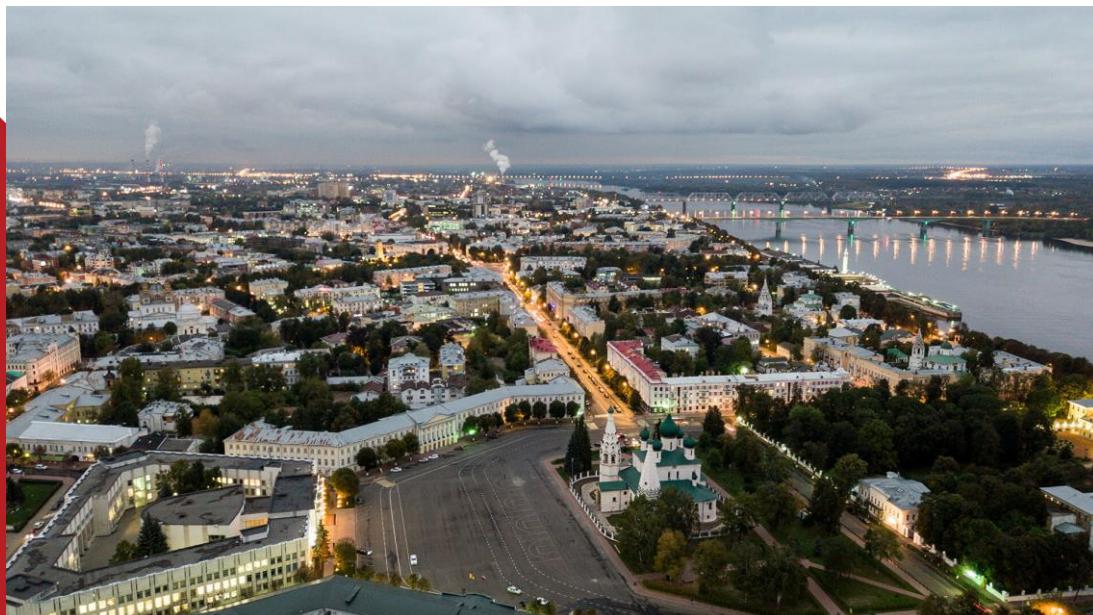


XI СЪЕЗД ОНКОЛОГОВ РОССИИ

Секция «Организация онкологической помощи.
Оплата онкологической помощи в системе ОМС»



Риск-ориентированная модель защиты прав онкопациентов: чек-лист экспертизы качества диспансерного наблюдения в системе ОМС



Советник генерального директора «КАПИТАЛ МС»,
член Совета Общественных организаций
по защите прав пациентов при Росздравнадзоре,
д.м.н., профессор Алексей Старченко

Ярославль

13-15 мая 2021 г.

Риск-ориентированный принцип экспертной деятельности СМО в системе ОМС базируется на постановлении Правительства РФ от 17.08.2016 г. № 806

«О применении риск-ориентированного подхода при организации отдельных видов государственного контроля (надзора) и внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ»,

которым утверждены **Правила отнесения деятельности к определенной категории риска или определенному классу (категории) опасности:**

- 1) соотнесение тяжести потенциальных негативных последствий возможного несоблюдения обязательных требований со степенью тяжести потенциальных случаев причинения вреда и (или) возможной частоты возникновения и масштаба распространения потенциальных негативных последствий возможного несоблюдения обязательных требований (п. 8 Правил);
- 2) установление вероятности несоблюдения обязательных требований на основе анализа результатов ранее проведенных проверок и назначенных наказаний за нарушение обязательных требований (п. 9 Правил).

Постановлением Правительства РФ от 05.07.2017г. № 801 утверждены **критерии отнесения медицинской деятельности к определенной категории риска.**

«II. Критерии тяжести потенциальных негативных последствий возможного несоблюдения обязательных требований.

3. Объекты государственного контроля с учетом тяжести потенциальных негативных последствий и вероятности несоблюдения ими обязательных требований, выраженных в показателе риска К, определяемом в соответствии с пунктами 5 и 6 настоящего документа (далее - показатель риска К), подлежат отнесению к **следующим категориям риска:**

Максимальные показатели риска, присвоенные работам (услугам), составляющим медицинскую деятельность, с учетом видов и условий оказания медицинской помощи:

- по анестезиологии и реаниматологии - 4899;
- по онкологии - 4899;
- по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению - 4899;
- по трансфузиологии – 4899»

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ
«ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РФ»**

Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц

1. Застрахованные лица имеют право на:

...

8) **возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством РФ;**

9) **возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством РФ;**

10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

Риск-ориентированная модель защиты прав и экспертизы качества



в ОМС имеет целью максимально ранее выявление экспертом фактов нарушения прав пациента на надлежащее качество и доступность полнообъемной медпомощи, являющихся для пациента риском прогрессирования имеющегося заболевания с последующим ухудшением качества и сокращением продолжительности жизни.

Своевременное выявление этих рисков пациентов, управление этими рисками и минимизация их отрицательного эффекта на исход заболевания – сущность риск-ориентированного подхода к экспертизе.

Предлагается технология риск-ориентированной модели экспертизы качества по чек-листву – своевременное выявление экспертом СМО созданного риска прогрессирования заболевания пациента ненадлежащим качеством диспансерного наблюдения с целью минимизации риска не выявления этого прогрессирования и/или максимально скорейшего восстановления нарушенного права пациента на доступную и надлежащего качества онеопомощь по своевременному и полнообъемному началу лечения прогрессии, рецидива или осложнения заболевания.

К рискам пациента относят (п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ): несвоевременно позднее проведение мер диспансерного наблюдения; неправильный выбор методов максимально возможно ранней диагностики прогрессирования, рецидивирования или осложнения, не достижение степени запланированного результата – не выявление факта прогрессирования, рецидивирования и осложнения заболевания по результатам мер выполненного диспансерного наблюдения, амбулаторного или стационарного ведения ненадлежащего качества.



