео.

Практический опыт, полученный в рамках реализации проекта, будет использован для дальнейшей интеграции в систему ОМС медицинской реабилитации в амбулаторных условиях и тиражирования успешных алгоритмов информирования застрахованных при проведении профилактических мероприятий на другие лечебные учреждения города.

Еще одним масштабным начинанием в 2023 году стал совместный со СМО «СОГАЗ-Мед» и Центром амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) Центрального района Санкт-Петербурга на базе СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 39» проект по проактивному динамическому диспансерному наблюдению женщин, которым ранее уже был установлен диагноз онкологического заболевания молочной железы. Злокачественные новообразования вносят большой вклад в структуру смертности. Именно их эффективное лечение повышает продолжительность и качество жизни населения.



Главной целью проекта является регулярное медицинское сопровождение граждан, состоящих на диспансерном учете. Как показывает практика, чаще всего через несколько месяцев после постановки диагноза пациенты начинают редко посещать

лечащего врача. Благодаря проекту прорабатываются механизмы взаимодействия между страховыми представителями, медицинскими работниками и пациентами для того, чтобы лечение было максимально комфортным и эффективным. По оперативным данным за январь–июнь 2023 года, почти 70% женщин, находящихся на диспансерном учете, посетили лечащего врача и прошли диагностические исследования. Этот результат можно с уверенностью назвать успешным.

Следует отметить, что одной из важнейших задач всей отрасли в последние месяцы стала организация работы системы ОМС в новых регионах. Со следующего года доступная и качественная медицинская помощь в рамках ОМС будет обеспечена жителям Луганской и Донецкой народных республик, Запорожской и Херсонской областей.



Руководитель аппарата директора ТФОМС Санкт-Петербурга Павел Бреев (до 23.10.2023) и директор ТФОМС Донецкой Народной Республики Елена Денисова, март, 2023 год

ТФОМС Санкт-Петербурга организовал несколько делегаций в Донецкую Народную Республику для проведения консультаций, оказания всесторонней практической поддержки и организации экспертного обучения медицинских

работников. Сотрудники ТФОМС, специализирующиеся на информационной безопасности и работе с федеральным регистром застрахованных лиц, организовали выдачу полисов ОМС и передачу сведений о застрахованных лицах в Федеральный единый реестр застрахованных лиц на территории Донецкой Народной Республики, провели консультации для работников ТФОМС ДНР по информационной безопасности, организации выдачи полисов ОМС, составили инструктивно-методические материалы. Также специалисты дали рекомендации по оптимизации рабочих процессов фонда и поделились с коллегами разработанной специально для жителей новых регионов страны памяткой об ОМС.

В ближайшем будущем, учитывая статус побратимов, взаимное сотрудничество между ТФОМС ДНР и Санкт-Петербурга будет закреплено соглашением и станет осуществляться на постоянной основе.

Большое внимание руководство ТФОМС Санкт-Петербурга уделяет внутренней политике фонда, в целях которой реализуется Стратегический план по воспитательной работе. Благодаря инициативе сотрудников проводятся общественные мероприятия (экскурсии, конкурсы, патриотические акции), которые собирают положительные отзывы и тепло принимаются коллегами.

Ключевым корпоративным событием этого года стала выездная церемония возложения цветов у скульптурной композиции «Памяти медицинских работников блокадного Ленинграда», посвященная 79-й годовщине со Дня полного освобождения Ленинграда от фашистской блокады.



В этот день все ленинградцы и петербуржцы со скорбью вспоминают героев, защитников и жителей города, прошедших через невероятные испытания военного времени.



В мероприятии приняли участие жительница блокадного Ленинграда Клавдия Сергеевна Смирнова, руководители и сотрудники ТФОМС и СМО Санкт-Петербурга. Коллеги отдали дань уважения подвигу медиков блокадного Ленинграда.

За 30 лет система обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга качественно изменилась, заслужила доверие у медицинских работников и пациентов из других регионов и готова к дальнейшему росту застрахованных. Такой впечатляющий прогресс стал возможным благодаря активному межведомственному диалогу между всеми участниками городской системы здравоохранения.

ТФОМС Санкт-Петербурга с оптимизмом смотрит в будущее и продолжает активно работать над развитием системы ОМС в целях улучшения доступности и качества оказания медицинской помощи населению.

Для корреспонденции

Звоник Константин Николаевич

Директор ТФОМС Санкт-Петербурга, к.м.н.

Адрес: 196084, Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 9

Тел.: +7 (812) 703-73-10

E-mail: tfoms@tfoms.spb.ru



МЕРЫ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ КОРРУПЦИИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ И ПРАКТИКА ИХ РЕАЛИЗАЦИИ В ТФОМС ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

А.В. Данилов^{1,2}, Ю.С. Байдакова¹, Л.А. Гришина²



¹ Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Воронежской области
² ФГБОУ ВО «Воронежский
государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Реферат

Современный этап развития Российской Федерации как правового государства ориентирован на формирование в обществе антикоррупционного правосознания, неприятия коррупции в любых ее проявлениях. Органы государственной власти, институты гражданского общества, организации и физические лица в пределах их полномочий обязаны принимать меры по:

- предупреждению коррупции, в том числе по выявлению и последующему устранению причин коррупции (профилактика коррупции);
- выявлению, предупреждению, пресечению, раскрытию и расследованию коррупционных правонарушений (борьба с коррупцией);
- минимизации и (или) ликвидации последствий коррупционных правонарушений.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС) в своей деятельности обязаны обеспечить соблюдение антикоррупционных стандартов как внутри организации, так и в сфере страхования. Отличительная особенность антикоррупционных мер определена спецификой полномочий и функций, возложенных на Территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова:

профилактика коррупции, меры противодействия коррупции, антикоррупционный комплаенс, конфликт интересов, коррупционные риски.

Введение

В статье анализируется текущее состояние регулирования и правоприменения антикоррупционных норм, предусмотренных Федеральным законом от 25.12.2008 № 273-ФЗ «О противодействии коррупции» [1]. Авторы рассматривают отдельные аспекты используемых способов обеспечения исполнения законодательных требований в сфере предупреждения коррупции, дают оценку эффективности антикоррупционных механизмов с точки зрения задач, стоящих перед региональными фондами обязательного медицинского страхования (ОМС)

Цель исследования – определить границы правового регулирования мер по противодействию коррупции, принимаемых в региональных фондах ОМС; установить достаточность таких мер с учетом правового статуса фондов.

Материалы и методы

Исследование проводилось с использованием аналитического метода. Осуществлен анализ нормативно-правовых и регулирующих документов по предупреждению коррупции, а также дана оценка эффективности мер по профилактике коррупции на примере Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Воронежской области.

Результаты и обсуждение

Система ОМС представляет собой совокупность мер правового, экономического и социального характера, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи. Реализация государственной политики в сфере ОМС на территории субъектов Российской Федерации поручена ТФОМС, полномочия и функции которых предполагают соблюдение норм по предупреждению коррупции.

Специфика правового статуса региональных фондов ОМС определяет основные направления деятельности по противодействию коррупции. Это, прежде всего, профилактика коррупционных правонарушений и минимизация их последствий. Очевидно, что меры, принимаемые ТФОМС по предупреждению коррупции, должны быть обращены на выявление и устранение причин коррупции непосредственно внутри организации, а также способствовать минимизации коррупционных рисков в деятельности страховых медицинских организаций (СМО) и медицинских организаций (МО).

Требование законодателя по предупреждению коррупции носит императивный категоричный характер, оставляя правоприменителю самостоя-

тельность в выборе конкретных мер, наиболее приемлемых в сфере деятельности непосредственного участника антикоррупционных отношений.

Обеспечение соответствия деятельности организации требованиям, налагаемым на нее российским и зарубежным законодательством, иными обязательными для исполнения регулирующими документами, а также создание в организации механизмов анализа, выявления и оценки рисков коррупционно опасных сфер деятельности и обеспечение комплексной защиты организации принято называть комплаенсом (англ. compliance – соответствие; происходит от глагола to comply – соответствовать). Данный термин применен Министерством труда и социальной защиты в Российской Федерации в методических рекомендациях по разработке и принятию организациями мер по предупреждению и противодействию коррупции [2] и в полной мере отражает суть данного явления.

Антикоррупционный комплаенс рассматривается в специальной литературе как инструмент профилактики правовых рисков. Под комплаенсом понимают корпоративную политику, направленную на предупреждение противоречащих закону действий сотрудников и внедрение мер по их превенции. Она представляет собой комплекс принятых в организации положений, политик и инструкций, базирующихся на действующем национальном и (в применимой части) зарубежном законодательстве [3].

Антикоррупционный комплаенс ТФОМС Воронежской области направлен на митигацию рисков коррупционного характера, профилактику правонарушений в деятельности организации, укрепление доверия граждан к деятельности фонда, формирование условий для добросовестного исполнения работниками должностных обязанностей и нетерпимого отношения к коррупционным действиям.

Деятельность ТФОМС по противодействию коррупции носит последовательный и системный характер, основана на соблюдении следующих ключевых принципов противодействия коррупции:

- соответствие антикоррупционной политики фонда действующему законодательству и общепринятым нормам;
- личный пример руководства;
- принцип вовлеченности работников;
- соразмерность антикоррупционных процедур риску коррупции;
- принцип ответственности и неотвратимости наказания в случае совершения работниками фонда коррупционных правонарушений;

- принцип открытости деятельности;
- постоянный контроль и регулярный мониторинг эффективности внедренных антикоррупционных мероприятий и процедур.

