

Прямая обязанность страховых компаний, работающих в системе ОМС, отстаивать права пациентов, в том числе при необоснованных отказах в оказании бесплатной медицинской помощи. Если страховая организация этого не делает, она должна нести ответственность, вплоть до запрета работать в системе ОМС.

Проектная деятельность «Капитал МС»: пилотные региональные практики обеспечения права на продолжительную и активную жизнь

Послание Президента РФ ФС РФ 1 марта 2018 г.:
«Важнейшая задача - профилактика заболеваний»:

- *снизить смертность в трудоспособном возрасте,*
- *закрепить позитивную динамику в борьбе с болезнями сердечно-сосудистой системы;*
- *реализовать специальную общенациональную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями*

Мотивация проектной деятельности СМО: участие в снижении смертности застрахованных лиц от болезней сердечно-сосудистой системы, злокачественных новообразований, материнской и перинатальной смертности, начиная с 2018 года, – за год до начала Национального проекта «Здравоохранение»



Старченко А.А.,
советник генерального директора,
доктор мед. наук, профессор

Москва 21.11.2025 г.



Проект: «**Информационное сопровождение лиц, перенесших стентирование коронарных артерий по поводу ОКС**» **начат в 2018 г.**



Участники: Министерство здравоохранения Ростовской области
Территориальный фонд ОМС Ростовской области
Филиал Капитал МС в Ростовской области
Областной сосудистый центр
4 Медицинские организации АПП

Предпосылки: - 2000-2010 гг. тромбоз стента отмечался в 16-20% случаев, при этом показатель 30-дневной смертности составлял 15–30%;
- 2010-2017 гг. -повторный ОКС после стентирования развивался у 30% пациентов;
- сердечно-сосудистая смертность («кардио») составляла 7-12%;
- после внедрения двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТ) - выраженное снижение частоты тромбоза до 3,4% в течение 1 года после ОКС

Причины летальности: отсутствие доступности к ДАТ и приверженности пациентов к ДАТ

Цель проекта: снизить частоту ранних (до 30 дней) и поздних (2-12 месяцев) осложнений: тромбоз стента, рестеноз стента, неоатеросклероз и риск смерти своевременным началом ДАТ и формированием приверженности к ДАТ

Разработаны: - Приказ МЗ Ростовской области
- Маршрутный лист пациента и Диспансерная карта перенесшего ОКС
- Порядок информационного обмена между СМО и МО: передача выписного эпикриза в МО АПП через СМО
- Памятка перенесшему стентирование коронарных артерий каждому выписанному
- Рекомендации после стентирования коронарных артерий каждому выписанному

Результат: - Летальность после стентирования от «кардио» причин (тромбоз, рестеноз, ОКС):

ДО ПРОЕКТА: на 1 году - 5%; в течение 5 лет – 9%;

В ПРОЕКТЕ: на 1 году – 0,72% (снижение в 7 раз); в течение 5 лет- 1,8% (снижение в 5 раз).

Результаты проекта дважды доложены министру здравоохранения В.И. Скворцовой в 2019 году.

Утвержден приказ МЗ РФ от 9 января 2020 г. № 1н, расширивший доступность к ДАТ для пациентов, перенесших ОКС и стентирование коронарных артерий до 1 года бесплатно по сравнению с постановлением Правительства РФ № 890, гарантирующим доступность бесплатно в течение только 6 мес. и только, перенесшим инфаркт миокарда (40% от ОКС).



Проект: «Информационное сопровождение беременных» начат в 2019 году

Участники: Министерство здравоохранения Омской области
Территориальный фонд ОМС Омской области
Филиал Капитал МС в Омской области
4 Медицинские организации
АПП

Предпосылки: преждевременные роды (ПР) (5-7%) являются причиной неонатальной смертности в 70%, младенческой смертности в 36% и отдаленных неврологических последствий у детей в 25-50% случаев (КР «Преждевременные роды»)

Цель проекта: снижение числа преждевременных родов (срок от 22 до 37 нед.) осложнений беременности, перинатальной и младенческой смертности методом снижения дефектов диспансерного наблюдения беременности и оказания специализированной акушерской помощи на этапах стационарного периода ведения беременности

Разработаны: - Соглашение МЗ Омской области, ТФОМС Омской области и СМО Капитал МС о проекте
- Методика экспертизы качества акушерской помощи при ПР
- Карта дефектов акушерской помощи, приведшей к ПР
- Маршрутная карта диспансерного наблюдения беременности
- Шпаргалки для беременных (буклеты и стенды): периодичность и состав диспансерного наблюдения; причины ПР; показания для углубленной диагностики; гестационный сахарный диабет и глюкозотолерантный тест; бессимптомная бактериурия; особенности течения беременности; показания для экстренной госпитализации

Результат: по данным МЗ Омской области, число преждевременных родов снизилось до 2,6% (http://omskregion.info/news/137411-v_omskoy_oblasti_stalo_menshe_prejdevremennx_rodov/)





Проект: «Информационное сопровождение онкобольных I-II стадией ЗНО, закончивших радикальное лечение, на этапах ДН» **начат в августе 2023 года**

Участники: Министерство здравоохранения Ростовской области
Территориальный фонд ОМС Ростовской области
Филиал Капитал МС в Ростовской области
ЦАОП

Предпосылки: 1. Анализ счетов за онкопомощь 2021-2022 годов ПОКАЗАЛ, ЧТО 45-70% ПАЦИЕНТОВ после радикального лечения ЗНО I-II стадии не посещают диспансерный приём первого года в полном объеме.
2. Рецидивы ЗНО, прогрессирование - метастазирование ранее радикально удаленных ЗНО I-II стадий возникают в 15-30-45 % случаев.
Отсутствие и ненадлежащее качество диспансерного наблюдения может привести к несвоевременно позднему выявлению рецидива или метастазирования, а, следовательно, к позднему началу химио- иммуно- и таргетной терапии рецидива и быстрой смерти – снижение целевого показателя 5-летней выживаемости.
3. Несовершенство КР в части требований к диспансерному наблюдению: *«Не рекомендуется при отсутствии жалоб и симптомов, подозрительных в отношении прогрессирования болезни, рутинное лабораторное и/или инструментальное обследование (рентгенологическое, УЗИ, радиоизотопное, в т.ч. КТ, МРТ, ПЭТ-КТ, а также определение опухолевых маркеров СА 15.3, СА 125, РЭА)»*
4. Страх выявления рецидива «излеченного» онкопациента.

