



КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ



Совет директоров ТФ ОМС Сибирского Федерального округа «Вопросы обеспечения качества оказания медицинской помощи»

**Совещания директоров ТФ ОМС в Федеральных округах и
Координационные советы по защите прав граждан –
эффективные управленческие тренды в деятельности
страхового представителя 3 уровня по вопросам обеспечения качества
оказания медицинской помощи на примере исполнения
Федерального проекта «Борьба с онкозаболеваниями»**



*Старченко А. А. – советник Генерального директора ООО «Капитал
Медицинское Страхование», президент НП «Национальное Агентство
по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе»,
член Совета Общественных организаций по защите прав пациентов
при Росздравнадзоре,
доктор медицинских наук, профессор*



Страховой представитель 3 уровня; участие в новых эффективных управленческих трендах исполнения Национального проекта «Здравоохранение»

I. Совещания директоров ТФОМС в федеральных округах:

- результаты анализа собственной деятельности СП-3 – обратная связь от исполнителя и осознание важной роли в Национальном проекте;
- перспективные предложения СП-3, пути их реализации от совещания к совещанию;
- достигнутые результаты и предложения для использования в системе ОМС.

II. Участие СП-3 в заседаниях Координационных советов по организации защиты прав граждан субъектов РФ:

- анализ результатов экспертизы КМП в онкологии;
- практические предложения Координационному совету для выработки практических шагов по реализации федеральных проектов;
- унификация экспертных подходов к экспертизе и реэкспертизе;
- защита мнения эксперта в субъекте РФ: в административном, профессиональном и этическом планах.

III. Участие СП-3 уровня в совещаниях онкологов субъектов РФ, съездах Ассоциации онкологов России (АОР) и Российского общества клинической онкологии (РУССКО) – доведение до профессионального сообщества задач, принципов и результатов деятельности СП-3.

IV. Участие СП-3 уровня в работе конференций и съездов пациентских организаций – повышение доверия онкопациентов к СП-3

V. Журнал «ОМС» - методологическая основа в реализации федеральных проектов



26.02.2018 г. Грозный

**Совещание директоров Территориальных фондов ОМС
Северо-Кавказского Федерального Округа**

Главная задача СП-3 на том этапе – дисциплинировать МО и

начать процесс повышения доступности онкопомощи на основе этих сроков:

- 1) Проведение опросов с целью выявления причин нарушения права и меры борьбы с ими;**
- 2) Информирование пациентов об их правах памяткой.**



17.05.2019 г. Санкт-Петербург

**Совещание директоров Территориальных фондов ОМС
Северо-Западного Федерального Округа**

1. Представлена новая концепция СП-3: проведение онконсилиума – признак надлежащего качества онкологической помощи и индивидуального подхода к пациенту, защита врача.

2. Представлен подход: принятие решений Координационными советами о выделении тарифа и маршрутизации пациентов на молекулярно-генетические исследования.

3. Предложена к одобрению программа Курса лекций Ассоциации онкопсихологов Северо-Западного региона на тему: «Теория и практика эффективного взаимодействия страхового представителя системы ОМС с онкологическими пациентом»



28.06.2019 г. г. Геленджик

**Совещание директоров Территориальных фондов ОМС
Южного Федерального Округа**

1. Представлен первый опыт апробации документов контроля и восстановления прав на приемственность в оказании онкопомощи: Памятка лечащему врачу и Предписание на осуществление консультации онколога.

2. Предложен – выпуск пособия для СП-3 по онкопсихологии.

3. Совещанию представлены тиражированные памятки: - о праве на сопутствующую терапию, - режимах введения химиопрепаратов; - опасных для пациента побочных эффектах

ВСЕГО издано в 2019 году – 1 млн 053 тыс. памяток на сумму 5 млн 199 тыс. руб.

ОНКОЛОГИЯ

СРОКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ*



сроки проведения консультаций врачей-специалистов в случае подозрения на онкологическое заболевание не должны превышать **3 рабочих дня**.



сроки проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований в случае подозрения на онкологическое заболевание не должны превышать **7 рабочих дней** со дня назначения исследований, в т.ч. КТ, МРТ, ангиографии.



срок установления диспансерного наблюдения врача-онколога за пациентом с выявленным онкологическим заболеванием не должен превышать **3 рабочих дня** с момента постановки диагноза онкологического заболевания.



сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, в том числе для лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания для пациентов с онкологическими заболеваниями не должны превышать **7 рабочих дней** с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления предварительного диагноза заболевания (состояния).

*Постановление Правительства РФ от 07.12.2019г. №1610



ВСЕ НЕОБХОДИМОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПО ОНКОЛОГИЧЕСКОМУ ПРОФИЛЮ — БЕСПЛАТНОЕ

В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВОПРОСОВ, связанных с оказанием медицинских услуг в системе ОМС, **ОБРАТИТЕСЬ** в администрацию медицинского учреждения или **К СТРАХОВОМУ ПРЕДСТАВИТЕЛЮ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ**, выдавшей Вам полис ОМС.