С учетом практики применения соответствующих нормативных правовых актов, имеющих материалы по рассматриваемому вопросу, антикоррупционных стандартов, сформирована система локальных актов по предупреждению коррупции:

- антикоррупционная политика ТФОМС;
- Кодекс профессиональной этики и служебного поведения работников, содержащий Положение о конфликте интересов;
- порядок уведомления работодателя о фактах обращения в целях склонения работника ТФОМС Воронежской области к совершению коррупционных правонарушений;
- порядок уведомления работодателя работниками ТФОМС Воронежской области о возникновении личной заинтересованности при исполнении должностных обязанностей, которая приводит или может привести к конфликту интересов;
- порядок сообщения о получении работниками ТФОМС Воронежской области подарка в связи с протокольными мероприятиями, участие в которых связано с исполнением ими служебных (должностных) обязанностей, его сдачи, оценки и реализации (выкупа);
- перечень направлений деятельности фонда и должностей (структурных подразделений), связанных с возможностью возникновения коррупционных рисков.

В ТФОМС Воронежской области разработано Положение о комиссии по соблюдению требований к служебному поведению и урегулированию конфликта интересов; определен сотрудник фонда, ответственный за работу по профилактике коррупционных и иных правонарушений.

Информационная открытость деятельности по противодействию коррупции обеспечена путем размещения нормативных актов ТФОМС в свободном доступе на внутренних ресурсах локальной сети фонда. Работающие сотрудники, независимо от занимаемой должности и возложенных на них служебных обязанностей, а также вновь принимаемые сотрудники знакомятся с принятыми антикоррупционными

требованиями, что позволяет обеспечить обязательность их выполнения всеми работниками, неформальный подход к реализации мер по предупреждению коррупции.

Одной из форм проявления коррупции принято считать конфликт интересов, то есть противоречие между служебными обязанностями и частными интересами должностного лица, при котором частные интересы лица негативно влияют на исполнение им своих обязанностей.

Оценка коррупционных рисков в деятельности ТФОМС позволила выявить ряд ключевых сфер, в которых возникновение конфликта интересов является наиболее вероятным, в том числе:

- I. Осуществление контрольных функций в отношении СМО и МО, а также при проведении контроля объемов и качества медицинской помощи.
- II. Принятие решений финансового характера при реализации следующих полномочий фонда:
 - управление средствами ОМС, предназначенными для финансового обеспечения территориальной Программы госгарантий;
 - предоставление СМО недостающих для оплаты медицинской помощи средств нормированного страхового запаса фонда;
 - финансирование мероприятий по дополнительному профессиональному образованию медицинских работников, по приобретению и ремонту медицинского оборудования, а также софинансирование расходов по оплате труда врачей и среднего медицинского персонала.
- III. Организация и осуществление закупок товаров, работ, услуг для нужд ТФОМС.
- IV. Представление в судебных органах прав и законных интересов ТФОМС.
- V. Принятие кадровых решений.
- VI. Сбор и обработка данных персонализированного учета сведений о застрахованных лицах и об оказанной им медицинской помощи.

Риск возникновения конфликта интересов присутствует, если работника или его родственников связывает выполнение оплачиваемой деятельности в заинтересованной организации; наличие ценных бумаг, долей участия в уставном капитале организаций; наличие имущественных обязательств; получение подарков и оказание неслужебных услуг.

В случае выявления конфликта интересов его эффективное урегулирование требует детального анализа каждой конкретной ситуации с тем, чтобы определить наиболее релевантные меры по недо-

пушению совершения работником коррупционного правонарушения.

Инструментом предупреждения потенциальных негативных последствий конфликта интересов выступает ежегодное декларирование работников на предмет возможности возникновения конфликта интересов. По итогам рассмотрения деклараций принимаются соответствующие решения, в том числе об исключении сотрудника ТФОМС из состава комиссии, осуществляющей контроль за соблюдением законодательства об ОМС, в случае близкого родства или свойства с должностным лицом проверяемой организации.

Превентивную функцию в сфере предупреждения коррупции выполняет система информационно-взаимодействия ТФОМС с правоохранительными органами в части направления соответствующей информации и материалов проверок, в случае если при проведении контрольных мероприятий выявлены факты незаконного использования средств ОМС, в которых усматриваются признаки преступления или коррупционного правонарушения, а также предоставления информации, запрашиваемой подразделениями правоохранительных органов.

В целях минимизации коррупционных рисков при размещении заказов для нужд ТФОМС в государственные контракты включена антикоррупционная оговорка, которая направлена на взаимное понимание сторонами договора недопустимости совершения коррупционных правонарушений и готовности принимать разумные меры по недопущению их совершения.

Обеспечение надежности и достоверности финансовой (бухгалтерской) отчетности в ТФОМС осуществляется посредством внутреннего финансового контроля и аудита, порядок проведения которых установлен локальными актами фонда.

Заключение

Территориальные фонды ОМС в силу наделенных полномочий и возложенных на них функций выступают гарантом соблюдения прав пациентов при оказании им бесплатной медицинской помощи. Особый правовой статус фондов ориентирует их на безусловное соблюдение антикоррупционных стандартов, профилактику коррупционных правонарушений внутри организации и в системе ОМС, с учетом имеющихся полномочий и инструментов для их реализации.

Литература

1. *Федеральный закон от 25 декабря 2008 года № 273-ФЗ «О противодействии коррупции» (ред. от 13.06.2023) // URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 25.07.2023)*
2. *Методические рекомендации по разработке и принятию организациями мер по предупреждению и противодействию коррупции: утверждены Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации 8 ноября 2018 года // URL: <https://base.garant.ru/70499600/> (дата обращения: 20.07.2023)*
3. *Гармаев Ю.П., Иванов Э.А., Маркунцов С.А. Антикоррупционный комплаенс в Российской Федерации: междисциплинарные аспекты: Монография // URL: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения: 20.07.2023)*

Для корреспонденции

Данилов Александр Валентинович

Директор ТФОМС Воронежской области, профессор кафедры управления в здравоохранении ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, д.м.н.

Тел.: +7 (473) 252-19-66

E-mail: idf-dav@omsvrn.ru

Байдакова Юлия Сергеевна

*Заместитель начальника юридического отдела ТФОМС Воронежской области
Адрес: 394043, Воронеж, ул. Ленина, д. 104Б*

Тел.: +7 (473) 259-77-75

E-mail: uo-bus@omsvrn.ru

Гришина Людмила Александровна

Начальник административно-правового управления ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Тел.: +7 (473) 255-30-22

E-mail: jurist@vrngmu.ru

Адрес: 394036, Воронеж, ул. Студенческая, д. 10

УДК 614.2

РЕАБИЛИТАЦИЯ – КОНСТИТУЦИОННАЯ ГАРАНТИЯ ГОСУДАРСТВА И ЗАКОННОЕ ПРАВО ПОСТРАДАВШИХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ТРАВМЫ: ЧАСТЬ 2 – МЕТОДЫ И ЭКСПЕРТНЫЙ КОНТРОЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ В СИСТЕМЕ ОМС

А.А. Старченко, А.В. Устюгов



ООО «Капитал МС»

Реферат

Медицинская реабилитация пострадавших с последствиями боевой травмы, как конституционная гарантия государства, остро подчеркнута Президентом России Владимиром Путиным.

«Я жду от всех федеральных ведомств, регионов и муниципалитетов и впредь уделять самое пристальное внимание ветеранам, военнослужащим, их семьям».

Владимир Путин, Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации.

Москва, Гостинный Двор, 21 февраля 2023 год.

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, страховые представители, экспертиза качества медицинской помощи, права пациентов, права пострадавших с последствиями боевой травмы, медицинская реабилитация, боевая травма, ампутация, протезирование, доступность и качество медицинской реабилитации, дефекты качества медицинской реабилитации

Указом Президента РФ от 3 апреля 2023 г. № 232 создан Государственный фонд поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества». Распоряжением Правительства РФ от 6 мая 2023 г. № 1168-р «Об утверждении устава Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» учрежден устав фонда. Основными целями деятельности фонда объявлены:

а) организация и оказание поддержки и помощи: – ветеранам боевых действий, принимавшим участие (содействовавшим выполнению задач) в специальной военной операции; – членам семей лиц, умерших вследствие увечья (ранения, травмы, контузии) или заболевания, полученных ими при выполнении задач в ходе специальной военной операции (боевых действий);

б) обеспечение комплексного сопровождения лиц, а также обеспечение социальной адаптации, интеграции и ресоциализации, обучения (переобучения, повышения квалификации), содействие в трудоустройстве;

в) оказание психолого-психотерапевтической помощи, бесплатной юридической помощи по вопросам оформления и предоставления мер социальной поддержки, а также содействие в получении установленных законодательством Российской Федерации мер социальной поддержки;

г) реализация дополнительных финансовых механизмов обеспечения лиц лекарственными препаратами и медицинскими изделиями и техническими средствами реабилитации;

д) содействие в получении услуг по медицинской реабилитации, паллиативной медицинской помощи, санаторно-курортного лечения, надомного (долговременного) ухода.

Весь указанный комплекс целей и задач, поставленных Президентом России и Правительством РФ, целесообразно достигать и разрешать с помощью страховых представителей страховых медицинских организаций системы обязательного медицинского страхования (ОМС), которые призваны быть непосредственными исполнителями государственного конституционно гарантированного обязательства предоставления медицинской реабилитации пострадавшим с боевой и стрессовой травмой в полном объеме и своевременно.