Национальное Агентство по безопасности пациентов
и независимой медицинской экспертизе

А.А. Старченко, О.В. Тарасова, О.В. Салдуева,
С.А. Перегудин, М.Д. Гуженко

КАРТА ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

РИСК-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ЗАЩИТЫ
ПРАВ ПАЦИЕНТОВ-ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ
И ЭКСПЕРТИЗЫ В ОНКОХИМИОТЕРАПИИ,
КАРДИОЛОГИИ, НЕВРОЛОГИИ, COVID-19

Глава 10. Чек-лист проведения экспертизы качества медицинской помощи по диспансерному наблюдению онкобольных

Основания для проведения оценки качества:

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 915н «**Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»»;**

Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «**Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями.**

Клинические рекомендации по диагностике и лечению опухолей Ассоциации онкологов России (АОР), 2020.

Цель: выявление дефекта – не выполнение мероприятий диспансерного наблюдения, создающее риск прогрессирования заболевания несвоевременно поздним выявлением рецидива ввиду несвоевременного и/или неполного выполнения, либо отказом от выполнения требований диспансерного наблюдения.

Приказ МЗ РФ от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

К ДЕФЕКТАМ относят не выполнение требований:

1. Пункта 4 о наличии информированного добровольного согласия на Диспансерное наблюдение с **указанием запланированного результата и возможных последствий нарушений со стороны пациента.**
2. Пункта 6 об осуществлении Диспансерного наблюдения **онкологом.**
3. Пункта 7 о сроках начала 7 Диспансерного наблюдения - **в течение 3 рабочих дней** с даты установления диагноза онкологического заболевания и получения информированного добровольного согласия.
4. Пункта 8 о наличии протокола Решения об установлении Диспансерного наблюдения в Медицинской карте амбулаторного пациента (учетная форма 025/у) и в **Контрольной карте диспансерного наблюдения** (учетная форма 030/у).

Приказ МЗ РФ от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

К ДЕФЕКТАМ относят не выполнение требований

5. Пункта 10 о **медуслугах, составляющих Диспансерный прием** (осмотр, консультация) врачом-онкологом:
- а) оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование, **назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;**
 - б) установление или уточнение диагноза заболевания;
 - в) оценку **приверженности** лечению и **эффективности ранее назначенного лечения**, необходимую коррекцию проводимого лечения, а также повышение мотивации пациента к лечению;
 - г) проведение краткого профилактического консультирования и разъяснение лицу с высоким риском развития **угрожающего жизни заболевания или состояния** (группы заболеваний или состояний) или их осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и **необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи;**
 - д) назначение по медицинским показаниям дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе **направление** пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

К ДЕФЕКТАМ относят не выполнение требований



Приложения N 6 к приказу МЗ РФ от 1 марта 2021 г. N 146н

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ
(ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

Приложения N 2 к приказу МЗ РФ от 1 марта 2021 г. N 144н

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА
(ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

Приложения N 2 к приказу МЗ РФ от 20 февраля 2021 г. N 125н

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА И КАРДИИ
(ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

Приложения N 3 к приказу МЗ РФ от 24 ноября 2020 г. N 1244н

**СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ (ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

и другие ...

Вероятность предоставления медицинских услуг или назначения лекарственных препаратов для медицинского применения (медицинских изделий), включенных в стандарт медицинской помощи, которая может принимать значения от 0 до 1, где 1 означает, что данное мероприятие проводится 100% пациентов.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН от 25 декабря 2018 года N 489-ФЗ
«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В СТАТЬЮ 40 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «
ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РФ» и
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РФ»
ПО ВОПРОСАМ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ»**

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 частями 3, 4, 6 - 9 и статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (в редакции настоящего Федерального закона), но не позднее 31 декабря 2021 года.

Клинических рекомендаций АОР, согласованных МЗ РФ

№	Позиция обязательной оценки	Нормативно-правовые акты	Ненадлежащее качество медпомощи по критерию п. 21 ст.2 Закона РФ № 323-ФЗ: - несвоевременное выполнение и неправильный выбор методов диагностики, лечения и профилактики; - не достигнута необходимая степень достижения результата.	Выполнение позиции обязательной оценки (да/нет)	Код дефекта при отсутствии – 3.2.3.
----------	------------------------------------	---------------------------------	---	--	--

Рак молочной железы

1	<p>Осмотр врачом-онкологом от 1 до 4 раз в год в течение первых 5 лет, далее - ежегодно.</p> <p>Ежегодный осмотр врачом-гинекологом женщин с не удаленной маткой, получающих адьювантно тамокси芬, с целью выявления рака эндометрия.</p> <p>Ежегодное выполнение двухсторонней (в случае органосохраняющей операции) или контрлатеральной маммографии (врачами-радиологами) в сочетании с УЗИ регионарных зон и области послеоперационного рубца (врачами УЗ-диагностики).</p> <p>Ежегодное выполнение денситометрии и назначение кальция (1200-1500 мг/сутки) и витамина D (400-800 МЕ/сутки), препаратов, влияющих на структуру и минерализацию костей (бифосфонаты, деносумаб), по показаниям - женщинам с остеопорозом.</p>	<p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Рак молочной железы» 2020</p>	Да/Нет	<p>Здесь и далее:</p> <p>3.2.3 – создание риска прогрессирования заболевания несвоевременно поздним выявлением рецидива ввиду несвоевременного и/или неполного выполнения, либо отказом от выполнения диспансерного наблюдения</p>
---	---	--	--------	--

Рак легкого

2	<p>После радикального лечения осмотр 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.</p> <p>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.</p> <p>Остеосцинтиграфия 1 раз в год.</p>	<p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Злокачественное новообразование бронхов и легкого» 2020</p>	Да/Нет	
---	---	--	--------	--

Рак желудка

3	<p>После выполнения радикальных операций - в первые 1-2 года осмотр врачом-онкологом проводится каждые 3-6 месяцев, на сроке 3-5 лет - 1 раз в 6-12 месяцев, далее - 1 раз в год.</p> <p>После эндоскопической резекции слизистой оболочки или подслизистой диссекции - выполняются ЭГДС каждые 3 месяца в первый год, каждые 6 месяцев на 2-3 года, далее - ежегодно.</p>	<p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Рак желудка» 2020</p>	Да/Нет	
---	--	--	--------	--