Цель проекта: своевременное максимально раннее выявление рецидивирования, метастазирования, прогрессирования ранее радикально удаленного ЗНО методом совершенствования диспансерного наблюдения и повышения приверженности к нему

Разработаны: - Соглашение с МЗ Ростовской области и ТФОМС Ростовской области и СМО Капитал МС

- Контрольные карты диспансерного наблюдения по нозологиям ЗНО
- Памятка для разговора страхового представителя с онко-пациентом с целью повышения приверженности к диспансерному наблюдению
- Стенд в ЦАОП «Диспансерное наблюдение онкобольных» с листовками и QR-кодами по ЗНО
- Стенд в ЦАОП «Реабилитация онкобольных» с листовками и QR-кодами по ЗНО



Результат: . В течение периода август 2023 года – август 2024 – выявлены рецидивы у 10% пациентов, которые в максимально ранние сроки направлены на повторное лечение.

Предложение: включить врачей-экспертов системы ОМС в работу Научного методического совета МЗ РФ с целью обеспечения действенной обратной связи с целью своевременной ликвидации противоречий и неопределенностей в клинических рекомендациях.



Информационный стенд (фото)

Право онкопациента на диспансерное наблюдение – активную и продолжительную жизнь! В КАЖДЫЙ ЦАОП!



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВЗРОСЛЫМИ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ



КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

ВРАЧ-ОНКОЛОГ ОБЯЗАН:

- вести учет пациентов;
- устанавливать группу диспансерного наблюдения;
- разрабатывать индивидуальный план диспансерного наблюдения, с учетом особенностей течения заболевания пациента;
- информировать о порядке, объеме и периодичности наблюдения;
- организовывать обследование пациента с целью оценки эффективности его лечения;
- при выявлении признаков прогрессирования заболевания направлять пациента в медицинское учреждение, которое оказывает специализированную, в том числе высокотехнологическую медицинскую помощь, а при наличии показаний направлять пациента к иным врачам-специалистам, в том числе и медицинскому психологу для проведения консультаций.

По каждому онкологическому диагнозу рекомендуется индивидуальная периодичность диспансерных приемов. Важно, что, если у пациента нет возможности посещать медицинскую организацию из-за тяжести состояния или нарушения двигательных функций, врач-онколог обязан организовать проведение диспансерного наблюдения на дому.

Порядок предусматривает также возможность консультации с применением телемедицинских технологий и предлагает пациенту при выезде за пределы региона проживания на срок более полугода заранее информировать об этом своего врача для обеспечения преемственности диспансерного наблюдения.



Порядок диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями утвержден приказом Минздрава России от 4 июня 2020 г. № 548н. Согласно приказу, пациента с наличием онкологического заболевания должны поставить на диспансерное наблюдение в течение трех рабочих дней с даты установления диагноза и получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Осуществляют диспансерное наблюдение врачи-онкологи.



Диспансерное наблюдение предоставляется всем гражданам РФ бесплатно, в рамках системы ОМС.



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

КОНТАКТ-ЦЕНТР ОМС 8-800-100-81-02 WWW.KAPMED.RU



Информационные листовки по ДН онкологических пациентов

kapmed.ru

Комплект для стенда из 10-ти двусторонних листовок с описанием особенностей диспансерного наблюдения за взрослыми пациентами с наиболее часто встречающимися видами раковых заболеваний: *рак легкого, желудка и поджелудочной железы, прямой кишки, ободочной кишки и ректосигмоидного отдела, щитовидной железы, гортани и пищевода, молочной железы, предстательной железы, почки, мочевого пузыря, шейки матки и матки, яичников, рак и меланома кожи.*



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ

РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рекомендуемая периодичность диспансерных приемов пациента врачом: в течение первого года – один раз в 3 месяца, в течение второго года – 1 раз в 6 месяцев, в дальнейшем – 1 раз в год (если течение заболевания не требует изменения тактики ведения больного) – приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н. Отдельно для пациентов с раком предстательной железы установлены следующие особенности диспансерного наблюдения:

Стратегия динамического наблюдения врачом-онкологом может быть изменена индивидуально для каждого пациента в зависимости от распространенности опухолевого процесса и клинических проявлений болезни.

Пациентам с отделением метастазами рекомендовано выполнять контрольное обследование каждые 3–6 месяцев.

Минимальный объем обследования включает пальцевое ректальное исследование (ПРИ), контроль уровня простатспецифического антигена (ПСА), гемоглобина, креатинина, щелочной фосфатазы, а также тестостерона.

При необходимости рекомендовано выполнять КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, скintiграфию костей скелета, ПЭТ-КТ.

После радикальной операции определение уровня ПСА рекомендуется каждые 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2–3 годов, далее – ежегодно.

Биопсия рецидивной опухоли под контролем трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) рекомендуется при планировании второй линии радикального лечения.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ

Всем пациентам с раком предстательной железы с целью ускорения функционального восстановления, сокращения сроков пребывания в стационаре после операции и снижения частоты развития осложнений и летальных исходов на фоне лечения рекомендуется ЛФК, психологическая и нутритивная поддержка. В частности, психологическая поддержка в плане реабилитации улучшает настроение, снижает уровень тревоги и депрессии. Пациенты, прошедшие курс психологической реабилитации, лучше адаптируются к повседневной жизни после хирургического лечения. У пациентов, имеющих высокий риск развития легочных осложнений, перед хирургическим лечением рекомендуется тренировка дыхательных мышц.

Проведение 20 минутных сеансов медицинского массажа, начиная со 2-х суток после операции, уменьшает интенсивность болевого синдрома, беспокойство, напряжение, улучшает качество жизни.