Важно помнить, что медицинская реабилитация расширяет свои чисто медицинские границы и становится длительным этапом жизни пострадавшего, занимая множество ее времени, создавая занятость пострадавшего и отвлекая его от возможных пагубных пристрастий и соблазнов.

В формировании таковой приверженности медицинской реабилитации важное участие должны занимать страховые представители системы ОМС. Страховые представители всех уровней должны быть ориентированы на первоочередность рассмотрения обращений и жалоб ветеранов и пострадавших с последствиями боевой травмы, в том числе при возникновении проблем со сроками начала, объемами и качеством реабилитационных мероприятий. Страховые представители, понимая психологическую сущность явления стигматизации, особенно у пострадавших с дефектами опорно-двигательного аппарата, челюстно-лицевой области, черепа, головного и спинного мозга, должны строить свою работу максимально деликатно, но в то же время достаточно активно, чтобы способствовать созданию у пострадавшего доверия к системе ОМС и мотивации приверженности к реабилитации и социализации.

Особое место в работе страховых представителей 3-го уровня должна занимать принципиальная позиция эксперта качества медицинской помощи в экспертном контроле за пострадавшими с ампутациями конечностей на этапе подготовки к протезированию, в частности, контроль за своевременностью и качеством оказания медпомощи по поводу повторных ампутаций, пороков и болезней культей ампутированных конечностей.

После ампутации части конечности формируется новый орган опоры и передвижения – усеченная конечность с основными функциями: опороспособность, подвижность в суставах при управлении протезом. На опороспособность культы непосредственно влияют различные патологические состояния, связанные как с ампутацией, так и нерациональным протезированием.

Сотрудники Федерального научного центра реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта В.Г. Суляев и Л.М. Смирнова (2018 г.) указывают, что ведущий принцип протезирования, являющийся залогом успешной комплексной реабилитации больных, – проведение первичного лечебно-тренировочного протезирования в ранние сроки после ампутации (2–3 месяца).

Данные технологии раннего протезирования разработаны в Федеральном научном центре реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта и внедрены в Кемеровской области – Кузбассе: в Новокузнецком научно-практическом центре медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, Новокузнецком протезно-ортопедическом предприятии (в 2010, 2016 гг.), а позже – на протезно-ортопедических предприятиях в таких городах, как: Уфа (2012 г.), Улан-Удэ (2012, 2015 гг.), Санкт-Петербург (2013 г.), Самара (2016 г.), Брянск (2017 г.), Нижний Новгород (2017 г.), Орел (2017 г.), Иваново (2017 г.), Москва – в НПФ «Орто-Космос» (2017 г.), Киров (2003 г.), Петропавловск-Камчатский (2017 г.), Орел, Пермь и др.

Авторы указали на важные преимущества раннего первичного протезирования через 1–3 месяца после ампутации по сравнению с первичным протезированием в сроки 6–12 месяцев и более после ампутации:

- 1) облегчение болевого (фантомно-болевого) синдрома;
- 2) устранение, предупреждение венозного застоя, уменьшение отека послеоперационной раны;
- 3) стимуляция, улучшение кровообращения усеченной конечности;

- 4) стимуляция регенерации тканей культи, послеоперационного рубца;
- 5) предупреждение формирования стойких контрактур суставов;
- 6) улучшение тонуса мускулатуры культи, снижение вероятности атрофии мышц;
- 7) стимуляция заживления раны костной культи, предупреждение остеопороза;
- 8) снижение вероятности роста остеофицитов, формирования болезненных невриноом;
- 9) раннее восстановление способности к передвижению;
- 10) раннее восстановление способности к самообслуживанию;
- 11) улучшение психосоматического состояния;
- 12) предупреждение острых пограничных состояний (неврозов и др.), психологической дезадаптации;
- 13) раннее формирование положительной мотивации к реабилитационным мероприятиям.

Тогда как первичное в сроки 6–12 месяцев и более после ампутации протезирование отличается: замедлением нормализации кровообращения в усеченной конечности; замедлением заживления раны; повышенной вероятностью контрактур суставов; снижением тонуса мышц; замедлением формирования замыкательной пластинки на опиле, развитием остеопороза; повышением риска роста остеофицитов и формирования болезненных невриноом; вероятностью возникновения реактивных состояний и острых стойких к лечению пограничных состояний; отсутствием или замедлением мотивации пациента к реабилитационным мероприятиям.

Н.О. Коробенков и соавт. (2019 г.) сообщают, что основным принципом работы современных бионических протезов является использование электромиографии, которая позволяет определить пригодность культи к протезированию бионическим протезом; выявить уровни и места крепления накожных датчиков, настроить их конфигурацию и внести в программу определенные коррективы, позволяющие пациенту использовать бионический протез или же прибегнуть к другому методу протезирования, проведение первичной подготовки культи к протезированию с помощью бионического протеза. При бионическом протезировании конечности пациент полностью восполняет функционал утраченной конечности. В 2015 г. в России была открыта компания «Моторика», производящая разработку тяговых протезов, в 2017 г. компания представила первый российский бионический протез.

Г.А. Солодимовой и соавт. (2019 г.) предложена структура роботизированного комплекса, позволяющего повысить эффективность корректировки параметров протеза за счет организации биологической обратной связи с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Использование предложенной конструкции роботизированного комплекса позволит снизить механические нагрузки в процессе доводочных операций при создании протеза нижних конечностей.

Система работает следующим образом: пациента помещают на беговую дорожку роботизированного комплекса и на нем закрепляют датчики, электроды и исполнительные устройства; оператор включает беговую дорожку; контроллер комплекса подает силовое воздействие, и пациент начинает движение; система измеряет суставные углы, с электродов снимаются биопотенциалы мышечной активности; сигналы электромиограммы поступают в узел измерения ее параметров; отфильтрованный сигнал поступает в интегральную систему сбора данных для дальнейшей обработки; в интегральную систему сбора данных поступают данные с узлов измерения углов и силы реакции; интегральная система сбора данных обрабатывает полученные сигналы и подает сигнал на контроллер приводов, управляющий исполнительными механизмами.

Реализованная в роботизированном комплексе обратная связь позволяет системе управления эффективнее осуществлять реабилитацию, подбирая и заменяя соответствующие приводы для поддержания голеностопных, коленных и тазобедренных суставов пациента, нуждающегося в помощи.

Внедрение предложенного комплекса в реабилитационную практику позволит освободить ампутантов от ношения тяжелых блоков типа аккумуляторных батарей и блоков обработки сигналов, что, в свою очередь, делает его походку приближенной к естественной.

А.И. Горбатенкова и **В.И. Бондаренко** (2022 г.) сообщают о разделении бионических протезов на два типа:

- 1) **односхватовый** – протез с одним видом схвата, оснащен одним-единственным мотором, который в своей работе обеспечивает односложное смыкание-размыкание пальцев кисти руки при поступлении сигнала от процессора;
- 2) **многосхватовый** – биоэлектрический протез с несколькими видами схвата, имеет по двигателю для каждого пальца руки. Это позволяет

ему выполнять множество различных схватов (жестов) и видов смыкания-размыкания кисти. Количество жестов и их разновидность программируются в процессор протеза и зависят лишь от индивидуальных предпочтений конкретного пользователя.

Для работы бионического протеза требуется каким-либо путем получать показания о мышечной активности человека и обрабатывать их.

Разрабатываемый авторами бионический протез обладает следующими преимуществами по сравнению с аналогами:

- обеспечение управления двигательными функциями протеза без необходимости проведения подготовительных хирургических операции;
- предложенная реализация человеко-машинного интерфейса позволит тактильно определить силу воздействия протеза на предмет (предмета на протез) для каждого пальца протеза;
- использование аддитивных технологий при реализации механической части протеза позволит подойти индивидуально к каждому клиенту.

Основным направлением совершенствования протеза является создание более чуткого интерфейса, позволяющего управлять движением каждого пальца протеза в отдельности.

Ю.О. Уразбахтина и соавт. (2022 г.) приводят сравнительные характеристики параметров бионических протезов рук иностранного производства со сроком изготовления один месяц:

- 1) **BeBionic** (производитель: компания SRLSteeper, графство Кент, Великобритания). Благодаря отдельным электродвигателям для каждого пальца руки, протез позволяет выполнять скоординированные движения, максимально приближенные к естественным движениям обычной человеческой руки. Минимальная стоимость в России – 2 250 150 руб.;
- 2) **i-Limb** (производитель: компания Touch Bionics, г. Эдинбург, Шотландия). Искусственной рукой i-Limb UltraRevolution можно управлять при помощи мышц предплечья, а также через беспроводной интерфейс Bluetooth смартфона, на котором установлено необходимое программное обеспечение. Минимальная стоимость в России – 4 500 300 руб.;
- 3) **Michelangelo** (производитель: компания Ottobock, г. Дудерштадт, Германия). Протез имеет небольшой вес и натуральный внешний

вид. Благодаря четырем подвижным пальцам и большому пальцу, который двигается отдельно от них, кисть Michelangelo обеспечивает инновационную систему захвата. Минимальная стоимость в России – 1 500 100 руб.

В настоящее время в России имеется целый ряд предприятий, специализирующихся на изготовлении, расчете и подгонке современной протезно-ортопедической продукции, в частности: ООО «РИН» («Реабилитация инвалидов»), ООО «ПРИЗ» («Производство реабилитационных изделий»), центры «Здоровье», «Огонек», Реутовский экспериментальный завод средств протезирования и др., в распоряжении которых имеются необходимые клинические базы и самое современное оборудование.