Колоректальный рак (рак прямой кишки, рак ободочной кишки и рак ректосигмоидного отдела)

4	<p>Осмотр врача-онколога в первые 1-2 года, сбор жалоб - каждые 3-6 месяцев, через 3-5 лет с момента операции - 1 раз в 6-12 месяцев, далее - осмотры ежегодные или при появлении жалоб.</p> <p>Исследование уровня ракового эмбрионального антигена в крови, каждые 3 месяца в первые 2 года и далее каждые 6 месяцев в последующие 3 года.</p> <p>Колоноскопия через 1 и 3 года после резекции первичной опухоли, далее - каждые 5 лет. При выявлении полипов колоноскопия выполняется ежегодно. Если колоноскопия не была выполнена из-за стенозирующей опухоли, её производят в течение 3-6 месяцев после резекции.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости и малого таза каждые 3-6 месяцев.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки каждые 12 месяцев.</p> <p>КТ органов грудной и брюшной полости с в/в контрастированием однократно в сроки 12-18 месяцев после операции.</p>	<p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Рак прямой кишки» 2020</p>	Да/Нет	
---	---	---	--	--

Рак предстательной железы

5	<p>Динамическое наблюдение может быть изменено индивидуально для каждого пациента в зависимости от распространённости опухолевого процесса и клинических проявлений болезни – КОНТРОЛЬ ОБОСНОВАНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ</p> <p>Пальцевое ректальное исследование (ПРИ), контроль уровня простатспецифического антигена (ПСА), гемоглобина, креатинина, щелочной фосфатазы, а также тестостерона.</p> <p>После радикальной простатэктомии: определение уровня ПСА - каждые 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2-3 лет, далее - ежегодно.</p> <p>Биопсия рецидивной опухоли под контролем трансректального ультразвукового исследования (ТРУЗИ) рекомендуется при планировании второй линии радикального лечения.</p> <p>Пациентам с удаленными метастазами рекомендовано выполнять контрольное обследование каждые 3-6 месяцев.</p> <p>При необходимости: КТ брюшной полости, сцинтиграфию костей скелета, ПЭТ-КТ.</p>	<p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Рак предстательной железы» 2020</p>	Да/Нет	
---	---	--	--------	--

Рак поджелудочной железы

6	<p>Осмотр врачом-онкологом каждые 12-16 недель в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в последующем. УЗИ брюшной полости или КТ/МРТ с в/в контрастированием. УЗИ малого таза для женщин. Рентгенография органов грудной клетки. Анализ крови на онкомаркеры (СА 19-9, РЭА) в случае их повышения уровней на долечебном этапе, а также общий и биохимический анализ крови для оценки функции печени и почек.</p>	<p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями». п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». п.5 Клинических рекомендаций «Рак поджелудочной железы» 2020</p>	Да/Нет	
---	---	---	--------	--

Рак мочевого пузыря

7	<p>Пальпация мочевого пузыря, области почек с определением симптома поколачивания; проведение тщательного осмотра и пальпации зон возможного лимфогенного метастазирования для верификации диагноза. При органосохраняющем лечении у пациентов с немышечно-инвазивным РМП: цистоскопия и микроскопическое исследование осадка мочи один раз в 3 месяца в течение 2 лет, далее каждые 6 месяцев; УЗИ малого таза, брюшной полости; КТ грудной и брюшной полостей 1 раз в 6 месяцев, через год - ежегодно; МРТ малого таза ежегодно. После радикальной цистэктомии: УЗИ малого таза, брюшной полости; КТ грудной и брюшной полостей 1 раз в 6 месяцев, через год - ежегодно; МРТ малого таза ежегодно. Пациентам с опухолями с высоким риском развития рецидива: проведение цитоскопии и микроскопическое исследование осадка мочи; исследование функции печени и почек через 3 месяца; ежегодное КТ с контрастированием верхних мочевыводящих путей</p>	<p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями». п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». п.5 Клинических рекомендаций «Рак мочевого пузыря» 2020</p>	Да/Нет	
---	--	--	--------	--

Рак гортани

8	<p>Осмотр врачом-онкологом каждые 1-3 месяца в 1-й год лечения, во 2-й год - каждые 2-6 месяцев, на сроке 3-5 лет - один раз в 4-8 месяцев, далее ежегодно.</p> <p>УЗИ лимфоузлов шеи с двух сторон, органов брюшной полости и малого таза.</p> <p>КТ/МРТ области головы и шеи по показаниям, а также при недоступности зоны адекватному физикальному осмотру.</p> <p>Фиброларингоскопия.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки каждые 12 месяцев.</p> <p>КТ/МРТ грудной клетки, органов брюшной полости по показаниям.</p> <p>ПЭТ/КТ по показаниям.</p> <p>Определение уровня тиреотропного гормона каждые 6-12 месяцев, если проводилось облучение шеи в целях оценки функции щитовидной железы.</p>	<p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Рак гортани» 2020</p>	Да/Нет	
---	---	--	--------	--

Рак пищевода

9	<p>Осмотр врачом-онкологом пациентов после радикального лечения (хирургия или химиолучевая терапия) - каждые 3-6 месяцев в первые 2 года, далее каждые 6-12 месяцев в последующие 3-5 лет, затем - ежегодно.</p> <p>У пациентов с пищеводом Барретта высокого риска (размер свыше 1см) с целью снижения риска малигнизации рекомендуется прием ингибитора протонной помпы в высокой дозе (эзомепразол - 80мг в сутки), монотерапией или в комбинации с ацетилсалициловой кислотой (300мг в сутки).</p> <p>ЭГДС через 3 месяца после резекции первичной опухоли, в дальнейшем 2 раза в год в течение 3 лет, далее 1 раз в год до 5 лет.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости и малого таза каждые 3-6 месяцев.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки каждые 6 месяцев.</p> <p>КТ органов грудной и брюшной полости с в/в контрастированием однократно через 6-12 месяцев после операции.</p>	<p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Рак пищевода и кардии» 2020</p>	Да/Нет	
---	--	--	--------	--

