



Автономная Некоммерческая Организация
«Северо-Западный центр помощи пациентам «Аврора»

ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ

ЮРИДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ 2018 г.



От авторов.

При составлении данного справочника мы постарались объяснить пациентам и их родственникам, которые оказались в сложной жизненной ситуации, что не стоит сдаваться, не надо отказываться от борьбы, даже когда говорят: нет денег, нет лекарств, не положено лечить пациентов на поздней стадии и нет коек. Право на лечение и право на жизнь есть у каждого гражданина Российской Федерации. А мы поможем его отстаивать.

В справочнике приведены статьи законов, актов и подзаконных актов, согласно которым пациенту должна быть предоставлена вся необходимая помощь на любом этапе заболевания, и люди, ссылаясь на конкретные законы, акты или подзаконные акты, смогут быстрее добиваться исполнения органами власти своих обязательств перед ними.

Тем самым мы рассчитываем, что люди, ознакомившиеся с нашим справочником, смогут более эффективно и грамотно, ссылаясь на данные им государством права, самостоятельно отстаивать их в органах власти.

Есть много закрепленных законом возможностей получить всю необходимую помощь на любом этапе заболевания. Если это невозможно в своем регионе, то надо добиваться направления в соседний региональный или федеральный центр.



Раздел 1.

Вам установили онкологический диагноз. Что делать?



При выявлении злокачественной опухоли на поздней стадии в ЛПУ должен составляться «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (клиническая группа IV)» ф. № 027-2/У утв. МЗ Российской Федерации¹ «О совершенствовании системы Государственного ракового регистра».

¹ Приложение 8 к приказу Минздрава РФ от 19 апреля 1999 г. N 135



Наименование учреждения	Дата обращения	Методы исследования	Поставленный диагноз	Проведенное лечение

14. Причины поздней диагностики:

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| 01 - скрытое течение болезни | 07 - ошибка рентгенологическая |
| 02 - несвоевременное обращение | 08 - ошибка морфологическая |
| 03 - отказ от обследования | 09 - ошибка других специалистов |
| 04 - неполное обследование | 10 - другие причины |
| 05 - несовершенство диспансеризации | 00 - неизвестны |
| 06 - ошибка клиническая | |

15. Данные клинического разбора настоящего случая: _____

Наименование учреждения, где проведена конференция: _____

Дата конференции: число _____ месяц _____ год _____

Организационные выводы: _____

Подпись врача, составившего протокол _____

Подпись главного врача _____

Дата составления протокола число _____ месяц _____ год _____

* настоящий протокол составляется и на III стадию злокачественных новообразований визуальных локализаций опухоли губы (C00), основания языка (C01), других и неуточненных отделов языка (C02), десны (C03), дна полости рта (C04), других и неуточненных частей рта (C06), околоушной слюнной железы (C07), других и неуточненных больших слюнных желез (C08), небной миндалины (C09), прямой кишки (C20), заднего прохода и анального канала (C21), кожи (C44), мошонки (C63.2), вульвы (C51), полового члена (C60), молочной железы (C50), влагалища (C52), шейки матки (C53), щитовидной железы (C73), яичка (C62).

В этом протоколе отражаются все этапы обращения больного в лечебные учреждения со дня первичного обращения за медицинской помощью, там же указываются лечебные учреждения, по вине которых произошла задержка в установлении своевременного диагноза и начала лечения. После этого протокол направляется в онкологический диспансер, который берет пациента IV клинической группы на учет. Не составление протокола должно рассматриваться как сокрытие случаев несвоевременной диагностики рака.



Раздел 2.

Стационарный этап лечения.

Когда предварительный диагноз поставлен пациент направляется на лечение в специализированный онкологический стационар.

Специализированную врачебную помощь оказывают врачи-онкологи в онкологическом диспансере, либо в других профильных лицензированных медицинских учреждениях. Оформление в стационар может быть осуществлено по направлению – врача-онколога.

В стационаре могут назначить дополнительные обследования в рамках стандарта и при подтверждении диагноза злокачественного новообразования ставят на учет. Тактика лечения зависит не только от диагноза, но и распространенности заболевания и общего состояния пациента.

Общепринятые методы лечения включают в себя хирургический этап, лучевую терапию, химиотерапию. Также при лечении могут применяться сложные, уникальные и ресурсоемкие медицинские технологии.

При необходимости пациент может быть направлен на лечение в региональную или федеральную медицинскую клинику другого города, а именно:

1. в учреждения здравоохранения других субъектов РФ;
2. в федеральные государственные медицинские учреждения, находящиеся в ведении Минздрава РФ или иных ведомств.

Направление в лечебные учреждения других городов может быть выдано:

1. по заключению врачебной комиссии ЛПУ, когда пациент нуждается в получении медицинской помощи в федеральном учреждении другого города;
2. при отсутствии на территории субъекта РФ возможности оказания отдельных видов специализированной медицинской помощи, в том числе необходимости установления окончательного диагноза при нетипичном течении заболевания;
3. при отсутствии эффекта от лечения, от повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения;
4. в случае высокого риска хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний;
5. при необходимости дообследования в диагностически сложных случаях,
6. при необходимости повторной госпитализации по рекомендации федерального государственного учреждения.

Направление на лечение в специализированную клинику другого субъекта РФ выдает министерство здравоохранения региона или иное медицинское учреждение. Выдается заключение врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения и/или главного внештатного специалиста регионального Минздрава по профилю заболевания пациента. При положительном решении, комиссия выдает пациенту направление или талон на оказание специализированной медицинской помощи.