Телефон
контакт-центра ОМС:
8-800-100-81-01/02
(звонок бесплатный)

www.KAPMED.ru

ООО «Капитал МС» лицензия ЦБ РФ ОС №3676-01
(без ограничения срока действия)



КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

ДОСТУПНОСТЬ
НАДЕЖНОСТЬ
КОМПЕТЕНТНОСТЬ

ПРАВО НА ПОМОЩЬ В ОНКОДИСПАНСЕРЕ: СВОЕВРЕМЕННУЮ И ДОСТУПНУЮ



Представлены разработанные документы контроля и восстановления права на преемственность в оказании онкопомощи

Памятка первичного звена пациенту

Уважаемый пациент!

В соответствии с нормами Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информируем Вас, что Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и Порядком оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утв. приказом МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. N 915н, **установлены строгие сроки оказания Вам медицинской помощи:**

- при малейшем подозрении у больного любого новообразования врач-терапевт тотчас выдает направление на консультацию к специалисту в онкодиспансер;

- консультация специалиста по направлению терапевта при подозрении у больного новообразования должна быть проведена не позднее 5 рабочих дней с даты выдачи ему направления на консультацию.

С целью защиты Ваших прав на установленные законодательством кратчайшие сроки диагностики Вам следует обратиться к Вашему страховому представителю _____, в обязанности которого вменена необходимость его вмешательства в организацию предоставления Вам диагностической помощи при любых ее нарушениях при Вашем обращении.

Страховой представитель разъяснит Вам Ваши права и законные интересы в рамках Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и программы ОМС, предложит Вам бесплатное индивидуальное информационное сопровождение при оказании Вам медицинской помощи, будет осуществлять защиту Ваших прав при любых попытках их нарушений, создавать условия для восстановления Ваших нарушенных прав и законных интересов в кратчайшие сроки на всех этапах оказания медицинской помощи.

Страховой представитель в соответствии с законодательством изначально допущен к охраняемой законом врачебной тайне. Он предложит Вам памятки с информированием Вас о Ваших правах и законных интересах при обращении за медицинской помощью, ответит на любые Ваши вопросы, примет и рассмотрит любые Ваши устные и письменные обращения в случае их появления, строго соблюдая Ваше право на врачебную тайну и конфиденциальность.

**Доверие застрахованного лица –
главный принцип работы страхового представителя!**

Ваш страховой представитель : _____

Наименование МО

Копия: Застрахованному лицу

Предписание об устранении выявленных нарушений прав застрахованных лиц в системе ОМС

Во исполнение обязанности СМО по организации оказания медицинской помощи застрахованному лицу в другой медицинской организации, установленной ч. 3 ст. 39 Закона РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Филиал ООО «Капитал МС» в _____ по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (поле реестра «DS_ONK» от _____ (дата), а также опроса застрахованного лица установил факт нарушения права застрахованного лица _____ на своевременную консультацию онколога в первичном онкологическом кабинете или первичном онкологическом отделении медицинской организации при наличии подозрения на новообразование в течение 5 рабочих дней с даты выдачи направления на консультацию, и в соответствии с требованиями п. 11, 12 Порядка оказания медицинской помощи по профилю «ОНКОЛОГИЯ», утв. приказом Минздрава России от 15.11.2012г. № 915н, **предписывает**

_____ наименование медицинской организации, оказывающей онкологическую помощь
в срок до _____ устранить выявленное нарушение права застрахованного лица на своевременную и качественную медицинскую помощь в системе ОМС и незамедлительно осуществить мероприятия, предусмотренные п. 12 Порядка оказания медицинской помощи по профилю «ОНКОЛОГИЯ», утв. приказом Минздрава России от 15.11.2012г. № 915н: «12. Врач-онколог первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения в течение одного дня с момента установления предварительного диагноза ЗНО организует взятие биопсийного материала с учетом клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи... В случае невозможности взятия в медицинской организации биопсийного материала направляется лечащим врачом в онкологический диспансер», а также уведомить страхового представителя 3 уровня _____ по номеру телефона _____ о дате и времени консультации онколога с целью последующего информационного сопровождения застрахованного лица.

Директор филиала _____

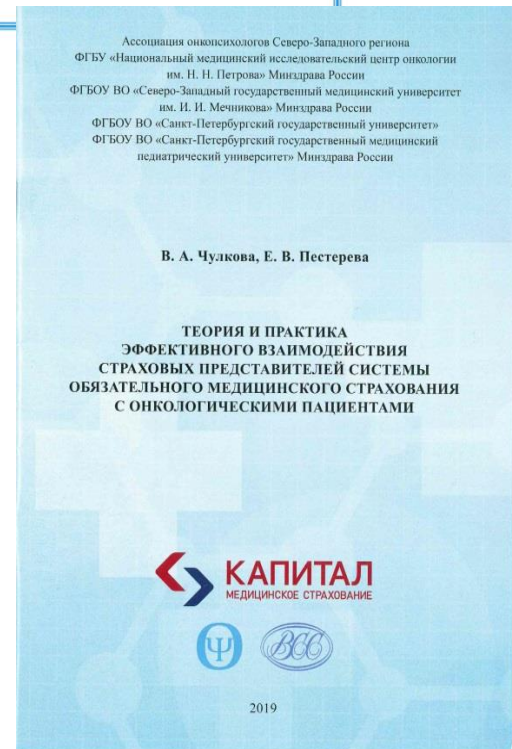
АССОЦИАЦИЯ ОНКОПСИХОЛОГОВ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА

Курс лекций на тему:

«Теория и практика эффективного взаимодействия страхового представителя системы ОМС с онкологическими пациентом»

План курса лекций:

1. Теория основных психологических проблем онкопациента.
2. Теория основных психологических проблем онколога при оказании онкологической помощи пациенту.
3. Практические вопросы формирования навыков у страхового представителя 2 и 3 уровня:
 - 1) инициация интереса у онкопациента к информированию об его правах;
 - 2) формирование доверия пациента к СП-2 и СП-3;
 - 3) поддержание коммуникации и формирования мотивации или потребности у пациента в обратной связи к СП-3;
 - 4) формирование приверженности пациента лечению;
 - 5) взаимодействие СП-3 с онкологом (психологические особенности специальности онколога, имеющие значение для формирования негативных реакций у онкопациента);
 - 6) профилактика и преодоление СП-3 конфликтов в системе «онколог-пациент» на основе учета психологических особенностей онкологов;
 - 7) особенности коммуникации СП-3 с онкологом при конкретных конфликтах между пациентом и медорганизацией;
 - 8) представление о принципах психологической коррекции и знание показаний к ним;
 - 9) проблема побуждения онколога и пациента к эффективному взаимодействию.





ПАМЯТКА ДЛЯ ЛЕЧАЩЕГО
ВРАЧА И ЕГО ПАЦИЕНТА

РЕЖИМЫ ВВЕДЕНИЯ ХИМИО- ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ



ПАМЯТКА ОНКОПАЦИЕНТУ
**СОПРОВОЖДАЮЩАЯ
И ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ
ТЕРАПИЯ – ЗАКОННОЕ
ПРАВО ОНКОПАЦИЕНТА
И ОБЯЗАННОСТЬ
ВРАЧА-ОНКОЛОГА**



ПАМЯТКА ДЛЯ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА
И ЕГО ПАЦИЕНТА

ОБ ОСОБЫХ МЕРАХ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ





Координационный совет по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи: чем полезен страховой представитель 3 уровня и его интерес

- 1. Представление конкретных результатов экспертной деятельности СП-3 (МЭЭ, ЭКМП, реэкспертизы) и выявленных дефектов членам Совета, приглашенным экспертам онкологам из Реестра ТФОМС, онкологам-руководителям МО, практическим онкологам, пациентским организациям и общественности.**
- 2. Формирование единства экспертной практики с целью установления справедливого баланса прав и интересов пациентов и практических врачей.**
- 3. Защита прав и деловой репутации эксперта и экспертного пула, борьба с правовым НИГИЛИЗМОМ.**
- 4. Пропаганда гражданских правоотношений в системе ОМС, как меры профилактики уголовного преследования врача.**
- 5. Представление опыта и результатов экспертной деятельности в др. субъектах РФ.**
- 6. Профессиональные предложения по включению новых конкретных мер по результатам деятельности СП-3 в план реализации федеральных проектов Нацпроекта.**

24.07.2019 г. Петропавловск-Камчатский

Расширенное заседание Координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи с участием директоров Территориальных фондов ОМС ДВФО



03.06.2019 г. Калининград

Координационный совет по защите прав пациентов Калининградской области: Аналитическая записка по результатам ЭКМП 345 страховых случаев химиотерапевтической помощи, оказанной в ГБУЗ «ОКБ КО» о «новых» дефектах



28.08.2019 г. Екатеринбург

Координационный совет по защите прав граждан в системе ОМС на территории Свердловской области: Результаты выявления причин отсутствия назначения дорогостоящих схем иммо- и таргетной терапии



24.10.2019 г. Ижевск

Координационный совет по защите прав граждан в системе ОМС Республики Удмуртия: проблема снижения числа признаков «Подозрение на ЗНО» в реестрах оказанной медицинской помощи



Выявлены новые дефекты , требующие искоренения:

1. Не исполнение требований по формулировании в сигнатуре Листа назначений Медицинской карты стационарного больного (лист химиотерапии) специального режима – периода введения химиопрепарата или таргета, что создает риск ненадлежащего введения, опасного для пациента развитием побочных эффектов, усиленной токсичности или быстрого метаболизма или вымывания концентрации, не достигая терапевтической дозы в крови.

Код дефекта 3.2.3.