Кроме того, на предприятиях, занимающихся производством изделий на заказ по индивидуальным заказам покупателя, созданы комнаты для снятия слепков, ламинации и примерки изделий, а также для обучения пользования протезами. Налажен в России и серийный выпуск протезно-ортопедической продукции на базе импортных аналогов. Все изделия изготавливаются из материалов, имеющих гигиенические сертификаты и допущенных к использованию в различных протезно-ортопедических конструкциях на территории России (www.rusmedserv.com/prostheticsextremities/).

После установки протеза следующим этапом реабилитации является обучение ходьбе.

С.Ф. Курдыбайло и **К.К. Щербина** (2006 г.) выделяют следующие этапы обучения ходьбе:

Первый этап: адаптация тканей культи к приемной гильзе в положении «стоя», обучение стоянию с равномерным распределением массы тела на обе конечности, обучение переносу массы тела с одной конечности на другую, выработка устойчивости на протезированной конечности, тренировка мышц таза и культи в статике, устранение контрактур и тугоподвижности в тазобедренном суставе.

Для решения задач первого этапа применяются следующие упражнения:

- 1) стояние с равномерной опорой на обе нижние конечности;
- 2) перенос массы тела с одной конечности на другую, постепенно увеличивая расстояние между стопами;
- 3) перенос массы тела с одной конечности на другую с одновременным отведением неопорной конечности;
- 4) ходьба вправо и влево приставными шагами с постепенно увеличивающейся шириной шага;

- 5) повороты, наклоны туловища с одновременным переносом веса тела соответственно повороту;
- 6) стояние на протезированной конечности, сгибание сохраненной конечности в коленном и тазобедренном суставах;
- 7) маховые движения сохранившейся конечностью вперед, назад;
- 8) поднимание половины таза на стороне сохранившейся конечности, удерживая равновесие на протезированной конечности;
- 9) броски и ловля мячей различного веса в положении «стоя» (внимание акцентируется на разгибании культи);
- 10) статическое напряжение разгибателей культи и ягодичных мышц (3–8 сек), выполняется стоя спиной к стенке, пятка искусственной стопы прижата к стенке;
- 11) упражнения на преодоление веса протеза (удерживать протезированную конечность максимально разогнутой 2–3 сек);
- 12) мах протезированной конечностью с целью выработки точных движений;
- 13) упражнения, укрепляющие разгибатели культи и направленные на устранение сгибательно-приводящей контрактуры;
- 14) упражнения для тренировки вестибулярного аппарата, сочетающиеся с упражнениями на равновесие (повороты, наклоны, вращения головы и туловища «сидя» и «стоя»).

Критерием перехода ко второму этапу обучения является способность удерживать равновесие на протезированной конечности (при сохранении правильной осанки) в течение 2–3 сек. Длительность первого этапа – 3–7 дней.

Второй этап: дальнейшая адаптация тканей культи к приемной гильзе, выработка равновесия в одно- и двухопорной фазах шага, укрепление мышц таза и культи в движении, обучение элементам шага, выработка координированных движений верхних и нижних конечностей.

Для решения задач второго этапа применяются следующие упражнения:

- 1) обучение сгибанию и разгибанию в коленном шарнире в сочетании с движениями в тазобедренном суставе выполняют стоя на сохранившейся конечности;
- 2) обучение выносу протезированной конечности вперед;
- 3) обучение перекату с пятки на носок и обратно (при стоянии на обеих ногах);

- 4) имитация ходьбы на месте (поочередное сгибание в коленном шарнире и коленном суставе, масса тела переносится на опорную конечность с убыстрением);
- 5) соединение двух шагов: шага сохраненной и протезированной конечностей;
- 6) отработка правильного положения туловища, головы, координации движений рук.

Длительность второго этапа – 5–7 дней.

Критерием возможности перехода к третьему этапу обучения является координированное выполнение шаговых движений обеими ногами при сохранении равновесия, правильной осанки и правильного положения таза.

Третий этап: выработка ритмичной, координированной, устойчивой ходьбы: адаптация тканей культи к меняющейся при ходьбе нагрузке, продолжение тренировки равновесия при ходьбе, обучение ритмичной ходьбе, ходьбе по лестнице, преодолению препятствий, приемам самоконтроля при ходьбе.

Информационно-методическим письмом Федерального бюро медико-социальной экспертизы Министерства труда и социальной защиты РФ от 02.12.2020 № 39617.ФБ.77/2020 определены особенности социально-психологической реабилитации и абилитации.

1. Психологическое консультирование включает в себя:

- выявление значимых для инвалида проблем социально-психологического содержания – в области межличностных взаимоотношений, общения, поведения в семье, в группе (учебной, трудовой), в обществе, при разрешении различных конфликтных ситуаций, проблем личностного роста, социализации и др.;
- изучение личности инвалида с целью выяснения того, сможет ли он самостоятельно справиться с возникшей у него проблемой;
- обсуждение с инвалидом выявленных проблем с целью раскрытия и мобилизации внутренних ресурсов для их последующего решения;
- информирование инвалида о сути возникшей у него проблемы, о реальной степени ее серьезности;
- оказание первичной психологической помощи в решении выявленных социально-психологических проблем, в восстановлении адекватных социальных отношений и в формировании позитивной установки на социально-психологическую реабилитацию;

- предварительное определение типа (вида) необходимой в дальнейшем услуги по социально-психологической реабилитации, уточнение ее содержания в каждом конкретном случае.
- II. Психологическая диагностика включает в себя следующие этапы:
- анализ исходной документации на обследуемого (медицинской и социальной);
 - конкретизацию целей и задач психодиагностики и планирование ее программы;
 - собеседование;
 - проведение психологической реабилитационно-экспертной диагностики;
 - обработку и анализ психодиагностических данных;
 - подготовку заключения по результатам психодиагностики;
 - разработку психологической составляющей индивидуальной программы реабилитации инвалида с конкретизацией содержания и направленности услуг по социально-психологической реабилитации.
- III. Психологическая коррекция необходима при нарушении (искажении) высших психических функций различной степени выраженности. Целью психологической коррекции является максимально возможная компенсация имеющихся нарушений и предотвращение последующих негативных изменений психических процессов. В зависимости от структуры и степени нарушения могут быть использованы различные коррекционные подходы, в том числе патопсихологические и нейропсихологические.
- IV. Методическим и теоретическим фундаментом психотерапии являются такие направления, как: психоаналитическое, когнитивно-поведенческое, гуманистическое, гештальт-терапия и др.
- V. В рамках проведения социально-психологического тренинга осуществляется работа с переживаниями инвалида, производится активное психологическое обучение (результатом которого является повышение психологической, коммуникативной компетентности), формирование новых копинг-стратегий.
- Групповая форма работы в виде психологического тренинга может быть эффективным средством помощи инвалидам вне зависимости от возраста и имеющейся патологии.
- Включение психологического тренинга наряду с другими формами социально-психологической

реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) рекомендуется в тех многочисленных случаях, когда имеются специфические личностные реакции на ситуацию болезни и новый социальный статус «инвалид» и/или когда стоит задача формирования отдельных социальных навыков, умений, повышения социальной активности.

- VI. Социально-психологическая реабилитация инвалидов по последствиям спинальных травм. В зависимости от степени выраженности нарушенных нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций организма могут варьироваться эмоциональные реакции на болезнь при данных патологиях.

Одними из наиболее типичных следствий оказываются тревожно-депрессивные состояния и различные виды нарушений адаптации. Депрессивные состояния могут быть значительно отложены по времени возникновения. Это связано с иллюзорным представлением обратимости патологического процесса и запоздалым по времени осознанием тяжести собственного состояния и наиболее вероятного прогноза течения заболевания. При этом однозначность прогноза заболевания, определенная врачами-специалистами медицинской организации, не всегда соотносится с субъективным восприятием своего заболевания самим инвалидом.

Риск возникновения депрессивных состояний увеличивается после первичной госпитализации, когда инвалид остается один на один со своими ограничениями. Частичная или полная утрата возможности самостоятельного перемещения меняет привычный уклад жизни инвалида и его семьи. Зависимость от близких людей воспринимается инвалидами по-разному: чувство вины, стыда или эмоциональная раздражительность, агрессия, негативизм и др. Утрата семейных и социальных ролей ставит перед инвалидом задачу поиска новых смыслов жизни, которую он не всегда способен решить самостоятельно или с помощью близких. Возможные нарушения мочевыделительной функции способны вызывать особенно сильные чувства вины, беспомощности и стыда или гнева, замешательства и др. Хронический болевой синдром, который может лежать в основе депрессивного состояния, требует выработки специальных стратегий совладания с болью.

Первой задачей социально-психологической реабилитации при данных патологиях является дифференциальная диагностика между депрессией и реакцией горя.

В отличие нормальной реакции на горе, имеющей ряд нечетко очерченных стадий (шок, поглощенность, дезорганизация, разрешение), которые протекают в течение года, патологическое горевание имеет ряд особенностей. Оно может длиться более 2 лет и нести в себе признаки подавления, избегания или затяжной характер симптомов «нормального» горевания. Риск развития большого депрессивного эпизода при патологическом горевании возрастает. Важным направлением реабилитационной работы при патологической реакции горя или большом депрессивном эпизоде является психотерапия, которая может выходить за рамки социально-психологической реабилитации и осуществляется при участии психиатра и, в случае необходимости, фармакотерапии. Патологические реакции на стресс и нарушение адаптации, что может сопровождать инвалидов со спинальной травмой, также требуют участия психиатра в процессе диагностики и психотерапии. Социально-психологическая реабилитация осуществляется при тесном взаимодействии психологов и психиатров в данных случаях.