После хирургического лечения с целью улучшения качества жизни, рекомендуется проведение комплекса аэробных упражнений, контроля психологического состояния, контроля веса.

Рекомендуется проведение занятий ЛФК средней интенсивности по 15–30 минут в день 3–5 раз в неделю, постепенно увеличивая длительность.

Рекомендуется проведение аэробных нагрузок длительностью 150 минут в неделю и силовых – 2 раза в неделю.

Рекомендуется проведение занятий ЛФК средней интенсивности по 15–30 минут в день 3–5 раз в неделю, постепенно увеличивая длительность.



КОНТАКТ-ЦЕНТР ОМС
8-800-100-81-02
звонок бесплатный
www.KAPMED.ru

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



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ

РАК ЛЕГКОГО

Рекомендуемая периодичность диспансерных приемов пациента врачом: в течение первого года – один раз в 3 месяца, в течение второго года – 1 раз в 6 месяцев, в дальнейшем – 1 раз в год (если течение заболевания не требует изменения тактики ведения больного) – приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н. Отдельно для пациентов с раком легкого установлены следующие особенности диспансерного наблюдения:

После радикального лечения осмотры врачом-онкологом каждые 3 месяца в течение первых 3 лет и каждые 6 месяцев в течение 4-го и 5-го года, далее – 1 раз в год.

УЗИ, рентгенография грудной клетки или КТ, МРТ головного мозга каждые 3 месяца в течение первых 3 лет и каждые 6 месяцев в течение 4-го и 5-го года, далее – 1 раз в год.

Остеосцинтиграфия 1 раз в год.

В плане реабилитации пациентов после проведенного лечения рака легкого, а также в целях профилактики рецидивов и прогрессирования заболевания рекомендуется:

Пациентам перед проведением оперативного вмешательства рекомендуется выполнение специального комплекса физических упражнений на этапе предреабилитации 5–7 дней в неделю в течение 1–10 нед., что достоверно увеличивает жизненную емкость легких, а также сокращает риск развития послеоперационных осложнений на 45 %.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ

Пациентам, перенесшим оперативные вмешательства, а также получающим комплексное лечение по поводу рака легкого, рекомендуются регулярные занятия лечебной физкультурой, которая улучшает функцию внешнего дыхания, увеличивает выносливость, положительно влияет на психологический статус пациента, уменьшает выраженность тревожности и депрессии, слабости, болевого синдрома, улучшает настроение.

Рекомендуется отказ от курения, как от активного, так и от пассивного. Пассивное курение повышает риск возникновения рака легкого на 20–30%.

Рекомендуется своевременное лечение заболеваний легких, которые могут повышать риск возникновения рака легкого (например, хронические обструктивные болезни легких).

Рекомендуется использовать современные средства защиты у лиц, контактирующих с веществами, обладающими канцерогенным действием: асбестом, хромом, никелем, кадмием, мышьяком, дизельным топливом и т.п. с целью первичной профилактики.





КОНТАКТ-ЦЕНТР ОМС
8-800-100-81-02
звонок бесплатный
www.KAPMED.ru

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



Информационный стенд



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВЗРОСЛЫМИ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ



КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

ВРАЧ-ОНКОЛОГ ОБЯЗАН:

- ✓ вести учет пациентов;
- ✓ устанавливать группу диспансерного наблюдения;
- ✓ разрабатывать индивидуальный план диспансерного наблюдения, с учетом особенностей течения заболевания пациента;
- ✓ информировать о порядке, объеме и периодичности наблюдения;
- ✓ организовывать обследование пациента с целью оценки эффективности его лечения;
- ✓ при выявлении признаков прогрессирования заболевания направлять пациента в медицинское учреждение, которое оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь, а при наличии показаний направлять пациента к иным врачам-специалистам, в том числе и медицинскому психологу для проведения консультаций.

По каждому онкологическому диагнозу рекомендуется индивидуальная периодичность диспансерных приемов.

Важно, что если у пациента нет возможности посещать медицинскую организацию из-за тяжести состояния или нарушения двигательных функций, врач-онколог обязан организовать проведение диспансерного наблюдения на дому.

Порядок предусматривает также возможность консультации с применением телемедицинских технологий и предлагает пациенту при выезде за пределы региона проживания на срок более полугода заранее информировать об этом своего врача для обеспечения преемственности диспансерного наблюдения.

 **СКАЧАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ**
Отсканируйте QR-код через мобильный телефон



Порядок диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями утвержден приказом Минздрава России от 4 июня 2020 г. № 548н. Согласно приказу, пациента с наличием онкологического заболевания должны поставить на диспансерное наблюдение в течение трех рабочих дней с даты установления диагноза и получения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Осуществляют диспансерное наблюдение врачи-онкологи.

 **РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

 **РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

 **РАК ГОРТАНИ И ПИЩЕВОДА**

 **РАК ЖЕЛУДКА И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

 **РАК ЛЕГКОГО**

 **РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

 **РАК ПРЯМОЙ КИШКИ, РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА**

 **РАК И МЕЛАНОМА КОЖИ**

 **РАК ПОЧКИ, РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

 **РАК ШЕЙКИ МАТКИ, РАК ЯИЧНИКОВ, РАК МАТКИ**

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

КОНТАКТ-ЦЕНТР ОМС 8-800-100-81-02 WWW.KAPMED.RU

Информационный стенд с 10 QR-кодами о порядке осуществления диспансерного наблюдения, размещенными на карманах (при отсутствии в них листовок), также с отдельным **QR-кодом слева** – с обобщенной информацией.



МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ОНКОЛОГИИ – ЗАКОННОЕ ПРАВО ПАЦИЕНТА



Медицинская реабилитация – комплекс мер медицинского и психологического характера, направленных на восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа, поддержание функций организма, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов и систем организма, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество. Медицинская реабилитация включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственных и немедикаментозной терапии.

Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях, утв. приказом Минздрава России от 19.02.21 г. № 164н, предусмотрено право онкопациентов на получение медицинской реабилитации в рамках онкологической помощи в амбулаторных и стационарных условиях. При наличии у пациента с онкологическим заболеванием медицинских показаний для проведения медицинской реабилитации врач-онколог организует ее проведение.

Приказом МЗ РФ от 19.02.21 г. № 164н предусмотрена обязанность онкодиспансера по осуществлению медицинской реабилитации при онкозаболеваниях.

Правилми организации деятельности онкологического диспансера (онкологической больницы), утв. приказом Минздрава России от 19.02.21 г. № 164н, предусмотрена обязанность диспансера по осуществлению медицинской реабилитации взрослых при онкологических заболеваниях. Онкоореабилитация проводится на основании клинических рекомендаций Ассоциации онкологов России, одобренных Минздравом России.

ПРЕДУСМОТРЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СТАПЫ ОНКОРЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА С НОВООБРАЗОВАНИЕМ:

ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ

реабилитация с момента постановки диагноза до начала лечения (хирургического лечения/химиотерапии/лучевой терапии).

II ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

реабилитация в стационарных условиях медицинских организаций (реабилитационных центров, отделений реабилитации), в ранний восстановительный период течения заболевания, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания.

I ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

реабилитация в период специализированного лечения основного заболевания (включая хирургическое лечение/химиотерапию/лучевую терапию) в отделениях медицинских организаций по профилю основного заболевания.

III ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

реабилитация в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, гидротерапии, бальнеотерапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда (учителя-дефектолога), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, дневных стационарах, а также выездными бригадами на дому (в т.ч. в условиях санаторно-курортных организаций).



В соответствии с Законом РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» предусмотрено право онкопациента на медицинскую онкоореабилитацию. Надлежащее качество онкологической помощи пациенту предусматривает медицинскую реабилитацию в качестве обязательной составляющей. Пожизненное диспансерное наблюдение онкологических больных проводится в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний и осуществления медицинской реабилитации.



ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ
НОВООБРАЗОВАНИЕ БРОНХОВ
И ЛЕГКОГО, ТРАХЕИ, ОРГАНОВ
ГРУДНОЙ КЛЕТКИ



РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



РАК ПРЯМОЙ КИШКИ И АНУСА



ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ
НОВООБРАЗОВАНИЕ ПИЩЕВОДА,
ЖЕЛУДКА, ТОНКОГО И ТОЛСТОГО
КИШЕЧНИКА



РАК ПОЧКИ, ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ,
МОЧЕТОЧНИКА И МОЧЕВОГО
ПУЗЫРЯ, ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ



РАК ПОЛОСТИ НОСА,
РТА И ГЛОТКИ, ГОРТАНИ,
ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



РАК ШЕЙКИ, ТЕЛА МАТКИ,
ЯИЧНИКОВ, ВУЛЬВЫ



РАК КОСТЕЙ, МЯГКИХ ТКАНЕЙ
И КОЖИ



СКАЧАТЬ ИНФОРМАЦИЮ
О МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
Отсканируйте QR-код
через мобильный телефон

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

КОНТАКТ-ЦЕНТР ОМС

8-800-100-81-02

WWW.KAPMED.RU



РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ

**ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ БРОНХОВ И ЛЕГКОГО, ТРАХЕИ, ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ****I. ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ**

Дыхательная гимнастика в течение 5-7 дней.

II. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**ПЕРВЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ**

Ранняя активизация, назначение антикоагулянтов и ношение компрессионного белья улучшает реологические свойства крови и способствуют профилактике тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде.

Проведение кинезиологического тейпирования – наложение лент по аксилярной методике с 1-х по 30-е сутки после lobectomy у пациентов с немелкоклеточным раком легкого, достоверно снижает интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде на 5-8 сутки после начала тейпирования. Глубокая высокочастотная осцилляция/вибрационный массаж грудной клетки, проводимые в раннем послеоперационном периоде, каждые 8 часов сеансами по 15 минут увеличивает объем форсированного выдоха в раннем послеоперационном периоде, увеличивает парциальное давление кислорода в артериальной крови. Проведение 10 минутных сеансов массажа дистальных отделов верхних и нижних конечностей, начиная со 2-х суток после операции уменьшает вероятность развития тромбозов и лимфостаза, беспокойства, напряжение, улучшает качество.

ВТОРОЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Достаточная физическая активность, чередование аэробных и анаэробных нагрузок, сочетание дыхательных статических и динамических упражнений не только значительно улучшают показатели внешнего дыхания, но и повышают общую физическую работоспособность, расширяет адаптационные возможности организма, улучшает качество жизни пациентов с раком легкого. Ежедневное выполнение комплекса ЛФК в процессе комбинированного лечения и после его окончания положительно влияет на психологический статус пациента, снижают уровень тревожности и депрессии, уменьшают слабость, болевой синдром, улучшают настроение. Применение оксигенотерапии смесью Heliox 28 в покое значительно повышает сатурацию в сравнении с оксигенотерапией. Также отменное значимое повышение физической работоспособности и снижение выраженности одышки. Проведение курса массажа достоверно уменьшает выраженность болевого синдрома, тревожности и депрессии, при этом эффект снижения тревожности выше, чем депрессии.

ТРЕТИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Курение и малоподвижный образ жизни после комплексного лечения рака легких является ведущими факторами, ухудшающими качество жизни и приводящими к формированию хронического стрессового состояния. Здоровый образ жизни, снижение физической нагрузки, правильное питание позволяет снизить риск развития опухолевых процессов, повысить качество проводимого лечения, уменьшить вероятность возникновения метастазирования, а также проводить профилактику сердечно – сосудистых и легочных осложнений у больных с раком легкого. Выполнение комплекса ЛФК и физическая активность пациентов с диссеминированным опухолевым процессом уменьшает слабость, увеличивает мобильность, снижает уровень депрессии и улучшает качество жизни. Применение методики аудиовизуальной релаксации достоверно уменьшает выраженность болевого синдрома, усталости, тревожности, улучшает качество жизни.