Рак шейки матки

10	<p>Осмотр врачом-онкологом и гинекологом каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в течение 3-го и 4-го года, затем - ежегодно. Цитологическое исследование мазков со слизистой оболочки культи влагалища каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, в течение 3-го и 4-го года каждые 6 месяцев, затем - ежегодно. При подозрении на рецидив - биопсия с гистологическим исследованием. УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, и определение уровня SCC при плоскоклеточном раке каждые 3 месяцев течение первых 2-х лет, в течение 3-го и 4-го года - каждые 6 месяцев, затем - ежегодно. Рентгенография органов грудной клетки ежегодно. КТ/МРТ по показаниям.</p>	<p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями». п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». п.5 Клинических рекомендаций «Рак шейки матки» 2020</p>	Да/Нет	
----	---	--	--------	--

Рак яичников

11	<p>Осмотр врачом-онкологом каждые 12-16 недель в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в последующем. Осмотр врачом-гинекологом 1 раз в 3 месяца в течение первых 2 лет, 1 раз в 4 месяца в течение 3-го года, далее - каждые 6 месяцев.</p> <p>УЗИ брюшной полости и малого таза 1 раз в 3 месяца в течение первых 2 лет, 1 раз в 4 месяца в течение 3-го года, далее - каждые 6 месяцев.</p> <p>При повышении СА-125, появлении жалоб или выявлении патологий: КТ или МРТ органов брюшной полости и малого таза, рентгенография/КТ грудной клетки</p>	<p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями». п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». п.5 Клинических рекомендаций «Рак яичников/рак маточной трубы/первичный рак брюшины» 2020</p>	Да/Нет	
----	--	--	--------	--

Рак матки

12	<p>Осмотр врачом-онкологом и гинекологом каждые 3 месяца в течение первых 3 лет, затем каждые 6 месяцев в течение ещё 2 лет.</p> <p>Цитологическое исследование микропрепараторов соскобов с тканей (культы) влагалища у необлучённых пациентов каждые 3 месяца в течение 2 лет, затем каждые 6 месяцев в течение ещё 3 лет; 1 раз в год или при подозрении на рецидив.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки ежегодно.</p> <p>УЗИ органов малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства каждые 3 месяца в течение 2 лет, затем каждые 6 месяцев в течение ещё 3 лет.</p> <p>У пациентов серозным РТМ, РТМ поздних стадий, а также при исходно повышенном уровне СА-125 в сыворотке крови исследование уровня антигена adenогенных раков СА-125 в крови перед каждым посещением врача.</p> <p>МРТ и КТ органов малого таза по показаниям.</p>	<p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Рак тела матки и саркомы матки» 2020</p>	<p>Да/Нет</p>	
----	---	---	---------------	--

Меланома кожи

13	<p>Регулярное самообследование кожных покровов и периферических лимфатических узлов. Осмотр врачом-онкологом: 0-IA стадия - в первые 3 года - каждые 6 месяцев, в 4 - 10-й год - ежегодно; IB-IIВ стадия - в первые 3 года - каждые 3 месяца, в 4-5-й год - каждые 6 месяцев, 6-10-й год - ежегодно; III-IV стадия - в первые 3 года - каждые 3 месяца, в 4-10-й год - каждые 6 месяцев. Инструментальное обследование пациентам 0-IA стадии только по показаниям. Пациентам IB-IIВ стадии: УЗИ регионарных лимфатических узлов - каждые 6 месяцев в течение 3 лет, далее - по показаниям. Лучевая диагностика - по показаниям. Пациентам III-IV стадии: УЗИ регионарных лимфатических узлов - каждые 3 месяца в течение 3 лет, затем каждые 6 месяцев до 10 лет наблюдения. Лучевая диагностика (КТ органов грудной клетки, КТ или МРТ органов брюшной полости и малого таза с в/в контрастированием или ПЭТ/КТ в режиме всего тела с фтордезоксглюкозой) - каждые 6 месяцев до 5 лет наблюдения, затем - по показаниям. Пациентам с впервые выявленными отдалёнными метастазами - МРТ головного мозга с в/в контрастированием для исключения метастатического поражения головного мозга.</p>	<p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями». п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». п.5 Клинических рекомендаций «Меланома кожи и слизистых оболочек» 2020</p>	<p>Да/Нет</p>	
----	--	---	---------------	--

Рак кожи базальноклеточный и плоскоклеточный

14	<p>Регулярное самообследование кожных покровов и периферических лимфатических узлов. Для пациентов I-II стадией и заболевания - осмотр врачом онкологом состояния кожных покровов и периферических лимфатических узлов каждые 6 месяцев в течение первых 3 лет, затем ежегодно 10 лет наблюдения. Для пациентов III-IV стадией заболевания - осмотр врачом-онкологом каждые 3 месяца в течение первых 3 лет, каждые 6 месяцев в 4-5 года наблюдения, затем ежегодно 10 лет наблюдения. Пожизненное наблюдение врача-офтальмолога пациентов с ПКР кожи века, включая спайку век. Осмотры врача-офтальмолога рекомендуется проводить каждые 3 месяца после лечения в течение 1 года, затем - 6 месяцев в течение 3 лет, далее - 1 раз в год пожизненно. Для пациентов I-II стадией заболевания инструментальное обследование рекомендуется только по показаниям. Для пациентов III-IV стадией заболевания - УЗИ каждые 3 месяца в первые 3 года, каждые 6 месяцев в 4-5 года наблюдения, затем по показаниям до 10 лет наблюдения. Лучевая диагностика каждые 6 месяцев в первые 3 года, затем - по показаниям до 10 лет наблюдения.</p>	<p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Плоскоклеточный рак кожи» 2020.</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Базальноклеточный рак кожи» 2020</p>	Да/Нет	
----	--	--	--------	--

