



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

10

Интервью
директора ТФОМС
Республики Крым
Андрея Карпеева

16

Реализация
профилактических
мероприятий как основа
сотрудничества
участников ОМС
в Санкт-Петербурге

30

Опыт ТФОМС
Челябинской области
по внедрению системы
автоматизированного
мониторинга показателей
проекта «Инцидент № 8»





ISSN 2221-9943

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

02/25



«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 2 (116), 2025

Научно-практический журнал

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА

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

Заместители председателя редакционного совета

Н.А. Хорова – заместитель Министра здравоохранения
Российской Федерации

А.С. Третьяченко – заместитель председателя ФОМС

Главный редактор

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

Т.Ю. Гроздова – директор ТФОМС города Севастополя, д.м.н.,
профессор

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,
академик 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

А.Л. Линденбрaten – д.м.н., профессор Российской
медицинской академии непрерывного профессионального
образования

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

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

И.В. Соколова – заместитель председателя ФОМС

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

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

О.В. Царева – заместитель председателя ФОМС, к.м.н.

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 07.04.2025

Отпечатано в типографии «Роликс»
Адрес типографии: 117105, г. Москва, Нагорный пр., д. 7, стр. 5
Тираж: 1154 экз. Номер заказа: 156643
Дата выхода журнала: 21.04.2025
Формат: 205 x 275 мм. Объем: 68 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», 2025

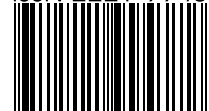
Выходит 1 раз в два месяца с 2006 года
Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия
Регистрационный номер ПИ № ФС77-23840 от 28 марта 2006 года



Подписка на журнал «Обязательное медицинское страхование
в Российской Федерации» производится в ООО «Медипринт»
Тел.: (495) 485-40-66; (499) 488-87-03; e-mail: iol.buh@mail.ru

Подписной индекс по каталогу агентства
ООО «УП Урал-Пресс» – 36347

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

Приветственное слово председателя Федерального фонда ОМС Ильи Баланина	4
--	---

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

В новых регионах определили ключевые задачи на 2025 год	5
--	---

Развитие цифровизации системы обязательного медицинского страхования ...	7
---	---

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

<i>А.Ю. Карпеев</i> Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым в 2014–2024 годах: десять лет возрождения, развития и инноваций.	10
---	----

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

<i>А.В. Репина, О.Б. Строгонова, И.В. Усачевская</i> Реализация профилактических мероприятий как основа сотрудничества участников обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге	16
---	----

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ОМС

<i>А.Г. Ткачева, Р.Р. Абдрахимов, О.А. Титова</i> Региональный опыт внедрения системы автоматизированного мониторинга показателей проекта «Инцидент № 8» на базе ТФОМС Челябинской области	30
--	----

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»

<i>Ю.А. Брудастов, Д.В. Толстов, С.В. Плехов</i> Онконастороженность как количественная функция первичного звена здравоохранения.	44
---	----

ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

<i>А.А. Старченко, А.В. Устюгов</i> Экспертиза качества иммунотерапии злокачественных новообразований в системе ОМС: иммуноопосредованные осложнения как дефекты онкологической помощи. Часть 3	54
--	----

ГОД ЗАЩИТНИКА ОТЕЧЕСТВА

• СОЛДАТЫ ЖИЗНИ

В Екатеринбурге к юбилею Победы реализовали исторический проект «Солдаты жизни»	65
---	----

Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

Интеграция искусственного интеллекта (ИИ) в систему обязательного медицинского страхования (ОМС) способствует повышению точности диагностических процедур и расширяет возможности получения медицинской помощи для граждан России.

Использование ИИ в системах поддержки принятия врачебных решений при проведении функциональных исследований помогает ускорить процесс постановки диагноза и снизить вероятность ошибок при интерпретации результатов. Внедрение интеллектуальных технологий в медицинскую практику способствует повышению качества медицинских услуг, что, в свою очередь, влияет на продолжительность и качество жизни населения. ИИ-технологии помогают прогнозировать возникновение и развитие заболеваний, выявлять их на ранних стадиях, что повышает шансы на успешное лечение.

Решения на основе ИИ облегчают работу врачей при профилактических осмотрах, помогают в подборе оптимальных дозировок лекарственных препаратов и повышают точность хирургических операций.

Цифровой медицинский профиль позволяет централизованно хранить всю информацию о здоровье пациента, что упрощает доступ для врачей и ускоряет процесс оказания медицинской помощи. Это, в свою очередь, способствует повышению качества лечения и эффективности системы здравоохранения в целом. В 2024 году началось пилотное внедрение цифровых медицинских профилей в Республике Марий Эл, Вологодской и Нижегородской областях, Ямало-Ненецком автономном округе и Республике Коми. Результаты этой работы будут представлены в текущем году. В настоящее время уже имеются интересные примеры. В частности, анализ данных одного из регионов с населением 3,1 млн человек выявил 90 тыс. случаев, требующих диспансерного наблюдения, но не охваченных им (13% от общего числа пациентов, находящихся под наблюдением). В результате совместно проделанной работы Федерального и территориального фондов ОМС, а также страховых медицинских организаций 60 тыс. граждан были дополнительно поставлены на диспансерное наблюдение в медицинских организациях. Поэтапное внедрение цифрового медицинского профиля по всей стране планируется в 2025–2026 годах с последующим подключением новых регионов.

В прошлом году 30 регионов начали использовать ИИ в качестве второго мнения при проведении маммографии. Благодаря этому нововведению обследование прошли свыше 1 млн граждан. Очевидно, что ИИ способствует оптимизации деятельности медицинского персонала. В частности, он автоматизирует заполнение необходимой документации, тем самым избавляя врачей от рутинной работы. Помимо этого, традиционная процедура требует двойной проверки результатов маммографии двумя специалистами. При использовании ИИ достаточно заключения одного врача, подкрепленного анализом ИИ. Это позволяет перераспределить ресурсы и направить второго врача на обслуживание других пациентов, что приводит к сокращению очередей и повышению доступности исследования. Планируется, что в текущем году ИИ будет применяться во всех регионах страны.

С 2025 года сфера применения ИИ в ОМС расширяется, включая рентгенологические исследования, флюорографию и компьютерную томографию органов грудной клетки. Визуализация легких, будь то рентген, компьютерная или магнитно-резонансная томография, является неотъемлемой частью диагностики множества заболеваний. Использование ИИ в этой области значительно ускоряет процесс анализа изображений и повышает точность постановки диагноза.

Илья Баланин,
председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования



В НОВЫХ РЕГИОНАХ ОПРЕДЕЛИЛИ КЛЮЧЕВЫЕ ЗАДАЧИ НА 2025 ГОД

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Илья Баланин посетил с рабочим визитом новые регионы.



нии полисов ОМС, в текущем году предстоит завершить их оформление для всех жителей региона. Сделать это можно в 18 пунктах ТФОМС ДНР по приему заявлений, в любом отделении МФЦ и в отделениях «Почты Донбасса», также можно оформить полис через Госуслуги.

На совещании с первым заместителем губернатора Херсонской области Павлом Шувалкиным особое внимание уделили контролю качества медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

«В 2025 году перед территориальным фондом ОМС стоит ряд организационных задач, связанных с усилением работы по защите прав застрахованных лиц, информированием о доступности и качестве оказываемой медпомощи жителям региона, а также контролю выполненных объемов медпомощи», – отметил Илья Баланин.

Развитие системы ОМС в Донецкой Народной Республике обсуждалось в ходе рабочей встречи с заместителем председателя Правительства ДНР Ларисой Толстыкиной.

В прошлом году в ТФОМС ДНР поступило почти 300 тыс. заявлений об оформле-



В Луганской Народной Республике Илья Баланин провел встречу с вице-премьером региона Светланой Малаховой, министром здравоохранения ЛНР Наталией Пащенко и зампреда Народного Совета Денисом Колесниковым.

Программа ОМС региона была дополнена новыми направлениями: введены показатели по сердечно-сосудистой хирургии, репродуктивному здоровью, онкологии, лечению гепатита С и другим профилям.



«Территориальный фонд ОМС в текущем году начнет проводить экспертизы качества медицинской помощи, более плотно организовывать сопровождение застрахованных граждан, особенно, когда они направляются на оказание медицинской помощи в другие субъекты Российской Федерации и федеральные медицинские организации», – сообщил Илья Баланин.

Кроме того, Территориальный фонд ОМС и Минздрав ЛНР разработали программу государственных гарантий, включающую в себя регламент оказания медицинской помощи участникам специальной военной операции во внеочередном порядке.

ТФОМС подписал соглашение с Фондом «Защитники Отечества», в рамках которого определен порядок сопровождения лечения участников СВО. В 2024 году за медицинскую помощь в больницы республики обратились более 6,5 тыс. участников СВО.

В ходе рабочей поездки в Запорожскую область состоялось совещание с министром здравоохранения региона Борисом Александровым. ТФОМС Запорожской области уже начал проводить экспертизу качества медицинской помощи по жалобам застрахованных граждан с привлечением экспертов из других субъектов РФ. Работа будет продолжена и расширена до проведения планового контроля, формирования реестра экспертов качества медицинской помощи региона



По совместному предложению фонда и минздрава области в 2025 году выделены нормативы финансовых затрат на оказание дорогостоящей специализированной медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», которая является особо востребованной как для застрахованных граждан области, так и жителей соседних регионов.

РАЗВИТИЕ ЦИФРОВИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В последнее время искусственный интеллект активно развивается и применяется в различных сферах жизни человека. Медицина не является исключением. Искусственный интеллект имеет невероятно большой потенциал в задачах медицинской диагностики, так как добивается наивысшей степени точности диагностики. Но, безусловно, решение о постановке диагноза всегда остается за врачом. Система поддержки принятия врачебных решений лишь облегчает его работу.

Программой государственных гарантий средние нормативы финансовых затрат на выполнение некоторых видов исследований в системе ОМС установлены с учетом расходов, связанных с использованием медицинских изделий с применением искусственного интеллекта.

С 2025 года наряду с маммографией расходы на использование систем поддержки врачебных решений дополнительно установлены для рентгенографии, флюорографии, а также компьютерной томографии органов грудной клетки.

При этом, в случае оказания соответствующей медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, установленный тариф на оплату, например, маммографии с использованием искусственного интеллекта не должен превышать размер тарифа на оплату маммографии обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм врачом.

В 2024 году оказание и учет маммографий с использованием искусственного интеллекта организованы в 30 субъектах Российской Федерации. Объем указанных услуг составил более 1 млн случаев на сумму около 360 млн рублей.

В настоящее время наметилась устойчивая тенденция к увеличению объемов применения систем поддержки врачебных решений.

За январь 2025 года объем маммографических исследований с использованием искусственного интеллекта в амбулаторных условиях составил почти 90 тыс. исследований, что на 37% выше уровня аналогичного периода прошлого года.

За январь 2025 года проведено 245 тыс. исследований с использованием систем поддержки принятия врачебных решений при проведении рентгенографии или флюорографии грудной клетки в 20 субъектах Российской Федерации.

Также за аналогичный период выполнено более 15 тыс. исследований с применением искусственного интеллекта при проведении компьютерной томографии органов грудной клетки в 10 субъектах Российской Федерации.

Каждый год усиливается роль телемедицинских консультаций для приближения ко всем гражданам вне зависимости от региона узкопрофильной квалифицированной помощи, оказываемой в том числе и ведущими научными центрами страны.

В системе ОМС предусмотрена возможность установления отдельных тарифов на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, в том числе для оплаты медицинских услуг референс-центров.

Перспективные направления использования искусственного интеллекта в системе ОМС Персональные медицинские помощники

Цель: принятие врачебных решений, основанных на результатах обработки данных с использованием ИИ путем внедрения единой платформы для сбора **данных о состоянии здоровья пациентов**



По итогам 2024 года всего оказано более 12 млн услуг с применением телемедицинских технологий на сумму 3,6 млрд рублей.

С 2025 года с целью обеспечения доступности медицинской помощи жителям малонаселенных, отдаленных и труднодоступных населенных пунктов создаются стационары на дому. Оценка состояния здоровья пациента и тактики его лечения осуществляется в том числе и с применением дистанционных технологий.

Расшифровка выполненных исследований – это не единственный возможный способ использования машинного обучения при оказании медицинской помощи.

С 2023 по 2024 год в России реализовывался пилотный проект по обеспечению мониторинга состояния здоровья пациентов с использованием дистанционных высокотехнологичных устройств и сервисов – персональных медицинских помощников.

На начальном этапе рассматривается оказание такой медицинской помощи двум когортам пациентов:

- пациентам с сахарным диабетом, которым проводится мониторинг уровня глюкозы в крови;
- пациентам с артериальной гипертензией, которым проводится мониторинг артериального давления.

Основная идея данного направления заключается в сборе стандартизированной информации о показателях здоровья пациентов в единой системе, которая позволит лечащему врачу получить доступ ко всей полноте данных конкретного пациента без необходимости листать бумажный дневник наблюдений, принесенный пациентом на прием.

Кроме того, систематизированные данные позволят осуществлять их обработку

с применением искусственного интеллекта, что поможет лечащему врачу своевременно среагировать на клинически значимое отклонение показателей конкретного пациента, не дожидаясь, пока он сам придет на прием.

Такой подход позволит нашим врачам взаимодействовать с пациентом проактивно, не дожидаясь, пока устойчивое отклонение мониторируемых показателей от нормы приведет к возникновению осложнений или ухудшению состояния пациента.

В 2025 году Федеральный фонд ОМС планирует приступить к внедрению подсистемы Персонифицированного учета медицинской помощи, которая позволит получать первичные сведения об оказанной медицинской помощи напрямую из региональных информационных систем в сфере здравоохранения и формировать счета об оказанной медицинской помощи непосредственно в Государственную информационную систему обязательного медицинского страхования (ГИС ОМС).

В рамках задачи, поставленной Президентом и Правительством Российской Федерации, по импортозамещению Федеральный фонд ОМС одним из первых внедрил ГИС ОМС и осуществил разработку новых подсистем на единой цифровой платформе Российской Федерации «ГосТех».

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 10.10.2019 № 490 «О развитии искусственного интеллекта в Российской Федерации», Федеральным фондом ОМС был разработан функционал, который позволит применять технологии искусственного интеллекта в сфере ОМС.

На основе данных цифрового медицинского профиля с помощью технологии искусственного интеллекта будут автоматически рассчитываться риски возникновения фатальных и значимых осложнений основных хронических неинфекционных заболеваний, а также риски несвоевременного обращения за медицинской помощью.

Доступ к рассчитанному риску поможет страховым представителям приоритезировать информирование о диспансеризации и диспансерном наблюдении, а также позволит врачам принять своевременные меры по недопущению ухудшения состояния здоровья пациента.

В целях усовершенствования подхода к территориальному планированию объемов оказания медицинской помощи была разработана методология прогнозирования потребления объемов медицинской помощи на основе автоматического анализа данных о фактически оказанной медицинской помощи с учетом половозрастной группы в разрезе трудоспособности, также учитывающая экзогенные факторы, такие как миграция населения между регионами, демографическая изменчивость состава населения. Прогноз будет строиться на один год вперед как для субъекта Российской Федерации, так и для медицинской организации как в количестве случаев, так и в стоимостном эквиваленте, что позволит заранее скорректировать планируемые объемы с учетом фактической картины потребления медицинской помощи.

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ В 2014–2024 ГОДАХ: ДЕСЯТЬ ЛЕТ ВОЗРОЖДЕНИЯ, РАЗВИТИЯ И ИННОВАЦИЙ



Об основных этапах формирования системы обязательного медицинского страхования Республики Крым, о том, как происходит реализация конституционного права граждан на охрану здоровья в части получения бесплатной медицинской помощи за счет средств ОМС рассказывает директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым Андрей Карпеев.

– После возвращения в 2014 году Крыма в состав Российской Федерации первоочередной и приоритетной задачей для полноценной интеграции двухмиллионного населения полуострова в реалии современ-

ной России стало скорейшее внедрение абсолютно новой для региона системы обязательного медицинского страхования как неотъемлемой составляющей сферы здравоохранения. С обеспечением гарантий



В свой первый год работы ТФОМС, который был создан одним из первых указов Главы Республики Крым Сергея Аксенова, активно формировал инновационную для нового региона систему финансирования медицинских организаций, внедрял условия ее функционирования, обеспечивал становление института защиты прав застрахованных граждан.

бесплатного оказания медицинской помощи, а также ее качеством и доступностью со времен украинской юрисдикции здесь имелись фундаментальные проблемы, которые было необходимо оперативно решать.

Как пример: уже в 2015 году на оплату оказанной медпомощи крымчанам было направлено в три раза больше средств по сравнению с украинским периодом. А за прошедшее десятилетие эта цифра удвоилась, до 35 млрд рублей,



что позволило нам в полном объеме обеспечить реализацию конституционного права граждан на охрану здоровья в части получения бесплатной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Самое активное участие в организации работы нового ТФОМС принимали директора и сотрудники территориальных фондов всех субъектов Российской Федерации, которые протянули нам товарищескую руку помощи. Огромную организационно-методическую помощь в становлении системы обязательного медицинского страхования в Крыму на начальном этапе оказывали занимающая в те годы должность председателя Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко, ее заместители Александр Кувалдин и Юрий Нечепоренко.

Первоначально наш коллектив насчитывал всего 40 человек: были и крымчане, и люди, прибывшие на помощь из разных регионов России. Можно сказать, что выстраивали систему в кратчайшие сроки всей страной: в буквальном смысле от Магадана до Калининграда. Тогда мы в очередной раз на практике убедились, насколько стабильна и мощна эта структура, созданная более трех десятилетий назад, насколько сплочено и заряжено на результат ее профессиональное братство.



Пристальное внимание ко всем аспектам нашей работы, всесторонняя помощь и поддержка в решении всех возникающих вопросов со стороны региональных властей и лично Главы Республики Крым Сергея Аксенова помогли максимально быстро и эффективно настроить этот новый для региона механизм финансирования сферы здравоохранения.

Средний возраст сотрудников ТФОМС составлял на тот момент 35 лет: здесь собрались молодые, прекрасно мотивированные, заряженные на максимальный результат специалисты своего дела. Меня самого всегда привлекала та часть работы системы обязательного медицинского страхования, которая проводилась на местах, интересно было искать реальные пути решения проблем, с которыми сталкиваются участники системы обязательного медицинского страхования на уровне субъектов Российской Федерации.



Крым был совершенно новым регионом, где система ОМС еще только формировалась с нуля и выстраивалась кирпичик за кирпичиком. И, наверное, это было основным аргументом в пользу того, почему я решился на переезд в Крым, сначала в роли заместителя директора Территориального фонда, а потом, в сентябре 2015 года, его возглавил.

Сегодня у нас более 120 сотрудников и три филиала – в Ялте, Феодосии и Евпатории. Я убежден, что решение задач, поставленных перед любой организацией, невозможно без профессиональных единомышленников. Ведь за любой системой и аббревиатурой стоят в первую очередь люди. Нам удалось сформировать коллектив, готовый даже в постоянно меняющихся условиях с полной отдачей слаженно и профессионально работать для достижения общих целей.

Мои коллеги, работающие в ТФОМС Республики Крым, обладают особенными моральными и человеческими качествами. С одной стороны, они равнодушны к своему делу, потому что понимают, что здоровье человека – его главная цен-



ность. С другой – они требовательны и по-хорошему щепетильны, поскольку осознают, что каждый рубль должен идти на благо пациента. Отсюда и наш слоган, с которым мы идем через годы: «Здоровье – бесценно, лечение – бесплатно».

Нашу сплоченность наглядно показал, к примеру, период пандемии коронавируса, когда на передний план борьбы вышло стабильное финансирование системы здравоохранения. Или становление системы ОМС в исторических регионах РФ в 2023 году, когда уже мы в свою очередь стали кураторами и всесторонне поддерживали и продолжаем по сей день оказывать методическую помощь коллегам из Херсонской и Запорожской областей.

Есть такой меткий афоризм: «Собраться вместе есть начало, держаться вместе есть прогресс, работать вместе есть успех». За минувшие десять лет мы прошли все эти стадии и пришли к сегодняшнему моменту, когда система обязательного медицинского страхования в Республике Крым является прочной экономической основой здравоохранения региона.