III. ХИМИОТЕРАПИЯ

Проведение сеансов акупунктуры в течение 3-8 недель во время адъювантной химиотерапии улучшает иммунные реакции, уменьшает супрессию костного мозга, а также снижает тошноту, улучшает показатели качества жизни. Упражнения на тренировку баланса более эффективны для коррекции полинейропатии, чем сочетание упражнений на выносливость и силовых упражнений. 6-недельный курс спортивной ходьбы помогает контролировать клинические проявления полинейропатии. Рекомендуется для лечения периферической полинейропатии на фоне химиотерапии применение низкоинтенсивной лазеротерапии, низкочастотной магнитотерапии, чрескостной электростимуляции в течение 20 минут в день 4 недели. Рекомендовано низкоинтенсивная лазеротерапия в профилактике и лечении микозов полости рта на фоне химиотерапии. Применение криотерапии и низкоинтенсивной лазеротерапии помогает проводить профилактику выпадения волос и ускорить их рост после химиотерапии. Выполнение комплекса ЛФК снижает частоту развития кардиальных осложнений на фоне химиотерапии.

IV. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Выполнение комплекса ЛФК (аэробной нагрузки в сочетании с силовой) на фоне лучевой терапии улучшает насыщение крови кислородом, позволяет проводить профилактику слабости и улучшает качество жизни у пациентов РМЖ на фоне лучевой терапии. Физическая активность на фоне лучевой терапии улучшает переносимость и качество жизни у онкогинекологических больных. Через 3 дня после начала лучевой терапии рекомендовано подолжить низкоинтенсивную лазеротерапию, 3 дня в неделю для профилактики лучевой дерматита.



КОНТАКТ-ЦЕНТР ОМС
8-800-100-81-02
звонок бесплатный

ООО «Капитал МС», лицензия ЦС РФ ОС №3674-01
(без ограничения срока действия)www.KAPMED.RU

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ

**РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ****I. ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ**

Увеличение физической активности за 2 недели до операции улучшает качество жизни в послеоперационном периоде, позволяя вернуться к полноценной повседневной активности уже через 3 недели после операции.

II. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**ПЕРВЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ**

Раннее выполнение комплекса ЛФК (с первых суток после операции).

Рекомендуется назначить упражнения на растяжку на 7 суток после операции или после удаления дренажа. Рекомендуется включать упражнения с утяжелением (500 г. – 1000 г.) в комплекс ЛФК через 4-6 недель после операции. Рекомендуется применение низкоинтенсивного лазерного облучения на область операции, подмышечную область. Чрескостная электростимуляция уменьшает нарушения чувствительности в области операции.

ВТОРОЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Рекомендуется для профилактики лимфедемы проведение следующих мероприятий:

- ✓ проведение дренажного массажа в послеоперационном периоде;
- ✓ раннее начало выполнения комплекса ЛФК;
- ✓ мягкий массаж в области послеоперационной раны для профилактики образования грубых рубцовых изменений;
- ✓ контроль веса, профилактика ожирения;
- ✓ профилактика розового воспаления, уход за кожей покровов;
- ✓ исключение подъема тяжести (более 2 кг);

Рекомендуется при возникновении лимфедемы проводить полную противотечную терапию, включающую в себя мануальный лимфедренаж, ношение компрессионного трикотажа, выполнение комплекса ЛФК, уход за кожей.

Рекомендуется при возникновении лимфедемы при наличии возможности использовать:

- ✓ перемежающуюся пневмокомпрессию верхней конечности в сочетании с полной противотечной терапией;
- ✓ низкочастотную магнитотерапию в сочетании с полной противотечной терапией;
- ✓ низкоинтенсивную лазеротерапию в сочетании с полной противотечной терапией;
- ✓ глубокую осцилляцию (массаж переносимым электрическим полем) в сочетании с полной противотечной терапией;

Низкоинтенсивная лазеротерапия эффективна в лечении болевого синдрома на фоне постмастэктомического синдрома и вторичной лимфедемы.

ТРЕТИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Рекомендовано проведение курсов массажа у пациенток с раком молочной железы (РМЖ) для уменьшения болевого синдрома и дистресса. Миофасциальный массаж является эффективным методом лечения хронического болевого синдрома и ограничения подвижности после хирургического лечения РМЖ.

III. ХИМИОТЕРАПИЯ

Выполнение комплекса ЛФК на фоне адъювантной химиотерапии. Проведение комплекса ЛФК с включением в него аэробной нагрузки в течение 4 месяцев на фоне химиотерапии увеличивает жизненную емкость легких, насыщенность крови кислородом, силу мышц, объем движений в крупных суставах, снижает индекс массы тела. Рекомендуются силовые тренировки на фоне адъювантной химиотерапии и гормонотерапии. Методики релаксации, включающие в себя дифференциальное дыхание и прогрессивную мышечную релаксацию помогают уменьшить уровень тревоги и депрессии у пациенток РМЖ на фоне химиотерапии. Для уменьшения слабости на фоне химиотерапии рекомендовано проведение ЛФК. Проведение курса массажа у пациенток РМЖ в течение 6 недель уменьшает слабость на фоне комбинированного лечения. 6-недельный курс спортивной ходьбы помогает контролировать клинические проявления полинейропатии. Рекомендуется для лечения периферической полинейропатии на фоне химиотерапии: применение низкоинтенсивной лазеротерапии, низкочастотной магнитотерапии, чрескостной электростимуляции в течение 20 минут в день 4 недели. Рекомендовано низкоинтенсивная лазеротерапия в профилактике и лечении микозов полости рта на фоне химиотерапии. Применение криотерапии и низкоинтенсивной лазеротерапии помогает проводить профилактику выпадения волос и ускорить их рост после химиотерапии.

IV. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Выполнение комплекса ЛФК (аэробной нагрузки в сочетании с силовой) на фоне лучевой терапии улучшает насыщение крови кислородом, позволяет проводить профилактику слабости и улучшает качество жизни у пациенток РМЖ на фоне лучевой терапии. Проведение комплекса ЛФК увеличивает плотность костной ткани и выносливость пациента на фоне лучевой терапии. Через 3 дня после начала лучевой терапии рекомендовано подолжить низкоинтенсивную лазеротерапию, 3 дня в неделю для профилактики лучевой дерматита.