Рак паренхимы почки

15	<p><u>После аблативного лечения:</u> осмотр врачом-онкологом через 3, 6 и 12 месяцев после аблации, далее ежегодно в течение 5 лет, при наличии показаний - более длительное время. При подозрении на рецидив обследование может проводиться чаще. <u>После аблативного лечения:</u> общий и биохимический анализ крови через 3, 6 и 12 месяцев после аблации, далее ежегодно в течение 5 лет. При подозрении на рецидив обследование может включать биопсию опухоли. КТ или МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием (при отсутствии противопоказаний) через 3, 6 и 12 месяцев после аблации, далее ежегодно в течение 5 лет. При подозрении на рецидив обследование может проводиться чаще. Рентгенография или КТ грудной полости ежегодно. <u>После хирургического лечения I стадии:</u> осмотр врачом-онкологом через 3, 6 и 12 месяцев после резекции почки (РП) или радикальной нефрэктомии (РН), далее ежегодно в течение 5 лет. При наличии показаний - более длительно время. <u>После хирургического лечения I стадии:</u> общий и биохимический анализ крови через 3, 6 и 12 месяцев после РП или РН, далее ежегодно в течение 5 лет. Предпочтительно КТ или МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием (при отсутствии противопоказаний) или - менее желательно - УЗИ через 3, 6 и 12 месяцев после РП или РН, далее ежегодно в течение 5 лет. Рентгенография или КТ грудной полости ежегодно. <u>После хирургического лечения II-IV стадии:</u> осмотр врача-онколога каждые 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2-го и 3-го года наблюдения, далее ежегодно. <u>После хирургического лечения II-IV стадии:</u> общий клинический развернутый и биохимический анализ крови, КТ или МРТ</p>	<p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Рак паренхимы почки» 2020.</p>	<p>Да/Нет</p>
----	---	---	---------------

<p>процессе лекарственной терапии. Методы выбора для визуализации данных областей - КТ или МРТ с контрастированием. Частота контрольных исследований - каждые 6-16 недель - определяется лечащим врачом индивидуально.</p>		
<p>МРТ головного мозга с контрастированием пациентам с впервые возникшими в процессе терапии неврологическими симптомами и пациентам с метастазами в головной мозг, получающими лечение. Частота контрольных исследований - каждые 6-16 недель, определяется лечащим врачом индивидуально.</p>		
<p>Сцинтиграфия костей скелета (остеосцинтиграфия) пациентам с впервые возникшими в процессе терапии симптомами костного поражения и пациентам с метастазами в кости, получающими лечение. Частота контрольных исследований - каждые 6-16 недель, определяется лечащим врачом индивидуально.</p>		
<p>Рентгенография, КТ или МРТ костей при сомнительных результатах сцинтиграфии костей скелета или наличии клинических показаний к коррекции костных осложнений для планирования лучевой терапии или хирургического вмешательства.</p>		
<p>ЭХО-КГ пациентам группы высокого риска кардиоваскулярных осложнений антиагрегантной терапии до начала лечения и каждые 12-24 недель в процессе лечения или при развитии/прогрессировании клинических симптомов сердечной недостаточности.</p>		

Рак щитовидной железы

16	<p>Осмотр врачом-онкологом позволяет определить пациента к одной из групп риска, выделяют 4 основные группы по результатам проведённого лечения: биохимическая ремиссия, биохимический рецидив, неопределенный опухолевый статус, структурный рецидив.</p> <p><u>Определение тиреоглобулина и антител к тиреоглобулину.</u> Послеоперационное определение ТГ и антител к ТГ на фоне терапии левотироксином натрия рекомендовано всем пациентам каждые 6-12 месяцев с целью исключения рецидива заболевания. В группе биохимической ремиссии интервал определения ТГ и антител к ТГ на фоне левотироксином натрия рекомендуется изменить до 12-24 месяцев. Интервал определения ТТГ рекомендуется не более 12 месяцев для всех пациентов на фоне левотироксином натрия с целью своевременного выявления рецидива заболевания. Динамическое определение ТГ не реже 6-12 месяцев для пациентов высокого риска, структурного рецидива, биохимического рецидива, неопределенного опухолевого статуса.</p> <p><u>Послеоперационное ультразвуковое исследование.</u> После оперативного лечения УЗИ шеи рекомендуется через 6-12 месяцев в зависимости от группы риска и динамики концентрации ТГ с целью выявления структурного рецидива. При выявлении при УЗИ подозрительных лимфатических узлов максимальным размером более 0,8-1 см рекомендуется прицельная ТАБ, которая дополняется определением ТГ в смыке из иглы с целью морфологической или биохимической верификации рецидива заболевания.</p> <p><u>Сцинтиграфия всего тела.</u> Сцинтиграфия костей всего тела рекомендуется через 6-12 месяцев после РЙТ у пациентов</p>	<p>Приказ Минздрава России от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».</p> <p>п.22 приказа Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология».</p> <p>п.5 Клинических рекомендаций «Дифференцированный рак щитовидной железы» 2020.</p>	Да/Нет	

