

**Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи.- 2017.- : 6.- С. 36-39.
Национальная стратегия по борьбе с онкологическими заболеваниями:
адресное информационное сопровождение онкологических больных**

Старченко А.А.

член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре
д.м.н., профессор МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского;

Российским онкологическим научным центром им. Н.Н. Блохина подготовлен проект национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями на период 2018 – 2030 годов, в которой определены приоритеты, цели и основные направления государственной политики в области борьбы с онкозаболеваниями, направленные на снижение смертности лиц трудоспособного возраста, на профилактику и снижение уровня инвалидизации. Достичь этого предполагается за счет ранней выявляемости заболевания, повышения доступности и качества медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение, высокотехнологичную специализированную помощь, медицинскую реабилитацию и паллиативную помощь.

Онкологи ставят такие задачи, как укрепление нормативно-правового обеспечения организации онкопомощи, продвижение скрининговых программ для раннего выявления онкологических заболеваний (не менее 80% охвата скринингами целевых групп), обеспечение диспансерного наблюдения. Планируется внедрять информационно-коммуникационные технологии и формировать систему телемедицинских консультаций между медицинскими организациями разного уровня. Современное онкологическое лечение предполагает внедрение высокоэффективных радиологических, химиотерапевтических и комбинированных хирургических методов на основе клинических протоколов, а также развитие инновационных методов диагностики и лечения (персонализированная фармакотерапия, регенеративная медицина).

Официальные данные Росстата за 2015 год показывают, что смертность от злокачественных новообразований в России находится на втором месте (205 на 100 тыс. населения) после смертности от болезней системы кровообращения (635 на 100 тыс. населения), что диктует необходимость неотложной разработки ряда медико-экономических мер на базе сложившихся реально пополняемых информационно-экспертных баз данных системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

Комитет по социальной политике Совета Федерации Федерального Собрания РФ в рамках Круглого стола от 20.06.2016 г. на тему «Оценка эффективности работы страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования» выработал ряд актуальных рекомендаций:

- осуществление межведомственного взаимодействия в сфере ОМС с целью повышения качества медицинской помощи и снижения смертности населения от управляемых причин;

- ежегодный анализ и оперативное внесение изменений в перечень нозологических форм, являющихся основными причинами смертности в Российской Федерации, по которым в 100 процентах случаев проводится целевая экспертиза качества медицинской помощи по летальным исходам, в т.ч. разрешить субъектам Российской Федерации расширять данный перечень с учетом имеющихся задач и территориальных особенностей;

- регулярный анализ финансовых санкций по результатам контрольных мероприятий в разрезе медицинских организаций для выработки рекомендаций по устранению и дальнейшему недопущению их повторений;

- органам государственной власти субъектов Российской Федерации: обеспечить необходимое содействие и контроль за реализацией полномочий страховых медицинских организаций в системе ОМС, в том числе по созданию института страховых представителей; проводить анализ и оценку деятельности страховых медицинских

организаций, с целью выработки предложений, направленных на повышение эффективности их работы.

С целью дальнейшего совершенствования института страховых представителей 2-3 уровня в системе ОМС и повышения доступности онкологической помощи к реализации предлагаются принципы и система адресного информационного сопровождения онкологических больных с целью повышения доступности медицинской помощи и увеличения продолжительности жизни пациентов, включающие три группы мер:

1) собственно информационно-сопроводительные меры – создание информационной медицинской базы (регистра) онкологических больных, доступной для экспертов СМО и ТФОМС субъекта, онкологов медицинских организаций, органа управления здравоохранением субъекта РФ и общественного профессионального объединения медицинских работников субъекта РФ с целью контроля за своевременностью выявления новообразований на ранних клинических стадиях, маршрутизацией пациентов для получения максимально раннего радикального лечения и выявления осложнений и дефектов медпомощи, динамическим диспансерным ведением пациента;

2) медико-экспертная – действенный контроль за своевременным оказанием комплексной онкологической помощи с целью недопущения прогрессирования ранних клинических стадий новообразования в поздние и за паллиативным лечением и ведением пациента с поздними клиническими стадиями. К медико-экспертным мероприятиям должно быть отнесено создание полноценной системы контроля он-лайн за своевременностью, объемом, доступностью онкологической медицинской помощи, что приведет к повышению служебной дисциплины в оказании медицинской помощи исключит дефекты, как связанные с невнимательностью к пациенту, так и с простым имеющегося медицинского оборудования в период финансового кризиса и концентрации материальных ресурсов для достижения приемлемого результата в оптимальные сроки;

3) организационно-финансовая – комплекс мер по оперативному управлению объемами онкологической помощи в различных медицинских организациях, в т.ч. экстерриториально с целью своевременного оказания комплексной онкологической помощи и недопущения прогрессирования ранних клинических стадий новообразования в поздние.