Психологическая реабилитация при данных видах патологии достаточно многосторонняя. Ключевыми требованиями к программе психологической реабилитации являются комплексность и раннее начало. Центральными проблемами в ходе работы с инвалидом с последствиями спинальных травм или спинального инсульта являются работа с чувством утраты и горя, депрессивными проявлениями, достижение ощущения контроля над ситуацией посредством формирования соответствующих копингов (способы преодоления стресса), поддержание мотивации в ходе восстановительного лечения с выработкой соответствующих целей, поиск субъективных критериев эффективности восстановительных мероприятий, а также формирование нового «образа Я».

Приспособление к инвалидности у инвалидов, страдающих от последствий спинальной травмы или спинального инсульта, подразумевает перестройку их жизни и смену социальной, семейной и профессиональной ролей.

Достижение целей социально-психологической реабилитации при данной патологии может осуществляться в рамках когнитивно-бихевиорального подхода (формирование адекватных копингов, перестройка «Я-концепции»), где цели достигаются путем структурирования переживаний, минимизации ощущений собственной уязвимости, обретения социальной поддержки и др.

Одним из популярных подходов является **гештальт-терапия**. Помощь в приспособлении инвалида со спинальной травмой к имеющимся ограничениям жизнедеятельности в данном подходе осуществляется за счет сохранения гармоничного отношения с миром и самим собой путем осознания собственных изменений (личностный рост, принятие травмы и др.) и трансформации окружающей среды (физических и социальных условий). Близкое социальное окружение потенциально является мощным ресурсом нормализации психического состояния, при этом родственники сами испытывают значительное психологическое напряжение и находятся в депрессии.

VI. Социально-психологическая реабилитация инвалидов с последствиями травм конечностей. В центре внимания при социально-психологической реабилитации при подобных состояниях находится щадящая установка инвалида в отношении поврежденной конечности, которая может возникнуть как частный аспект общей реакции на создавшуюся ситуацию. Возникшая после травмы субъективная задача защиты поврежденной конечности от вредных воздействий порой распространяется на последующие стадии восстановления и выступает помехой на пути максимально возможного восстановления поврежденной конечности. Всякое предметное действие, протекающее в таких условиях, частично утрачивает свою целенаправленность. Инвалид как бы старается не достичь определенной цели (забить гвоздь, переступить через бордюр и др.), а совершить это действие максимально безболезненно для себя.

Целью социально-психологической реабилитации при подобных травмах является формирование установки на восстановление поврежденной конечности путем изменения отношения инвалида к собственной травме (ее последствиям), своим возможностям в новых условиях, формирование адекватного отношения к процедуре реабилитации, преодоление сложившихся после травмы негативных двигательных паттернов.

Л.М. Смирновой (2009 г.) констатирован недостаток контроля качества протезирования и ортезирования, который не может быть компенсирован конкуренцией производителей или субъективной оценкой продукции потребителем. Причиной этого является как определенное ограничение инвалидов в возможности выбора поставщика реабилитационных услуг, так и то, что многие из них, в силу субъективных и объективных причин, не имеют должной информации о функциональных требованиях к протезно-

ортопедическим изделиям). Кроме того, пациент часто не обладает достаточным опытом для адекватной оценки качества изготовленного протеза. Автор отметила, что не проводится системная проработка проблемы контроля качества, отсутствуют методология и технология такого вида контроля и соответствующие ей технические и методические решения с учетом уровня развития измерительной техники, информационных технологий и современных представлений о требованиях к качеству протезно-ортопедического обеспечения.

Автор пришла к выводу о необходимости создания технологии объективизации оценки функциональной эффективности протезирования и ортезирования нижних конечностей. К проблемным вопросам разработки методологических основ технологии инструментальной оценки функциональной эффективности протезирования и ортезирования пациентов с патологией нижних конечностей автор относит: разработку системы показателей эффективности; определение параметров и критериев оценки; определение метода принятия решения при трактовке результатов оценки.

Для системы ОМС важно признание ведущими реабилитологами страны в руководстве «Реабилитация инвалидов» (2018; стр. 85) юрисдикции ст. 2 и 64 Закона РФ № 323-ФЗ в проведении экспертизы качества реабилитации в системе ОМС: «Для выявления нарушений при оказании медицинской помощи по медицинской реабилитации (своевременности ее оказания, правильности выбора методов реабилитации, степени достижения запланированного результата) проводится экспертиза качества медицинской помощи».

Важным этапом для системы ОМС стало утверждение ТФОМС Свердловской области и Минздравом Свердловской области совместно с Медицинской палатой области и Всероссийским союзом страховщиков Рекомендаций по проведению экспертизы качества медицинской помощи, в том числе с мультидисциплинарным подходом, по профилю «медицинская реабилитация» детей и взрослых на территории Свердловской области (2022 г.).

Предлагаем страховым представителям системы ОМС 3-го уровня основные принципы формулирова-

ния дефектов медпомощи в рамках экспертной деятельности с целью охраны, защиты и восстановления прав пострадавших на надлежащее качество, полноту, объемность и своевременность медицинской реабилитации.

Дефекты качества реабилитационной помощи по критериям п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ: несвоевременность, неправильный выбор методов реабилитации и недостижение запланированного результата реабилитации:

1. Отказ от выполнения требований Порядка организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 № 788н (далее – Порядок):

- 1) п. 9 – отсутствует: – оценка реабилитационного статуса пациента и его динамики; – установление реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды или личностных факторов на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации; – оценка реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию) в намеченный отрезок времени; – формирование цели и задач проведения реабилитационных мероприятий; – оценка факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; – формирование и реализация индивидуально-го плана медицинской реабилитации (ИПМР); – оценка эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий; – составление заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента;

- 2) п. 12 – несвоевременное начало выполнения мероприятий по медицинской реабилитации на первом этапе – позже 72 ч в острейший и острый периоды течения заболевания, при неотложных состояниях, состояниях после оперативных вмешательств (в раннем послеоперационном периоде), хронических критических состояниях; – невыполнение объема мероприятий: ежедневно, продолжительностью не менее 1 ч, но не более 3 ч;
 - 3) п. 13 – отсутствие в переводном эпикризе реабилитационного диагноза (перечень кодов по МКФ), реабилитационного потенциала, перечня проведенных диагностических и реабилитационных мероприятий, их эффективность, показателя ШРМ, рекомендаций о необходимости продолжения оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации с указанием условий ее оказания и целей при переводе пациента из отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реаниматология», для продолжения лечения в отделении, оказывающем специализированную, медицинскую помощь по профилям;
 - 4) п. 16 – отсутствие лечащего врача и (или) врача – анестезиолога-реаниматолога в составе мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК);
 - 5) п. 18 – сниженный объем проведения мероприятий медицинской реабилитации на втором этапе – не ежедневно и/или продолжительностью менее 3 ч;
 - 6) п. 20 – отсутствие в выписном эпикризе второго этапа медицинской реабилитации: клинического диагноза заболевания (состояния), реабилитационного диагноза (перечень кодов по МКФ), сведений о реабилитационном потенциале, ИПМР, факторов риска проведения реабилитационных мероприятий, наименования следующего этапа с учетом показателей ШРМ;
 - 7) п. 23 – сниженный объем проведения мероприятий медицинской реабилитации на третьем этапе: реже чем 1 раз каждые 48 ч и/или продолжительностью менее 3 ч;
 - 8) п. 27 – несоответствие суммы баллов ШРМ и уровня реабилитационной медицинской организации;
 - 9) п. 28 – необоснованный отказ от применения телемедицинских технологий.
- II. Отказ от выполнения требований Положения о мультидисциплинарной реабилитационной команде Порядка:
- 1) отсутствие оказания услуг реабилитации МДРК (п. 2 Положения);
 - 2) несоответствие состава МДРК ИПМР (пп.4 и 5 Положения: врач по физической и реабилитационной медицине/врач по медицинской реабилитации, специалист по физической реабилитации, специалист по эргореабилитации, медицинский психолог/врач-психотерапевт, медицинский логопед, медицинская сестра по медицинской реабилитации, медицинская сестра палатная);
 - 3) невыполнение МДРК функции (п. 6 Положения) – отсутствуют: – оценка реабилитационного статуса пациента и его динамики на основании анализа жалоб, анамнеза, физического обследования, клинических данных, результатов лабораторных, инструментальных исследований, назначенных лечащим врачом и (или) врачом по физической и реабилитационной медицине/врачом по медицинской реабилитации, данных обследований, проведенных медицинским психологом/врачом-психотерапевтом, медицинским логопедом, специалистом по физической терапии, специалистом по эргореабилитации; – установление реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды и личностных факторов на основе МКФ и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации; – оценка реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию) в намеченный отрезок времени; – формирование цели и задач проведения реабилитационных мероприятий; – оценка факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; формиро-

вание и реализация ИПМР; – оценка эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий; – заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации, рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента; – консультирование по вопросам медицинской реабилитации с использованием телемедицинских технологий; дача рекомендаций по направлению пациентов в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь.

- III. Отказ от выполнения требований Правил организации деятельности стационарных отделений медицинской реабилитации Порядка – невыполнение функции (п. 7 Правил) в полном объеме: – отсутствие оценки реабилитационного статуса пациента и его динамики на основании анализа жалоб, анамнеза, физикального обследования, клинических данных, результатов лабораторных, инструментальных исследований, назначенных лечащим врачом и (или) врачом по физической и реабилитационной медицине/врачом по медицинской реабилитации, данных обследований, проведенных медицинским психологом/врачом-психотерапевтом, медицинским логопедом, специалистом по физической терапии, специалистом по эргореабилитации; – отсутствие реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды и личностных факторов на основе МКФ и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации; – отсутствие оценки реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию) в намеченный отрезок времени; – отсутствие цели и задач проведения реабилитационных мероприятий; – отсутствие оценки факторов риска проведения

реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; – формирование и реализация ИПМР; – отсутствие оценки эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий; – отсутствие заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации, рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента.