	групп высокого и промежуточного рисков.		
	<p><u>Компьютерная, магнитно-резонансная и позитронно-эмиссионная томография.</u> КТ мягких тканей шеи и органов грудной клетки рекомендуется при сомнениях в адекватной оценке распространенности заболевания при УЗИ, подозрение на прорастание трахеи, гортани, глотки, пищевода, выявления метастазов в легкие и лимфатические узлы средостения у пациентов группы высокого риска с повышенной концентрацией ТГ (более 10 нг/мл) или с выраженным антителом к ТГ. МРТ головного мозга, скелета, брюшной полости рекомендуется пациентам группы высокого риска с повышенной концентрации ТГ (более 10 нг/мл) при отсутствии метастазов в легкие, лимфатические узлы шеи и средостения или наличии характерных симптомов метастатического поражения органов вышеуказанных локализаций. ПЭТ всего тела рекомендуется пациентам группы высокого риска при высокой концентрации ТГ (более 10 нг/мл) и отрицательных данных сцинтиграфии всего тела с целью исключения структурного прогрессирования болезни, начального стадирования при низкодифференцированном или широко инвазивном фолликулярном РЩЖ или оценки результатов лечения при радиоидрезистентных формах ВДРЩЖ.</p>		
	Планирование беременности женщинам, получившим лечение по поводу ВДРЩЖ рекомендовано спустя 6-12 месяцев после РЙТ с целью снижения риска невынашивания беременности. Мужчинам, прошедшим лечение радиоактивным йодом, не рекомендуют участвовать в планировании беременности в течение 120 дней.		
	Целесообразно назначение заместительной терапии левотироксином натрия с целевым показателем		

Информационный стенд (фото)



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВЗРОСЛЫМИ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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 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 предлагаю 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.

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 карманами: информация о порядке осуществления диспансерного наблюдения в соответствии с Приказом Минздрава России от 04.06.2020 №548н.

Информационные листовки по ДН онкологических пациентов



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

Рекомендемая 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 врача-онкологом может быть изменены индивидуально для каждого пациента в зависимости от распространенности опухолевого процесса и клинических проявлений болезни.

Пациентам с отдаленными метастазами рекомендовано выполнять контрольное обследование каждые 3-6 месяцев.

КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

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

После радикальной простатэктомии определение уровня ПСА рекомендуется каждые 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2-3 лет, далее - ежегодно.

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

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

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 назначается ЛФК, массаж и психосоциальная поддержка. В частности, психологическая поддержка в плане пре реабилитации улучшает настроение, снижает уровень тревоги и депрессии. Пациенты, прошедшие курс психологической пре 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 наружной массажа, начиная со 2-х суток после операции, уменьшает интенсивность болевого синдрома, беспокойство, напряжение, улучшая качество жизни.

Рекомендуется проводить аэробные нагрузки длительностью 150 минут в неделю и силовых - 2 раза в неделю.

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

Рекомендуется проведение занятий по 15-30 минут в неделю, постепенно увеличивая длительность.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ

КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

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

www.KAPMED.ru

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ

РАК ЛЕГКОГО

Рекомендуемая периодичность диспансерных приемов пациента врача: 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 Клиническими рекомендациями для пациентов с раком легких установлены следующие особенности диспансерного наблюдения:

После radicalного лечения: осмотр врача-онколога	УЗИ, рентгенография грудной клетки или КТ, МРТ головного мозга каждые 3 месяца в течение первых 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:		
<p>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 послеперационных осложнений на 45 %.</p> 		

КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Пациентам, перенесшим оперативное вмешательство, а также получающим комплексное лечение по поводу рака легкого, рекомендуется регулярное занятие 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 на улице, контактирующих с веществами, обладающими канцерогенным действием: асбестом, хромом, никелем, кардием, мышьяком, дизельным топливом и пр. с целью первичной профилактики.

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

www.KAPMED.RU

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



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВЗРОСЛЫМИ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ



ВРАЧ-ОНКОЛОГ ОБЯЗАН:

- ✓ вести учет пациентов;
- ✓ устанавливать группу диспансерного наблюдения;
- ✓ разрабатывать индивидуальный план диспансерного наблюдения, с учетом особенностей течения за 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 высокотехнологичную медицинскую помощь, а при наличии показаний направлять пациента к кимым 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 привыезд 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 ЯЧНИКОВ,
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.

QR-код – информация для мобильных устройств



ВРАЧ-ОНКОЛОГ ОБЯЗАН:

- ✓ вести учет пациентов;
- ✓ устанавливать группу диспансерного наблюдения;
- ✓ разрабатывать индивидуальный план диспансерного наблюдения, с учетом особенностей течения за 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 высокотехнологичную медицинскую помощь, а при наличии показаний направлять пациента к ним врачам-специалистам, в том числе к медицинскому психологу для проведения консультаций.

По каждому онкологическому диагнозу рекомендуется индивидуальная периодичность диспансерных приемов.



http://kapmed.ru/upload/documents/cancer/rak_molochnoy_jelezy.pdf

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ

КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

РАК МОЛОЧНОЙ 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 Клиническими рекомендациями для пациентов с раком молочной железы (РМЖ) установлены следующие особенности диспансерного наблюдения:



Осмотр врачом-онкологом от 1 до 4 раз в год в течение первых 5 лет, далее – ежегодно.



Ежегодное выполнение двухсторонней (в случае органосохраняющей операции) или контрлатеральной маммографии (врачами-радиологами) в сочетании с УЗИ регионарных зон и области послеоперационного рубца (врачами УЗ-диагностики).



Ежегодное выполнение денситометрии и профилактическое назначение препаратов кальция (1200–1500 мг/сутки) и витамина D (400–800 МЕ/сутки), а также препаратов, влияющих на структуру и минерализацию костей (бифосфонаты, деносумаб), по показаниям – женщинам с остеопорозом.



Рекомендуется у пациентов с РМЖ с целью профилактики развития рака контрапатеральной молочной железы и рака яичников при выявлении с помощью ПЦР клинически значимых патогенных мутаций BRCA1 и BRCA2 обсуждение рисков развития вторых опухолей и возможности выполнения профилактических и скрининговых мероприятий:



хирургическая профилактика (профилактическая мастэктомия с односторонней реконструкцией и профилактическая тубовариктомия)



тщательный динамический контроль



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ

РАК ЖЕЛУДКА И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рекомендованная 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 Клиническими рекомендациями для пациентов с раком желудка установлены следующие особенности диспансерного наблюдения:

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Осмотр врача-онкологом каждые 12-16 недель в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в последующем.
- УЗИ брюшной полости или КТ/МРТ с в/в контрастированием.
- УЗИ малого таза для женщин.
- Рентгенография органов грудной клетки.
- Анализ крови на онкомаркеры (CA 19-9, ЭРА) в случае их повышения уровня на дочернем этапе, а также общий и биохимический анализ крови для оценки функции печени и почек.