- В год крымчане и гости полуострова обращаются в поликлиники по полису ОМС свыше 7,5 млн раз.
- Высокотехнологичная медицина для крымчан стала в десять раз «ближе».



С 2014 года уже более 50 000 граждан получили возможность пройти лечение с использованием новейших уникальных методов восстановления здоровья.

- В год профилактическими медицинскими мероприятиями охвачено свыше 1 млн крымчан.
- Осуществлено более 5 000 циклов ЭКО





рого не только оказывают консультативное содействие, но и принимают незамедлительные меры для устранения нарушений прав граждан при получении медицинской помощи.

Все это – результат пристального внимания и деятельного участия в становлении и развитии системы обязательного медицинского страхования со стороны Федерального фонда ОМС, Главы Рес-

публики Крым Сергея Аксенова, а также выстроенного эффективного взаимодействия с региональными органами исполнительной и законодательной власти, общественными некоммерческими организациями, надзорными органами, медицинскими учреждениями, страховыми медицинскими организациями.

- За счет средств нормированного страхового запаса более 1,5 млрд рублей направлено ТФОМС на переоснащение региональных медицинских учреждений и повышение квалификации медицинских работников.
- С 2016 года круглосуточно на связи Единый бесплатный Контакт-центр по вопросам ОМС, операторы кото-

ро не только оказывают консультативное содействие, но и принимают незамедлительные меры для устранения нарушений прав граждан при получении медицинской помощи.

При этом мы не останавливаемся на достигнутом и находимся в постоянном процессе развития и модернизации, а также решения стратегических задач, напрямую влияющих на улучшение качества жизни крымчан.

УДК 614.2

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ КАК ОСНОВА СОТРУДНИЧЕСТВА УЧАСТНИКОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

А.В. Репина¹, О.Б. Строгонова¹, И.В. Усачевская²



¹ Государственное учреждение
«Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Санкт-Петер-
бурга»

² Административное структур-
ное подразделение
ООО «Капитал МС» –
Филиал в г. Санкт-Петербурге
и Ленинградской области

Реферат

Статья посвящена передовому опыту Санкт-Петербурга по интенсификации профилактических мероприятий и достижению практически стопроцентного выполнения целевых значений национального проекта «Здравоохранение». Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга разработаны и внедрены новые подходы к формированию ежемесячной аналитической информации о ходе профилактических мероприятий, на основе которых удалось организовать объективный динамический контроль их результатов. Достигнут стопроцентный показатель проактивного индивидуального информирования взрослого населения о возможности прохождения профилактических мероприятий, организованы различные проекты и мероприятия по формированию у граждан стойкой приверженности к ежегодной диспансеризации в целях сохранения своего здоровья, налажено конструктивное взаимодействие с застрахованными в рамках социологического мониторинга их удовлетворенности оказанной медицинской помощью, в том числе в рамках профилактических мероприятий.

Также в статье приведен опыт страховой медицинской организации ООО «Капитал МС» по эффективному адресному индивидуальному информационному сопровождению застрахованных лиц и обеспечению доступности профилактических мероприятий и медицинской реабилитации для маломобильных групп граждан.

Ключевые слова:

профилактические мероприятия, повышение доступности медицинской помощи для маломобильных граждан, обязательное медицинское страхование (ОМС) в Санкт-Петербурге.

Обеспечение государственной поддержки профилактических мероприятий

Профилактическая направленность остается приоритетным направлением деятельности системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования. Это отражает вектор развития государственной политики в области сохранения и укрепления здоровья населения в последние годы. В соответствии со Стратегией национальной безопасности Российской Федерации, установленной Указом Президента Российской Федерации от 02.07.2021 № 400, сбережение народа России и развитие человеческого потенциала определено как одна из ведущих национальных задач. Реализация профилактических приоритетов деятельности системы охраны здоровья остается перспективной в горизонте ближайших будущих лет: сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей – одна из основных национальных целей развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года, что определено Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2024 № 309.

В соответствии с установленными целями перед всеми участниками системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования поставлены конкретные задачи по проведению профилактических мероприятий на наиболее эффективной основе, охвату ими всех возрастных групп населения, раннему выявлению и динамическому наблюдению потенциально опасных заболеваний, прежде всего, являющихся основными причинами смертности населения, при единовременном обеспечении доступности и должного качества медицинской помощи на всех этапах профилактических программ.

Мониторинг достижения поставленных задач, контроль их исполнения медицинскими учреждениями и страховыми медицинскими организациями обеспечивается на уровне положений национальных проектов – завершённого проекта «Здравоохранение» и стартовавшего с 2025 года проекта «Продолжительная и активная жизнь». Анализ охвата граждан профилактическими медицинскими осмотрами, диспансеризацией и диспансерным наблюдением, уровень их проактивного информирования, в том числе позволяющего обеспечить адресную маршрутизацию для прохождения профилактических мероприятий, на постоянной основе проводится на уровне Министерства здравоохранения Российской Федерации, а также региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения.

Следует отметить, что достижение объемных целевых показателей сопряжено с решением медицинскими учреждениями и страховыми медицинскими организациями сферы обязательного медицинского страхования задач по созданию максимально комфортных условий оказания гражданам медицинской помощи при профилактических мероприятиях, повышению уровня их организации и доступности, прежде всего информационной. Необходимым условием является обеспечение прохождения гражданами профилактических осмотров в максимально короткий срок, в вечерние часы и в субботу, предоставление возможности дистанционной записи на удобное для пациентов время.

В соответствии с поручениями Правительства Российской Федерации с 2019 года обеспечивается публичное информирование граждан о профилактических медицин-

ских осмотрах и диспансеризации: на сайтах медицинских организаций, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения и территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС) публикуются перечни медицинских организаций, актуальные графики их работы с пациентами, желающими пройти профилактические мероприятия. Наряду с этим, обязательства ТФОМС и страховых медицинских организаций в соответствии с требованиями законодательства – это контроль эффективности профилактических мероприятий в рамках защиты прав застрахованных лиц, оценка их качества и доступности, удовлетворенности граждан получением, содействие в их прохождении на основе формирования стойкой приверженности к сохранению здорового образа жизни.

Комплексный подход к созданию благоприятной среды проведения профилактических мероприятий способствует своевременному выявлению хронических заболеваний, в том числе протекающих в латентной форме, началу динамического наблюдения состояния здоровья, направленному на предотвращение неуправляемых осложнений заболеваний, что является важнейшим индикатором качества проведения профилактических осмотров как ведущей меры по сбережению народа России.

Актуальные установочные позиции по организации и контролю эффективности профилактических мероприятий были обсуждены Президентом Российской Федерации В.В. Путиным в ходе совещания 18.02.2025 с членами Правительства Российской Федерации. Подчеркнуто, что необходимо сохранить достигнутые темпы и объемы проведения профилактических мероприятий, обеспечить их всеобщую

доступность для граждан, особенно мало-мобильных групп. Обращено внимание на необходимость поддержки обратной связи с гражданами, оперативного реагирования на их обращения по вопросам проведения профилактических мероприятий, прежде всего, поступающие через Платформу обратной связи Госуслуг, так как это позволяет в короткие сроки устранять недостатки в работе медицинских организаций.

При этом не случайно местом для проведения совещания с участием Президента РФ был выбран Санкт-Петербург, который традиционно в последние годы является центром инновационных решений в организации медицинской помощи на всех этапах и уровнях ее оказания, что, несмотря на сложную многоступенчатую архитектуру системы городского здравоохранения, обеспечивается слаженным взаимодействием медицинских организаций федерального, городского подчинения и медицинских организаций негосударственных форм собственности, вовлеченных в предоставление медицинской помощи жителям города на основе государственно-частного партнерства, а также участием федеральных и городских страховых медицинских организаций, взаимодействующих с ТФОМС Санкт-Петербурга в рамках единых подходов по защите прав граждан на получение своевременной медицинской помощи должного объема и качества.

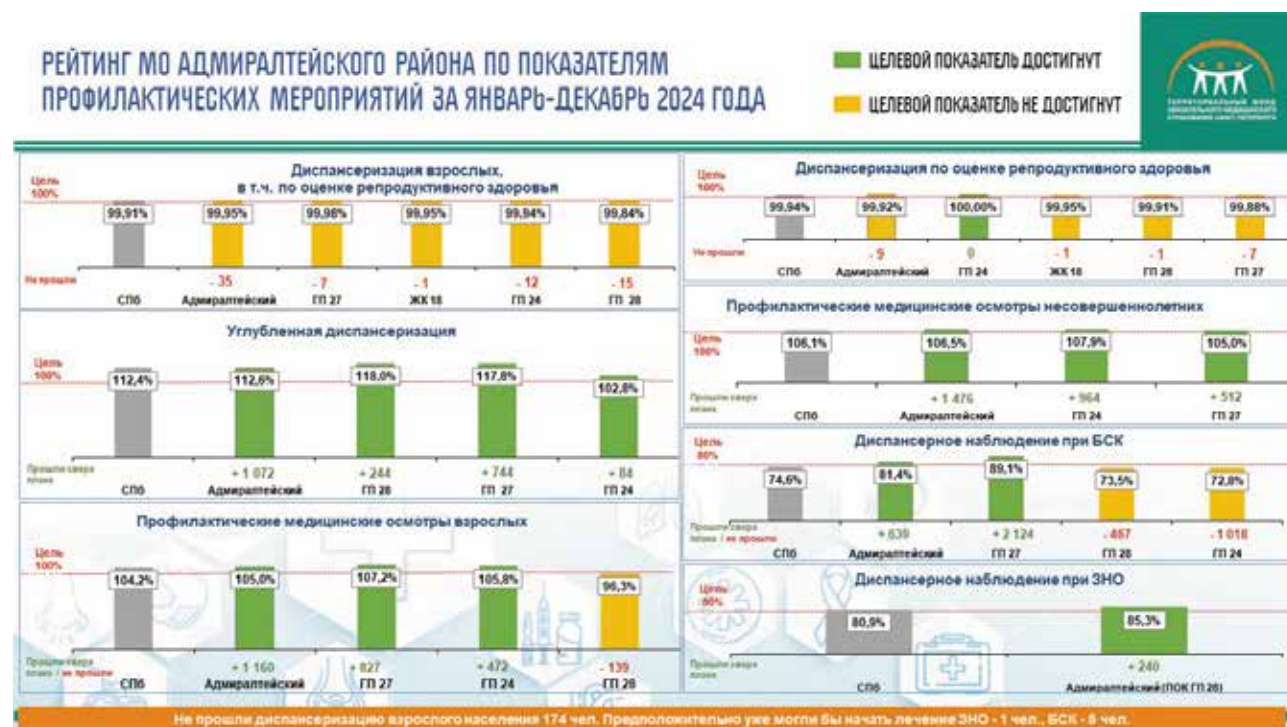
Санкт-Петербург: системный подход и инновации в организации профилактических мероприятий

В Санкт-Петербурге – городе федерального значения, в последнее десятилетие сложилась эффективная система взаимо-

действия субъектов и участников сферы обязательного медицинского страхования и здравоохранения, в которую включено более 6 млн застрахованных лиц, более 350 медицинских организаций, ТФОМС Санкт-Петербурга и 6 страховых медицинских организаций. Ключевым компонентом при реализации профилактических мероприятий, а также мер, направленных на совершенствование процесса их организации, стал системный подход к их планированию, проведению и контролю. Каждый из участников системы максимально вовлечен в реализацию мер по совершенствованию медицинской помощи, а всесторонняя совместная заинтересованность системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования, сконцентрированная вокруг центрального звена – пациента, делает процесс профилактики заболеваний

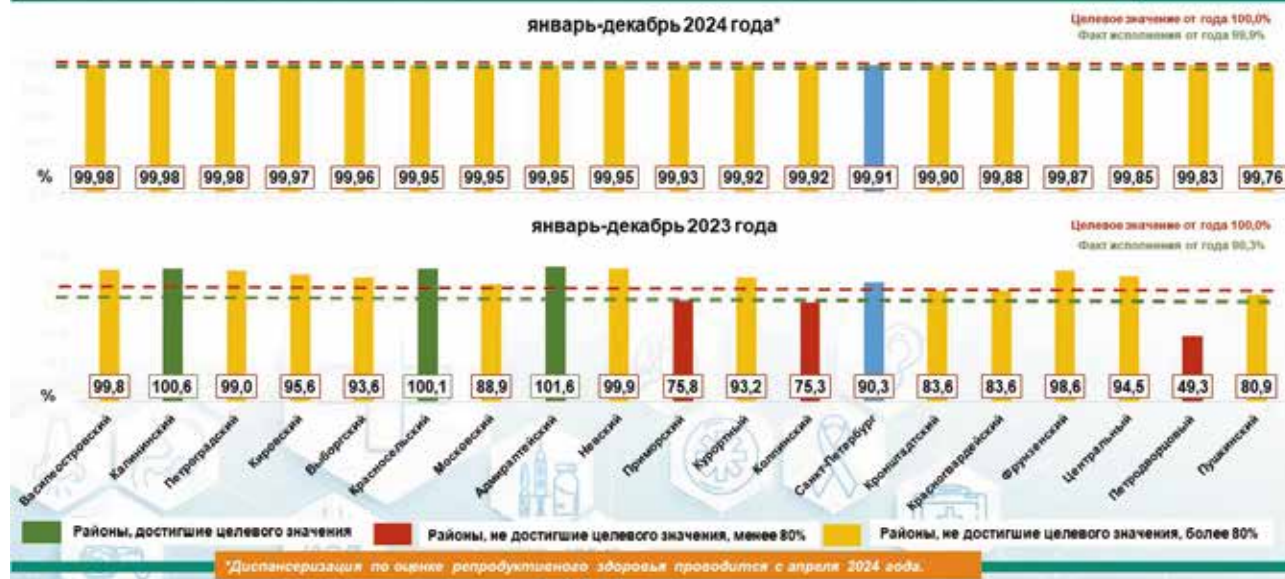
управляемым, что позволяет сформировать благоприятный фон для сбережения здоровья жителей города.

В рамках обеспечения реализации профилактических мероприятий на основе системного подхода и оценки сведений информационных систем сферы обязательного медицинского страхования ТФОМС Санкт-Петербурга разработаны и внедрены новые подходы к формированию ежемесячной аналитической информации о ходе профилактических мероприятий, на основе которых в период 2023–2024 годов удалось организовать объективный динамический контроль их результатов. Глубина анализа, проводимого по отдельным видам профилактических мероприятий с учетом половозрастной структуры населения, на основе оценки отклонений достижения фактических показателей от их целевых



Аналитическая панель достижения целевых показателей по профилактическим мероприятиям медицинскими организациями одного из районов Санкт-Петербурга

ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВОГО ЗНАЧЕНИЯ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛЫХ, В Т.Ч. ПО ОЦЕНКЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ, В РАЗРЕЗЕ РАЙОНОВ ЯНВАРЬ-ДЕКАБРЬ 2023 И 2024 ГОДОВ



Различия в значениях достижения целевых показателей по профилактическим мероприятиям взрослого населения после применения новых подходов к формированию ежемесячной аналитической информации и организации объективного мониторинга результатов профилактических мероприятий

ИСПОЛНЕНИЕ ОБЪЕМОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ НАРАСТАЮЩИМ ИТОГОМ ЗА 2022 И 2023 ГОДЫ (ДОСТИЖЕНИЕ ПЛАНОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, %)



Различия в динамике достижения целевых показателей по профилактическим мероприятиям детей после применения новых подходов к формированию ежемесячной аналитической информации и организации объективного мониторинга результатов профилактических мероприятий

значений, позволяет контролировать реализацию профилактических мероприятий с детализацией до уровня отдельного терапевтического участка, а также в разрезе медицинских организаций, районов Санкт-Петербурга. Предоставление такой информации органам исполнительной власти в сфере здравоохранения Санкт-Петербурга, руководителям медицинских и страховых медицинских организаций – это действенный инструмент, позволяющий своевременно принимать адресные меры по совершенствованию организации профилактических мероприятий.

Для ТФОМС Санкт-Петербурга внедрение таких подходов к формированию аналитической информации стало одним из шагов в рамках процесса цифровой трансформации. Поэтапное внедрение единых информационных систем, централизованных модулей в сфере обязательного медицинского страхования позволяет агрегировать и анализировать большие данные, открывая возможность создания и использования информационных ресурсов для принятия управленческих решений. Использование участниками обязательного медицинского страхования таких информационных технологий в ежедневной работе позволяет непрерывно совершенствовать процесс контроля исполнения плана профилактических мероприятий на основе рискориентированного подхода.

В Санкт-Петербурге результаты указанного мониторинга используются в том числе для подведения итогов исполнения руководителями отдельных районов города ключевых показателей результативности, среди которых показатели исполнения объемов профилактических мероприятий занимают особое место.

Результативность профилактических мероприятий, несомненно, зависит от степени приверженности к их прохождению населения. Формирование уверенности граждан в необходимости прохождения профилактических мероприятий успешно развивается при активном участии ТФОМС Санкт-Петербурга и страховых медицинских организаций.

В 2024 году, с учетом положений регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» в рамках национального проекта «Здравоохранение» обеспечено 100% проактивное индивидуальное информирование взрослого населения о возможности прохождения профилактических мероприятий – это более 6 млн жителей Санкт-Петербурга, что с учетом различных видов профилактических мероприятий, кратности информирования соответствует практически 10 млн случаев направления информации страховыми представителями застрахованным лицам по этому поводу.

Формированию стойкой приверженности граждан к ежегодной диспансеризации в целях сохранения своего здоровья способствует и активное публичное информирование. Кроме разработки и распространения печатных информационных материалов, ТФОМС Санкт-Петербурга и страховые медицинские организации на регулярной основе организуют и принимают участие в городских мероприятиях, в ходе которых проводят консультирование граждан, семинары и мастер-классы по вопросам обязательного медицинского страхования, в том



Известные актеры театра и кино Андрей Ургант, Борис Смолкин и Сергей Кошонин проходят диспансеризацию в Городской поликлинике № 40. Проект ТФОМС Санкт-Петербурга и страховых медицинских организаций «Звездная диспансеризация»

числе о значимости и целесообразности своевременного прохождения профилактических осмотров различных видов. В 2024 году такие мероприятия были организованы в рамках Дня Российского кино, Дня пожилого человека, Петербургского международного форума здоровья.

Указанные меры по реализации в Санкт-Петербурге системного подхода к организации профилактических мероприятий нашли отражение в существенной их интенсификации в течение последних нескольких лет.

По итогам 2022 года к профилактическим мероприятиям удалось привлечь только 75% взрослых жителей из числа им подлежащих, в 2023 году этот показатель составил уже 97%, а в 2024 году обеспечен почти 100% охват жителей города.

Отдельно следует отметить достижения по реализации плана профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних. В 2022 году и предшествующие периоды установленный план проведения профилактических осмотров этой группы населения был реализован только на 55,4%. Благодаря предпринятым мерам с 2023 года охват несовершеннолетних профилактическими процедурами достиг стопроцентного уровня, что было подтверждено также и по итогам 2024 года.

Достигнутые результаты по организации проведения профилактических мероприя-

тий позволили оперативно начать в Санкт-Петербурге работы по реализации диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья, стартовавшие с середины 2024 года. По итогам периода, используя инструменты динамического контроля, удалось достичь в целом по Санкт-Петербургу стопроцентного исполнения установленного плана этих профосмотров.

Интенсификация профилактических медицинских осмотров и диспансеризации влечет за собой повышение показателей активного выявления у граждан хронических заболеваний, подлежащих контролю со стороны врача в рамках диспансерного наблюдения.

В 2024 году профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию прошли 2 997 117 взрослых жителей Санкт-Петербурга, у 86,7% из них были выявлены хронические заболевания, в том числе у 6,9% такие

заболевания выявлены впервые. В структуре выявленных недугов преобладает патология сердечно-сосудистой системы (43,9%, 1 314 420 заболеваний, в том числе 82 743 выявленных впервые), органов пищеварения (5,2%, 154 733 заболеваний, в том числе 11 444 выявленных впервые), органов дыхания (2,8%, 84 890 заболеваний, в том числе 7 731 выявленных впервые), сахарный диабет (4,5%, 133 535 заболеваний, в том числе 6 653 выявленных впервые), злокачественные новообразования (0,7%, 21 265 заболеваний, в том числе 3 193 выявленных впервые). По итогам профилактического медицинского осмотра и диспансеризации под диспансерное наблюдение впервые были взяты более 190 тыс. человек, а в целом состоят под диспансерным наблюдением более 1,9 млн человек.