Собственно информационно-сопроводительный ряд мер включает следующие.

1. Внесение по согласованию с ФФОМС в реестр пролеченных пациентов, представляемый медицинской организацией (МО) в СМО, дополнительных информационных полей, содержащих «реперные точки» доступности и качества онкологической помощи: в соответствии с приказами МЗ РФ об утверждении стандартов первичной медико-санитарной и специализированной помощи при злокачественных новообразованиях, а также разделом «Наблюдение» конкретных клинических онкологических протоколов:

- код нозологии, код специалиста, номер и дата диспансерного приема за период наблюдения 1, 2 и т.д.;

- код необходимых назначенных и выполненных клинических и параклинических мероприятий; медицинские показания для привлечения профильных специалистов (химиотерапевт, радиолог, онкоуролог, онкогинеколог, кардиолог, специалист по органам, в которых обнаружены метастазы и др.);

- даты проведения осмотров профильных специалистов и типовые рекомендации, как изменяющие диспансерный учет, так и изменяющие тактику ведения пациента;

- даты направления на последующий этап (хирургия, химиотерапия, лучевая терапия);

- даты реализации направления на последующем этапе лечения;

- гистологическая природа новообразования (код гистологии по классификации МКБ-О);

- серия и номер вводимого химиотерапевтического препарата, доза, кратность введения.

2. Интеграция с действующим Канцер-регистром (письмо МЗ и СР РФ от 17.08.2011 г. N 14-3/10/2-8051 «Об организационно-методической помощи и поддержке онкологической службы РФ»: «В условиях перехода медицинских учреждений России на регистрацию и наблюдение за больными в системе Федерального ракового регистра врач-онколог ПОК на каждого больного заполняет "Регистрационную карту больного злокачественным новообразованием" (форма N 030-6/ГРР). "Регистрационная карта" является расширенным аналогом "Контрольной карты диспансерного наблюдения больного со злокачественным новообразованием" и соответствует программному продукту "Информационно-аналитическая система "Канцер-регистр" (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ N 2008612165).

3. Создание базы данных онкологических больных на сервере ТФОМС Калининградской области с доступом к нему он-лайн, как экспертов СМО, так и врачей онкологов с возможностью формирования отчетных форм, предусмотренных Канцер-регистром.

4. Меры информационного сопровождения каждого онкологического больного страховым представителем 2-3 уровня.

4.1. Контроль своевременного получения пациентом направления на последующий этап лечения: напоминание лечащему врачу о необходимости выдачи направления.

4.2. Напоминание пациенту смс-рассылкой или иными мессенджерами о дате последующего диспансерного приема или консультации, операции, сеанса лучевой или химиотерапии.

4.3. Выяснения причин «не появления» пациента на необходимом для него этапе онкопомощи: отказ в выдаче направления и нарушение принципа преемственности; психологические трудности и проблемы самого пациента (страх предлагаемого лечения).

4.4. Меры психологической поддержки и помощь пациенту с онкологической патологией направлением памятки о стандарте обследования и лечения, о правах на обезболивание и паллиативную помощь, в т.ч. с помощью электронных мессенджеров и мобильных приложений к персональным телекоммуникационным системам.

5. Создание полноценной системы контроля он-лайн за своевременностью, объемом, доступностью онкологической медицинской помощи, что приведет к повышению рабочей дисциплины при оказании медицинской помощи и исключит дефекты, как связанные с невнимательностью к пациенту, так и с простым имеющегося медицинского оборудования в период финансового кризиса и концентрации материальных ресурсов для достижения приемлемого результата в оптимальные сроки.

Медико-экспертный комплекс реализуется следующими мерами:

1. Создание на сервере действующей системы маршрутизации ТФОМС информационного доступа (домен) контроля он-лайн за своевременностью, объемом, доступностью онкологической медицинской помощи в каждой медицинской организации, специалисты которой должны выявлять ранние стадии онкологических новообразований.

2. Информационный доступ экспертам ТФОМС, СМО, главным специалистам органа управления здравоохранением субъекта РФ к серверу ТФОМС с целью выполнения своевременного оперативного текущего внутри- и вневедомственного контроля качества и доступности онкологической помощи.