Программа комплексной реабилитации, включая в себя занятия в ЛФК-дона (комплекс физической нагрузки средней интенсивности, включающей в себя как аэробную, так и анаэробную нагрузку), консультирование по питанию, работу с психологом на преодоление тревоги и депрессии (начинается за 28 дней до операции и продолжается в течение 8 недель после), значительно улучшает качество жизни в послеперационном периоде. Психологическая реабилитация, включающая методики, направленные на работу со стрессом (методики релаксации, формирование позитивного настроя) в течение 40–60 минут в будний день, и продолжается за 5 дней до операции, и продолжается в течение 30 дней после операции, значительно улучшает качество жизни. Объем и интенсивность ЛФК подбирается индивидуально исходя из степени слабости (легкая, средняя, тяжелая). При улучшении общего состояния возможно увеличить интенсивность ЛФК. Рекомендуется сочетание аэробной нагрузки и силовой.

РАК ЖЕЛУДКА

- После выполнения радикальных операций – в первые 1-2 года осмотр врача-онколога – проводится каждые 3-6 месяцев, на сроке 3-5 лет – 1 раз в 6-12 месяцев, далее – 1 раз в год.
- После эндоскопической резекции слизистой оболочки или подслизистой дюшины – включаются ГЭД каждые 3 месяца в первый год, каждые 6 месяцев на 2-3 года, далее – ежегодно.

ПРОФИЛАКТИКА РАКА ЖЕЛУДКА

Мероприятия по реабилитации пациентов после и/или в процессе лечения:

Специальную профилактику рака желудка рекомендуется диета с исключением терапии и независимого поражения слизистой оболочки желудка, отказ от курения и алкоголя, своевременное лечение инфекций и предупреждение заболеваний. Проведение предреабилитации рекомендуется всем пациентам со злокачественными опухолями желудка.

Для оптимизации восстановления физической формы и улучшения качества жизни пациентов после прохождения радикального лечения рака желудка рекомендуется комплексный подход: в течение первых 10-15 минут в день 2 раза в неделю с постепенным увеличением длительности тренировок, аэробные нагрузки низкой, затем средней интенсивности длительностью 150 мин/неделя, работа с психологом. Имеются данные о том, что стабильность тела, необходимая внутренняя поддержка, занятия с психологом, активный образ жизни и регулярные занятия ЛФК способствуют увеличению общей выживаемости.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ, РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА

Рекомендованная 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 Клиническими рекомендациями для пациентов с колоректальным раком установлены следующие особенности диспансерного наблюдения:

- Осмотр врача-онколога в первые 1-2 года, сбор жалоб – каждые 3-6 месяцев, через 3-5 лет с момента операции – 1 раз в 6-12 месяцев, далее – осмотры ежегодные или при появлении жалоб.
- Исследование уровня ракового эмбрионального антигена в крови, каждые 3 месяца в первые 2 года и далее – каждые 6 месяцев в последующие 3 года.
- Колоноскопия через 1-3 года после резекции первичной опухоли, далее – каждые 5 лет. При выявлении полипов колоноскопия выполняется ежегодно. Если колоноскопия не была выполнена из-за стенозирующей опухоли, её производят в течение 3-6 месяцев после резекции.

- УЗИ органов брюшной полости и малого таза каждые 3-6 месяцев.
- Рентгенография органов грудной клетки каждые 12 месяцев.
- КТ органов грудной и брюшной полости с в/в контрастированием однократно в сроки 12-18 месяцев после операции.

ПРОФИЛАКТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Мероприятия по реабилитации пациентов после и/или в процессе лечения:

Программа комплексной реабилитации у пациентов с колоректальным раком, в которую входит занятия ЛФК-дона (комплекс физической нагрузки средней интенсивности, включающей в себя как аэробную, так и анаэробную нагрузку), консультирование по питанию, работа с психологом на преодоление тревоги и депрессии (начинается за 28 дней до операции и продолжается в течение 8 недель после), значительно улучшает качество жизни в послеперационном периоде. Психологическая реабилитация, использующая методики, направленные на работу со стрессом (методики релаксации, формирование позитивного настроя) в течение 40–60 мин в день, начинаясь за 5 дней до операции и продолжающаяся 30 дней после неё, значительно улучшает качество жизни.

Пациентам, получающим адъюватную химиотерапию, также рекомендовано раннее начало физических нагрузок (аэробных средней интенсивности до 150 ккал/неделю) в сочетании с психогенной поддержкой, что помогает профилактике мышечной слабости, восстановления и проприоцепции, снижения тревоги, толерантности к физической нагрузке, улучшает качество жизни, психологическое состояние, уменьшает проявления полинейропатии.

Рекомендовано ведение активного образа жизни, выполнение комплексов ЛФК после комбинированного лечения колоректального рака. Выполнение комплекса ЛФК пациентами с синдромом рака снижает риск общей смертности на 29%. Выполнение комплекса ЛФК и физическая активность пациентов с диссеминированным опухолевым процессом уменьшает слабость, увеличивает номбильность, снижает уровень депрессии и улучшает качество жизни.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ
ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ

РАК ЛЕГКОГО

Рекомендованная 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 Клиническими рекомендациями для пациентов с раком легких установлены следующие особенности диспансерного наблюдения:

- После радикального лечения осмотр врача-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 в плане реабилитации пациентов после проведенного лечения рака легкого, а также в целях профилактики рецидивов и прогрессирования

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 послеперационных осложнений на 45%.

Пациентам, перенесшим оперативные вмешательства, а также получающим комплексное лечение по поводу рака легких, рекомендуется регулярные занятия лечебной физкультурой, которая улучшает функцию внешнего дыхания, увеличивает выносливость, положительно влияет на психологический статус пациента, уменьшает выраженность тревожности и депрессии, 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, дигенитальным толливом и пр. с целью первичной профилактики.