Национальным проектом «Продолжительная и активная жизнь» с 2025 года предусмотрены дополнительные цели в рамках борьбы с хроническими заболеваниями, являющимися основными причинами смертности населения. Наряду с этим, совершенствование диспансерного наблюдения, как основной меры по предотвращению обострений хронических заболеваний, предусмотрено в рамках продолжающейся работы по разрешению отраслевого инцидента № 9 «Повышение эффективности управления системой мер по снижению смертности взрослого населения». В ряду таких заболеваний – сахарный диабет, ожирение, заболевания органов дыхания,



ПМФ3-2024, совместный стенд ТФОМС Санкт-Петербурга и страховых медицинских организаций, сотрудники Санкт-Петербургского филиала ООО «СК «Ингосстрах-М»



ПМФ3-2024, совместный стенд ТФОМС Санкт-Петербурга и страховых медицинских организаций, сотрудники Управления организации защиты прав застрахованных граждан ТФОМС

системы кровообращения, печени и поджелудочной железы, злокачественные новообразования и другие распространенные болезни. Видится, что применение используемых ранее системных подходов по контролю проведения профилактических мероприятий позволит участникам системы обязательного медицинского страхования успешно решить и эти новые задачи.

Система взаимодействия участников обязательного медицинского страхования по организации и проведению профилактических мероприятий, включающая полноценный и прозрачный информационный обмен данными и мониторинг результатов, создание полноценной информационной среды для граждан, меры по повышению доступности профилактических мероприятий, была бы не полной без обратной связи, получаемой от граждан ТФОМС Санкт Петербурга и страховыми медицинскими организациями.

Конструктивное взаимодействие с гражданами налажено в рамках социологического мониторинга их удовлетворенности оказанной медицинской помощью, результаты которого регулярно доводятся до органов исполнительной власти в сфере здравоохранения Санкт Петербурга с целью оперативного принятия динамических управленческих решений.

По итогам 2024 года граждане, прошедшие профилактические мероприятия в Санкт-Петербурге, продемонстрировали высокий, более 90%, уровень удовлетворенности от взаимодействия с медицинскими организациями (всего страховыми медицинскими организациями было опрошено 22 437 человек): организацией профилактических меро-

приятий удовлетворены 91,9% респондентов, качеством проводимых исследований и осмотров – 92,9%, отношением медицинского персонала – 96,2%.

Повышение в последние годы активности граждан по использованию электронных сервисов в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования, в том числе средствами личного кабинета на портале «Госуслуги», предоставило страховому сообществу еще один инструмент обратной связи с застрахованными лицами. Каждое сообщение, поступающее от граждан о возможно недостоверных сведениях об оказанной им в рамках профилактических мероприятий медицинской помощи, тщательно рассматривается страховой медицинской организацией, а также по итогам контроля за ходом профилактических мероприятий доводятся до сведения медицинских организаций в целях предотвращения нарушений в дальнейшем.

Отдельно проводятся работы по получению обратной связи от граждан, не прошедших профилактические мероприятия. Из числа таких граждан в 2024 году (всего опрошено 210 755 человек) 12,5% отметили, что испытывают трудности с выделением времени для прохождения профилактических мероприятий, в том числе в связи с рабочим графиком; 14,1% указали, что не доверяют качеству профилактических мероприятий; 27,2% отметили, что не нуждаются в таких осмотрах, поскольку пользуются иными возможностями для поддержания своего здоровья; 42,2% указали, что планируют пройти профилактические мероприятия позже, и только 4,0% указали, что не знали о такой возможности.

Полученная в рамках обратной связи от граждан информация о трудностях, в том числе в связи с плотным графиком работы, с которыми они сталкиваются при прохождении профилактических мероприятий, а также введение Минздравом России обновленного Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения стали ориентиром для страхового сообщества Санкт-Петербурга при внедрении новых организационных форм профосмотров.

В 2024 году в Санкт-Петербурге с первых дней действия обновленного порядка проведения профилактических мероприятий, предусматривающего возможность их прохождения гражданами по месту работы и учебы, предприняты меры в этом направлении. За 2024 год такой возможностью воспользовались более 22 тыс. человек. Стоит отметить, что пионером в этом направлении стал коллектив ТФОМС Санкт-Петербурга: 95% специалистов организации прошли профилактические мероприятия, при этом большинство включенных в них клинико-диагностических процедур было выполнено в привязке к рабочему месту сотрудников. Примененные подходы не только позволили достичь высоких показателей охвата, но и получили должный отклик по удовлетворенности работников ТФОМС Санкт-Петербурга.

Новационные подходы по контролю проведения профилактических мероприятий, информированию граждан, а также по содействию им в их своевременном прохождении активно реализуются всем страховым сообществом Санкт-Петербурга.

Участие страхового сообщества Санкт-Петербурга в организации профилактических мероприятий

Примером эффективного адресного индивидуального информационного сопровождения застрахованных лиц в Санкт-Петербурге является реализованный ТФОМС Санкт-Петербурга, страховой медицинской организацией ООО «Капитал МС» и СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 117» проект по организации проведения углубленной диспансеризации и медицинской реабилитации для маломобильных групп населения «Повышение эффективности организации и проведения углубленной диспансеризации и медицинской реабилитации населению Санкт-Петербурга, включая маломобильную категорию».

Работа с маломобильной группой населения – это особая социальная ответственность для страховой медицинской организации. Люди с ограниченными возможностями здоровья, пожилые люди – это пациенты, которые, как правило, испытывают затруднения при обращении за медицинской помощью, при этом именно эти пациенты особенно нуждаются в динамическом наблюдении и регулярных профилактических и реабилитационных мероприятиях, которые позволят контролировать состояние их здоровья, улучшить качество их жизни. Эта группа пациентов наиболее остро нуждалась в профилактических осмотрах в постпандемийный период ввиду предшествующих ограничений на их проведение, и именно она была выбрана для реализации поставленных задач.

В рамках реализации проекта были предложены новые подходы к информационному сопровождению пациентов – это разработанная по специальному дизайну

информационная световая навигация к отделению профилактики поликлиники, специализированные печатные информационные материалы (брошюры, листовки, плакаты, стенды) и видеоматериалы по основам здорового образа жизни, профилактическим мероприятиям и медицинской реабилитации.

В отделении профилактики поликлиники было организовано рабочее место страхового представителя ООО «Капитал МС», который в режиме постоянного контакта с пациентами по телефону и в очной форме осуществлял индивидуальное информирование пациентов о возможности прохождения профилактических мероприятий, предварительное уведомление о запланированном визите к врачу. Особая роль – это согласование с маломобильными пациентами необходимой им помощи для прохождения углубленной диспансеризации и медицинской реабилитации, содействие пациентам в записи на лечебно-диагностические мероприятия, назначенные им по результатам углубленной диспансеризации, в том числе организация таких мероприятий на дому.



Выездная медицинская бригада Городской поликлиники № 117 проводит занятия по медицинской реабилитации в рамках проекта «Повышение эффективности организации и проведения углубленной диспансеризации и медицинской реабилитации населению Санкт-Петербурга, включая маломобильную категорию»



Занятия пациента по видеокурсу медицинской реабилитации, разработанному специалистами Городской поликлиники № 117 в рамках проекта «Повышение эффективности организации и проведения углубленной диспансеризации и медицинской реабилитации населению Санкт-Петербурга, включая маломобильную категорию»

В рамках проекта адресное проактивное индивидуальное сопровождение получили 57 маломобильных пациентов поликлиники. Для застрахованных лиц силами страхового представителя был организован выезд мобильных бригад медицинских работников для оказания медицинской помощи

на дому, проведен контроль результатов выполненных осмотров, оказано содействие в организации медицинской помощи, назначенной пациенту по результатам профилактических мероприятий.

Для работы выездных мобильных бригад врачей поликлиники страховой медицинской организацией был приобретен легковой автомобиль, который использовался также и для доставки пациентов, имеющих возможность передвигаться с посторонней помощью, в поликлинику. В случае необходимости, страховым представителем обеспечивалось личное сопровождение пациента во время поездки в медицинскую организацию.

Дополнительной возможностью для маломобильных пациентов, вовлеченных в участие в проекте, стало прохождение реабилитационных мероприятий в домашних условиях. В медицинской реабилитации по поводу осложнений после перенесенной новой коронавирусной инфекции нуждалась почти половина таких пациентов. Реабилитационная бригада выезжала на дом к пациенту в полном составе, проводился осмотр пациента и назначался индивидуальный курс лечебной гимнастики, при этом пациент получал возможность в дальнейшем заниматься самостоятельно. Специально для этих целей страховой медицинской организацией были приобретены планшеты для демонстрации информационных видеоматериалов по особенностям реабилитации, обеспечения коммуникаций между пациентом и медицинскими работниками.

Наряду с этим при участии страховой медицинской организации был записан видеокурс по медицинской реабилитации, разработанный специалистами СПб ГБУЗ

«Городская поликлиника № 117». Каждые 10 дней в течение месяца пациент, проходивший медицинскую реабилитацию на дому, дополнительно получал консультацию инструктора по лечебной физической культуре на дому для контроля выполнения предписанных упражнений. При этом страховым представителем на протяжении всего курса реабилитации осуществлялось сопровождение пациента, оказание ему необходимого информационного и организационного содействия при получении медицинской помощи.

Итогами эксперимента стала отмеченная положительная динамика в состоянии здоровья всех пациентов, находившихся под контролем страхового представителя. Пациенты получили все необходимые лечебно-диагностические мероприятия в установленные сроки, в том числе более половины из них проактивно записаны в медицинские организации для консультирования врачами-специалистами, получения диагностического обследования, решения вопроса о плановой госпитализации. У пациентов, прошедших медицинскую реабилитацию, значительно улучшились дыхательные функции легких, наблюдалось снижение бессонницы, улучшение двигательной активности в течение дня.

По итогам реализации проекта уровень удовлетворенности пациентов при прохождении профилактических мероприятий составил более 80%, а среди маломобильных пациентов достиг 100%. Экспертами страховых медицинских организаций в ходе контрольно-экспертных мероприятий отмечено снижение частоты выявленных дефектов в работе поликлиники в целом, при этом случаев нарушения порядков и сроков выполнения лечебно-диагности-

ческих мероприятий в рамках углубленной диспансеризации и медицинской реабилитации отмечено не было.

Итоги проекта были широко освещены и одобрены для внедрения в совместную работу страхового сообщества Санкт-Петербурга и медицинских организаций на заседании Координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга.

Время вызовов стало временем достижений

Положительный опыт, полученный при реализации проекта «Повышение эффективности организации и проведения углубленной диспансеризации и медицинской реабилитации населению Санкт-Петербурга, включая маломобильную категорию», является основой для развития дальнейшей работы страхового сообщества Санкт-Петербурга. В 2025 году, объявленном Президентом Российской Федерации Годом Защитника Отечества, разработанные и ранее внедренные мероприятия по оказанию необходимого пациентам содействия при получении медицинской помощи станут вектором помощи страхового сообщества участникам специальной военной операции и членам их семей.

ТФОМС Санкт-Петербурга осуществляет взаимодействие с Государственным фондом поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи отдельным категориям ветеранов боевых действий, установленным Постановлением Правительства

Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов». Кроме того, с 2023 года действует соглашение о сотрудничестве ТФОМС Санкт-Петербурга и Филиала Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» по Санкт-Петербургу, в рамках которого проводится организационное, методическое и информационное взаимодействие сторон по обеспечению доступности медицинской помощи демобилизованным участникам специальной военной операции.

Индивидуальное сопровождение участников специальной военной операции при оказании им необходимой медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования является одним из приоритетных направлений деятельности ТФОМС Санкт-Петербурга по реализации и защите прав застрахованных лиц.

Совместная работа Контакт-центра, страховых медицинских организаций и социальных координаторов Фонда «Защитники Отечества» позволяет обеспечивать индивидуальное информационное сопровождение участников специальной военной операции, оказывать оперативное содействие в получении необходимой медицинской помощи, в том числе медицинской реабилитации, в первоочередном порядке. Более 200 таких пациентов уже получили в Санкт-Петербурге помощь страховых представителей страховых медицинских организаций.

Подводя итог, можно с уверенностью сказать, что успехи Санкт-Петербурга

в достижении ключевых показателей национального проекта в части прохождения гражданами профилактических мероприятий стали возможны благодаря эффективному сотрудничеству всех участников системы. Профилактика заболеваний рассматривается как основа для улучшения здоровья населения, что подтверждается акцентом на диспансеризацию

и профилактические осмотры в государственной политике страны. Ежегодно Правительство Российской Федерации в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания помощи гражданам принимает решение о повышении качества



Участие специалистов ТФОМС Санкт-Петербурга в консультировании граждан в рамках Дня социально-правовой информации

и доступности диспансеризации и профилактических осмотров. Поэтому реализация амбициозных задач по сохранению здоровья граждан невозможна без системного подхода к их планированию, проведению и контролю.

Для корреспонденции

Репина Александра Валерьевна

Заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга

Адрес: 200961, Санкт-Петербург, box 1219

Тел.: +7 (812) 703-14-00
E-mail: arepina@tfoms.spb.ru

Строгонова Ольга Борисовна

Начальник Управления организации защиты прав застрахованных граждан Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга

Адрес: 200961, Санкт-Петербург, box 1219

Тел.: +7 (812) 703-14-00
E-mail: ostrogonova@tfoms.spb.ru

Усачевская Ирина Витасовна

Директор филиала в Санкт-Петербурге и Ленинградской области АСП ООО «Капитал МС»

Адрес: 197198, Санкт-Петербург, пр-т Малый П.С., д. 7, литера Б

Тел.: +7 (812) 325-67-74
E-mail: smk-info@kapmed.ru

УДК 614.2

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО МОНИТОРИНГА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОЕКТА «ИНЦИДЕНТ № 8» НА БАЗЕ ТФОМС ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.Г. Ткачева, Р.Р. Абдрахимов, О.А. Титова



Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования
Челябинской области

Реферат

Средства обязательного медицинского страхования вносят значительный вклад в финансирование системы здравоохранения как на федеральном, так и на региональном уровне. Финансовое обеспечение медицинских организаций ежегодно увеличивается, что позволяет сохранять экономическую устойчивость здравоохранения и влечет за собой усиление контроля эффективности использования государственных средств. С этой целью Министерством здравоохранения Российской Федерации создан проект «Инцидент № 8», который включает мероприятия по повышению качества управления финансовыми ресурсами здравоохранения от уровня субъекта Российской Федерации до конкретной медицинской организации. В Челябинской области разработана система автоматизированного мониторинга ключевых показателей финансово-экономической деятельности медицинских организаций. Ее внедрение уже дало положительные результаты, оценка которых приведена в настоящей статье.

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, территориальный фонд ОМС, медицинские организации, Инцидент № 8, эффективность использования средств ОМС, цифровая трансформация ОМС, автоматизированный мониторинг, аналитический дашборд.



С 2024 года Министерством здравоохранения Российской Федерации введена система контроля деятельности субъектов здравоохранения в части финансового менеджмента «Инцидент № 8», целью которого является повышение качества управления финансовыми средствами отрасли здравоохранения. В оценку инцидента включены такие показатели, как структура расходов средств обязательного медицинского страхования (ОМС), уровень просроченной кредиторской задолженности, выполнение индикативных показателей заработной платы медицинского персонала, остатки денежных средств на счетах медицинских организаций и т.д.

В рамках мероприятий по достижению параметров выхода из инцидента важно не только своевременно выявлять отклонение показателей от нормы, но и предотвращать их негативное изменение.

В этой связи возникает необходимость разработки мер, основанных на отклонении взаимосвязанных показателей, для постоянного контроля показателей и выявления причин возникновения просроченной кредиторской задолженности в медицинских организациях Челябинской области, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

В Челябинской области активно развивается методика управления, основанная на первичных данных здравоохранения. Для всех заинтересованных участников оперативные данные медицинских организаций по ряду показателей агрегируются и представляются в виде аналитических дашбордов, разработанных Министерством здравоохранения Челябинской области (в т.ч. МИАЦ) и Ситуационным центром Губернатора.

Региональные фонды ОМС играют ключевую роль в обеспечении финансовой устойчивости здравоохранения и обязательного медицинского страхования в своих субъектах. Вскоре после введения «Инцидента № 8» Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Челябинской области приступил к анализу системы показателей на основе материалов Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС). Специалистами фонда было выявлено множество подходов к расчету показателей, отсутствие структурированности, разрозненность в различных источниках данных, различный уровень автоматизации управленческой отчетности в Челябинской области. Результаты исследования модели инцидента позволили определить основную цель: сформировать единый мониторинг финансово-экономических показателей деятельности медицинских организаций в рамках «Инцидента № 8», применяемый на базе ТФОМС Челябинской области, для выявления причин и предотвращения возникновения просроченной кредиторской задолженности как отклонения показателей от нормы на верхнем уровне.

Для достижения цели потребовалось решить ряд задач:

- определить необходимый результат внедрения мониторинга;
- описать поэтапный процесс внедрения с учетом уровня цифровой зрелости ТФОМС Челябинской области, проанализировать текущую цифровую инфраструктуру на предмет потребности в новом программном обеспечении;
- определить методику внедрения на локальном уровне;
- сформировать модель данных мониторинга показателей «Инцидента № 8».

Результатом внедрения мониторинга являются интерактивные информационные панели (дашборды), на которых представлены все показатели мониторинга с максимально автоматизированным процессом обновления данных, а также оцифрованная и структурированная отчетность в виде данных для оперативного погружения.

При внедрении мониторинга важно учитывать стратегические аспекты цифровой трансформации ОМС в части обработки данных и информатизации функций ФОМС, тенденции к использованию федеральных информационных систем, в том числе для анализа данных показателей.

Унификация неоднозначных подходов к расчету показателей, возможной их изменчивости обеспечивается путем создания реестра показателей (*таблица*). В рамках набирающего обороты инцидентного управления, различных тематических мониторингов важно иметь быстрый доступ ко всей модели актуальных показателей для выявления взаимосвязанных элементов. В реестре показателей есть ссылка на соответствующий набор данных.

С целью структурирования источников данных для расчета всех показателей был запущен реестр наборов данных, связанный с реестром показателей. Для расчета конкретного показателя исследовался источник данных (на предмет наличия данных по другим показателям) и формировался набор данных с необходимым уровнем агрегации. Для каждого набора данных были определены ответственные структурные

Таблица

Структура реестра показателей

Поле реестра набора данных	Описание поля реестра набора данных
№ П/П	Номер показателя или уникальный его ключ
Блок	Наименование отдельного блока показателей, например: «Распределение и перераспределение объемов», «Финансовое обеспечение ТП ОМС» и т.д.
Группа	Предлагается указывать, является ли показатель основным или дополнительным указанного блока, например, в главном блоке основным показателем является уровень просроченной кредиторской задолженности по отношению к субвенции ФОМС
Наименование показателя	Наименование показателя, например: «Уровень просроченной кредиторской задолженности»
Описание показателя	Это поле необходимо для указания описания показателя или его единицы измерения, например, для уровня просроченной кредиторской задолженности: «Доля в процентах от величины субвенции ФОМС на оплату медицинской помощи на отчетный год, %»
Наборы данных	Указывается перечень наборов данных как источника для расчета показателя
Тип показателя	Необходимо указывать, расчетным или объемным является показатель. Например, «Уровень просроченной кредиторской задолженности» является расчетным показателем, рассчитывается как отношение двух объемных показателей «Размера ПКЗ» и «Размера субвенции ФОМС»
Методика внутреннего расчета	Указывается методика внутреннего расчета, например, если размер субвенции показатель № 1, а размер показателя просроченной кредиторской задолженности (ПКЗ) № 2, то методика будет выглядеть так: «2»/«1»×100
Методика расчета	Регламентированные особенности расчета, например, для достижения целевого уровня заработной платы: Отношение средней заработной платы врачей медицинских организаций, участвующих в территориальной программе (ТП) ОМС, из всех источников финансирования к целевому уровню заработной платы
Уровень агрегации	Необходимый уровень агрегации (погружения) расчета показателя, например, для некоторых показателей необходимы расчеты по медицинским организациям за год и месяц: регион, месяц, медицинская организация
Индикатив	В случае наличия указывается оптимальное значение показателя, используется как индикатор отклонений
Дата добавления	Указывается дата добавления показателя в реестр

подразделения, способы и периоды поставки. При добавлении новых наборов данных учитывалась возможность максимальной автоматизации процессов обработки информации.