- IV. Отказ от выполнения требований Правил организации деятельности дневного стационара медицинской реабилитации Порядка организации медицинской реабилитации взрослых, утв. приказом МЗ РФ от 31.07.2000 № 788н – невыполнение функции дневного стационара (п. 7 Правил) в полном объеме: – отсутствие оценки реабилитационного статуса пациента и его динамики на основании анализа жалоб, анамнеза, физикального обследования, клинических данных, результатов лабораторных, инструментальных исследований, назначенных лечащим врачом и (или) врачом по физической и реабилитационной медицине/врачом по медицинской реабилитации, данных обследований, проведенных медицинским психологом/врачом-психотерапевтом, медицинским логопедом, специалистом по физической терапии, специалистом по эргореабилитации; – отсутствие реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды и личностных факторов на основе МКФ и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации; – отсутствие оценки реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию) в намеченный отрезок времени; – отсутствие цели и задач проведения реабилитационных мероприятий; – отсутствие оценки факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов,

ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; – формирование и реализация ИПМР; – отсутствие оценки эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий; – отсутствие заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации, рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента.

- V. Отказ от выполнения требований Правил организации деятельности амбулаторного отделения медицинской реабилитации Порядка – невыполнение функции амбулаторного отделения дневного стационара (п. 6 Правил) в полном объеме: – отсутствие оценки реабилитационного статуса пациента и его динамики на основании анализа жалоб, анамнеза, физикального обследования, клинических данных, результатов лабораторных, инструментальных исследований, назначенных лечащим врачом и/или врачом по физической и реабилитационной медицине/врачом по медицинской реабилитации, данных обследований, проведенных медицинским психологом/врачом-психотерапевтом, медицинским логопедом, специалистом по физической терапии, специалистом по эргореабилитации; – отсутствие реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды и личностных факторов на основе МКФ и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации; – отсутствие оценки реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию) в намеченный отрезок времени; – отсутствие оценки факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; – отсутствие ИПМР; – отсутствие оценки эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий

мероприятий; отсутствие заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по ШРМ, рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента.

- VI. Отказ от выполнения требований Правил организации деятельности центра медицинской реабилитации Порядка – невыполнение функции (п. 9 Правил) в полном объеме: – отсутствие оценки реабилитационного статуса пациента и его динамики на основании анализа жалоб, анамнеза, физикального обследования, клинических данных, результатов лабораторных, инструментальных исследований, назначенных лечащим врачом и (или) врачом по физической и реабилитационной медицине/врачом по медицинской реабилитации, данных обследований, проведенных медицинским психологом/врачом-психотерапевтом, медицинским логопедом, специалистом по физической терапии, специалистом по эргореабилитации; – отсутствие реабилитационного диагноза, включающего характеристику состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности (функции, структуры организма, активности и участия пациента), влияния факторов среды и личностных факторов на основе МКФ и его изменения в процессе проведения мероприятий по медицинской реабилитации; – отсутствие оценки реабилитационного потенциала, определяющего уровень максимально возможного восстановления пациента (возвращение к прежней профессиональной или иной трудовой деятельности, сохранение возможности осуществления повседневной деятельности, возвращение способности к самообслуживанию) в намеченный отрезок времени; – отсутствие цели и задач проведения реабилитационных мероприятий; – отсутствие оценки факторов риска проведения реабилитационных мероприятий и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; – отсутствие ИПМР; – отсутствие оценки эффективности реализованных в рамках ИПМР реабилитационных мероприятий; – отсутствие заключения (реабилитационного эпикриза), содержащего реабилитационный статус, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал, итоги реализации ИПМР с описанием

достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по шкале реабилитационной маршрутизации, рекомендации по дальнейшей тактике ведения пациента; – отказ в консультировании законных представителей пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации, и обучение их реабилитационным методикам, разрешенным к применению на дому; – отказ в организации и проведении консультаций и (или) в участии в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий по вопросам осуществления медицинской реабилитации; – нарушение преемственности в организации оказания медицинской реабилитации; – отказ в проведении клиничко-экспертной оценки качества медицинской реабилитации; – отказ в медико-психологическом и социально-правовом консультировании пациентов, находящихся на реабилитационном лечении.

В фундаментальном руководстве «Медицинская реабилитация раненых и больных» (ВМедА, 1997 г.) указано, что больные с травмой позвоночника и спинного мозга в мирное время составляют от 1 до 4% от общего числа пациентов с различными видами травм, тогда как боевая спинальная травма, по данным разных авторов, составляет от 2,5 до 4,6% (в локальных конфликтах и войнах) и до 7% в условиях применения оружия массового поражения.

Травматическая болезнь спинного мозга разделяется на 4 периода. Острый период продолжается до 2–3 суток и характеризуется сходной клинической картиной при повреждениях спинного мозга разной степени, что обусловлено развитием спинального шока. Ранний период продолжается следующие 2–3 недели. Неврологическая симптоматика проявляется чаще синдромом полного нарушения проводимости спинного мозга вследствие грубого его повреждения. Обратимые изменения в спинном мозгу к концу этого периода обычно исчезают. Промежуточный период длится до 2–3 месяцев. Характеризуется постепенным регрессом спинального шока, вследствие чего выявляется истинный характер повреждения спинного мозга. Поздний период начинается с 3–4-го месяца и продолжается неопределенно долгое время. Неврологически он характеризуется дальнейшим, очень медленным восстановлением функций спинного мозга или автоматизма его отдела, расположенного книзу от уровня полного перерыва.

Дефекты медицинской помощи – нарушения требований клинических рекомендаций «Ведение больных с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы на втором и третьем этапах медицинской и медико-социальной реабилитации» (Союз реабилитологов России; Всероссийское общество неврологов; Ассоциация нейрохирургов России; Российское общество урологов; Российская ассоциация по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов, 2017).

1. Отсутствие комплексной оценки уровня реабилитационного потенциала пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) по критериям с позиций МКФ:

- стандартная неврологическая классификация ASIA;
- опросник «Самочувствие, активность настроение» (САН);
- функциональная оценочная шкала для больных с травмой спинного мозга (VFM):

РП	Балл	Структуры	Функции, активность и участие		Сумма баллов по выбранным параметрам, баллы	Степень нарушений структур и функций по МКФ, %
		ASIA (категория, баллы)	VFM, баллы	САН, баллы		
Отсутствует	1	A <10	<61	<10	<3	96–100
Низкий	2	B 10–106	61–155	10–30	4–6	50–95
Средний	3	C 107–159	156–231	30–50	7–9	25–49
Высокий	4	D 160–202	232–292	>50	9–12	5–24
Норма		203–212	293–305	60–70		0–4

Реабилитационный потенциал (высокий, умеренно выраженный и низкий) – комплекс биологических, личностных и социально-средовых факторов, а также факторов социальной среды, позволяющих в той или иной степени реализовать потенциальные возможности инвалида, которые составляют основу ресоциализации пациента. Комплекс соматических, психофизических и мотивационных характеристик пациента определяет перспективы и направления реабилитационных мероприятий. Определение реабилитационного потенциала является ключевым компонентом разработки программы реабилитационных мероприятий. *Реабилитационный прогноз* – медицински обоснованная вероятность достижения

намеченных целей реабилитации в намеченный отрезок времени с учетом характера заболевания, его течения, индивидуальных ресурсов и компенсаторных возможностей. *Критерии эффективности медицинской реабилитации* определяют по шкалам МКФ. Они включают оценку повреждения, нарушения навыков, активности и социального участия пациентов, влияние факторов окружающей среды и личности пациента. Интегральным показателем эффективности реабилитации является динамика качества жизни пациента. Результаты реабилитации (степень восстановления нарушенной функции) оценивают по 4-балльной шкале: 1 – полное восстановление; 2 – частичное восстановление; 3 – без изменений от исходного уровня; 4 – ухудшение.

II. Отсутствие протокола анализа факторов риска проведения реабилитационных мероприятий:

- 2.1. Острые и хронические соматические заболевания в стадии обострения или декомпенсации.
- 2.2. Инфекционные заболевания (включая гнойные процессы и венерические заболевания) в острой или заразной формах.
- 2.3. Наличие показаний к оперативному вмешательству или применению других специальных методов лечения.
- 2.4. Кожные заболевания.
- 2.5. Тяжелые сопутствующие заболевания, препятствующие проведению медицинской реабилитации: некупируемые нарушения ритма и проводимости сердца, опасные для жизни; некупируемая артериальная гипертензия с высокими показателями артериального давления; сердечная недостаточность II–III стадии; заболевания легких с выраженной дыхательной недостаточностью; хроническая почечная недостаточность (декомпенсация); сахарный диабет (декомпенсация или нестабильное течение); бронхиальная астма (декомпенсация или нестабильное течение); злокачественные новообразования и болезни крови (декомпенсация или нестабильное течение); туберкулез в активной стадии.
- 2.6. Психические заболевания, слабоумие, эпилепсия с частыми припадками, изменения личности (декомпенсация или нестабильное течение).
- 2.7. Все формы наркомании и алкоголизма (декомпенсация или нестабильное течение).