3. Интеграция ТФОМС, СМО и общественного объединения врачей субъекта РФ в рабочую группу по реализации Методических рекомендаций ФФОМС по порядку проведения экспертизы качества медицинской помощи (мультидисциплинарный подход) от 15.09.2016 г. № 8546/30-5/и в части поводов для проведения целевой мультидисциплинарной экспертизы (МДЭ) качества медицинской помощи случаев летального исхода от злокачественных новообразований молочной железы у женщин по

следующим принципам:

3.1. При ТФОМС (координационный совет) создаются официальные экспертные методические группы (ЭМГ), например, онкологический по новообразованиям молочной железы и/или других локализаций, актуальных для конкретного субъекта РФ, для формирования единых принципов тематических МЭЭ и ЭКМП. Начало работы по мере возникновения в ТФОМС необходимости организовать и провести такую тематическую МДЭ, например, летальные исходы при новообразованиях молочной железы, легких, желудка и др..

ТФОМС, исходя из данных статистики смертности по профилям, формирует первоочередность создания данных групп.

3.2. Руководитель экспертной методической группы. В качестве Руководителя экспертной группы могут привлекаться только эксперты качества медицинской помощи из территориального и/или единого реестра экспертов качества медицинской помощи соответствующей клинической специальности – онкология с возможностью привлечения химиотерапевта, радиолога, онкогинеколога, онкоуролога, гематолога, клинического фармаколога, реаниматолога и др. сотрудников кафедр научных и образовательных учреждений, главные внештатные специалисты органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, при условии, что являются экспертами качества медицинской помощи, включенными в территориальный или единый реестр экспертов качества медицинской помощи.

3.3. В состав ЭМГ включаются эксперты качества медицинской помощи (КМП), включенные в реестр экспертов, предлагаемые СМО по специальностям, упомянутым в Порядке оказания медпомощи по профилю ЭМГ, эксперты-организаторы от каждой СМО и ТФОМС.

Например, ЭМГ по онкологии: терапевт, химиотерапевт, радиолог, онкогинеколог, онкоуролог, гематолог, клинический фармаколог, анестезиолог-реаниматолог, нейрохирург и др.

3.4. На заседании экспертной группы ЭМГ решаются следующие вопросы:

1) объем тематической экспертизы с точки зрения репрезентативности выборки (перечень МО, количество экспертиз);

2) срок выполнения экспертиз (квартал, полугодие и т.д.);

3) отбираются критерии экспертизы, которые могут быть переданы на МЭЭ по типу «да-нет», т.е. однозначные и одномодальные критерии ненадлежащего КМП, связанные с летальным исходом;

4) специальности экспертов;

5) отбираются критерии передачи после этапа МЭЭ на этап ЭКМП;

6) отбираются многомодальные критерии КМП, которые будут изучаться экспертами на этапе МДЭ.

3.5. Принимается протокол экспертной группы с перечислением выше указанных критериев (например, управляемые критерии летальности), который утверждается ТФОМС или его координационным советом.

3.6. В течение утвержденного срока СМО проводят МЭЭ по утвержденным одномодальным критериям типа «Да-Нет».

3.7. Затем экспертам КМП по утвержденным профилям предлагается проведение ЭКМП по страховым случаям, переданным с этапа МЭЭ по утвержденным критериям.

3.8. Возможна организация МДЭ по типу «мозгового штурма»: по требованию ТФОМС все эксперты всех СМО собираются в один день (или определенные дни по мере поступления меддокументации) в одном месте (ТФОМС, ЛПУ) и проводят МДЭ КМП.

3.9. Результаты МЭЭ и ЭКМП всех СМО выносятся на заседание ЭМГ, где по, н-р, управляемым критериям летальности при конкретной нозологии, принимаются реально действующие управленческие предложения – организационные (маршрутизация),

ресурсные, информационные, нравственные, образовательные и иные, в т.ч. направленные на застрахованных лиц и формирования у них приверженности здорового образа жизни.

4. Преимущества данной схемы - реализация рекомендаций Круглого стола Комитета социальной политики Совета Федерации о повышении роли СМО в анализе смертности населения от 20.06.16 г.:

4.1. Экономия временных и кадровых ресурсов: научно обусловленное статистическое число страховых случаев, по результатам МДЭ которых возможно статистически достоверные выводы.

4.2. Формирование единого экспертного поля по тематике с учетом мнения профильного медицинского сообщества (внештатные главные специалисты и опытные авторитетные врачи участвуют в формировании критериев КМП и выявления дефектов, в т.ч. с точки зрения внутренней мультидисциплинарности самой клинической онкологии: онкогинекология, онкоурология, химиотерапия, радиология и др.) – повышения степени доверия и уважения к врачу.