Работа с функциональной моделью системы мониторинга начинается с заполнения реестра показателей. Определяются

методики расчета (можно ли рассчитать показатель через уже имеющиеся показатели либо это отдельный показатель), индикативы показателя. Выясняется источник данных для расчета показателя: если необходимый набор данных уже существует, то просто устанавливается ссылка на него, в противном случае создается новый набор

данных – аналогично устанавливаются все параметры нового набора данных.

В рамках внедрения мониторинга финансово-экономических показателей деятельности медицинских организаций важно обеспечить не только автоматизацию процессов поставки и обработки данных, но и организовать их хранение на защищенном сервере с учетом всех требований безопасности и условий законодательства, а также распределенный ролевой доступ сотрудникам фонда, высокоскоростное формирование отчетности, визуализацию. Разработка таких комплексных систем, обладающих всем спектром необходимых функций, силами непосредственно фонда неэффективна и практически неосуществима. Такую систему целесообразно внедрять обособленно с возможностью интеграции с любой другой системой. Трендом выполнения таких задач, безусловно, являются ВІ-системы. Рынок отечественных разработок представлен широким спектром программного обеспечения, обладающего различным сочетанием функциональных возможностей. Допускается также использование свободно распространяемого программного обеспечения, но с учетом его недостатков. ВІ-системы могут обеспечить функциональные возможности, процесс исполнения которых не удовлетворяет тенденциям цифровизации или попросту отсутствует в действующих информационных системах фондов.

При настройке и эксплуатации ВІ-системы целесообразно руководствоваться базовыми принципами управления данными (data governance, data management). Исследованиями в этом направлении занимается международная ассоциация управления данными, полный перечень прин-

ципов управления данными приведен в DAMA-DMBOK2 (data management body of knowledge).

При реализации мониторинга необходимо найти баланс между скоростью внедрения и автоматизацией, так как по своей сути процесс автоматизации безграничен и внедрение подобных процессов может отнимать много времени.

С учетом всех принципов управления данными и возможностями автоматизации реализация мониторинга начинается с обеспечения поставки, обработки, хранения наборов данных в соответствии с реестром наборов данных. Хранение наборов данных в электронном виде позволит получить любой желаемый разрез показателей, проводить дополнительные аналитические расчеты. При формировании наборов данных требуется сбалансировать уровень погружения и затраты на скорость обработки и объем хранения данных.

Использование агрегированной информации (обработанной первичной информации) преследует цель оптимизации процессов получения отчетности, повышения доступности данных, увеличения скорости формирования расчетов. Данные об оказанной медицинской помощи являются сложно структурированными с большим объемом информации, поэтому нерационально формировать множество сложных однотипных запросов к первичным данным с целью формирования отчетности сотрудниками фондов ОМС. Это значительно перегружает информационную систему и может привести к ошибкам и сбоям в ее работе.

Описанный процесс внедрения мониторинга выявил потребность в дополнительном программном обеспечении визуа-

лизации информации. По итогам анализа отечественного рынка BI-решений был сделан выбор в пользу платформы Visiology, выгодно отличающейся от свободно распространяемого программного обеспечения, в первую очередь, широтой функционала и гибкостью при работе с данными.

Далее был произведен расчет показателей в соответствии с их реестром. Это можно сделать разными способами. Например, на определенном этапе у нас есть данные для расчета показателя, таким образом, можно рассчитывать каждый отдельный показатель в любом уровне агрегации. Проблема заключается в том, что в таком случае в выходном потоке информации будет только один показатель. Поэтому необходимо формировать автоматическую форму отчетности по показателям одинаковой размерности или же использовать другой способ. Так как уровень агрегации показателей в основном состоит только из трех размерностей: уровень периодов (например, год или месяц), уровень региона (в целом или на регион), уровень медицинских организаций (расчет показателя для каждой организации), то лучшим вариантом становится так называемый параметрический отчет (или набор данных). Таким образом, формируется запрос к данным в следующей структуре:

- наименование показателя (или код показателя в реестре показателей);
- подуровень показателя (для таких показателей, как «Структура расходов ОМС», будет несколько подуровней, отражающих каждую дополнительную размерность статьи затрат или для других показателей свои дополнительные размерности, например, условие оказания медицинской помощи);

- уровень агрегации (указывается тот уровень агрегации, для которого сформировано значение показателя в данной структуре);
- медицинская организация (указывается, если уровень агрегации содержит медицинскую организацию);
- отчетный год;
- отчетный месяц.

Следует обратить внимание, что уровни агрегации в таком отчете являются суперпозицией всех сочетаний измерений: например, такие уровни агрегаций, как годовые значения показателя для медицинских организаций или годовые значения для региона, месячные значения для медицинских организаций и т.д. Определить, какой именно уровень агрегации рассчитан для конкретного показателя, можно путем установления пустых полей (если поле «медицинская организация» остается пустым, то значит, уровень агрегации – не «медицинская организация») или соответствующих значений в поле «уровень агрегации». Преимуществами такого хранения информации являются скорость получения оперативной информации в любом разрезе по любому показателю за любой период, формирование единого файла отчетности, простота внедрения и разработки визуализации (дашборды).

В соответствии с материалами презентаций и докладов ФОМС, а также конференций и обучающих материалов ЦНИИОИЗ была создана предварительная модель из 85 показателей, разделенных на группы и подгруппы. Применяв данный подход, ТФОМС Челябинской области разработал несколько аналитических панелей (дашбордов) по показателям главной группы

«Инцидента № 8», в том числе оперативный анализ финансирования текущего отчетного периода в Visiology 3.9.

Дашборд «Текущее финансирование» состоит из 6 информационных панелей, на которых представлен финансовый анализ текущего отчетного периода по данным предъявленного к оплате реестра счетов (рис. 1–6). Указанные данные являются случайно сгенерированными, виджеты имеют несколько уровней иерархии измерений с возможностью опускаться на более низкие уровни (drilldown). В совокупности все панели позволяют максимально оперативно провести анализ текущей ситуации по оказанной медицинской помощи и разработать меры сокращения рисков финансовой нестабильности.

На рисунке 1 представлена панель для оперативного анализа финансирования по данным реестра счетов на оплату медицинской помощи за текущий период, которая содержит показатели финансирования (по видам), а также их динамику с начала года. Все суммы указаны в миллионах рублей.

На панели «Текущий МЭК» (рис. 2) отражены показатели результатов медико-экономического контроля (МЭК):

- отклонено по МЭК (всего отклонений по всем кодам дефектов, млн руб.);
- сверхобъемы (отклонений по превышению объемов оказания медицинской помощи, млн руб.);
- по профилю «онкология» (отклонений по превышению объемов оказания



Рис. 1. Дашборд «Текущее финансирование», основная панель

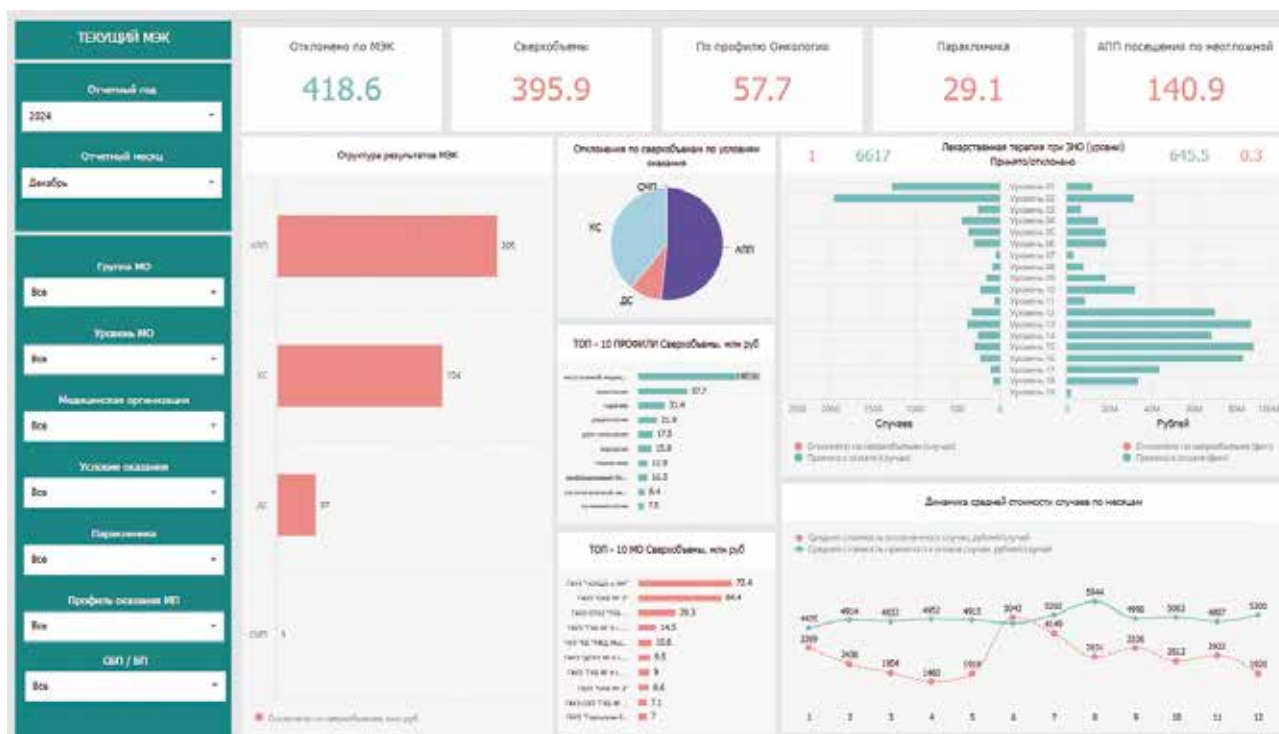


Рис. 2. Дашборд «Текущее финансирование», панель «Текущий МЭК»

медицинской помощи по профилю онкология, млн руб.);

- параклиника (отклонений по превышению объемов оказания медицинской помощи по исследованиям, млн руб.);
- АПП посещения по неотложной (отклонений по превышению объемов оказания неотложной медицинской помощи, млн руб.).

Виджет «Структура результатов МЭК» представляет собой иерархическую линейчатую диаграмму с первым уровнем «условие оказания медицинской помощи», вторым уровнем «группа медицинских услуг», третьим уровнем «медицинская организация».

Также в виде различных виджетов представлены суммы отклонений по причине сверхобъемов в разрезе условий оказания

медицинской помощи, топ-10 профилей и медицинских организаций по суммам отклонений по сверхобъемам, динамика средней стоимости случаев, принятые и отклоненные случаи по лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях по уровням.

На панели «Исполнение планов медицинской помощи. Круглосуточный стационар» (рис. 3) представлен оперативный анализ исполнения месячных и годовых планов по группам медицинских услуг (в данном случае по клинко-профильным группам). Панель является частью комплекса по всем условиям оказания медицинской помощи. Исполнение плана в данном случае рассчитано как отношение принятых к оплате случаев к плану за текущий отчетный период (месяц и год). Отклонения текущего года

ИСПОЛНЕНИЕ ПЛАНОВ МП Круглосуточный стационар		Отчетный год	Группа МО	Уровень МО	Медицинская организация				
		2024	Все	Все	Все				
Принято к оплате текущий месяц	Отклонено текущий месяц	План текущий месяц	Принято к оплате текущий год	Отклонено текущий год	План текущий год				
50320	3521	69199	578835	4474	652799				
Исполнение плановых объемов в круглосуточном стационаре									
		Принято к оплате, текущий месяц	Отклонено, текущий месяц	План, текущий месяц	Исполнение месячного плана	Принято к оплате, текущий год	Отклонено, текущий год	План, текущий год	Исполнение годового плана
• КЛГ КС, ст13 - Кардиология		1 808	37	2 494	76,7	21 703	39	22 309	97,28
• КЛГ КС, ст14 - Колоректология		634	9	990	64,04	7 436	13	7 792	95,43
• КЛГ КС, ст15 - Неврология		3 027	63	3 979	76,07	36 263	72	37 214	97,44
• КЛГ КС, ст16 - Нейрохирургия		1 048	120	1 500	69,87	12 025	149	12 477	96,30
• КЛГ КС, ст17 - Неонатология		562	35	722	77,84	6 325	46	6 485	97,53
• КЛГ КС, ст18 - Нефрология (без диализа)		315	8	526	59,89	3 581	17	3 792	94,44
• КЛГ КС, ст19 - Онкология		735	459	833	88,24	11 417	483	11 515	99,15
• КЛГ КС, ст20 - Оториноларингология		871	41	1 238	69,24	9 931	60	10 218	96,25
• КЛГ КС, ст21 - Офтальмология	АНО "ЦКМСЧ"	124	0	139	89,21	1 524	0	1 539	99,03
	ГАУЗ "ГБ № 2 г. Минск"	52	11	52	100	735	11	735	100
	ГАУЗ "ГКБ № 11 г. Челябинск"	313	0	324	96,6	3 310	0	3 321	99,67
	ГАУЗ "ГКБ № 6 г. Челябинск"	203	0	237	85,65	2 361	2	2 395	98,58
	ГАУЗ "Городская больница № 1 им. Г.И. Дробышева г. ..."	97	2	97	100	1 137	3	1 137	100
	ГАУЗ "ДГКБ № 1 г. Челябинск"	93	0	87	95,4	1 034	2	1 038	99,61
	ГАУЗ "ОКБ № 3"	295	0	312	94,55	3 188	0	3 205	99,47
	САОБ "ПОВИЛ" г. Магистровский	10	0	77	70,37	737	0	738	99,4

Рис. 3. Дашборд «Текущее финансирование», панель «Исполнение планов медицинской помощи. Круглосуточный стационар»

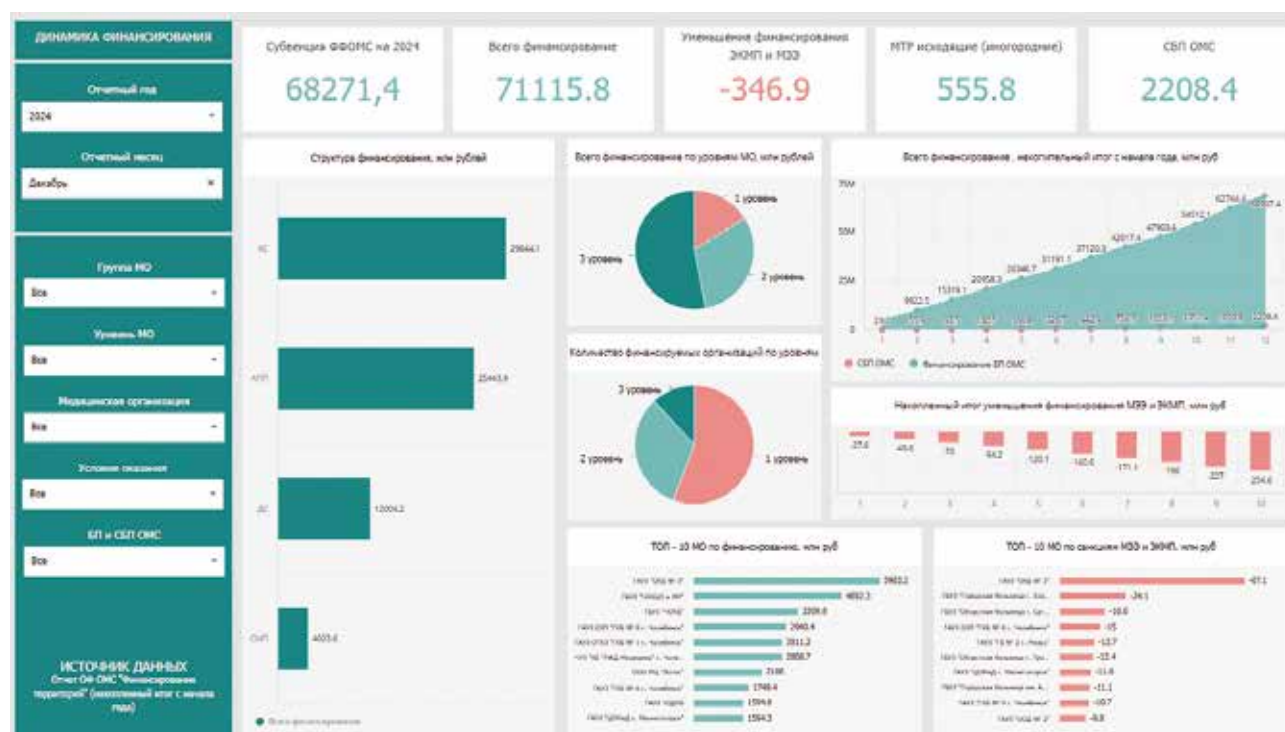


Рис. 4. Дашборд «Текущее финансирование», панель «Динамика финансирования»

Панель «Динамика МЭК» (рис. 5) содержит расчеты нарастающего итога результатов МЭК. В сумму отклонений входят

Дашборд по показателям модели «Инцидента № 8» постоянно совершенствуется и дополняется новыми панелями, основными из которых являются панели, отражающие показатели главного блока (рис. 6–8).