- 2.8. Кровотечения различного происхождения (часто повторяющиеся и обильные).
 - 2.9. Беременность, протекающая с осложнениями, требующими специализированного стационарного лечения.
 - 2.10. Неустраненная компрессия спинного мозга или недостаточная консолидация перелома позвоночника.
 - 2.11. Другие заболевания, препятствующие применению реабилитации, необходимой больным с ПСМТ.
 - 2.12. Наличие двух факторов риска и более (пп. 1–11) является противопоказанием к проведению реабилитационных мероприятий.
 - 2.13. Абсолютным противопоказанием к проведению реабилитационных мероприятий является отсутствие мотивации; степень мотивации к восстановлению поврежденных функций определяется по опроснику «Восстановление локуса контроля».
- III.** Не выполнено требование об объеме обследования больного (приложение 2 к клиническим рекомендациям): – лабораторные анализы: клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови; – коагулограмма и т.д.; – исследование нутритивного статуса; – исследование морфологического статуса пациента (длина тела, длина конечностей и их сегментов, масса тела, объем сегментов тела) и двигательной функции (гониометрия, динамометрия, исследование тонуса, координации, постральной функции, исследование функции верхних и нижних конечностей, включая биомеханику ходьбы); – электронейромиография; – электрофизиологические методы исследования двигательных и чувствительных нарушений; мониторинг электроэнцефалограммы; – исследование функциональных возможностей кардиореспираторной системы – проведение тестов с дозированной нагрузкой, мониторинг артериального давления и электрокардиограммы; – исследование выделительных функций (мочеиспускание, дефекация); – исследование когнитивного статуса пациента: праксиса, гнозиса, памяти, внимания, мышления, управляющих функций; – нейропсихологическое обследование; – лучевые методы диагностики ПСМТ: магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, денситометрия, ультразвуковое исследование; – исследование степени нарушения жизнедеятельности, а также влияния на нее факторов окружающей среды; – оценку реабилитационного

потенциала по МКФ (Приложение 6); – комплексную оценку реабилитационного потенциала пациентов с ПСМТ (Приложение 7, табл. 13).

IV. Отсутствие протоколов исследования степени нарушения жизнедеятельности и влияния на нее факторов окружающей среды по общепринятым валидным шкалам морфологического повреждения, функционального класса, самообслуживания и функциональной независимости, социальной активности и участия в общественной жизни:

- МКФ;
- шкалы оценки активности жизнедеятельности;
- шкала Бартел;
- шкала функциональной независимости FIM;
- шкалы активностей повседневной жизни Ривермид;
- функциональная оценочная шкала VFM;
- модифицированная функциональная оценочная шкала активности и качества жизни.

Отсутствие применения МКФ в первичной, динамической (каждые 72 ч) и заключительной оценках. Отсутствие определения эффективности реабилитации по каждому реабилитируемому параметру и каждому критерию ограничения жизнедеятельности.

IV. Отсутствие в документации фактов назначения и выполнения следующих видов терапии:

- медикаментозная терапия (*ноотропы* (пирацетам, гамма-аминомасляная кислота, пиритинол, цитиколин); *витамины* (токоферол, ретинол, тиамин, рибофлавин, пиридоксин, цианокобаламин, аскорбиновая кислота, никотиновая кислота, кокарбоксилаза, пиридоксальфосфат); *антихолинэстеразные препараты* (ипидакрин, галантамин, неостигмин, амбенония хлорид); *анаболические стероиды со слабым андрогенным эффектом* (оксандролон, нандролон); *вазо- и реологически активные средства* (винпоцетин, пентоксифиллин, декстран, актовегин, дипиридамола); *иммуноактивные препараты* (левамизол, тималин); *биогенные стимуляторы и ферменты* (алоэ, румалон, гиалуронидаза); *миорелаксанты* (баклофен, тизанидин, дантролен, римаботулинотоксин В, онаботулинотоксин А); *седативные средства – фитопрепараты* (валериана, пустырник и пр.), бромиды (бромкамфора), барбитураты (беллатаминал, валокордин, корвалол, диазепам); *транквилизаторы* (диазепам, клоназепам, лоразепам); *антидепрессанты* (дулоксетин, amitриптилин, милнаципран); *противосудо-*

рожные препараты (габапентин, леветирацетам, прегабалин, вальпроевая кислота); *местные анестетики* (лидокаин); *анальгетики*.

- физиотерапия;
- механотерапия;
- кинезитерапия (лечебное применение дозированной физической нагрузки, связанной с произвольным чередованием напряжения и расслабления мышечного аппарата);
- гидрокинезотерапия (дозированное произвольное чередование напряжения и расслабления мышечного аппарата больного в воде);
- психотерапия;
- трудотерапия;
- прогулки, ближний и дальний туризм;
- лечебная физическая культура и массаж;
- мануальная терапия.

VI. Отказ от применения физиотерапевтических методов при ПСМТ в восстановительном и позднем периодах:

- 6.1.** Болевой синдром: Импульсные токи ДДТ (диадинамические токи), СМТ (синусоидально-модулированные токи), ЧЭНС (чрескожная электронейростимуляция); транскраниальная магнитная стимуляция; транскраниальная электростимуляция; статическое магнитное поле; электромиостимуляция; озокеритовые и грязевые аппликации; электрофорез ганглиоблокирующих и анальгезирующих препаратов; эуфиллин-электрофорез; СМТ-форез эуфиллина; СМТ-грязелечение; ультрафиолетовое облучение по полям; поляризованный свет.
- 6.2.** Двигательные и чувствительные нарушения: электростимуляция мышц: использование модулированных токов (экспоненциальных, ДДТ, СМТ, ЧЭНС, ФЭМС (функциональная электромиостимуляция); магнитостимуляция; ультразвук или ультрафонофорез лекарственных средств (трилон Б, ксантинола никотинат, эуфиллин, контрактубекс); бальнеотерапевтические методы: грязелечение, гальваногрязелечение; сероводородные, радоновые, хлоридно-натриевые, бишофитные, йодобромные, вихревые и вибрационные ванны; подводный душ-массаж, подводное вертикальное и горизонтальное вытяжения; массаж, сегментарный массаж, гидромассаж; суховоздушная и криотерапия; пневмокомпрессия; лимфодренаж.

- 6.3.** Трофические нарушения: ультрафиолетовое облучение в суб- или эритемных дозах; поляризованный свет; лазерная или красная светодиодная терапия; КВЧ-терапия; электрофорез лидазы, геля контрактубекс; аэроионотерапия или аэроионофорез биогенных стимуляторов; дарсонвализация, ультратонотерапия; ультразвук, фонофорез, магнитотерапия; УВЧ-терапия; электростимуляция ДДТ или СМТ.
- 6.4.** Нарушения функции тазовых органов:
1) по проводниковому типу: электрическое поле УВЧ; электрофорез атропина; иглорефлексотерапия по тормозному методу; наружная или трансректальная электростимуляция;
2) по сегментарному типу: электрофорез прозерина или пилокарпина; иглорефлексотерапия.
- 6.5.** Недержание мочи: электрофорез атропина; инфракрасное облучение; поляризованный свет.
- 6.6.** Задержка мочеиспускания: электрофорез пилокарпина в сочетании с теплыми ваннами или грелками; наружная стимуляция кишечника импульсными токами (СМТ); электрофорез атропина.
- VII.** Отказ в назначении или применении методик гидрокинезотерапии в зависимости от уровня поражения позвоночника.
- VIII.** Отказ в мероприятиях социально-психологической реабилитации: психологическое консультирование, ориентированное на решение социально-психологических задач; психологическая диагностика; психологическая коррекция; психотерапевтическая помощь; социально-психологический тренинг; психологическая профилактика; социально-психологический патронаж в рамках постреабилитационной программы.

Дефекты оказания медицинской помощи при подготовке к протезированию:

- 1.** Отсутствие в медицинской документации описания анатомо-функциональных особенностей культы: форма культы, наличие укорочения культы, состояние мускулатуры, мышечного баланса, наличие контрактур в коленном суставе (для культы голени) и тазобедренном суставе (для культы бедра), состояние мягких тканей, конечная опороспособность, наличие остеофитов, наличие невром.
- 2.** Отсутствие анализа и учета наличия противопоказаний первичному лечебно-тренировочному протезированию голени и бедра, связанных с анатомо-функци-

ональным состоянием усеченной конечности: – некроз лоскутов культы после оперативного лечения; – длительно не заживающие обширные гранулирующие раны и трофические язвы культы; – гнойно-воспалительные заболевания костных тканей культы (остеомиелит, остеонекроз) в стадии обострения; – воспалительные процессы кожных покровов и мягких тканей в стадии обострения; – хроническая ишемия культы и/или сохранной конечности III–IV степени.

3. Отсутствие анализа и учета наличия противопоказаний первичному лечебно-тренировочному протезированию голени и бедра, связанных с наличием заболеваний: – перенесенный инфаркт миокарда (до 3 месяцев с момента его возникновения) и нестабильная стенокардия; – стенокардия IV функционального класса, сердечная недостаточность III стадии у больных с культей бедра; – ухудшение общего состояния, когда в результате декомпенсации сопутствующей соматической патологии инвалиду прописаны постельный режим или передвижение в кресле-коляске; – наличие психических заболеваний в стадии обострения.

4. Отсутствие протокола оценки физического состояния инвалидов и их толерантности к нагрузке в период подготовки к протезированию – результатов функциональных проб («сесть-лечь», ортостатическая проба, «степ-тест», показанных всем инвалидам, в первую очередь перенесшим ампутацию нижних конечностей.