Основание: Приложение N 1 к приказу МЗ РФ от 14 января 2019 г. N 4н «ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ»

3. *Сведения о назначенном лекарственном препарате (наименование лекарственного препарата, дозировка, способ введения и применения, режим дозирования, продолжительность лечения и обоснование назначения лекарственного препарата) вносятся медицинским работником в медицинскую документацию пациента».*

2. Отказ в госпитализации пациенту в круглосуточный стационар для проведения 46 часовой инфузии препаратов химиотерапии и проведение ее условиях дневного стационара - схемы FOLFIRI, FOLFOXIRI 46-часовая инфузия 5-фторурацила при раке толстой и прямой кишки.

3. **Нарушение преемственности:** возложение требований п. 11 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утв. пр. МЗ РФ № 915н, на первичное звено возлагают обязанность инструментального обследования пациента до консультации онколога в течение 5 рабочих дней. **Пример:** при подозрении на рак молочной железы (пальпируемое образование) на терапевта возлагают проведение рентгенографии органов грудной клетки и УЗИ внутренних органов.

ЗАЧЕМ? Чтобы определить наличие или отсутствие метастазов, что определяет стадию ЗНО. Для кого эта информация профессионально необходима: для терапевта или для онколога?

Реакция первичного звена: отказ от признака «Подозрение на ЗНО» !



Клинические рекомендации АОР 2018
и Критерии оценки качества медпомощи приказа МЗ РФ № 203н –
исполнительные документы

Программы государственных гарантий бесплатной онкологической помощи

Включение в Критерии оценки качества и в раздел «Иная диагностика» Клинических рекомендаций АОР 2018 «Меланома», «Рак легкого», «Рак ободочной кишки», «Рак прямой кишки», «Рак молочной железы», Рак яичника» выполнение молекулярно-генетических исследований наличия мутаций генов BRAF, c-Kit, EGFR, RAS, KRAS, NRAS, транслокации ALK, ROS1, BRCA **дает право пациентам метастатическими формами на бесплатный доступ, как этим исследованиям, так и на основании их результатов к самой таргетной терапии, включенной в оплату в системе ОМС и направленной на снижение темпов опухолевой прогрессии, улучшение качества и продолжения жизни, по 9- 10 уровням КСГ:**

Меланома: Вемурафениб, Кобиметиниб, Дабрафениб, Траметиниб

Рак легкого: Дабрафениб, Траметиниб, Кризотиниб, Gefитиниб, Афатиниб, Эрлотиниб, Осимертиниб

Рак толстой кишки: Панитумумаб, Цетуксимаб

Рак яичника и Рак молочной железы: Олапариб

ИТОГИ 2019-2020:

В 2019 г. по опросам пациентов и главных врачей генетические исследования выполнялись КАК ПРАВИЛО ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ГРАЖДАН...

В январе 2020 г. согласно реестрам по Обществу ООО «Капитал МС» из 41 субъекта РФ генетические исследования мутаций генов KRAS, NRAS, BRAF, V600 BRAF, BRCA1, BRCA2, EGFR, ALK проведены в 3-х регионах (Республика Саха (Якутия), Тюменская и Московская области) в общем числе –

53 исследования на 4 тыс. случаев таргетной терапии

ОМС и ЭКМП не стоят на месте: Клинические рекомендации – медико-экспертная основа выбора и применения современных схем таргетной терапии



Формулировки НОВЫХ дефектов онкопомощи с кодом 3.2.3:

- 1. Отсутствие выполнения необходимых молекулярно-генетических исследований мутаций генов, результаты которых являются показанием для назначения таргетной терапии, что создает риск прогрессирования ЗНО, как критерий ненадлежащего качества медицинской помощи по характеристикам п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ: неправильный выбор методов лечения и ненадлежащее планирование достижения результата, не обеспечивающее достижение необходимой степени запланированного результата.*
- 2. Онкохирургическая деятельность ненадлежащего качества по выполнению органосохраняющих операций при раке молочной железы без учета возможных противопоказаний по результатам молекулярно-генетических исследований мутаций генов BRCA1,2, которые могут быть противопоказанием для выполнения органосохраняющих хирургических операций, что создает риск прогрессирования и рецидивирования злокачественных новообразований молочной железы.*
- 3. Отсутствие обоснований отказа от назначения схемы химио- и таргетной терапии на основе прогноза показателей выживаемости без прогрессирования, безрецидивной и общей выживаемости и эффективности терапии, создающее риск прогрессирования ЗНО, как критерий ненадлежащего качества медицинской помощи по характеристикам п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ: неправильный выбор методов лечения и ненадлежащее планирование достижения результата, не обеспечивающее достижение необходимой степени запланированного результата.*



**ЧТОБЫ РУКОВОДИТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ –
НАМ НАДО ЗНАТЬ ОПТИМАЛЬНЫЙ ПЛАНИРУЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ:
Выбор схемы Таргетной терапии ПОЧЕМУ?
ИМЕЮТСЯ ОБЪЕКТИВНЫЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ!**

Клинические рекомендации «Рак молочной железы» (Ассоциация онкологов России; Российское общество клинической онкологии; 2018): Больным, не получавшим неоадьювантно пертузумаб, при $N \geq 2$ и отсутствии в опухоли РЭ и РП в качестве оптимального объема лечения может быть рекомендована двойная анти-HER2 блокада трастузумабом и пертузумабом в течение 12 мес.