КОНТАКТ-ЦЕНТР ОМС
8-800-100-81-02
звонок бесплатный

ООО «Капитал МС», лицензия ЦС РФ ОС №3674-01
(без ограничения срока действия)www.KAPMED.RU

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ

**ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА, ТОНКОГО И ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА****I. ПРЕДРЕАБИЛИТАЦИЯ**

Программа комплексной предреабилитации при раке пищевода и желудка включает в себя отказ от курения и алкоголя минимум за 2 недели до операции, занятие ЛФК в домашних условиях (комплекс физической нагрузки средней интенсивности с аэробной и анаэробной нагрузкой) не менее 15 минут в день 6-7 раз в неделю, дополнительную питательную поддержку, работу с психологом для преодоления тревоги и депрессии (начинается не менее, чем за 14 дней до операции), достоверно уменьшает число послеоперационных осложнений. Нутритивная поддержка показана при наличии хотя бы одного из указанных факторов: неадекватно снижении веса за последние 3 месяца (потеря 10% и более), индекс массы тела менее 18,5 кг/м², уменьшении возможности приема пищи за последние 4 недели, индекса объема тела (калорийность менее 1500 ккал/сутки). Предпочтительный способ – пероральное питание (сметана). При невозможности или неадекватности перорального питания необходима установка назогастрального зонда или наложение временной гастростомии. Калорийность рациона должна составлять 25-30 ккал/кг массы тела в сутки, доля белка – 10-15 г/кг массы тела в сутки, необходимо восстановление суточной потребности в витаминах и микроэлементах. Адекватная питательная поддержка в течение, как минимум, 7 суток снижает число послеоперационных осложнений и длительность пребывания в стационаре. Важным моментом на этапе предреабилитации является психологическая реабилитация, которая включает методики, направленные на работу со стрессом (методики релаксации, формирование позитивного настроя) в течение 40-60 минут в течение 4-6 дней в неделю. Психологическая реабилитация начинается за 5 дней до операции и продолжается 30 дней после оперативного вмешательства, что значительно улучшает качество жизни.

II. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**ПЕРВЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ**

Раннее начало энтерального питания, дыхательная гимнастика, использование побуждательного стимулятора и психологического давления лица выходя в раннем послеоперационном периоде в совокупности с ранней активизацией снижает длительность пребывания в стационаре и число легочных осложнений. Ранняя мобилизация (вертикализация, выполнение комплекса ЛФК с аэробной, силовой нагрузкой, упражнениями на растяжку под контролем инструктора) безопасно, не увеличивает число послеоперационных осложнений, улучшает функциональные возможности пациента. Массаж является безопасным и эффективным методом лечения болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших большие торакотомические и абдоминальные хирургические вмешательства. Сочетание обезболивающей терапии и физиотерапии, ЛФК, лечения поперечником, методами психологической коррекции, чрескостной электростимуляции и применением акупрессуры дает хорошие результаты.

ВТОРОЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

Пациентам показаны занятия ЛФК средней интенсивности по 15-30 минут в день 3-5 раз в неделю, постепенно увеличивая длительность. Показаны аэробные нагрузки длительностью 150 минут в неделю и силовые – 2 раза в неделю. Электросон оказывает выраженный седативный эффект. Его применение уменьшает проявление астенического и депрессивного синдромов, интенсивность головных болей, влияет на нормализацию кислотности в культе желудка и приводит к уменьшению проявлений диспепсии желудочно-кишечного тракта, улучшая качество жизни больных. Акупунктура позволяет контролировать болевой синдром у онкологических больных.

ТРЕТИЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ

У больных, находящихся в ремиссии, комплексная программа, включающая питательную поддержку, занятие с психологом и регулярные занятия ЛФК, начинающиеся с аэробной нагрузки низкой интенсивности с постепенным увеличением до до аэробной нагрузки умеренной интенсивности. Поддержание стабильной массы тела и активный образ жизни увеличивает сроки общей выживаемости. Цель – не менее 30 минут физической активности умеренной интенсивности 4 раза в неделю.

III. ХИМИОТЕРАПИЯ

Коррекция белково-энергетической недостаточности, возникшей после гастрэктомии, способствует снижению токсичности при проведении полихимиотерапии. Выполнение упражнений с нагрузкой уменьшает слабость, улучшает качество жизни и психологическое состояние пациентов, получающих адъювантную химиотерапию. Проведение комплекса ЛФК с включением в него аэробной нагрузки на фоне химиотерапии увеличивает жизненную емкость легких, насыщенность крови кислородом, силу мышц, объем движений в крупных суставах, снижает индекс массы тела. Шестинедельный курс спортивной ходьбы помогает контролировать клинические проявления полинейропатии. Проведение курса массажа в течение 6 недель уменьшает слабость на фоне комбинированного лечения. Рекомендуются для лечения периферической полинейропатии на фоне химиотерапии: применение низкоинтенсивной лазеротерапии, низкочастотной магнитотерапии, чрескостной электростимуляции в течение 20 минут в день 4 недели. Рекомендовано низкоинтенсивная лазеротерапия в профилактике и лечении микозов полости рта на фоне химиотерапии. Применение криотерапии и низкоинтенсивной лазеротерапии помогает проводить профилактику выпадения волос и ускорить их рост после химиотерапии. Альтернативной терапией в лечении тошноты и рвоты, индуцированной противопухляковой химиотерапией, также может стать чрескостная нейростимуляция.



КОНТАКТ-ЦЕНТР ОМС
8-800-100-81-02
звонок бесплатный

ООО «Капитал МС», лицензия ЦС РФ ОС №3674-01
(без ограничения срока действия)www.KAPMED.RU

Проект: информационное сопровождение пострадавших боевой травмой - решение проблем реабилитации



25 ноября 2022 года

Президент В.В. Путин на встрече с матерями участников специальной военной операции впервые сообщил о необходимости создания системы реабилитации военнослужащих

Указ Президента РФ от 07.05.2024 г. № 309
«О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года»
**«Установить следующие целевые показатели национальной цели «Сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, поддержка семьи»:
повышение к 2030 году уровня удовлетворенности участников специальной военной операции условиями для медицинской реабилитации»**

Конституционность права пострадавших на медицинскую реабилитацию гарантирована статье 72 Конституции РФ.