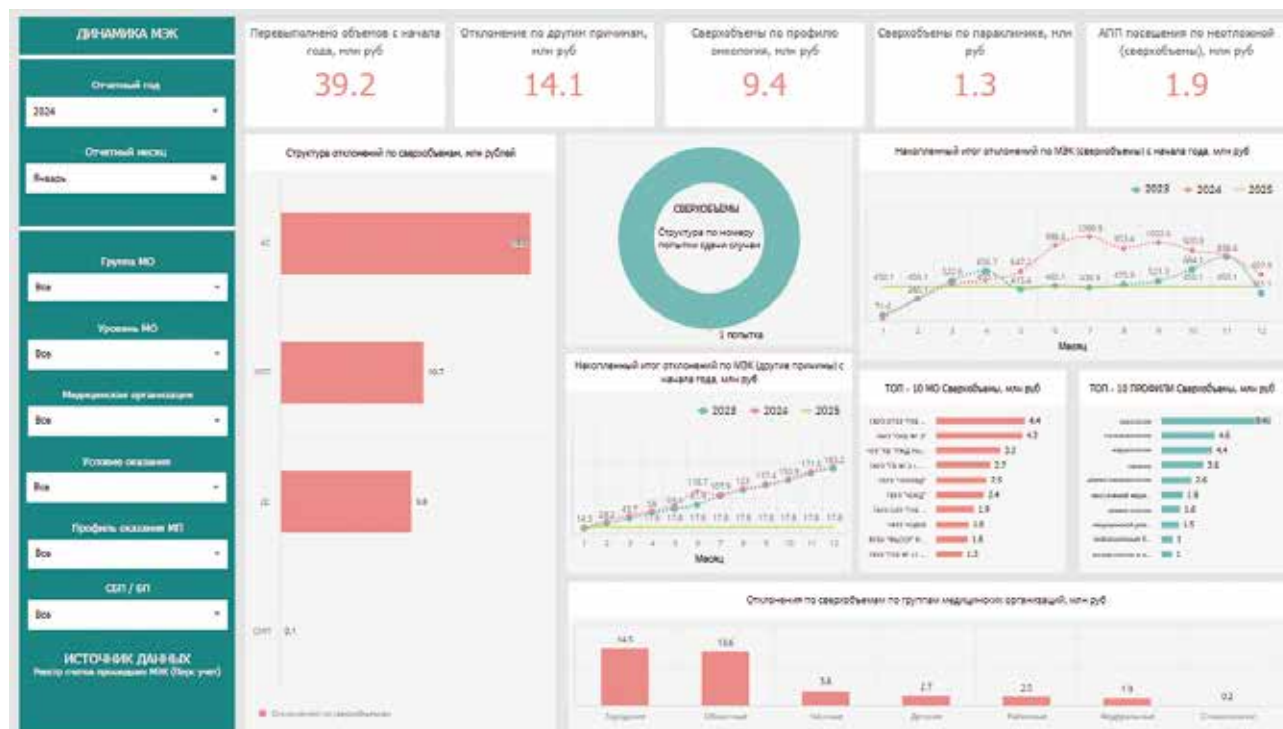


Рис. 5. Дашборд «Текущее финансирование», панель «Динамика МЭК»

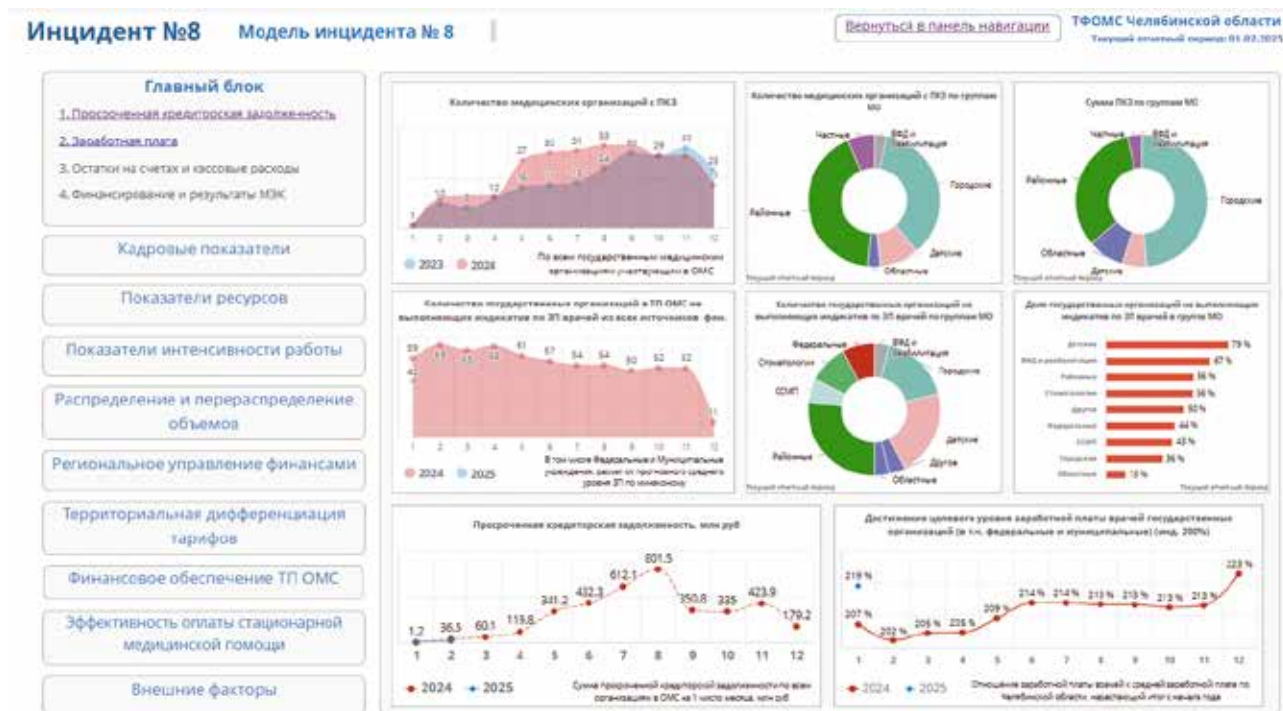


Рис. 6. Дашборд «Инцидент № 8», основная панель



Рис. 7. Дашборд «Инцидент № 8», панель «Просроченная кредиторская задолженность»



Рис. 8. Дашборд «Инцидент № 8», панель «Зарплатная плата»

На рисунке 6 представлена основная панель дашборда по «Инциденту № 8», состоящая из диаграмм по основным критериям выхода из инцидента: уровень просроченной кредиторской задолженности, количество организаций с просроченной кредиторской задолженностью, динамика достижения целевого уровня заработной платы врачей. Панель является навигационной и содержит в себе все ссылки на различные группы показателей.

Панель «Просроченная кредиторская задолженность» (рис. 7) отражает анализ показателей главной группы, связанных с кредиторской задолженностью, и содержит как динамику структуры ПКЗ, так и рейтинги медицинских организаций по отдельным статьям затрат.

Отличительной особенностью панели с данными заработной платы медицинского персонала (рис. 8) является линейчатая диа-

грамма с возможностью перестроения по различным показателям доли персонала.

Вариативность представляемой информации и методы визуализации могут быть различными. Информация модели показателей может содержать все возможные их комбинации, отражать необходимые параметры для принятия управленческих решений. Некоторые панели направлены на интерактивное взаимодействие с пользователем, что выражается в гибкой настройке виджетов. Следующим этапом развития будет являться так называемое направление Self Service – возможность гибкой настройки визуализации любым пользователем, исследование данных и фабрики отчетов. Важно отметить возможности автоматизации при реализации данных подходов, а именно создание панелей не только на уровне сформированной отчетности, а уже с функцией автоматического формирования отчетности. Распределение доступов заинтере-

ресованным структурным подразделениям для изучения поможет выявить скрытые аспекты и тонкости расчетов показателей, стандартизованные реестры наборов данных и реестров показателей, освободят модель от непонимания принципов расчета, поскольку все методики будут доступны в данных реестрах и утверждены этими же подразделениями.

При внедрении мониторинга необходимо учитывать тенденции цифровой трансформации ОМС, в частности, запуск подсистемы ГИС ОМС «Персонализированный учет медицинской помощи». Процессы финансирования и отчетность будут формироваться через эту систему, на уровне региона будут запущены сервисы, которые закроют некоторые функции ТФОМС, выполняемые ранее в собственных информационных системах. Использование гибких дополнительных информационно-аналитических систем позволит работать с любыми источниками данных.

Методика внедрения мониторинга и его автоматизации носит исключительно индивидуальный региональный характер, основана на уровне цифровой зрелости региона и ТФОМС, а также на подходах органов власти к управлению финансовой устойчивостью медицинских организаций. Предложенная методика позволяет оценивать все приоритетные задачи и максимально эффективно внедрять не только подобные мониторинги, но и автоматизировать и визуализировать отчетность различного рода.

Переход к учету наборов данных и показателей в виде отдельных реестров является следующим шагом информатизации, преимущества которого в данный момент начинают оценивать не только органы власти, но и коммерческие организации. В условиях использования принципов управления на основе отклонения показателей такой учет необходим, так

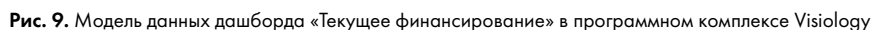
как унификация систем показателей позволит исключить разночтения и расхождения.

Моделирование системы показателей является трудоемким процессом. Определение источников информации, их постоянно меняющийся характер, оценка качества данных, особенности сбора статистических форм, неструктурированность отчетных форм, изменчивость структуры данных отчетности – все это дополнительно усложняет работу по формированию мониторинга. Учет всех этих критериев с определением ответственных лиц за качество и поставку данных является практически необходимой частью формирования таких мониторингов.

Частично на уровне федеральных органов власти процессы по оцифровке статистических форм уже применяются (mednet.ru), региональные органы власти больше используются в данном случае как поставщики информации. Одной из тенденций цифровой трансформации здравоохранения, безусловно, является создание централизованных информационных систем с сервисами анализа данных на региональном уровне.

В результате применения мониторинга появляется инструмент для качественного и оперативного контроля финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций. С помощью выявления отклонений от индикативов показателей представляется возможным устанавливать причины и принимать меры оперативного реагирования.

Экономический эффект внедрения мониторинга заключается в повышении эффективности управления финансовыми средствами отрасли здравоохранения, прогнозировании и своевременном предотвращении возникновения просроченной кредиторской задолженности медицинских организаций. Автоматизация процессов обработки данных,



(наличие очень больших объемов неструктурированной информации) открывает возможности увеличения производительности труда при анализе информации и обеспечивает рост эффективности принятия управленческих решений региона в целом.

Данный подход управления здравоохранением в условиях цифровой трансформации

E-mail: mail@foms74.ru

E-mail: rrabdrahimov@foms74.ru

E-mail: oatitova@foms74.ru

ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ КАК КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ФУНКЦИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Юрий Авенирович Брудастов
Исполнительный директор
по экспертизе медицинской
помощи компании
«СОГАЗ-Мед», д.м.н.



Дмитрий Валерьевич Толстов
Генеральный директор компании
«СОГАЗ-Мед», к.б.н.



Сергей Валентинович Плехов
Заместитель генерального
директора компании
«СОГАЗ-Мед», к.ф.н.

Введение

Ранее [1] нами представлена система поддержки принятия управленческих решений на основе данных первичного звена здравоохранения, одним из важнейших компонентов которой являются показатели эффективности амбулаторной диагностики злокачественных новообразований (ЗНО): распространенность и чувствительность подозрений на ЗНО, индекс онконастороженности, длительность диагностики ЗНО. В качестве источника данных для определения этих показателей нами предложены сведения из реестров счетов на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (ОМС).

В настоящей работе представлены результаты первичного сравнительного анализа

показателей распространенности и чувствительности подозрений на ЗНО (ПЗНО), а также индекса онконастороженности, рассчитанных для выборки пациентов из 54 субъектов Российской Федерации на основе анализа всех принятых к оплате счетов за оказанную по ОМС медицинскую помощь застрахованным АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в 2020–2024 годы.

Количественная оценка эффективности выявления ЗНО в первичном звене здравоохранения, на наш взгляд, открывает перспективы не только для сравнительного анализа, основанного на данных (регионов, медицинских организаций, маршрутов диагностики ЗНО). Предложенные показатели оценки эффективности диагностики ЗНО в сочетании с разными уровнями

декомпозиции данных позволяют идентифицировать и локализовать проблемные зоны первичного звена здравоохранения, сохраняя при этом возможность для анализа любой глубины вплоть до отдельных случаев оказания медицинской помощи. Этим качеств лишены стандартные отчеты, основанные на агрегированных данных региональных органов управления здравоохранением и/или специалистов (например, такие как [2, 3]).

Материалы и методы исследования

Основой для исследования явились реестры счетов на оплату медицинской помощи в системе ОМС в 54 субъектах РФ с численностью застрахованных в компании в каждом из анализируемых субъектов от 100 тысяч человек и общей средне-пятилетней численностью застрахованных 38,245 млн человек.

Идентификация пациентов с впервые выявленными ЗНО (ВВ ЗНО) производилась с помощью оригинального алгоритма отбора пациентов с онкологическими диагнозами (диапазон кодов МКБ-10: C00–C97 или D00–D09.9), обнаруженными в 2020–2024 годы в поле DS1 (основной диагноз) не менее двух раз в течение года впервые с 2018 года (год внедрения новых классификаторов данных, специфичных для признаков онкологической помощи). При этом игнорировались значения поля C_ZAB (характер заболевания) ввиду значительного числа ошибок заполнения и ряда региональных особенностей кодирования значений признака.

ПЗНО оценивался по значению поля DS_ONK, равному 1, при условии отсутствия в пределах одного законченного случая лечения диагноза ЗНО и независимо от локализации в таблицах Д1–Д4 реестров счетов.

Полученные сведения обобщались до уровня одного пациента, таким образом, все приведенные ниже обобщенные данные игнорируют число случаев с ПЗНО и диагнозом ЗНО и представлены числом пациентов (застрахованных лиц).

Распространенность ПЗНО оценивалась как отношение числа лиц с установленным ПЗНО к числу лиц с установленным диагнозом ЗНО за период (год).

Чувствительность ПЗНО оценивалась как доля лиц с ВВ ЗНО, установленным позднее признака ПЗНО, из числа лиц с DS_ONK=1 (доля заболевших от числа лиц с подозрениями; точность реализации ПЗНО). Термин «чувствительность» применен в соответствии с общепринятым значением, употребляемым в медицине [4].

Индекс онконастороженности рассчитывался как произведение показателей распространенности и чувствительности ПЗНО.

Результаты

Общее число лиц с ВВ ЗНО в анализируемых регионах за 5 лет составило 1 205 653 человека, или в среднем 630,4 на 100 тысяч населения. При этом динамика числа ВВ ЗНО не характеризовалась выраженными трендами. На этом фоне число лиц с ПЗНО за искомый период составило 566 021 человек и за 5 лет выросло почти в 2 раза (с 201,3 на 100 тысяч населения в 2020 году до 385,7 – в 2024 году (рис. 1). Таким образом, распространенность ПЗНО за 5 лет в среднем составила 46,9%, характеризуясь достоверным ($p<0,05$) последовательным ростом с 36,7% в 2020 году до 61,3% в 2024-м (таблица 1).

Очевидна выраженная неоднородность показателя распространенности ПЗНО при сравнении регионов, что, вероятно,

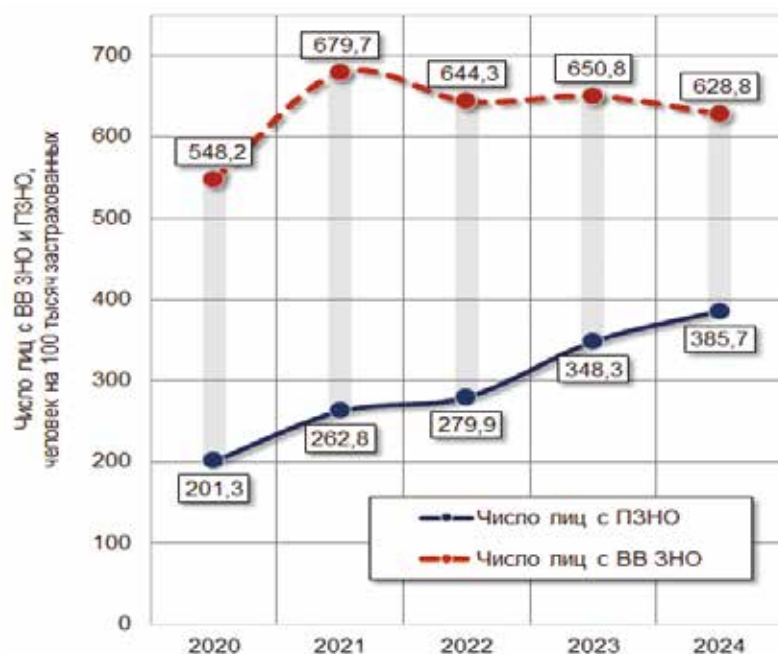


Рис. 1. Распространенность лиц с впервые выявленными ЗНО (ВВ ЗНО) и установленными подозрениями на ЗНО (ПЗНО) в 2020–2024 годы

обусловлено региональными практиками маршрутизации и негласными установками на неотражение признака в реестрах счетов (в том числе из-за внедренных в 2019–2020 годы контрольных экспертных мероприятий страховых компаний с алгоритмами отслеживания этапов диагностики ЗНО). Такое умалчивание сведений о ПЗНО доминировало в большинстве анализируемых регионов в 2020 и 2021 годы (соответственно 39 и 36 субъектов РФ из 54, т.е. 72 и 67%, были с показателем распространенности ПЗНО ниже 50%). Однако, как показывают данные реестров счетов, практика игнорирования ПЗНО (ключевого события в диагностике, с которого должен начинаться активный диагностический процесс у каждого пациента) постепенно и неуклонно сокращается (в 2024 году распространенность ПЗНО ниже 50% имели 23 субъекта, 43%, различия достоверны, $p < 0,05$).

На этом фоне отчетливо видны отдельные региональные практики, нацеленные на увеличение распространенности подозрений, более частое отражение признака в счетах, что, по всей видимости, объясняется внедрением отдельной мотивации врачей первичного звена на выявление ЗНО и, как результат, стремлением повысить возможности отслеживания диагностических маршрутов и вычисления врачей, впервые установивших признак подозрения на ЗНО.

Анализ чувствительности ПЗНО по данным реестров счетов показывает, что из общего числа лиц с установленным

ПЗНО в 2020–2024 годы (566 021 человек) лишь у 155 842 позднее было обнаружено ВВ ЗНО. Таким образом, среднее многолетнее значение чувствительности ПЗНО составило 27,5% (подтверждается каждое четвертое подозрение на ЗНО). Плохой новостью является то, что чувствительность ПЗНО в последние 5 лет неуклонно и достоверно снижается (с 31,0% в 2020 году до 24,3% в 2024 году, $p < 0,05$; таблица 2). В целом показатель чувствительности ПЗНО по сравнению с показателем распространенности оказался существенно более стабильным как при сравнении регионов, так и в динамике по годам наблюдения. Это обусловлено, вероятно, более однородными практиками выявления ЗНО на этапе постановки диагноза, слабо зависящими от региональных маршрутов и особенностей заполнения полей реестров счетов. Такая однородность, связана с тем, что установление диагноза ЗНО, как правило,

Таблица 1

Распространенность признака подозрения на ЗНО

Субъект РФ	Лиц с ВВ ЗНО*	Лиц с ПЗНО*	Распространенность подозрений на ЗНО по годам					
			2020	2021	2022	2023	2024	в среднем
Амурская область	20 366	10 506	45,3%	56,1%	41,9%	68,5%	45,9%	51,6%
Архангельская область	24 232	6 682	7,9%	5,3%	12,2%	43,4%	66,8%	27,6%
Астраханская область	27 080	10 829	14,6%	25,1%	31,8%	58,6%	84,9%	40,0%
Брянская область	6 561	5 010	64,5%	78,7%	82,9%	70,9%	84,3%	76,4%
Волгоградская область	24 213	26 921	128,8%	113,9%	130,9%	100,9%	86,4%	111,2%
Вологодская область	31 372	2 484	3,8%	4,3%	6,2%	10,6%	13,4%	7,9%
Воронежская область	39 458	13 746	24,8%	22,6%	17,6%	46,5%	63,3%	34,8%
г. Санкт-Петербург	65 161	69 596	107,4%	113,5%	140,2%	100,5%	77,6%	106,8%
Еврейская АО	1 048	79	33,5%	0,4%	0,0%	0,0%	11,0%	7,5%
Ивановская область	24 908	23 438	10,9%	96,6%	109,5%	109,3%	135,6%	94,1%
Иркутская область	96 087	30 689	3,4%	16,8%	35,2%	42,1%	55,8%	31,9%
Калининградская область	20 989	7 095	24,0%	17,9%	25,1%	36,2%	65,8%	33,8%
Калужская область	20 602	3 230	20,8%	15,3%	12,4%	18,2%	10,3%	15,7%
Камчатский край	6 893	5 289	180,7%	38,2%	54,1%	44,9%	82,1%	76,7%
Кировская область	24 485	4 204	11,1%	15,1%	14,8%	23,7%	20,5%	17,2%
Костромская область	5 908	1 136	40,9%	28,1%	11,5%	4,8%	11,0%	19,2%
Краснодарский край	29 102	259	1,0%	0,7%	0,7%	1,1%	0,9%	0,9%
Красноярский край	21 880	22 342	101,7%	111,8%	104,7%	118,2%	71,7%	102,1%
Курская область	21 822	16 977	90,3%	89,3%	85,4%	60,2%	63,5%	77,8%
Ленинградская область	22 968	5 485	23,9%	22,6%	22,4%	24,2%	26,6%	23,9%
Липецкая область	11 576	3 463	21,8%	15,2%	12,0%	28,6%	77,5%	29,9%
Магаданская область	2 963	2 745	10,5%	12,5%	47,4%	145,0%	184,6%	92,6%
Московская область	91 474	42 523	2,2%	6,0%	7,9%	100,8%	112,7%	46,5%
Мурманская область	12 404	5 394	26,5%	26,7%	23,8%	14,9%	119,6%	43,5%
Нижегородская область	62 153	29 331	39,9%	37,2%	46,4%	59,5%	51,1%	47,2%
Новгородская область	5 909	2 774	4,1%	72,4%	101,6%	58,5%	2,5%	46,9%
Новосибирская область	41 438	6 103	2,3%	2,7%	6,1%	26,6%	50,4%	14,7%
Омская область	15 712	8 925	102,2%	87,6%	25,6%	28,5%	47,9%	56,8%
Оренбургская область	32 032	21 164	52,8%	56,6%	67,5%	83,1%	67,8%	66,1%
Орловская область	14 480	14 690	104,1%	128,7%	146,4%	55,5%	75,5%	101,5%
Республика Адыгея	10 985	826	4,2%	1,3%	9,3%	13,5%	8,7%	7,5%
Республика Башкортостан	13 590	1 019	1,9%	4,1%	5,1%	9,0%	19,0%	7,5%
Республика Бурятия	13 672	5 590	20,8%	21,6%	30,9%	66,3%	58,1%	40,9%
Республика Калмыкия	4 279	638	20,1%	25,6%	10,9%	9,2%	9,3%	14,9%
Республика Коми	8 857	1 272	10,3%	6,7%	6,1%	23,2%	24,9%	14,4%
Республика Марий Эл	15 150	3 537	30,7%	28,2%	14,1%	17,7%	25,7%	23,3%
Республика Мордовия	14 457	7 157	0,0%	63,6%	58,8%	61,2%	54,8%	49,5%