Ассоциация онкологов России (Летягин В.П, Петровский А.В. и соавт.; НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина): применение трастузумаба и пертузумаба в адьювантном режиме обосновано при размере опухоли $T > 2$ см или $N1$ HER2+ раннем Раке молочной железы.

Российское общество онкомамологов: Общие рекомендации по лечению раннего Рака молочной железы **St. Gallen-2015:** Неоадьювантная системная терапия при HER-2-позитивном раке молочной железы II стадии: большинство членов Панели (97,2 %) поддерживает двойную анти-HER-2-терапию трастузумабом и пертузумабом...

ОПТИМАЛЬНЫЙ ПЛАНИРУЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ: у пациентов, получивших терапию пертузумабом, трастузумабом и доцетакселом, отмечалось значительное увеличение полного патоморфологического ответа в сравнении с пациентами, получавших трастузумаб и доцетаксел без значимой разницы в переносимости.

Sh179 Трастузумаб 6 мг/кг ds19.022 – **Уровень КСГ 5**

sh533 Трастузумаб + пертузумаб ds19.026 **Уровень КСГ 9**

sh070 Доцетаксел + трастузумаб + пертузумаб ds19.027 **Уровень КСГ 10**

Комбинация ПЕРТУЗУМАБ+ТРАСТУЗУМАБ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С HER2+ ФОРМОЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Куликов А.Ю., Комаров И.А., 2015

Результаты анализа эффективности схем пертузумаб + трастузумаб + доцетаксел и плацебо + трастузумаб + доцетаксел в лечении мРМЖ у больных с HER2 + формой заболевания (временной горизонт - 25 лет) {12,13}

Параметр эффективности добавленные годы жизни (LYG – life years gained)	Пертузумаб + трастузумаб + доцетаксел	Плацебо + трастузумаб + доцетаксел
Значение в безпрогрессивный период, года	2,119	1,49
Значение после прогрессии заболевания, года	2,168	2,096
Итоговые показатели LYG	4,287	3,586

Результаты анализа полезности схем пертузумаб + трастузумаб + доцетаксел и плацебо + трастузумаб + доцетаксел в лечении мРМЖ у больных с HER2 + формой заболевания (временной горизонт - 25 лет) {12,13}

Параметр полезности добавленные годы жизни с учетом их качества (QALY – quality adjusted life years)	Пертузумаб + трастузумаб + доцетаксел	Плацебо + трастузумаб + доцетаксел
Значение в безпрогрессивный период, года	1,718	1,196
Значение после прогрессии заболевания, года	1,16	1,121
Итоговые показатели QALY	2,877	2,317



Выбор схемы Химиотерапии и Таргетной терапии Колоректального рака

FOLFIRI - ds19.021 **Уровень КСГ 4**

FOLFIRI и Бевацизумаб - ds19.023

Уровень КСГ 6

FOLFIRI и Панитумумаб - ds19.024

Уровень КСГ 7

FOLFOXIRI - ds19.022 **Уровень КСГ 5**

FOLFOXIRI и Бевацизумаб - ds19.023

Уровень КСГ 6

FOLFOXIRI и Панитумумаб - ds19.024

Уровень КСГ 7

FOLFOXIRI и Цетуксимаб - ds19.026

Уровень КСГ 9

FOLFOX6 - ds19.021 **Уровень КСГ 4**

FOLFOX6 и Панитумумаб - ds19.024

Уровень КСГ 7

FOLFOX6 и Цетуксимаб - ds19.025

Уровень КСГ 8

Современные таргетные препараты в терапии метастатического рака прямой кишки (Д.А. Андреев и соавт., 2018)

Рамуцирумаб ЖНЛВП-20 — рекомбинантные антитела человека против VEGF-2 [10, 11], которые были одобрены FDA и EMA для лечения метастатического КРР в комбинации с режимом FOLFIRI при прогрессировании во время или после терапии бевацизумабом, оксалиплатином и фторпиримидинами. В исследование были включены 1072 пациента. Было продемонстрировано, что общая выживаемость (ОВ) и выживаемость без прогрессирования (ВБП) достоверно выше в группе пациентов, получавших рамуцирумаб.

Афлиберцепт зарегистрирован для терапии метастатического КРР в комбинации с режимом FOLFIRI. На 1226 пациентах продемонстрировано, что применение комбинации афлиберцепта с режимом FOLFIRI приводит к статистически значимому улучшению общей выживаемости (ОВ) и выживаемости без прогрессирования (ВБП) по сравнению с комбинацией FOLFIRI плюс плацебо.

Цетуксимаб одобрен в монотерапии для лечения метастатических колоректальных опухолей без мутаций KRAS после неудачи лечения иринотекан- и оксалиплатин-содержащими режимами или у пациентов с непереносимостью режимов на основе иринотекана, в комбинации с иринотеканом для лечения метастатических колоректальных опухолей, экспрессирующих рецепторы эпидермального фактора роста, у пациентов с нечувствительностью к режимам на основе иринотекана.