«1. В совместном ведении Российской Федерации и субъектов РФ находятся: ж) координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи»

Конституционная гарантия статьи 72 позволила страховым медицинским организациям войти в межведомственное взаимодействие и заключить соглашения о взаимодействии с филиалами фонда «Защитники Отечества» в 20 субъектах РФ

Страховой представитель получает возможность прямого контакта с ветераном – заявителем, получает его согласие на комплекс мер по информационному сопровождению на всех этапах медицинской помощи, включая медицинскую реабилитацию

ИНКЛЮЗИЯ И УСТРАНЕНИЕ БАРЬЕРОВ



БАРЬЕР 1

«Отсутствие помощи»

Налажен непосредственный постоянный прямой контакт со страховым представителем.

БАРЬЕР 2

«Где получить медпомощь?»

На 1 этапе проведения углубленной диспансеризации страховой представитель:

- Согласовывает сроки, медицинскую организацию, время, кабинет, проведение лабораторной и функциональной диагностики

- Осуществляет контроль за полнотой медицинских мероприятий и дальнейшей постановкой на диспансерный учет по выявленным заболеваниям

БАРЬЕР 3

«Транспортный»

Приобретены специальные автомобили для транспортировки маломобильных пострадавших на этапы диспансеризации, госпитализацию и 2 этап реабилитации

- Формирует реестр пострадавших с последствиями боевой травмы
- В отношении приверженных к лечению и реабилитации сразу же решается вопрос выдачи направлений на госпитализацию на лечение и 2 этап реабилитации
- Проводит анализ всех счетов за оказанную медпомощь и при наличии отметки об участии, а также диагнозов последствий боевой травмы — с последующей экспертизой качества медпомощи каждого страхового случая на предмет выявления дефектов и их устранения

БАРЬЕР 4

Отсутствие досуга

Закуплено необходимое оборудование, в том числе досуговое для предотвращения нарушений режима в вечернее время в круглосуточном стационаре (телевизоры, планшеты, мебель).

БАРЬЕР 5

«Санаторно-курортное лечение вне ОМС

начат процесс отбора пострадавших с ампутациями конечностей, не поставленных на протез, для госпитализации в санаторно-курортные организации

Страховой представитель договаривается о сроках госпитализации, выдаче направления в субъектах РФ с оплатой в системе ОМС, содействует транспортировке пациента, в том числе с привлечением специального санитарного транспорта.

БАРЬЕР 6

«Отсутствие медикаментов

Страховая медицинская организация в рамках благотворительности закупает лекарственные препараты, не включённые в ЖНВЛП, отсутствующие на 2 этапе реабилитации, и предоставляет их оперативно, до проведения очередной закупки по конкурсным процедурам.

Принципы деятельности института страховых представителей системы ОМС по информационному сопровождению пострадавших



1. Первоочередность рассмотрения обращений и жалоб, в том числе при возникновении проблем со сроками начала, объемами и качеством реабилитационных мероприятий.
2. Преодоление стигмы: деликатность и настойчивость в достижении доверия пациента.
3. Формирование принятия последствий травмы: обретение смысла, вера в будущее, осознание себя, как полноценного правового субъекта социума, возможности возврата к полноценной жизни.
4. Предоставление реальной информации о последствиях травмы: эффективность мер современной медицинской реабилитации, реальность приемлемого качества жизни, реализация возможных новых жизненных перспектив – новая учеба, трудоустройство, творчество, спорт, культура.
5. Реабилитация длиною в жизнь. Так медицинская реабилитация переходит свои чисто медицинские границы и становится длительным этапом жизни пострадавшего, занимая множество ее времени, создавая занятость пострадавшего и отвлечение его от возможных пагубных пристрастий и соблазнов.
6. Формирование приверженности реабилитации.
7. Диспансерное наблюдение.
8. Экспертиза качества медицинской реабилитации и устранение выявленных дефектов.
9. Этика и деонтология.

АДРЕСАТ

страховые представители, организаторы здравоохранения, представители органов власти, фонда «защитники Отечества», медработники, НКО

СОДЕРЖАНИЕ

особенности генеза и частоты видов боевой травмы, классификации последствий, методы лечения и медицинской реабилитации.

Проблемы организации медицинской реабилитации на современном этапе: она пока не набрала необходимые обороты



Отчетный период	Количество физлиц по реестрам счетов	Количество оплаченных страховых случаев, всего							
		ВСЕГО, в т.ч.:	КС	в т.ч. реабилитация	ДС	в т.ч. реабилитация	АПП	в т.ч. реабилитация	СМП
2024 год	5 197	34 198	1 717	216	355	35	29 356	20	2 770
1 квартал 2025 года	5 195	20 105	999	91	168	22	17 664	12	1 274
ИТОГО	10 392	54 303	2 716	307	523	57	47 020	32	4 044

Дефекты медицинской помощи выявлены в 19% страховых случаев, не смотря на особый статус этой категории (первоочередность, особое отношение, повышенное внимание).

Разработаны Анкеты удовлетворенности доступностью и качеством медицинской помощи, отдельно включая медицинскую реабилитацию.

Результаты анкетирования: в целом удовлетворены 87–90% пострадавших.