Продолжение таблицы 1

Субъект РФ	Лиц с ВВ ЗНО*	Лиц с ПЗНО*	Распространенность подозрений на ЗНО по годам					
			2020	2021	2022	2023	2024	В среднем
Ростовская область	13 401	117	0,8%	0,2%	0,7%	1,1%	1,5%	0,9%
Рязанская область	25 387	4 005	10,9%	7,1%	16,0%	20,3%	21,4%	15,8%
Саратовская область	33 354	4 860	5,9%	8,2%	11,1%	18,3%	25,6%	14,6%
Сахалинская область	13 565	14 483	124,6%	132,8%	129,8%	74,5%	75,2%	106,8%
Свердловская область	48 518	8 319	9,7%	12,9%	13,9%	17,6%	30,3%	17,1%
Смоленская область	5 099	1 634	35,6%	25,6%	24,2%	39,2%	35,1%	32,0%
Ставропольский край	17 598	1 997	4,5%	7,3%	7,8%	12,1%	21,8%	11,3%
Тамбовская область	28 200	1 877	3,9%	1,7%	5,7%	8,2%	12,7%	6,7%
Томская область	25 646	7 799	5,1%	19,1%	42,6%	44,7%	51,8%	30,4%
Тюменская область	14 304	21 116	137,3%	144,3%	138,4%	164,0%	151,3%	147,6%
Удмуртская Республика	8 711	10 096	58,7%	67,1%	66,4%	159,4%	240,4%	115,9%
Ульяновская область	9 761	7 014	96,1%	98,9%	95,7%	41,8%	73,0%	71,9%
Хабаровский край	34 548	42 489	119,5%	129,2%	109,4%	119,5%	135,7%	123,0%
Ханты-Мансийский АО	4 164	956	8,0%	9,1%	11,8%	24,2%	57,6%	23,0%
Челябинская область	3 756	1 186	0,0%	23,7%	31,8%	37,9%	57,8%	31,6%
Ямало-Ненецкий АО	4 291	13 316	257,6%	306,9%	335,6%	314,2%	323,9%	310,3%
Ярославская область	9 084	1 609	0,0%	22,4%	22,7%	7,8%	39,0%	17,7%
ВСЕГО	1 205 653	566 021	36,7%	38,7%	43,4%	53,5%	61,3%	46,9%

Примечание: * – всего за 2020–2024 годы.

Таблица 2

Чувствительность подозрений на ЗНО

Субъект РФ	Лиц с ПЗНО*	Из них лиц с ВВ ЗНО*	Чувствительность подозрений на ЗНО по годам					
			2020	2021	2022	2023	2024	В среднем
Амурская область	10 506	4 129	52,3%	41,9%	43,5%	30,7%	33,4%	39,3%
Архангельская область	6 682	2 446	47,5%	42,2%	37,6%	37,7%	34,0%	36,6%
Астраханская область	10 829	1 842	24,2%	21,7%	18,4%	15,6%	14,1%	17,0%
Брянская область	5 010	2 187	40,9%	43,7%	45,0%	46,4%	41,7%	43,7%
Волгоградская область	26 921	5 977	27,8%	21,9%	19,8%	18,1%	24,1%	22,2%
Вологодская область	2 484	754	43,4%	32,9%	37,5%	29,4%	24,2%	30,4%
Воронежская область	13 746	3 245	40,3%	40,0%	36,0%	16,7%	14,1%	23,6%
г. Санкт-Петербург	69 596	16 556	28,4%	25,5%	20,1%	23,9%	22,4%	23,8%
Еврейская АО	79	46	60,4%	100,0%			52,0%	58,2%
Ивановская область	23 438	6 467	43,9%	27,5%	28,0%	27,3%	26,4%	27,6%
Иркутская область	30 689	10 681	30,8%	41,4%	37,3%	31,1%	30,5%	34,8%
Калининградская область	7 095	2 598	43,4%	31,7%	38,8%	40,4%	32,4%	36,6%
Калужская область	3 230	728	38,0%	14,8%	17,7%	15,1%	19,5%	22,5%
Камчатский край	5 289	878	12,2%	28,0%	21,5%	22,4%	13,3%	16,6%
Кировская область	4 204	1 287	42,4%	28,2%	32,8%	25,2%	31,3%	30,6%

Продолжение таблицы 2

Субъект РФ	Лиц с ПЗНО*	Из них лиц с ВВ ЗНО*	Чувствительность подозрений на ЗНО по годам					
			2020	2021	2022	2023	2024	в среднем
Костромская область	1 136	303	23,5%	27,9%	23,8%	42,1%	33,1%	26,7%
Краснодарский край	259	70	28,9%	34,1%	31,7%	11,6%	35,0%	27,0%
Красноярский край	22 342	6 680	30,5%	32,6%	30,3%	27,7%	27,1%	29,9%
Курская область	16 977	6 930	40,8%	42,2%	38,9%	39,7%	42,6%	40,8%
Ленинградская область	5 485	1 543	35,0%	29,3%	27,7%	19,0%	30,3%	28,1%
Липецкая область	3 463	795	38,7%	41,4%	28,6%	19,4%	15,2%	23,0%
Магаданская область	2 745	542	35,2%	31,7%	35,5%	19,6%	16,2%	19,7%
Московская область	42 523	9 728	26,3%	20,9%	22,4%	23,3%	22,6%	22,9%
Мурманская область	5 394	710	13,1%	18,9%	25,6%	20,5%	8,8%	13,2%
Нижегородская область	29 331	7 372	30,5%	29,8%	25,2%	21,3%	23,0%	25,1%
Новгородская область	2 774	879	41,5%	30,0%	33,0%	31,6%	11,8%	31,7%
Новосибирская область	6 103	1 777	50,3%	45,0%	41,6%	33,6%	22,0%	29,1%
Омская область	8 925	2 274	22,3%	26,5%	38,6%	30,5%	19,9%	25,5%
Оренбургская область	21 164	7 824	49,7%	45,0%	38,6%	30,1%	29,9%	37,0%
Орловская область	14 690	4 146	29,5%	28,7%	29,5%	29,2%	22,4%	28,2%
Республика Адыгея	826	182	29,1%	13,8%	13,0%	22,5%	30,8%	22,0%
Республика Башкортостан	1 019	366	38,8%	46,1%	28,3%	33,2%	36,0%	35,9%
Республика Бурятия	5 590	1 403	42,1%	30,4%	24,8%	19,4%	25,3%	25,1%
Республика Калмыкия	638	277	43,3%	48,1%	50,0%	38,8%	29,0%	43,4%
Республика Коми	1 272	480	53,0%	52,9%	42,3%	29,8%	34,3%	37,7%
Республика Марий Эл	3 537	1 272	42,6%	46,6%	35,7%	33,3%	20,3%	36,0%
Республика Мордовия	7 157	2 431		32,5%	33,9%	34,1%	35,7%	34,0%
Ростовская область	117	25	11,1%	50,0%	10,5%	25,0%	25,0%	21,4%
Рязанская область	4 005	904	30,7%	30,8%	16,0%	21,8%	24,5%	22,6%
Саратовская область	4 860	825	20,4%	22,6%	22,3%	13,3%	15,3%	17,0%
Сахалинская область	14 483	3 767	25,3%	25,4%	22,8%	30,1%	29,3%	26,0%
Свердловская область	8 319	3 042	52,2%	55,9%	55,4%	23,5%	23,8%	36,6%
Смоленская область	1 634	383	24,1%	28,7%	24,4%	18,5%	24,4%	23,4%
Ставропольский край	1 997	634	54,4%	46,2%	47,1%	28,2%	21,7%	31,7%
Тамбовская область	1 877	773	30,0%	30,0%	44,4%	41,0%	44,2%	41,2%
Томская область	7 799	3 594	51,4%	48,2%	44,5%	44,6%	46,7%	46,1%
Тюменская область	21 116	5 147	21,2%	23,5%	25,5%	25,5%	25,2%	24,4%
Удмуртская Республика	10 096	2 778	54,3%	56,3%	48,9%	14,4%	13,9%	27,5%
Ульяновская область	7 014	3 027	42,6%	43,3%	44,0%	45,5%	39,7%	43,2%
Хабаровский край	42 489	11 352	24,4%	26,9%	30,3%	25,8%	26,6%	26,7%
Ханты-Мансийский АО	956	246	61,3%	48,6%	36,4%	23,8%	17,0%	25,7%
Челябинская область	1 186	348		28,6%	29,6%	31,2%	28,3%	29,3%
Ямало-Ненецкий АО	13 316	971	11,1%	9,6%	8,3%	6,2%	3,6%	7,3%
Ярославская область	1 609	221		28,4%	10,9%	18,2%	8,0%	13,7%
ВСЕГО	566 021	155 842	31,0%	30,9%	28,9%	25,5%	24,3%	27,5%

Примечание: * – всего за 2020–2024 годы.

Таблица 3

Индекс онконастороженности

Субъект РФ	Распростра- ненность ПЗНО*	Чувствитель- ность ПЗНО*	Индексы онконастороженности по годам					
			2020	2021	2022	2023	2024	ВСЕГО
Амурская область	51,6%	39,3%	23,7%	23,5%	18,2%	21,0%	15,3%	20,3%
Архангельская область	27,6%	36,6%	3,8%	2,2%	4,6%	16,4%	22,7%	10,1%
Астраханская область	40,0%	17,0%	3,5%	5,5%	5,8%	9,1%	11,9%	6,8%
Брянская область	76,4%	43,7%	26,4%	34,4%	37,3%	32,9%	35,2%	33,3%
Волгоградская область	111,2%	22,2%	35,9%	25,0%	25,9%	18,3%	20,8%	24,7%
Вологодская область	7,9%	30,4%	1,6%	1,4%	2,3%	3,1%	3,3%	2,4%
Воронежская область	34,8%	23,6%	10,0%	9,0%	6,3%	7,8%	8,9%	8,2%
г. Санкт-Петербург	106,8%	23,8%	30,5%	28,9%	28,2%	24,0%	17,4%	25,4%
Еврейская АО	7,5%	58,2%	20,3%	0,4%	0,0%	0,0%	5,7%	4,4%
Ивановская область	94,1%	27,6%	4,8%	26,6%	30,6%	29,9%	35,8%	26,0%
Иркутская область	31,9%	34,8%	1,0%	6,9%	13,1%	13,1%	17,0%	11,1%
Калининградская область	33,8%	36,6%	10,4%	5,7%	9,7%	14,6%	21,3%	12,4%
Калужская область	15,7%	22,5%	7,9%	2,3%	2,2%	2,8%	2,0%	3,5%
Камчатский край	76,7%	16,6%	22,0%	10,7%	11,6%	10,1%	10,9%	12,7%
Кировская область	17,2%	30,6%	4,7%	4,2%	4,9%	6,0%	6,4%	5,3%
Костромская область	19,2%	26,7%	9,6%	7,8%	2,7%	2,0%	3,6%	5,1%
Краснодарский край	0,9%	27,0%	0,3%	0,3%	0,2%	0,1%	0,3%	0,2%
Красноярский край	102,1%	29,9%	31,0%	36,5%	31,7%	32,7%	19,4%	30,5%
Курская область	77,8%	40,8%	36,9%	37,7%	33,2%	23,9%	27,1%	31,8%
Ленинградская область	23,9%	28,1%	8,4%	6,6%	6,2%	4,6%	8,1%	6,7%
Липецкая область	29,9%	23,0%	8,4%	6,3%	3,4%	5,5%	11,8%	6,9%
Магаданская область	92,6%	19,7%	3,7%	4,0%	16,8%	28,4%	29,9%	18,3%
Московская область	46,5%	22,9%	0,6%	1,2%	1,8%	23,5%	25,5%	10,6%
Мурманская область	43,5%	13,2%	3,5%	5,0%	6,1%	3,1%	10,6%	5,7%
Нижегородская область	47,2%	25,1%	12,2%	11,1%	11,7%	12,7%	11,7%	11,9%
Новгородская область	46,9%	31,7%	1,7%	21,7%	33,6%	18,5%	0,3%	14,9%
Новосибирская область	14,7%	29,1%	1,2%	1,2%	2,5%	8,9%	11,1%	4,3%
Омская область	56,8%	25,5%	22,8%	23,2%	9,9%	8,7%	9,5%	14,5%
Оренбургская область	66,1%	37,0%	26,2%	25,5%	26,0%	25,0%	20,3%	24,4%
Орловская область	101,5%	28,2%	30,7%	36,9%	43,2%	16,2%	16,9%	28,6%
Республика Адыгея	7,5%	22,0%	1,2%	0,2%	1,2%	3,0%	2,7%	1,7%
Республика Башкортостан	7,5%	35,9%	0,7%	1,9%	1,4%	3,0%	6,8%	2,7%
Республика Бурятия	40,9%	25,1%	8,8%	6,6%	7,7%	12,8%	14,7%	10,3%
Республика Калмыкия	14,9%	43,4%	8,7%	12,3%	5,4%	3,6%	2,7%	6,5%
Республика Коми	14,4%	37,7%	5,4%	3,5%	2,6%	6,9%	8,5%	5,4%
Республика Марий Эл	23,3%	36,0%	13,1%	13,2%	5,0%	5,9%	5,2%	8,4%
Республика Мордовия	49,5%	34,0%	0,0%	20,7%	19,9%	20,8%	19,6%	16,8%
Ростовская область	0,9%	21,4%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,4%	0,2%
Рязанская область	15,8%	22,6%	3,3%	2,2%	2,5%	4,4%	5,3%	3,6%

Продолжение таблицы 3

Субъект РФ	Распростра- ненность ПЗНО*	Чувствитель- ность ПЗНО*	Индексы онконастороженности по годам					
			2020	2021	2022	2023	2024	ВСЕГО
Саратовская область	14,6%	17,0%	1,2%	1,9%	2,5%	2,4%	3,9%	2,5%
Сахалинская область	106,8%	26,0%	31,5%	33,7%	29,6%	22,4%	22,0%	27,8%
Свердловская область	17,1%	36,6%	5,1%	7,2%	7,7%	4,1%	7,2%	6,3%
Смоленская область	32,0%	23,4%	8,6%	7,4%	5,9%	7,2%	8,6%	7,5%
Ставропольский край	11,3%	31,7%	2,5%	3,4%	3,7%	3,4%	4,7%	3,6%
Тамбовская область	6,7%	41,2%	1,2%	0,5%	2,5%	3,4%	5,6%	2,7%
Томская область	30,4%	46,1%	2,6%	9,2%	19,0%	19,9%	24,2%	14,0%
Тюменская область	147,6%	24,4%	29,1%	33,9%	35,3%	41,9%	38,1%	36,0%
Удмуртская Республика	115,9%	27,5%	31,9%	37,8%	32,5%	23,0%	33,5%	31,9%
Ульяновская область	71,9%	43,2%	40,9%	42,9%	42,1%	19,0%	29,0%	31,0%
Хабаровский край	123,0%	26,7%	29,1%	34,8%	33,1%	30,9%	36,0%	32,9%
Ханты-Мансийский АО	23,0%	25,7%	4,9%	4,4%	4,3%	5,8%	9,8%	5,9%
Челябинская область	31,6%	29,3%	0,0%	6,8%	9,4%	11,8%	16,4%	9,3%
Ямало-Ненецкий АО	310,3%	7,3%	28,7%	29,4%	27,8%	19,6%	11,5%	22,6%
Ярославская область	17,7%	13,7%	0,0%	6,4%	2,5%	1,4%	3,1%	2,4%
ВСЕГО	46,9%	27,5%	11,4%	12,0%	12,6%	13,7%	14,9%	12,9%

Примечание: * – в среднем в 2020–2024 годы.

происходит в специализированных онкологических организациях (около двух третей диагнозов ЗНО устанавливаются в областных специализированных учреждениях), практики которых по умолчанию более стандартизованы.

Определение показателей распространенности и чувствительности ПЗНО позволило рассчитать значения индекса онконастороженности по годам наблюдения в искомым субъектах РФ (таблица 3) и показать усредненную динамику всех искомым показателей за последние 5 лет (рис. 2).

Очевидно, что сочетание роста распространенности ПЗНО (таблица 1) и снижения чувствительности ПЗНО (таблица 2) совокупно привело к весьма скромному росту реальной онконастороженности (с 11,4% в 2020 году до 14,9% в 2024 году, $p < 0,05$; рис. 2),

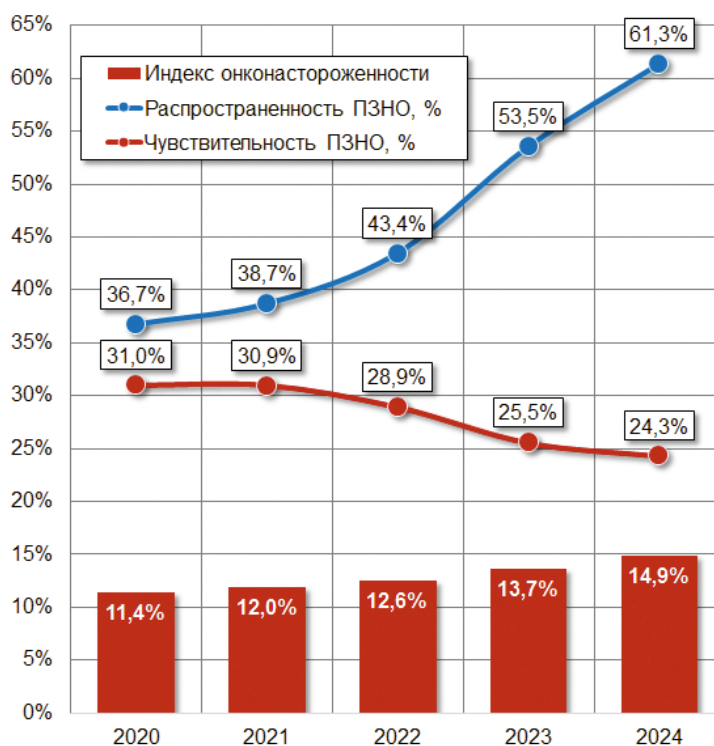


Рис. 2. Динамика распространенности и чувствительности подозрения на ЗНО и индекса онконастороженности в 2020–2024 годы

а его значение по-прежнему находится далеко от «идеального». Общее число регионов с индексом менее 10% сократилось с 33 из 54 (61%) до 24 (44%), однако разброс и неоднородность показателей в регионах указывают на отсутствие единого понимания тактических задач, связанных с учетом ПЗНО, при первичной диагностике ЗНО. Налицо катастрофическое отставание практически всех обследованных регионов по показателям вклада первичного обнаружения симптомов ЗНО в эффективную диагностику рака.

Обсуждение

Значимость подозрения на ЗНО как события, связанного с первичным обнаружением и интерпретацией симптомов ЗНО, невозможно переоценить. В этом смысле практическое значение предложенных показателей оценки онконастороженности раскрывается в нескольких простых тезисах.

Во-первых, общее число ПЗНО, установленных в амбулаторном звене, должно быть достаточным для охвата всех впервые выявленных случаев ЗНО, а надлежащий учет ПЗНО является очевидной предпосылкой для понимания реального положения дел при первичной диагностике рака.