Показатели объективного ответа, медиана глубины ответа и частота раннего уменьшения объема опухоли также были статистически значимо лучше в группе комбинации FOLFIRI и цетуксимаба по сравнению с группой комбинации FOLFIRI и бевацизумаба.

Панитумумаб — эффективность подтверждена исследованием PRIME с участием 1183 пациентов, результаты которого показали, что в группе пациентов с KRAS в опухолевых клетках дикого типа применение комбинации панитумумаб и FOLFOX-4 в первой линии терапии улучшает медиану выживаемости без прогрессирования по сравнению с режимом FOLFOX-4 без панитумумаба. Лечение препаратом приводит к полному или почти полному ответу при применении с неoadъювантной конкурентной лучевой терапией у пациентов с KRAS дикого типа.



ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА РАМУЦИРУМАБ (цит. по Ягудина Р.И., Серпик В.Г., 2018)

МНН	Показание	Технология сравнения (ТС)	Медиана Выживаемост и без прогрессирования	Медиана Выживаемости без прогрессирования ТС	Медиана Общей выживаемости	Медиана Общей выживаемости ТС
Рамуцирумаб + Паклитаксел	II линия терапии метастатического рака желудка	Паклитаксел	4,4 мес.	2,9 мес.	9,6 мес.	7,4 мес.
Цетуксимаб + FOLFIRI	I линия терапии колоректального рака	FOLFIRI	9,9 мес.	8,4 мес.	23,5 мес.	20 мес.
Бевацизумаб + FOLFIRI	I линия терапии колоректального рака	FOLFIRI	8,8 мес.	6,8 мес.	18,1 мес.	15,3 мес.



РОЛЬ СОВЕЩАНИЙ ТФОМС И КООРДИНАЦИОННЫХ СОВЕТОВ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА

объединение усилия ВСЕХ: практических врачей, руководителей МО, сотрудников ТФОМС, страховых представителей СМО, общественных организаций пациентов, НМИЦ с целью создания условий для системного подхода в онкологии - все онкопациенты страны независимо от места проживания и страхования должны иметь реальную возможность конституционно гарантированного равного права на равно надлежащее качество равно доступной онкопомощи.

Результаты деятельности СП-3 в 2019 г.

1. Введение в Программу госгарантий бесплатной медицинской помощи тарифа на медико-генетические исследования - основания для массового назначения таргетной терапии и контроля ее эффективности исследованиями КТ, МРТ, и, следовательно выполнения целевого показателя – снижение одногодичной летальности!

2. Приказ МЗ РФ 09.01.20 г. N 1н "Об утверждении перечня лекарственных препаратов для медицинского применения для обеспечения в течение одного года в амбулаторных условиях лиц, которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, а также которым были выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием по поводу сердечно-сосудистых заболеваний" .

СТРАХОВОЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СООБЩЕСТВО

19.04.19 г. Нижний Новгород

X Съезд онкологов России: Секция «Вопросы контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи по профилю «онкология» в системе ОМС»

23.07.2019 г. Санкт-Петербург

V Петербургский международный онкологический форум «Белые ночи».

18.09.2019 г. Санкт-Петербург

Конференция «Медицинский бизнес 2019»

- 1. Представлена правоприменительная практика экспертной деятельности в онкологии в системе ОМС на основе клинических рекомендаций**
- 2. Представлен запрос и интерес онкопациента на «бутиковую химиотерапию»**

12.11.2019 г. Москва

XXIII Российский онкологический конгресс РУССКО





СТРАХОВОЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СООБЩЕСТВО

1. Борьба с правовым нигилизмом онкологов – разъяснение источников права в соответствии с нормой ст. 309 ГК РФ - обычаи оборота и обычно предъявляемые требования:

1) обоснование дефектов онкопомощи ссылками на Клинические рекомендации АОР и РУССКО и Методические рекомендации ФОМС от 31.08.18 г.;

2) обоснование дефектов онкопомощи ссылками на клинические руководства для врачей, диссертационные исследования и статьи в ведущих рецензируемых онкожурналах;

3) разъяснение нормы Закона РФ от 25.12.2018 года N 489-ФЗ о юридической силе существующих клинических рекомендаций:

«Статья 3, часть 4. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, утвержденные медицинскими профессиональными некоммерческими организациями до дня вступления в силу настоящего Федерального закона, применяются до их пересмотра и утверждения в соответствии с Законом № 323-ФЗ, но не позднее 31 декабря 2021 года».

2. Роль СП-3 в установлении справедливого баланса прав и законных интересов пациента и врача на основе гражданского, а не уголовного законодательства.

3. Создание единого экспертного подхода: сходные экспертные выводы в сходных экспертных страховых случаях.

4. Напоминание о принципе неотвратимости наказания при нарушениях прав граждан.