Не удовлетворены:

- качеством предоставления реабилитационных мероприятий – 7–12%
- сроками ожидания реабилитации – 3,7%
- отношением к ним специалистов – 3–8%
- условиями предоставления медицинской помощи – 7–11%
- обеспечением лекарственными препаратами и расходными материалами препаратами при стационарном лечении – 6–8%

Барьеры в доступности и качестве медицинской реабилитации



1. Доработка система учета медпомощи пострадавшим для выявления и направления на 2 и 3 этапы медицинской реабилитации: отсутствие кодов последствий боевой травмы.
2. Отсутствие лицензии на медицинскую реабилитацию в амбулаторных условиях у 75-85% МО (необходимо долицензирование).
3. Рост хронических заболеваний у пострадавших с ампутациями и минно-взрывными ранениями внутренних органов: тарификация соматической реабилитации
4. Доработка система оплаты реабилитации по КСГ и комплексным услугам в соответствие с целевыми реабилитационными группами Минтруда РФ (приказ от 28.07.2024 № 374н).
5. Отсутствуют клинические рекомендации по медицинской реабилитации пострадавших после протезирования ампутированных конечностей.

Барьеры в приверженности пострадавших к реабилитации (по данным непосредственного опроса пострадавших в мае-июне 2025 года)

1. Желание получать реабилитационную помощь рядом с домом ежедневно в амбулаторных условиях без госпитализации в круглосуточный стационар.

Срочное долицензирование поликлиник.

2. Отказ от госпитализации в круглосуточный стационар на 2 этап реабилитации.

Необходимо утвердить в системе ОМС тариф на оплату КСГ «Семейная реабилитация».

3. Отказ от госпитализации: не желают менять свободный образ жизни с вредными привычками (выплаты на спецсчета с ограничением доступа по суммам, нарколог и психиатр).

На 2 этапе медицинской реабилитации в круглосуточном стационаре следует создавать отделения для лечения ПТСР с соответствующей тарификацией по КСГ.



МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ТРАВМЫ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



Право пострадавших с последствиями боевой травмы на медицинскую реабилитацию является конституционной гарантией и установлено законодательством Российской Федерации.

Медицинская реабилитация пострадавших с последствиями боевой травмы проводится бесплатно по полису обязательного медицинского страхования (ОМС).

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ –

комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление и поддержание утраченных функций организма, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.



Медицинская реабилитация пострадавших с последствиями боевой травмы проводится в соответствии с Порядками организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденных приказами Минздрава России от 31.07.2020 № 788н, от 28.02.2023 № 81н.

Медицинская реабилитация осуществляется в амбулаторных условиях, дневном стационаре и круглосуточном стационаре медицинских организаций.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ТРИ ЭТАПА:

1-Й ЭТАП:

начинается в **острый и острейший периоды (до 72 часов)** непосредственно в **госпиталях**.

2-Й ЭТАП:

проводится в **острый и ранний восстановительный период в стационаре**, в отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, центральной нервной системы, с соматическими заболеваниями, созданных в медицинских организациях, в том числе в центрах медицинской реабилитации и санаторно-курортных организациях; **ежедневно, не менее 3 часов**.

3-Й ЭТАП:

в **амбулаторных условиях** и (или) в условиях дневного стационара, в том числе в центрах медицинской реабилитации и санаторно-курортных организациях, а при ограничениях пациента – на дому; **не реже 1 раза в 2 дня, не менее 3 часов**.

Медицинская реабилитация на втором и третьем этапах осуществляется по направлению лечащего врача.

Направление пациента на реабилитацию – это обязанность врача и право пострадавшего, при нарушении которого страховой представитель страховой медицинской организации обязан восстановить нарушенное право.

МЕТОДИКАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- восстановительная медицина (медикаментозная терапия, физиотерапия, механотерапия, кинезотерапия, психотерапия, трудотерапия, ЛФК, массаж, логопедическая помощь);
- реконструктивная хирургия (пересадка органов и тканей, реконструктивные и пластические операции, в том числе коррекция и лечение пороков культы, эндопротезирование);
- протезирование и ортезирование.

Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 27.04.2023 № 342н утверждены перечни показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации, такими как кресла-коляски с электроприводом, бионические протезы и других. Факт отсутствия конечности является медицинским показанием к протезированию при отсутствии противопоказаний.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ РФ:

- ГОСТ Р 52877-2021** «Услуги по медицинской реабилитации инвалидов. Основные положения»;
- ГОСТ Р 52876-2021** «Услуги организации реабилитации инвалидов вследствие боевых действий и военной травмы. Основные положения»;
- ГОСТ Р 53871-2021** «Методы оценки реабилитационной эффективности протезирования нижних конечностей»;
- ГОСТ Р 55138-2017** «Реабилитация и абилитация инвалидов. Качество реабилитационных и абилитационных услуг. Основные положения»;
- ГОСТ Р 54735-2021** «Реабилитация инвалидов. Требования к персоналу учреждений реабилитации и абилитации инвалидов».

Эффективность медицинской реабилитации достигает 85-90% и характеризуется улучшением функционирования организма, расширением социальной деятельности инвалида, появление или восстановлением способности к самообслуживанию, общению, возвращению к профессиональной деятельности.



СКАЧАТЬ ИНФОРМАЦИЮ
О МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ
С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ТРАВМЫ В СИСТЕМЕ ОМС
Отсканируйте QR-код через мобильный телефон

Телефон Контакт-центра:

8-800-100-81-02

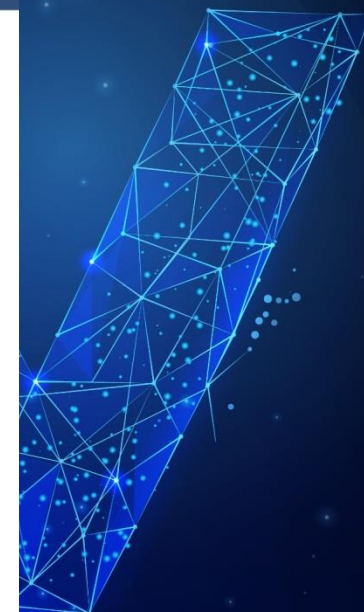
(звонок по России
бесплатный)

ООО «КАПИТАЛ МС»

лицензия ЦБ РФ ОС № 3676-01
(без ограничения срока действия)

СПРАВОЧНЫЙ ЦЕНТР
ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

как получить медпомощь бесплатно
и качественно по полису ОМС





КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