4.3. Сроки проведения МДЭ по летальным исходам не восстановят прав умершего застрахованного, поэтому срок выполнения МДЭ не должен быть функциональным препятствием для объективности выводов. ТФОМС, участвуя в этом проекте, смогут объективно и реально оценить все проблемы и трудности СМО при каких-либо ограничениях сроков проведения ЭКМП.

4.4. Единые критерии тематической МДЭ в форме, например, «мозгового штурма» позволят сократить множественность посещений МО разными экспертами (паралич работы МО 10 экспертами, на что обращает внимание Президент Национальном медицинской палаты Л.М. Рoshаль).

4.5. Повышение роли ТФОМС в сфере здравоохранения субъекта РФ и уважения к нему среди профессионалов, т.к. утверждаемые ТФОМС предложения МДГ будут реальными проектами управленческих решений.

4.6. ФФОМС сможет представить координационному совету и правлению реальные управляемые критерии, по которым предлагаются управленческие решения.

4.7. Позволит избежать вала экспертиз, по которым невозможно сделать предложения по управленческим решениям.

4.8. Позволит решить проблему отсутствия в реестре необходимого числа экспертов, например, при МДЭ онкологической помощи. В настоящее время онкологи-эксперты КМП, включенные в реестр, работающие вне областного онкологического диспансера не заключают договоры на ЭКМП в онкодиспансере. Приведенный выше механизм создания профессиональными экспертами КМП (онкологами) под руководством главного внештатного специалиста-онколога или другого авторитетного специалиста единых критериев МЭЭ позволит часть экспертиз перевести в МЭЭ. Приведенный выше механизм создания профессиональными экспертами КМП (онкологами) под руководством главного внештатного специалиста-онколога или другого авторитетного специалиста единых управляемых критериев онкологической летальности ЭКМП позволит экспертам онкологам, включенным в реестр, на основе этих критериев смело проводить ЭКМП в областных онкодиспансерах.

К организационно-финансовым мерам следует отнести следующие.

1. Разработка и утверждение органом управления здравоохранения субъекта РФ, ТФОМС с совместным участием СМО и общественного объединения врачей субъекта РФ Положения о направлении жителей субъекта РФ для получения специализированной онкологической помощи, включая ВМП, в онкологические диспансеры и медицинские организации, оказывающие специализированную онкологическую помощь, других субъектов РФ, используя метод межтерриториальных расчетов между Территориальными фондами ОМС по предварительному соглашению между ними.

Ограничения данной меры: необходимость соглашения между ТФОМС, наличие

посредников, отсутствие возможности гибкого регулирования тарифов и оплата по тарифам ТФОМС-посредника, ограничение коечного фонда потребностями собственного региона.

2. Разработка и утверждение органом управления здравоохранения субъекта РФ, ТФОМС с совместным участием СМО и общественного объединения врачей субъекта РФ Порядка и критериев оперативного надления ряда ведомственных медицинских организаций, например, РЖД или ФМБА, необходимыми для субъекта РФ объемами специализированной онкологической помощи, включая ВМП, по результатам (протоколу) заседания межведомственной областной комиссии по объемам в системе ОМС по согласованным тарифам.

Данное предложение имеет серьезные преимущества перед первой мерой: отсутствие посредника ТФОМС, возможность самостоятельного определения тарифной политики и гибкого регулирования тарифов, большая свобода коечного фонда.

3. Разработка и утверждение органом управления здравоохранения субъекта РФ, ТФОМС с участием общественного объединения врачей субъекта РФ мер материального адресного стимулирования медицинского работника, выявившего каждый случай онкологического заболевания на 1-2 клинической стадии, т.е. за усилия, способствующие достижению целевых показателей субъекта РФ по разделу «IX. Критерии доступности и качества медицинской помощи» Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи: *«- доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года».*

Таким образом, предлагаемые принципы реализации системы адресного информационного сопровождения онкологических больных с целью повышения доступности медицинской помощи и увеличения продолжительности жизни пациентов представляют собой реальное воплощение принципа пациентоориентированности и направлены на достижение целевых показателей субъекта РФ по разделу «IX. Критерии доступности и качества медицинской помощи» Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

«- смертность населения от злокачественных новообразований, в том числе городского и сельского населения (число умерших от злокачественных новообразований на 100 тыс. человек населения);

- доля пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете;

- доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года».