Клинические рекомендации по
проведению катетеризации
подключичной и других
центральных вен

коды медицинских услуг: A11.12.001; A11.12.001.001

Год утверждения (частота пересмотра): (пересмотр каждые 3 года)

ID:

URL:

Профессиональные ассоциации:

- Общероссийская общественная организация Федерации анестезиологов-реаниматологов



Методические руководства

Венозный доступ

Год утверждения (частота пересмотра): 2019

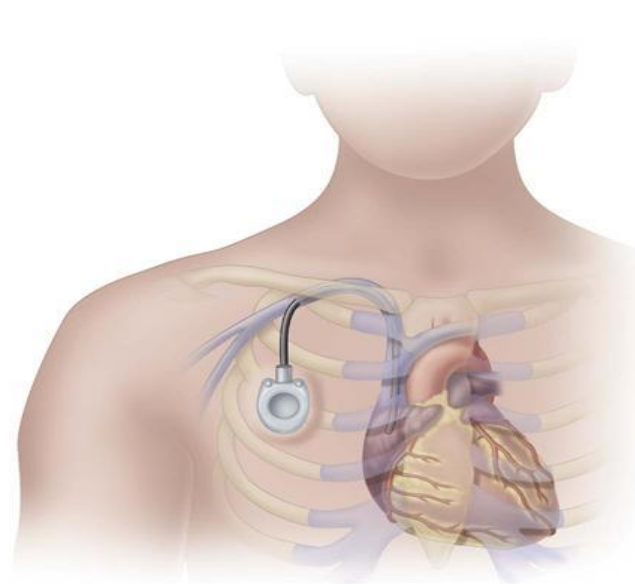
ID: MP105

URL:

Профессиональные ассоциации:

- Межрегиональная общественная организация "Общество врачей и медицинских сестер «Сенсис Форум»

**За 2019 г. по реестрам СМО
«Капитал МС»
из 41 субъектов РФ в 35
регионах – поданы на оплату
по КСГ ds19.028, st19.038
«Установка, замена порт-
системы для лекарственной
терапии злокачественных
новообразований»:
всего 800 случаев установки
порт-системы
на 260 тысяч случаев
химиотерапии**



Показания к удалению центрального венозного катетера

манипуляция врача-анестезиолога-реаниматолога – в операционной

- немедленно удалить катетер, если отпала необходимость его применения;
- если присутствуют признаки инфицирования катетера;
- при наличии флотирующего тромба (сгустка крови, который фиксируется в сосуде лишь в одной точке);
- при стойкой окклюзии (закупорки) катетера или резервуара;
- при нарушении целостности катетера;
- при экстравазации (случайном попадании лекарственных средств в подкожные ткани).



Качество жизни пациента значительно улучшается после установки медицинского порта. С его помощью можно быстро или экстренно ввести необходимые препараты. Наличие порта уменьшает риск развития флебитов на фоне внутривенных вмешательств, создает возможность многократного введения препаратов раздражающего действия (химиопрепаратов), уменьшая неприятные ощущения, безболезненные манипуляции при необходимости регулярного забора крови.

Важные аспекты, о которых следует помнить



Для любого введения через порт-систему следует использовать иглы Губера со специальной заточкой – такая игла минимизирует повреждение силиконовой мембраны порта.



Установка иглы Губера в порт-систему производится медицинскими работниками после тщательной обработки кожи антисептиками в стерильных перчатках, после чего игла заклеивается стерильной наклейкой.



Принимать душ, купаться, заниматься водными видами спорта после удаления кожных швов можно только используя одноразовое водонепроницаемое покрытие.



Если во время инфузии Вы почувствовали боль, незамедлительно сообщите об этом врачу или медицинской сестре.



Одна игла Губера может использоваться однократно и не более 7 дней. Напомните своему лечащему врачу о необходимости ее замены.



Если Вы заметили какие-либо изменения кожи над местом имплантированного порта, появились болезненные ощущения или жар, незамедлительно сообщите об этом своему лечащему врачу.



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ



УСТАНОВКА ПОРТ-СИСТЕМЫ – ЗАКОННОЕ ПРАВО ПАЦИЕНТА

ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ИЛИ АГРЕССИВНОЙ
ХИМИОТЕРАПИИ



Эффективное лечение пациентов на современном этапе неразрывно связано с необходимостью создания временного или постоянного сосудистого доступа для проведения инфузионной, трансфузионной терапии и мониторинга состояния больного. Венозный катетер необходим, если требуется внутривенное введение препаратов длительными курсами. Его используют **при химиотерапии у онкологических пациентов**, при гемодиализе у людей с почечной недостаточностью, в случае длительного лечения антибиотиками и др.

Центральный венозный катетер (ЦВК или ПОРТ, порт-система) – катетер, используемый в медицине для катетеризации центральных вен (внутренняя яремная вена, подключичная вена, бедренная вена) и представляют собой полностью имплантируемые системы, обеспечивающие простое и надежное введение лекарственных препаратов.