Во-вторых, не каждое подозрение на ЗНО заканчивается диагнозом ЗНО. В этом смысле увеличение частоты ПЗНО без их приемлемой чувствительности (точности) не приведет к росту эффективности диагностики (реальной онконастороженности). При сегодняшней чувствительности ПЗНО (24,3% в 2024 году; *таблица 2*) на каждые 100 пациентов с ВВ ЗНО требуется устанавливать ПЗНО для более чем 400 лиц (в 2024 году устанавливалось лишь чуть более чем 60 лицам; *таблица 1*). Снятие негласных барьеров и внедрение методов стимулирования врачей для более частого установле-

ния ПЗНО будут иметь ограниченное влияние на общую картину эффективности диагностики рака. Несложное арифметическое моделирование указывает на то, что простое увеличение числа ПЗНО, случайным образом распределенных в выборке, пропорционально снижает чувствительность и не приводит к повышению значения индекса онконастороженности. Поэтому достижение должной эффективности распознавания рака не будет возможным без разработки критериев ПЗНО и соответствующих правил (протоколов) для врачей первичного звена, которые бы позволили повысить точность оценки первичных симптомов ЗНО.

В-третьих, относительно низкая чувствительность и необходимость большого числа ПЗНО автоматически ставит на повестку дня вопрос об оснащенности отрасли соответствующими ресурсами для пропорционально большего числа диагностических исследований (гистологических, гистохимических, иммуногенетических, современных методов визуализации и т.д.).

Таким образом, индекс онконастороженности в предложенной авторами интерпретации является интегральной оценкой, объединяющей частоту использования признака подозрения на ЗНО и его точности. При этом значения индекса, полученные на основе данных реестров счетов, отражают удаленность реального положения дел от идеального состояния (когда все случаи ЗНО имели подозрение в анамнезе, а все подозрения подтвердились диагнозом ЗНО).

Растущая роль первичного звена здравоохранения в контроле над онкологическими заболеваниями в последние два десятилетия стала предметом многочисленных исследований и дискуссий в мировой литературе. Специалисты все чаще выступают за первичную медико-санитарную помощь как «предпочти-

тельную форму оказания медицинской помощи по причинам растущей потребности в ней, для стабилизации расходов на здравоохранение и с учетом предпочтений пациентов, которые хотят лечиться поближе к дому» [8]. Совокупность различных современных факторов развития систем здравоохранения, включая влияние ИТ, появление новых препаратов и диагностических методов, рост заболеваемости ЗНО, обострила ряд вопросов, требующих решения в связи с эффективностью первичной медико-санитарной помощи и ее ожидаемым вкладом в борьбу с ЗНО [8–10].

При этом все обсуждаемые проблемы первичного звена актуальны и для отечественного здравоохранения. К таковым с уверенностью можно отнести вопросы квалификации врачей общей практики и их готовности к контролю над ЗНО [7, 10], значимости командных методов работы врачей общей практики [5, 7, 9], критериев раннего распознавания признаков ЗНО [6, 8, 10], разобщенности служб первичного звена и специализированных онкологических учреждений [7, 9].

В этом смысле представленные результаты о количественной оценке онконастороженности и ее отдельных аспектах являются попыткой авторов сделать акцент на показателях эффективности первичного звена здравоохранения, представляющих более значимый смысл и ценность для пациента по сравнению с доминирующими в отечественной литературе процессными параметрами. С другой стороны, авторы впервые представили результаты, основанные на данных реестров счетов за оказанную медицинскую помощь в системе ОМС, единственных в отрасли персонифицированных данных, пригодных для масштабных сравнений различных практик.

Ввиду ограниченности объема одной публикации в работе представлены только самые

общие характеристики и межрегиональные сравнения, полученные в рамках большого корпоративного проекта по внедрению предиктивного анализа реестров счетов. В перспективе, авторы планируют опубликовать результаты оценки длительности и анализа внутрирегиональных маршрутов диагностики ЗНО, а также результаты количественного анализа судьбы пациентов с ЗНО после установления диагноза и начала специализированного лечения.

Список литературы

1. Брудастов Ю.А., Толстов Д.В., Плехов С.В. Система поддержки принятия решений на основе данных первичного звена здравоохранения // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2024. – №5. – С. 11–15.
2. Состояние онкологической помощи населению России в 2023 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2024. – 262 с.
3. Злокачественные новообразования в России в 2023 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна и соавт. // М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2024. – ил. – 276 с.
4. Altman D.G., Bland J.M. Diagnostic tests. 1: Sensitivity and specificity // *BMJ*. – V. 308. – P. 1552.
5. Emery J.D., Shaw K., Williams B., Mazza D., Fallon-Ferguson J., Varlow M., Trevena L.J. The role of primary care in early detection and follow-up of cancer // *Nature reviews. Clinical oncology*. – 2014. – V. 11. – P. 38–48.
6. Gunn J. Recognizing the role of primary care in cancer control // *British Journal of General Practice*. – 2015. – V. 11. – P. 569–570.
7. Martinez-Gutierrez J., Gabriela Soto M., Rioseco A., Bienzobas C., Fowler M., Ulloa G., Soto M., Emery J.D., Puschel K. Are we ready? Assessing effectiveness and implementation of cancer control strategies in primary care: a comprehensive review of systematic reviews // *Family Practice*. – 2025. – V. 42(2): 078.
8. Rubin G., A. Berendsen, S. M. Crawford, et al. The expanding role of primary care in cancer control // *Lancet Oncology*. – 2015. – V. 16. – P. 1231–1272.
9. Weller D. Primary care – Taking the lead in cancer control // *Eur. J. Cancer Care*. – 2017. – V. 26: e12718.
10. Wong Martin C.S., Benny Wang, Fong Seng Lim, Soo-Hwang Teo, Junjie Huang, Doris Young. Cancer control in primary care in Asia: Current challenges and future perspectives // *Eur. J. Cancer Care*. – 2022. – V. 31: e13580.

УДК 614.2

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА ИММУНОТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В СИСТЕМЕ ОМС: ИММУНООПОСРЕДОВАННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КАК ДЕФЕКТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. ЧАСТЬ 3

А.А. Старченко, А.В. Устюгов

ООО «Капитал МС»



Е.С. Камышова и соавт. (2021) представили обзор поражений почек, ассоциированных с противоопухолевой терапией. Авторы указали, что частота развития иммуноопосредованных осложнений иммунотерапии варьирует от 15 до 90% и зависит от типа препарата: как правило, ингибиторы PD-1 характеризуются лучшей переносимостью и меньшей частотой осложнений по сравнению с ингибиторами CTLA-4; осложнения 3–4-й степени тяжести наблюдаются приблизительно у 20% больных и чаще ассоциированы с комбинированным применением блокаторов CTLA-4 и PD-1.

Со стороны почек побочные эффекты иммунотерапии встречаются относительно редко, но именно они, будучи серьезными и/или жизнеугрожающими, могут опреде-

лять ближайший прогноз пациента. Среди осложнений выявляются: острое повреждение почек (ОПП), нефротический синдром, гематурия, хроническая болезнь почек. К настоящему времени накоплены данные, свидетельствующие, что фактическая частота ОПП может быть выше, достигая 9,9–29%. Морфологические изменения, выявляемые у пациентов с иммуноопосредованным поражением почек, затрагивают все почечные структуры (клубочки, интерстиций, канальцы, сосуды). Однако наиболее частым вариантом поражения почек на фоне иммунотерапии является острый интерстициальный/тубулоинтерстициальный нефрит, который морфологически подтвержден у 87,5–92,3% пациентов с ОПП. ОПП 2-й и 3-й степени наблюдалось у 43 и 57% пациентов

соответственно; 9% пациентов нуждались в заместительной почечной терапии. Несмотря на явную ассоциацию иммуноterapiи с тубулоинтерстициальными изменениями, у части пациентов также наблюдается гломерулярное поражение, которое крайне разнообразно и включает пролиферативные формы гломерулонефрита.

Среди иммуноопосредованных поражений почек зафиксированы следующие:

- ипилимумаб: острый интерстициальный/тубулоинтерстициальный нефрит, гранулематозный тубулоинтерстициальный нефрит, острое повреждение канальцев, васкулит с гранулематозом, тромботическая микроангиопатия;
- ниволумаб: острый интерстициальный/тубулоинтерстициальный нефрит, гранулематозный тубулоинтерстициальный нефрит, иммуноглобулин А-нефропатия, острое повреждение канальцев, гломерулонефрит, васкулит;
- пембролизумаб: острый интерстициальный/тубулоинтерстициальный нефрит, гранулематозный тубулоинтерстициальный нефрит, иммуноглобулин А-нефропатия, острое повреждение канальцев, гломерулонефрит, васкулит, амилоидоз;
- атезолизумаб: острый интерстициальный/тубулоинтерстициальный нефрит;
- комбинация ипилимумаба с ниволумабом: острый интерстициальный/тубулоинтерстициальный нефрит, гранулематозный тубулоинтерстициальный нефрит, иммуноглобулин А-нефропатия, острое повреждение канальцев, васкулит;
- комбинация ипилимумаба с пембролизумабом: острый интерстициальный/тубулоинтерстициальный нефрит.

Авторы особо предупреждают о возможности почечных осложнений при проведении иммуноterapiи на фоне назначения нефротоксических лекарственных препаратов: комбинированные режимы с химиотерапией или таргетными препаратами, применение нестероидных противовоспалительных препаратов, ингибиторов протонной помпы, антибиотиков и т.п.

В.В. Ряженев и соавт. (2022) оценили влияние препарата дурвалумаб на достижение целевого показателя «снижение смертности населения от новообразований» при распространенном мелкоклеточном раке легкого: применение иммуноterapiи дурвалумабом в терапии позволит обеспечить прирост в достижении целевого показателя «снижение смертности населения от новообразований» госпрограммы «Развитие здравоохранения» в 2022 г. на 21,3% (499 дополнительно предотвращенных смертей), в 2023 г. – на 7,0% (366 дополнительно предотвращенных смертей), в 2024 г. – на 6,0% (441 дополнительно предотвращенная смерть). Полученные авторами результаты свидетельствуют о том, что использование дурвалумаба в комбинации со стандартной химиотерапией распространенного мелкоклеточного рака легкого оказывает существенное влияние на достижение целевых показателей, установленных в программах по борьбе со злокачественными новообразованиями (ЗНО). В условиях реальной практики существенный потенциал применения комбинации дурвалумаба и стандартной химиотерапии (этопозид + препарат платины) в отношении снижения смертности больных раком

легкого в большей степени способствует достижению целевых показателей госпрограммы «Развитие здравоохранения» РФ и субъектов РФ «снижение смертности населения от новообразований» по сравнению с применением только стандартной химиотерапии (этопозид + препарат платины).

А.А. Мусаелян и соавт. (2022), изучая иммунологические маркеры прогноза ответа на иммунотерапию при немелкоклеточном раке легкого, пришли к заключению: иммунотерапия считается стандартом лечения пациентов с распространенным немелкоклеточным раком легкого; использование препаратов иммунотерапии (анти-PD-1/PD-L1-антител) демонстрирует лучшие противоопухолевый ответ и показатели общей выживаемости (ОВ) по сравнению с классическими стратегиями системной терапии. К важной проблеме авторы относят отбор пациентов, у которых применение анти-PD-1/PD-L1-антител будет наиболее эффективным, что позволит избежать возникновения нежелательных явлений – осложнений иммунотерапии. Авторы ретроспективно исследовали 45 пациентов с местно-распространенным и метастатическим немелкоклеточным раком легкого, получавших во второй и последующих линиях анти-PD-1- (пембролизумаб, ниволумаб) или анти-PD-L1-антитела (атезолизумаб), а ранее – платиносодержащую химиотерапию или таргетную терапию. После применения иммунотерапии в 37,8% случаев развились иммуноопосредованные осложнения. При этом отмены терапии не потребовалось. Во всех случаях отмечалась токсичность I–II степени. У пациентов с осложнениями наблюдались такие заболевания, как аутоиммунный тиреоидит, экзантема, гепатит, пульмонит,

колит. Появление иммуноопосредованных осложнений было взаимосвязано с продолжительностью ответа 6 месяцев и более: осложнения наблюдались в 53,9% случаев ответа 6 месяцев и более и в 15,8% случаев прогрессирования заболевания. Однофакторный регрессионный анализ показал, что появление иммуноопосредованных осложнений ассоциировано с более продолжительной выживаемостью без прогрессирования.

Н.В. Жукова и соавт. (2022) анализировали предиктивные маркеры развития иммуноопосредованных нежелательных явлений: иммунотерапия может приводить к развитию тяжелых осложнений у 3% пациентов, что требует назначения гормональной терапии и постоянного наблюдения; чаще всего осложнения возникают при комбинированной терапии: в 35% случаев у пациентов развивается желудочно-кишечная токсичность, в 25% – легочная токсичность и в 10% – печеночная или сердечная недостаточность. Авторы приводят обзор данных о частоте и сроках развития иммуноопосредованных осложнений:

1. Кожа (зуд, витилиго, дерматит): 37–70% применения анти-CTLA-4; 17–42% – анти-PD-1; 48–71% – комбинации препаратов; возникновение – 25 дней от начала иммунотерапии.
2. Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ):
 - 1) колит: 13–54% применения анти-CTLA-4; 18% – анти-PD-1; 29% – комбинации препаратов; возникновение – 38 дней от начала иммунотерапии;
 - 2) гепатит: 2–10% применения анти-CTLA-4; 2–10% – анти-PD-1; 16–30% – комбинации препаратов; возникновение – 6–14 недель от начала иммунотерапии;

- 3) панкреатит: 1–3% применения анти-CTLA-4; 0,5–1,6% – анти-PD-1; 1–2% – комбинации препаратов; возникновение – 4 месяца от начала иммунотерапии.
3. Эндокринная система:
- 1) гипотиреоз: 4% применения анти-CTLA-4; 6% – анти-PD-1; 13% – комбинации препаратов; возникновение – 738 дня от начала иммунотерапии;
 - 2) гипертиреоз: 2% применения анти-CTLA-4; 2–3% – анти-PD-1; 8% – комбинации препаратов; возникновение – 37 дней от начала иммунотерапии;
 - 3) гипопизит: 4% применения анти-CTLA-4; 1% – анти-PD-1; 8% – комбинации препаратов; возникновение – 59 дней от начала иммунотерапии;
 - 4) сахарный диабет 1-го типа: 0,1% применения анти-CTLA-4; 1% – анти-PD-1; 2,7% – комбинации препаратов; возникновение – 49 дней от начала иммунотерапии.
4. Сердце – миокардит: 3,3% применения анти-CTLA-4; 0,5–2,4% – анти-PD-1; 1–2,4% – комбинации препаратов; возникновение – 34 дня от начала иммунотерапии;
5. Нервная система:
- 1) миастения: 0,15% применения анти-CTLA-4; 0,6% – анти-PD-1; 0,36% – комбинации препаратов; возникновение – 29 дней от начала иммунотерапии;
 - 2) менингоэнцефалит: 0,43% применения анти-CTLA-4; 0,64% – анти-PD-1; 1,26% – комбинации препаратов; возникновение – 61 день от начала иммунотерапии.
6. Легкие – пульмонит: 1% применения анти-CTLA-4; 2,7% – анти-PD-1; 10% – комбинации препаратов; возникновение – 3 месяца от начала иммунотерапии.

7. Почки – нефрит: 1–2% применения анти-CTLA-4; 1–2% – анти-PD-1; 4,5% – комбинации препаратов; возникновение – 91 день от начала иммунотерапии.

8. Опорно-двигательная система:

- 1) артралгия: 5% применения анти-CTLA-4; 6–12% – анти-PD-1; 11% – комбинации препаратов; возникновение – 3 месяца от начала иммунотерапии;
- 2) миозит: 1% применения анти-CTLA-4; 1% – анти-PD-1; 1% – комбинации препаратов; возникновение – 30 дней от начала иммунотерапии.

Авторы в качестве одного из наиболее достоверных и доступных в рутинной практике маркеров развития аутоиммунной токсичности представляют абсолютное и относительное количество нейтрофилов и лимфоцитов:

- более высокий исходный уровень лимфоцитов ($>2\,000/\text{мл}$) ассоциирован с развитием аутоиммунных побочных явлений во время и после иммунотерапии;
- при соотношении нейтрофилы/лимфоциты более 3:1 риск развития осложнений (поражений легких и ЖКТ 3-й и 4-й степени тяжести) ниже на фоне терапии пембролизумабом.

Е.А. Дегтярёва и соавт. (2022) представили обзорные данные о частоте развития иммуноопосредованных нежелательных явлений на фоне анти-PD-1/PD-L1-терапии в реальной клинической практике: в ретроспективное исследование были включены больные с различными солидными ЗНО, получавшие иммунотерапию в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова или других онкологических учреждениях в период 2018–2021 гг. Использовались следующие схемы лечения: монотерапия анти-PD-1-моно-

клональным антителом (ниволумабом, пембролизумабом либо пролголимабом), анти-PD-L1-моноклональным антителом (атезолизумабом) или комбинированная терапия анти-PD-1- и анти-CTLA-4-антителами (ниволумабом и ипилимумабом). Оценивались частота и спектр побочных явлений в зависимости от применяемого режима лечения: среди 178 проанализированных больных, получивших иммунотерапию, у 32,6% развились осложнения любой степени тяжести, самыми частыми из которых стали дисфункция печени (11,2%) и щитовидной железы (10,1%). В 15,7% случаев наблюдались серьезные осложнения 3–4-й степени тяжести, при этом у 1 больного зарегистрирован смертельный исход ввиду печеночной недостаточности. Иммунопосредованные осложнения значительно чаще наблюдались при назначении комбинированной иммунотерапии (70,6%) по сравнению с монотерапией ингибиторами PD-1/PD-L1 (23,6%). Осложнения, связанные с терапией ниволумабом, выявлены 22,5% случаев, при терапии пембролизумабом – у 29,2% пациентов. Оба препарата чаще всего приводили к развитию иммунопосредованного тиреоидита в фазе гипотиреоза (9,9 и 14,6% соответственно). При терапии атезолизумабом в одном случае (11,1%) наблюдалась дисфункция щитовидной железы и еще в одном – повышение печеночных трансаминаз. Пролголимаб продемонстрировал наилучшую переносимость: у 6,3% пациентов отмечены появление кожной сыпи и обострение ревматоидного артрита. Нежелательные явления 3-й степени тяжести и выше также чаще отмечались при комбинированной терапии анти-PD-1- и анти-CTLA-4-моноклональными антителами, в основном в виде

аутоиммунного поражения печени (26,5%). Различные тяжелые осложнения на фоне проведения монотерапии возникли в менее чем 10% случаев. При терапии пролголимабом не было зарегистрировано ни одного тяжелого осложнения. Авторы отметили недооценку тяжести состояния больных лечащими врачами и/или неправильную интерпретацию клинических проявлений и лабораторных показателей крови. Кроме того, часть пациентов в силу стигмы могли не сообщать о побочных явлениях из-за опасений, что им придется прекратить противоопухолевую терапию. Авторы приводят данные о частоте осложнений в клинических исследованиях:

- 1) пембролизумаб: 62–97%; 3–4-я степень тяжести – 18–56% (в т.ч. пневмонит 8,3 и 3,5% соответственно);
- 2) ниволумаб: 58–64%; 3–4-я степень тяжести – 7–17%;
- 3) комбинация ниволумаба и ипилимумаба: 71–93%; 3–4-я степень тяжести – 28–53% (в т.ч. пневмонит 8–10 и 3–6% соответственно);
- 4) атезолизумаб: 90%; 3–4-я степень тяжести – 30%;
- 5) дурвалумаб: 96%; 3–4-я степень тяжести – 29% (в т.ч. пневмонит 10 и 2% соответственно);
- 6) авелумаб: 77–98%; 3–4-я степень тяжести – 11–47%;

И.В. Поддубная и соавт. (2022) в национальном руководстве «Противоопухолевая лекарственная терапия» предупреждают, что внешнее воздействие на иммунные контрольные точки может привести к дисбалансу в иммунологической толерантности и вызвать неконтрольный иммунный ответ, что проявляется аутоиммунными поражениями нормальных тканей различных

органов и систем. Иммуноопосредованные осложнения могут возникнуть на любом этапе лечения или же после завершения терапии. Важно, что раннее начало лечения осложнений обеспечивает более быстрое их купирование. Осложнения 3–4-й степени тяжести встречаются нечасто: у 5–22% пациентов при иммунотерапии анти-CTLA-4-антителами и у 7–12% пациентов при терапии анти-PD-1/PD-L1. Важно раннее выявление осложнений, так как при правильной коррекции большинство осложнений являются полностью обратимыми. Перед началом иммунотерапии, независимо от вида и продолжительности лечения, пациенту необходимо пройти обследование: физикальный осмотр, лабораторные исследования (клинический, биохимический анализы крови, общий анализ мочи, гормоны щитовидной железы, тестостерон, тесты на гепатиты В и С, электрокардиографию (ЭКГ)), обследование для оценки распространенности опухолевого процесса. При введении препаратов 1 раз в несколько недель рекомендуется обследование перед каждым введением, включая: общий осмотр; измерение артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхания; оценку сатурации кислорода, водного баланса; общий анализ крови; биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, щелочная фосфатаза (ЩФ), амилаза, аспартат- (АСТ) и аланинаминотрансфераза (АЛТ), билирубин общий, креатинин, глюкоза, липаза, мочевины, мочевая кислота, С-реактивный белок (СРБ)); кислотно-щелочное состояние, калий, натрий, кальций; общий анализ мочи. Один раз в месяц рекомендуется выполнять компьютерную томографию (КТ) грудной клетки, а также определять уровень

гормонов щитовидной железы (свободный Т3, свободный Т4, тиреотропный гормон (ТТГ), антитела к пероксидазе тиреоцитов). Регистрацию ЭКГ и ЭхоКГ с исследованием фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) выполняют по показаниям.