5. Отсутствие протокола анализа эффективности подготовительных мероприятий к протезированию в соответствии с клиническими и анатомо-функциональными особенностями двигательного статуса пациента независимо от уровня ампутации: – состояние – повышение общего тонуса организма; – укрепление усеченных мышц культы и мышц вышерасположенных сегментов конечности; – устранение контрактур и тугоподвижности в суставах усеченной конечности, – развитие силы мышц туловища и плечевого пояса; тренировка равновесия и вестибулярного аппарата; – развитие координации движений верхних и нижних конечностей; – совершенствование опорной функции рук; – развитие силы мышц контралатеральной конечности при односторонних ампутациях.

6. Отсутствие методов реабилитации в полном объеме подготовки к протезированию после ампутации верхних конечностей: лечебная гимнастика; фантомно-импульсивная гимнастика; упражнения для мышц контралатеральной конечности, тренировка функции равновесия; упражнения для тренировки силы мышц туловища и плечевого пояса; упражнения для развития координационных способностей; упражнения для улуч-

шения функционального состояния культи; развития динамической и статической силы; массаж.

7. Отсутствие методов реабилитации в полном объеме подготовки к протезированию после ампутации верхних конечностей: упражнения для развития силы мышц культи, локтевого и плечевого суставов; упражнения для развития силы мышц надплечий; корригирующие упражнения для профилактики нарушений осанки; упражнения для укрепления мышц туловища; ручная редрессация – устранение тугоподвижности и контрактур в суставах.

8. Отсутствие выявления, наблюдения, направления на госпитализацию и оказания медицинской помощи по поводу пороков и болезней культи.

9. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации болезней и пороков культи – фантомных болей культи: транскраниальная электроаналгезия (15–20 мин ежедневно, курс 10 процедур); диадинамотерапия (ежедневно, курс более 10 процедур); СМТ-терапия (ежедневно или через день, курс 8–12 процедур); короткоимпульсная электроаналгезия (20 мин ежедневно, курс 8–10 процедур); лекарственный электрофорез анестетиков (лидокаина, новокаина) по эндоназальной методике (15–20 мин ежедневно, курс 10 процедур).

10. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации болезней и пороков культи – раны и язвы: инфракрасная лазеротерапия (8–10 мин ежедневно, курс 10–12 процедур); ультразвуковая терапия (ультрафонофорез гидрокортизона или фенилбутазона) (4–6 мин ежедневно, курс 10–12 процедур).

11. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации болезней и пороков культи – остеомиелит культи: УВЧ-терапия (10–12 мин, ежедневно; курс 5–7 процедур); СУФ-облучение (эритемные дозы) (ежедневно или через день, курс 4–5 процедур ин одно поле); СВЧ-терапия (15 мин ежедневно, курс 5–7 процедур); низкоинтенсивная лазеротерапия (до 20 мин. ежедневно, курс 10–15 процедур); низкочастотная магнитотерапия (15–20 мин. ежедневно, курс 10–15 процедур); ультрафонофорез дефибрирующих препаратов (гиалуронидаза, коллализин, ронидаза) (5–10 мин. ежедневно, курс 8–12 процедур); пелоидотерапия (30 мин. ежедневно, курс 10–12 процедур); лечебная гимнастика и дозированная ходьба.

12. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации болезней и пороков культи – болезненные и спаянные рубцы (размягчение, уплощение и рассасывание рубца): электрофорез ферментных препаратов (лидаза, гиалуронидаза, ронидаза, коллализин, карипазим в 20 мл 50% ДМСО) (до 40 мин еже-

дневно или через день; курс лечения 10–20 процедур, повторный курс электрофореза проводят через 1 месяц); ультрафонофорез ферментных препаратов (лидаза, гиалуронидаза, лонгидаза, солкосерил, коллагеназа, пруксол, контрактубекс (5–8 мин, курс 10–12 процедур); лазерная дермабразия; лазерная абляция; лазерная ангиофото-термолизия (повторный курс проводят через 1 месяц); локальная криотерапия. Используют водосодержащие криоагенты (продолжительность ежедневных процедур контактными криоагентами составляет от 30 сек до 3 мин, газовой (воздушной) от 1 до 5 мин, продолжительность курса от 3 суток до 4 недель; повторный курс через 1 месяц).

13. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации болезней и пороков культи – лигатурные свищи: диадинамотерапия (ежедневно, курс 8–10 процедур), амплипульстерапия (5 мин ежедневно, курс 8–10 процедур); высокочастотная магнитотерапия (10–15 мин ежедневно, курс 7–10 процедур); оксигенобаротерапия (45–60 мин ежедневно, курс 7–10 процедур); местная дарсонвализация (до 15 мин ежедневно, курс 10–15 процедур); низкочастотная магнитотерапия (15–30 мин ежедневно, курс 10–20 процедур); КУФ-облучение (2–4 биодозы (в среднем 1–2 мин) ежедневно, курс 3–5 процедур); низкоинтенсивная лазеротерапия; хромотерапия; ультрафонофорез дефибрирующих препаратов.

14. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации болезней и пороков культи – избыток мягких тканей и хронический венозный застой: компрессионное лечение; гидротерапия (15–20 ежедневных процедур); местная дарсонвализация (10–15 мин слабым искровым разрядом ежедневно, курс 8–12 процедур); прессотерапия (10–20 сеансов по 20–30 мин); низкочастотная магнитотерапия «бегущим» магнитным полем (ежедневно 20 мин, курс 10–15 процедур).

15. Отсутствие определения степени функциональности в зависимости от степени активности инвалида в соответствии с классификационной системой MOBIS и оценки критериев уровня потенциальной двигательной активности (низкий, средний, повышенный, высокий).

16. Отсутствие анализа противопоказаний к протезированию.

Дефекты реабилитационной помощи при наличии сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, отягчающей процесс подготовки к протезированию, а также период после протезирования:

1. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации сопутствующей ишемической болезни сердца: кинезотерапия (дозированные физические нагрузки,

гидрокинезотерапия, лечебная гимнастика, углекислые ванны (через день или два дня подряд с перерывом на третий день, курс 10–12 процедур); «сухие» углекислые ванны (15 мин ежедневно, курс 10–12 ванн); оксигенотерапия (45–60 мин, курс 7–10 процедур); усиленная наружная контрпульсация (ежедневно или через день, не менее 3 процедур в неделю, курс 15–35 процедур, продолжительность процедуры 1 ч); электростимуляция мышц нижних конечностей; импульсная электротерапия (ежедневно или через день, курс 8–12 процедур); центральная импульсная электротерапия (30–40 мин ежедневно, курс 8–12 процедур); транскраниальная электроаналгезия (30–40 мин ежедневно, курс 10–12 процедур); лечебный массаж (30 мин ежедневно или через день, курс 10–15 процедур); акупунктура (10–12 процедур); низкочастотная магнитотерапия (10–15 мин ежедневно, курс 14–16 процедур); йодобромные ванны (через день или два дня подряд с перерывом на третий день в первую половину курса лечения и по 4–5 ванн в неделю во вторую, курс 10–12 ванн); транскутанное лазерное облучение крови (8–10 мин ежедневно, курс 10 процедур); аэротерапия (воздушные ванны проводят ежедневно по режимам слабого и умеренного воздействия, курс 12–20 ванн); гелиотерапия и талассотерапия.

2. Отказ от выполнения в полном объеме методов реабилитации сопутствующей ишемической болезни сердца – гипертоническая болезнь: кинезиотерапия; талассотерапия; контрастные ванны (2 раза в неделю, курс 8–10 процедур); круглосуточная аэротерапия (курс 10–12 процедур); лечебный массаж; транскраниальная электроаналгезия (15–20 мин ежедневно, курс 6–8 процедур); низкочастотная магнитотерапия (15–20 мин ежедневно, курс 15 процедур).

3. Отсутствие диспансерного наблюдения за сопутствующими хроническими неинфекционными заболеваниями и их осложнениями.

Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13.12.2006 № 61/106 была принята Конвенция ООН о правах инвалидов, закрепляющая основные права и свободы личности по отношению к людям с инвалидностью – первый всеобъемлющий договор в области прав человека XXI столетия.

Конвенция знаменовала смену парадигмы отношения и подходов к инвалидности и инвалидам. Конвенция изменяет само понимание инвалидности, признавая, что инвалидность – эволюционирующее понятие. Она является результатом взаимодействия между имеющимися нарушениями здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами, которые мешают их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими.

15.05.2012 вступил в силу Федеральный закон от 03.05.2012 № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». Реализация положений Конвенции в Российской Федерации позволила улучшить качество жизни людей с ограниченными возможностями и членов их семей. Сегодня возникла необходимость включения в межведомственное взаимодействие по обеспечению прав инвалидов института страховых представителей системы ОМС, с которым связываются определенные перспективы и возможности нового – усовершенствованного уровня межведомственного взаимодействия по обеспечению прав инвалидов на полнообъемную, своевременную медицинскую реабилитацию надлежащего качества.

Для корреспонденции

Старченко Алексей Анатольевич

Советник генерального директора ООО «Капитал МС», 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 МС», 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

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

I. Рукопись

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

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

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

В работе необходимо указать:

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

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

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

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

II. Содержание

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

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

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

III. Ссылки

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

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

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

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

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

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

Примеры библиографических описаний:

Книга

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

Автореферат диссертации

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

Статья из сборника

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

Статья из журнала

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

Статья из зарубежного журнала

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

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

IV. Иллюстрации

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

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

V. Авторские правки

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

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

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