«Порт-система предоставляет преимущества, существенно повышающие качество жизни пациента:

- порт ставится один раз и на все время лекарственной терапии;
- все препараты вводятся безболезненно и безопасно для сосудов;
- обеспечивается сосудистый и венозный доступ с первых минут и до нескольких лет;
- не нужно перевязок, порт надежно укрыт в подкожном пространстве;
- не нужно скрывать повязки на теле и кровоподтеки после инъекций;
- нет риска повреждения порта, т.к. снаружи открыто не выступает ни одна его часть;
- комфорт и безопасность лечения – под кожей готов доступ к нужному сосуду».

Показанием для установки порт-системы является необходимость венозного доступа **для длительного введения лекарственных препаратов** любой осмолярности и pH, **интенсивностью эксплуатации катетера 2–3 дня в неделю или 1 раз в месяц.**

Условия проведения центрального венозного катетера для пациента

- при наличии у пациента предшествующих многократных введений ЦВК, осложнений эксплуатации ЦВК в анамнезе обязательно дуплексное исследование экстракраниальных отделов брахиоцефальных вен с цветовым контрастированием кровотока;
- во всех остальных случаях проводится только УЗИ-навигация на операционном столе;
- прием гигиенического душа пациентом накануне операции;
- общая анестезия для детей до 15 лет обязательно;
- ЭКГ-мониторинг обязательно.



Долгосрочный полностью имплантируемый ЦВК ПОРТ, порт-система обладает функциональным сроком от 6 месяцев до 5 лет и обеспечит свыше 2 тыс. инъекций.

Уход за имплантированным катетером порт-система

- швы с ран снимают на 7-9 сутки (врач анестезиолог-реаниматолог или хирург);
- если катетер тотально имплантировали пациенту, получающему химио- и гормонотерапию на фоне метаболических расстройств со сниженной регенерацией тканей, швы снимают на 10-12 сутки у взрослых и на 14 сутки у детей;
- первые 4 дня после операции перевязка раны входного отверстия катетера проводится каждый день, в последующем по показаниям;
- после полного заживления раны барьерные салфетки снимают на 14 день;
- на ребенка необходимо надеть плотно облегающий жилет для маскировки катетера;
- болюсное введение препаратов проводить только шприцами объемом 10 мл и более, медленно, чтобы избежать разрыв катетера;
- во время паузы в эксплуатации катетера, промывать его и вводить антибактериальный раствор с производным сульфокислоты таурина достаточно 1 раз в 7-10 дней.

Дома пациент должен следовать рекомендациям врача и ухаживать за катетером:

- держать место пункции сухим, чистым и перевязанным;
- не трогать катетер немытыми и не продезинфицированными руками;
- принимая душ, использовать одноразовое водонепроницаемое покрытие, которое необходимо располагать поверх вашей повязки;
- не заниматься деятельностью, способной ослабить катетер;
- ежедневно проверять место пункции на признаки инфицирования;
- промывать катетер физраствором.



Эксплуатация катетера создает риски тромбообразования. Контролировать состояние свертывающей/антисвертывающей системы крови необходимо со дня установки порт-системы.

Параметры контроля – 1 раз в 10–14 дней:

- антитромбин III, выраженный в %;
- рептилазное время – время свертывания плазмы при добавлении к ней раствора батроксобин (рептилазы) непосредственно превращающего фибриноген в фибрин;
- активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), тромбиновое время, фибриноген, растворимый фибрин мономерный комплекс (РФМК);
- продукт дегидратации фибрина (D-димер).

Клиническая ситуация, которая требует врачебных действий:

- оценка клинического статуса пациента и функционального состояния катетера в стационаре – ежедневно, на дому – по обращаемости в ЛПУ;
- дополнительные методы исследования по клиническим показаниям;
- дифференциальная диагностика;
- определение осложнений.





ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ЗАДАЧИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СП-3 В 2020 году по реализации федерального проекта «Борьба с онкозаболеваниями»

- 1. Контроль и дисциплина повсеместного внедрения молекулярно-генетических исследований – основы назначения таргетной терапии с целью продления и качества жизни.**
- 2. Контроль проведения эффективности химиотерапии и таргетной терапии каждые 2 цикла методами КТ, МРТ и ПЭТ КТ.**
- 3. Контроль за реализацией права пациентов на установку Порт-систем при агрессивной и длительной химиотерапии с целью профилактики осложнений химиотерапии и улучшения качества жизни.**
- 4. Переход к проспективной модели ведения истории страховых случаев на основе протокола онконсилиума и регистра онкопациентов.**
- 5. Предложение о внедрении принципа аналогии права на выдачу в дневном стационаре таблетированных препаратов на срок до 0,5-1 месяца, как меры защиты права пациента на доступность онкопомощи.**
- 6. Продолжение информирования Ассоциации онкологов России о выявляемых дефектах онкопомощи и формирование с НМИЦ онкологии им. Н. Петрова научно-практического методологического центра экспертизы онкопомощи в системе ОМС.**
- 7. Предложение о внесении в нормативные документы требования о предоставлении СП-3 уровня помещения для осуществления деятельности в онкодиспансере.**
- 8. Отказ от дефекта «оформления меддокументации» и переход к рисковому оценке дефектов качества медпомощи.**



КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Спасибо за внимание!