В пункте 1.10 «Правил формулировки диагноза: часть 2 – Ятрогении (патологии диагностики и лечения)» Российского общества патологоанатомов к ятрогениям отнесено неправильное – ошибочное, не по показаниям, с недоучетом индивидуальных особенностей больного назначение лекарственного средства.

В клинических рекомендациях Ассоциации онкологов России (АОР) по конкретным ЗНО имеется отсылочная норма на необходимость соблюдения требований «Практических рекомендаций по управлению иммуноопосредованными нежелательными явлениями» (RUSSCO, 2021) при осуществлении иммунотерапии ЗНО. С учетом данной отсылочной нормы АОР разработан и представлен перечень дефектов иммунотерапии ЗНО – создание риска возникновения и прогрессирования иммуноопосредованных осложнений отказом от выполнения или несвоевременным и/или неполным выполнением требований «Практических рекомендаций по управлению иммуноопосредованными нежелательными явлениями» (RUSSCO, 2021):

1. Невыполнение в полном объеме требований пункта «2. Диагностика»:

- отсутствует формулировка определения риска иммуноопосредованных осложнений до начала иммунотерапии;
- отсутствует оценка клинических данных с целью выявления иммуноопосредованных осложнений при каждом визите пациента;

- отсутствует оценка лабораторных данных каждые 2–6 недели (в зависимости от риска развития того или иного осложнения).

1.1. Невыполнение в полном объеме требований пункта «2.1. Обследование до начала иммунотерапии» ПР «Иммуноопосредованные нежелательные явления» (РУССКО, 2021):

- п. «2.1. Обследование до начала иммунотерапии»: отсутствует сбор анамнеза на предмет выявления иммуноопосредованных заболеваний (иммунодефициты, ревматические аутоиммунные заболевания, аллергические реакции); патологии эндокринной системы (прежде всего, тиреоидной патологии и сахарного диабета как 1-го, так и 2-го типа, а также несахарного мочеизнурения и надпочечниковой недостаточности); сопутствующей патологии ЖКТ (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и др.);
- п. «2.1. Обследование до начала иммунотерапии»: отсутствует анамнез о приеме любой сопутствующей терапии (глюкокортикостероиды (ГКС), иммунодепрессанты), получаемой им до и в процессе иммунотерапии;
- п. «2.1. Обследование до начала иммунотерапии»: отсутствует выполнение следующих лабораторных обследований: клинический анализ крови с лейкоцитарной формулой; биохимический анализ крови: общий белок, АСТ, АЛТ, билирубин общий, креатинин, глюкоза, рекомендованных всем больным;
- п. «2.1. Обследование до начала иммунотерапии»: отсутствует анализ обоснованных подозрений или факторов

риска поражения отдельных органов и систем с целью расширения перечня оцениваемых лабораторных показателей с включением одного или нескольких из следующих показателей: альбумин, ЩФ, амилаза, электролиты (калий, натрий, кальций), липаза, мочевины, мочевого кислоты, креатинфосфокиназа, тропонин, СРБ;

- п. «2.1. Обследование до начала иммунотерапии»: отсутствует выполнение исследования уровня ТТГ (при отклонении от нормы уровня ТТГ, необходимо проводить исследование уровня свТ4, по возможности – свТ3);
- п. «2.1. Обследование до начала иммунотерапии»: отсутствует выполнение общего анализа мочи;
- п. «2.1. Обследование до начала иммунотерапии»: отсутствует выполнение для женщин детородного возраста теста на беременность;
- п. «2.1. Обследование до начала иммунотерапии»: отсутствует выполнение требования о консультации эндокринолога при выявлении отклонений в результатах эндокринологического обследования или симптомов, которые могут свидетельствовать о нарушениях в эндокринной системе;
- п. «2.1. Обследование до начала иммунотерапии»: отсутствует выполнение рекомендации установить характер и степень тяжести нарушений в эндокринной системе до начала иммунотерапии и провести их коррекцию;
- п. «2.1. Обследование до начала иммунотерапии»: отсутствует выполнение инструментальных диагностических исследований до начала иммунотерапии: КТ без контрастирования или рентгено-

графия органов грудной клетки; ЭКГ;

- п. «2.1. Обследование до начала иммунотерапии»: отсутствует анализ наличия или отсутствия показаний для выполнения исследований: ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы; ФВЛЖ; функция внешнего дыхания; SpO_2 ; консультация гастроэнтеролога; эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС); фиброколоноскопия; консультация дерматовенеролога.

2. Невыполнение в полном объеме требований пункта «2.2. Обследование в процессе иммунотерапии» ПР «Иммуноопосредованные нежелательные явления» (РУССКО, 2021):

- п. «2.2. Обследование в процессе иммунотерапии»: отсутствует результат исследования водного баланса;
- п. «2.2. Обследование в процессе иммунотерапии»: отсутствует выполнение исследований крови – общий белок, АСТ, АЛТ, билирубин общий, креатинин, глюкоза;
- п. «2.2. Обследование в процессе иммунотерапии»: отсутствует выполнение КТ грудной клетки 1 раз в 3 месяца;
- п. «2.2. Обследование в процессе иммунотерапии»: отсутствует анализ наличия или отсутствия показаний для выполнения исследований и оформление обоснованного отказа от биохимических исследований уровней альбумина, ЩФ, амилазы, электролитов (калий, натрий, кальций), липазы, мочевины, мочевой кислоты, креатинфосфокиназы, тропонина, СРБ;
- п. «2.2. Обследование в процессе иммунотерапии»: отсутствует анализ

наличия или отсутствия показаний для выполнения исследований – кислотно-щелочное состояние, электролиты (калий, натрий, кальций);

- п. «2.2. Обследование в процессе иммунотерапии»: отсутствует анализ наличия или отсутствия показаний для выполнения исследований – свободный Т3, свободный Т4;
- п. «2.2. Обследование в процессе иммунотерапии»: отсутствует анализ наличия или отсутствия показаний для выполнения инструментальных исследований – ЭКГ, ЭхоКГ с установлением уровня ФВЛЖ.

3. Невыполнение в полном объеме требований пункта «2.3. Обследования при подозрении на наличие иммуноопосредованных нежелательных явлений» ПР «Иммуноопосредованные нежелательные явления» (РУССКО, 2021):

- ### **3.1. Невыполнение в полном объеме требований пункта «2.3.1. Дополнительные обследования при подозрении на наличие колита»:**
- консультации гастроэнтеролога (при 3–4-й степени тяжести, при длительно текущем колите 2-й степени тяжести, отсутствии эффективности гормонотерапии);
 - выполнение колоноскопии (при 3–4-й степени тяжести, длительно текущем колите 2-й степени, неэффективности гормонотерапии);
 - посев кала на патогенную кишечную группу;
 - определение токсинов (А и В) *Clostridioides difficile* в стуле.
- ### **3.2. Невыполнение в полном объеме требований пункта «2.3.2. Дополнительные**

обследования при подозрении на наличие гастрита»:

- консультации гастроэнтеролога;
- ЭГДС.

3.3. Невыполнение в полном объеме требований пункта «2.3.3. Дополнительные обследования при подозрении на гипопизит или надпочечниковую недостаточность»:

- консультация эндокринолога;
- определение уровня калия, натрия, кальция в крови;
- магнитно-резонансная томография (МРТ) гипопизита с контрастированием;
- общий анализ мочи (с акцентом на удельный вес и объем, выделяемый за сутки);
- уровни фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов; тестостерона (у мужчин); ТТГ, кортизола и адренокортикотропного гормона (АКТГ) в крови.

3.4. Невыполнение в полном объеме требований пункта «2.3.4. Дополнительные обследования при подозрении на аутоиммунный тиреоидит, гипертиреоз или гипотиреоз, сахарный диабет 1-го или 2-го типа, несахарный диабет»:

- определение ТТГ, уровня глюкозы;
- консультация эндокринолога;
- определение свободного Т3, свободного Т4.

3.5. Невыполнение в полном объеме требований пункта «2.3.5. Дополнительные обследования при подозрении на пульмонит»:

- КТ грудной клетки;
- оценка сатурации кислорода в крови.

3.6. Невыполнение в полном объеме требований пункта «2.3.6. Дополнительные обследования по показаниям при подо-

зрении на синдром повышенной проницаемости капилляров или синдром выброса цитокинов»:

- определение СРБ;
- оценка сатурации кислорода в крови; контроль АД, ЧСС, температуры тела каждые 15–30 минут; контроль водного баланса каждый час; контроль электролитов 2–3 раза в день; определение уровней ИЛ-6, TNF, интерферона- γ в крови.

3.7. Невыполнение в полном объеме требований пункта «2.3.7. Дополнительные обследования при наличии кожной токсичности»: оценка состояния слизистых; оценка функции печени и почек (АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин, мочевины).

3.8. Невыполнение в полном объеме требований пункта «2.3.8. Дополнительные обследования при наличии нарушения функции печени»:

- определение HbS, анти-HCV, при ранее положительных тестах – определение вирусной нагрузки;
- оценка прямого и непрямого билирубина;
- оценка наличия опухолевых очагов в печени, признаков портальной гипертензии, тромбоза вен печени (УЗИ печени, по возможности – КТ или МРТ с контрастированием).

3.9. Невыполнение в полном объеме требований пункта «2.3.9. Дополнительные обследования при подозрении на иммуноопосредованный панкреатит»:

- определение уровней амилазы, липазы;
- выполнение УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства.

3.10. Невыполнение в полном объеме требований пункта «2.3.10. Дополнительные обследования при подозрении

на миокардит или новых симптомах со стороны сердечно-сосудистой системы»:

- приостановка лечения;
 - ЭКГ;
 - ФВЛЖ;
 - тропонин;
 - консультация кардиолога;
 - при наличии показаний рекомендовано расширить список обследований: инактивный N-терминальный фрагмент натрийуретического пептида (NT-proBNP); ЭхоКГ с методом глобальной продольной деформации (Global Longitudinal Strain – GLS); коронарная ангиография; МРТ сердца – кардиомагнитный резонанс (cardiac magnetic resonance – CMR); эндомиокардиальная биопсия миокарда (ЭБМ) с выполнением гистологии, гистохимии, вирусологическим исследованием биоптата.
4. Невыполнение требований пункта «2.4. Обследование больных с развившимися осложнениями»:
- 4.1. Гепатотоксичность 3–4-й степени: оценка функции печени (АЛТ, АСТ, билирубин, альбумин). Через день, по возможности – каждый день, при достижении улучшения – 1 раз в неделю до 1-й степени.
- 4.2. Пневмонит 1-й степени:
- оценка наличия симптомов каждые 2–3 дня;
 - КТ грудной клетки 1 раз в месяц, по возможности каждые 2–3 недели или перед каждым циклом терапии.
- 4.3. Пневмонит 2-й степени: оценка наличия симптомов каждый день.
- 4.4. Нарушение функции щитовидной железы 1–2-й степени:

- ТТГ, свободный Т4, по возможности свободный Т3 1 раз в месяц, по возможности перед каждым введением или каждые 2–4 недели в случае остановки иммунотерапии по любой причине;
 - антитела к тиреопероксидазе однократно, повтор через 1 месяц.
- 4.5. Нарушение функции щитовидной железы 3–4-й степени. Свободные Т3 и Т4, ТТГ (при подозрении на гипертиреоз и антитела к рецепторам ТТГ) 2 раза в неделю (частота определения антител зависит от течения осложнения).
- 4.6. Надпочечниковая недостаточность:
- АКТГ, кортизол – в зависимости от рекомендаций эндокринолога 1 раз в 3 дня (кортизол), каждые 7 дней (АКТГ);
 - калий и натрий по показаниям или ежедневно.
- 4.7. Гипергликемия 2-й степени: уровень глюкозы ежедневно.
- 4.8. Синдром выброса цитокинов 1-й степени: жизненно важные показатели (АД, ЧСС, температура, SpO₂) каждые 2–3 часа.
- 4.9. Синдром выброса цитокинов 2-й степени:
- жизненно важные показатели (АД, ЧСС, температура, SpO₂) каждые 60 минут или постоянный мониторинг;
 - креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ, билирубин, альбумин, калий, натрий 1 раз в день.
- 4.10. Синдром выброса цитокинов 3–4-й степени:
- жизненно важные показатели (АД, ЧСС, температура, SpO₂) постоянный мониторинг;
 - креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ, билирубин, альбумин, калий, натрий, газы артериальной крови 2 раза в день.

5. Невыполнение требований пункта «3.1. Принципы лечения»:

- I–II степень токсичности: продолжение лечения; применяется симптоматическая терапия; иммуносупрессивные средства не применяются;
- II–III степень токсичности: перерыв в лечении; усиленная симптоматическая терапия; ГКС (преднизолон 1 мг/кг/сут внутрь или внутривенно (в/в));
- IV степень токсичности и неэффективность предшествующей терапии: отмена терапии; усиленная симптоматическая терапия; ГКС (преднизолон 2 мг/кг/сут внутрь или в/в);
- неэффективность предшествующей терапии: отмена терапии; максимальная симптоматическая терапия; ГКС (преднизолон 4 мг/кг/сут в/в) и ингибиторы цитокинов (ИЛ-6, TNF, например: инфликсимаб, тоцилизумаб), цитостатики (циклофосфамид, микофенолата мофетил).

При выявлении указанных выше дефектов эксперт качества онкопомощи дол-

жен констатировать ненадлежащее качество оказанной онкологической помощи по критериям пункта 21 статьи 2 Закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и части 6 статьи 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

- несвоевременная диагностика и/или несвоеременно позднее начало лечения иммуноопосредованных ятрогенных осложнений;
- отсутствие или неправильный выбор методов диагностики, профилактики и лечения иммуноопосредованных ятрогенных осложнений;
- недостижение степени запланированного результата – создание риска возникновения и/или возникновение иммуноопосредованных ятрогенных осложнений отказом от применения мер своевременной их профилактики и диагностики.

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

Заместитель генерального директора ООО «Капитал МС», к.м.н.

Тел.: +7 (495) 287-81-25, доб. 4079

E-mail: oms@kapmed.ru

Адрес: 115035, Москва, Кадашевская набережная, д. 30

В ЕКАТЕРИНБУРГЕ К ЮБИЛЕЮ ПОБЕДЫ РЕАЛИЗОВАЛИ ИСТОРИЧЕСКИЙ ПРОЕКТ «СОЛДАТЫ ЖИЗНИ»



Это цикл из 16 мини-фильмов о медицинских династиях Урала и Поволжья, в которых дети, внуки и правнуки военных медиков, сами ставшие врачами, расскажут об истории своей семьи, подвиге предков и о том, что заставляет каждое новое поколение связывать жизнь с самой гуманной из профессий. Проект в год 80-летия Победы в Великой Отечественной войне создан Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Свердловской области при поддержке минздрава и правительства региона.

Вместе с героями мы побываем на Дальнем Востоке, у развалин Рейхстага, в эвакогоспиталях уральской глубинки и познакомимся с удивительным мальчиком, который сначала был оберегом раненых солдат в разрушенном Смоленске, а позднее сберег тысячи жизней советских гра-

ждан, став легендой отечественной кардиохирургии. Мы узнаем, о чем мечтала сестра милосердия в блокадном Ленинграде и чего по-настоящему боялся молодой лейтенант, когда под перекрестным огнем переплывал реку с умирающими бойцами.



Валерий Шелякин

директор Территориального фонда ОМС Свердловской области

«Я убежден, что эти трогательные интервью важны и нужны не только медицинской общественности или героям-медикам. Сегодня они будут актуальны для каждого без исключения, потому что это истории про настоящую преданность делу, про заботу о тех, кто рядом, про готовность раз за разом, поколение за поколением связывать свою жизнь с самой гуманной из профессий».

Серию мини-фильмов открывает выдающийся врач, руководитель городской клинической больницы № 14 Екатеринбурга Владимир Кухаркин.

В 1942 году его мама Зоя Ивановна, третьекурсница Пермского мединститута и совсем еще девчонка, через всю страну сопровождала эшелоны раненых бойцов. А спустя почти 80 лет его такая же юная дочь отправилась на свою «войну» и од-

ной из первых в области зашла в «красную зону» ковидного госпиталя. Интересно, что ни та ни другая не считали это подвигом...

Паренек лет 14 бегаёт по этажам госпиталя. Раненых много, каждому из них нужна помощь. Вместе с матерью Людмилой Савичевской мальчик отправился добровольцем на фронт, где трудился наравне с другими медиками и даже заслужил отдельный паек. Под угрозой разлуки было неважно, куда ехать, главное – вместе.

Мать мальчика Людмила вышла замуж за потомка декабристов, поляка Станислава

Савичевского. В 1937 году их арестовали. Будучи в тюрьме и ссылке, Людмила только укрепилась в желании работать врачом. Она стала примером для сына Милослава, основателя Уральской школы кардиохирургии, а он в свою очередь привил любовь к медицине дочери Юлии (в замужестве Борзуновой). Сейчас в семье Борзуновых-Савичевских четыре поколения медиков.



История бабушки с дедушкой заместителя главврача по медицинской части СОКПБ Александра Ружникова похожа на фильм.



Познакомившись на курорте, Николай и Диогина потеряли друг друга из вида и спустя полгода встретились в медицинском институте. Свадьбу сыграли 31 декабря 1941 года, а в 1943-м отправились в монгольские степи, там Николай Ружников служил старшим врачом танковой бригады.

Детство их сына Юрия прошло в медицинской среде в Польше. Уже переехав в Свердловск, будущий врач определился со специальностью – психиатрией. Огром-

ное влияние на выбор оказал иллюзионист Вольф Мессинг, державший юношу за руку на одном из выступлений. Через пару десятков лет психиатрией проникся и Александр, сын Юрия Ружникова. Он вспоминает, что когда был ребенком, объяснять про работу матери (занималась функциональной диагностикой) и отца было сложно: никто не понимал, о чем речь.

Герои фильмов не только рассказывают семейные истории, но и исполняют песни, которые имеют особое значение для их династий. Кульминацией проекта станет грандиозный концерт 25 апреля в Екатерининском зале Свердловской государственной детской филармонии.

Проект «Солдаты жизни» стал претендентом на одну из самых престижных премий в сфере здравоохранения «Оргздрав: лидеры отрасли» в номинации «Общественные проекты».

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 языке (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 подписями 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

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

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

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

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

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

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

Примеры библиографических описаний:

Книга

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

Автореферат диссертации

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

Статья из сборника

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

Статья из журнала

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

Статья из зарубежного журнала

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

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

IV. Иллюстрации

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

Диаграммы, графики, схемы должны быть сделаны в программах векторной графики (Illustrator) и сохранены в формате *.eps. Файлы с диаграммами, графиками, схемами и штриховыми рисунками, сделанные в программах WORD и 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