В экспертной деятельности СМО по риск-ориентированному принципу следует опираться на

1. Приказ МЗ РФ от 31.07.2020 г. N 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

2. Практические рекомендации Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике).

Минздравом России и Росздравнадзором выделен

Базовый перечень направлений внутреннего контроля, связанных с риском для пациента и, следовательно, значимый для экспертной деятельности СМО:

1. Лекарственная безопасность. Фармацевтический надзор;
2. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий;
3. Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами;
4. Безопасность среды в медицинской организации. Организация ухода за пациентами, профилактика пролежней и падений;
5. Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи;
6. Преемственность организации медицинской помощи. Передача ответственности за пациента.
7. Организация экстренной и неотложной помощи.

14. Диспансерное наблюдение за хроническими больными.

«2.7 ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ»

Статья 46 Закона РФ № 323-ФЗ: «5. Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, **в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации** указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

«Непосредственно диспансерный прием (осмотр, консультация) врачом (фельдшером) должен содержать в себе:

- 1) Оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование
- 2) Назначение, **оценка, интерпретация результатов обследования**
- 3) Установление или уточнение диагноза заболевания (состояния)
- 4) Проведение краткого профилактического консультирования
- 5) Назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных, реабилитационных мероприятий.

Для успешного диспансерного наблюдения необходимо информирование пациента о факторах риска, об имеющихся заболеваниях, о рисках осложнений, мерах по профилактике прогрессирования заболеваний.

Обеспечение пациента не только квалифицированным лечением, комплексным и регулярным обследованием, а **также полным информированием** увеличит эффективность проводимого диспансерного наблюдения».

п. 2.4. Рекомендаций Росздравнадзора

«2.4 Лекарственная безопасность. Фармаконадзор»

«Ошибки, связанные с использованием ЛП, характерны для всех четырех этапов, включая:

- назначение ЛС (39% ошибок): неправильный выбор препарата/препараторов (критически важная проблема), назначение без учета противопоказаний (связанных с определенным заболеванием или приемом других лекарственных средств), назначение несертифицированных лекарств, повторное назначение лекарства без оценки его эффективности и переносимости пациентом и т.д.;
- передача информации о назначении (12%): нечетко, неразборчиво сделанные надписи, использование некорректных сокращений в листах назначения и т.д.;
- дозирование, разведение (11%);
- использование (прием, введение) (38%): отсутствие доступности лекарств для оказания экстренной медицинской помощи в стационаре, несвоевременное введение лекарственных средств, неправильный путь введения, недооценка важности информирования пациента о побочных эффектах, отсутствие обучения пациента приему лекарств, отсутствие контроля в эффективности лечения».

1. Важным для эксперта СМО является проверка реализации п. 4.8 «**4.8. Прогнозирование риска при использовании ЛП: побочные реакции, токсическое действие ЛП, взаимодействие ЛП, учет обстоятельств, сопутствующих заболеваний**» на предмет наличия данных о факторах риска и их учета при назначении препаратов, включая:

4.8.1. Аллергия; 4.8.2. Возраст; 4.8.3. Сопутствующие заболевания/ЛП, принимаемые в момент поступления

4.8.4. Масса тела пациента. 4.8.6. Заболевания печени. 4.8.7. Заболевания почек. 4.8.8. Психические заболевания. 4.8.9. Курение, алкоголь, прием наркотических и других психотропных веществ

**2. Далее экспертом СМО контролируется выполнение
п. 4.9 Рекомендаций «4.9. Процесс назначения и использования ЛП:**



Соблюдение алгоритма при назначении и использовании ЛП:

Правильное лекарство 4.9.1. Оценить соответствие выбора ЛП клиническим рекомендациям/алгоритмам.

Правильная доза. 4.9.2. Оценить соответствие дозировок ЛП клиническим рекомендациям, коррекция дозы с учетом индивидуальных особенностей пациента, наличие калькуляторов расчета.

Правильный путь введения 4.9.3. Оценить соответствие пути введения ЛП.

В правильное время. 4.9.4. Оценить соответствие кратности назначения ЛП соблюдение сроков дачи, введения ЛП в соответствии с назначением с фиксацией времени введения/дачи ЛП в листах назначений.

4.9.5. Проверить качество заполнения медицинской документации на предмет фиксации времени введения ЛП.

3. Проверка выполнения п. 4.12 «4.12. Контроль эффективности назначения ЛП». Эксперт СМО контролирует проводимую МО оценку эффективности лечения с фиксацией в медицинской документации: «4.12.1. с оценкой эффективности лечения, включая: - Жалобы; - Клиника; - Лабораторно-диагностические показатели; - Приверженность/активный контроль назначений.

III. Экспертная деятельность СМО требует учета реализации п. 2.6. Рекомендаций «2.6. Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре» по основным рискам, связанным с процессом оказания экстренной помощи:

Эксперт СМО проверяет риск причинения вреда здоровью пациента не выполнением п. 6.4 «**6.4. Своевременность оказания помощи при поступлении/обращении пациента в стационар -соблюдение временных нормативов при поступлении в стационар (этапов госпитализации)**:

- 6.4.4 своевременность начала первичного осмотра врача;
- 6.4.6 своевременность перевода в отделение/операционную/АРО/ОРИТ/ПИТ; отказа в госпитализации и направления на амбулаторное лечение;
- 6.4.7 своевременность выполнения различных видов диагностических исследований;
- 6.4.8 исполнение временных требований порядков и клинических рекомендаций по оказанию помощи при некоторых состояниях (например, ОНМК, ОКС и т.д.).

IV. Экспертная деятельность СМО требует учета реализации п. 2.7. Рекомендаций: «**2.7. Преемственность медицинской помощи.** Непрерывность оказания медицинской помощи является одним из важнейших условий для достижения положительного результата. Нарушение преемственности приводит к задержке постановки диагноза, значит, и начала эффективного лечения, потерей результатов исследований и необходимости проведения повторных, назначения неправильного, неадекватного лечения, к медицинским ошибкам, ятрогении и т. д».

Спасибо за приглашение и внимание!