При наличии экстренных показаний к госпитализации Минздрав региона направляет пациента на госпитализацию в федеральное учреждение по предварительному согласованию с его руководством. Решение о госпитализации принимает комиссия федерального центра в десятидневный с момента оформления талона на пациента, а при очной консультации пациента – не более трех дней.

При направлении в федеральную клинику у пациента должен быть документ, подтверждающий отсутствие эффекта проводимой терапии при оказании ему специализированной медицинской помощи в учреждениях здравоохранения субъекта Российской Федерации (например, в территориальном онкодиспансере).

Направить в федеральные клиники может департамент организации медицинской помощи Минздрава РФ, если региональный Минздрав не обеспечил такое направление. Для этого нужно представить в департамент Минздрава РФ письменное обращение с персональными данными пациента и копиями медицинских документов, подтверждающих наличие медицинских показаний для оказания специализированной медпомощи.

При наличии группы инвалидности у пациента имеет право получить в Минздраве своего региона талон № 2 на право бесплатного проезда к месту лечения и обратно².



² Талон N 2 на получение специальных талонов (именных направлений) на проезд к месту лечения для получения медицинской помощи, утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 октября 2005 г. N 617 "О порядке направления гражданами органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний"



При необходимости оказания специализированной медицинской помощи, в том числе экстренной, пациент может без прохождения указанной процедуры обратиться за помощью непосредственно в федеральное государственное медицинское учреждение. Если комиссия федерального учреждения принимает положительное решение, то пациента госпитализируют, а уже потом оформляют все необходимые документы. При этом пациент должен предоставить медицинские документы, подтверждающие необходимость срочной госпитализации.

Для получения амбулаторно-поликлинической специализированной медицинской помощи пациент имеет право самостоятельно обратиться в специализированное медицинское учреждение другого города – без какого-либо направления, предъявив только паспорт и полис ОМС.

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВТМП)



Пациент, при имеющейся необходимости, имеет право на получение высокотехнологичной медицинской помощи (ВТМП). Пациент имеет право выбрать лечебное учреждение оказывающее ВТМП. Получение ВТМП возможно только при наличии направления (талона на ВТМП). Объем оказания ВТМП утвержден приказом Минздрава РФ. Изменять его нельзя. Уточнить порядок получения высокотехнологичной медицинской помощи можно, обратившись в свою страховую компанию или в региональный Минздрав.

Решение о необходимости оказания ВТМП, принимает врач, направляющий медицинские документы пациента главному внештатному специалисту по профилю заболевания пациента, например внештатному онкологу при Минздраве округа, области.

На следующем этапе, документы пациента передаются на рассмотрение отборочной комиссии Минздрава. Последняя направляет медицинские документы пациента на комиссию в любую федеральную клинику на территории РФ, оказывающую ВТМП по профилю заболевания пациента.

Комиссия клиники может отказать в оказании ВТМП, если у пациента нет показаний к ее выполнению или имеются какие-либо противопоказания.

При положительном решении комиссии пациенту выдают талон на получение ВТМП и сообщают дату будущей госпитализации. Если направление на ВТМП не может быть выдано сразу, пациента включают в лист ожидания и при первой же возможности назначают дату госпитализации. Средние сроки рассмотрения документов до принятия решения о госпитализации в клиниках от 1 до 6 месяцев. Минздрав РФ проводит ежеквартальную корректировку объемов ВТМП и выделяет дополнительные объемы ВТМП для пациентов из листа ожидания.

Если региональный Минздрав не обеспечил направление на получение ВТМП, можно обратиться в Минздрав РФ. При этом необходимо подать заявление, приложив к нему необходимую медицинскую документацию. При положительном решении Минздрав



РФ в течение 10 дней со дня регистрации письменного обращения пациента, обеспечивает оформление на пациента талона и направления на ВТМП по профилю заболевания.

Онкологическим больным квота на ВТМП выдается только на хирургическое и лучевое лечение, но не на химиотерапию. Проведение химиотерапии (одного курса) в рамках высокотехнологичной помощи разрешено лишь в случае, если она сочетается с выполнением операции или лучевой терапии. Считается, что все лекарственное лечение должно осуществляться по месту жительства больного в территориальном онкодиспансере.

Хозрасчетная помощь.

За услуги, не входящие в программу государственных гарантий, в поликлинике и в стационаре придется платить (за превышение объема по программе ОМС, стандарта лечения). В случае отказа пациента от платных услуг, объем полагающихся ему бесплатных услуг в рамках ОМС не может быть уменьшен.

Перечень услуг, входящих в объем программы ОМС, можно уточнить в страховой компании или Территориальном Фонде обязательного медицинского страхования.

Если пациенту в ЛПУ предлагают не предусмотренные программой государственных гарантий или стандартом методы диагностики, медицинские мероприятия, лекарства, лечащий врач должен проинформировать его о праве на бесплатную медицинскую помощь – разъяснить возможность получить другую, подходящую медицинскую услугу бесплатно.

На оказание платных медицинских услуг обязательно заключается договор.

Если вы заплатили за услугу, входящую в объем программы ОМС, следует сохранить чек (или же другие платежные документы, подтверждающие оплату). С этими документами далее возможно обратиться в страховую компанию для оценки страховщиком правомерности взимания денег и последующего их возмещения.

В любом случае, когда предлагают оплатить медицинские услуги, необходимо предварительно получить консультацию по телефону в страховой медицинской организации, выдавшей страховой полис ОМС.





Раздел 3.

Амбулаторный этап лечения.

После завершения стационарного этапа лечения, которое проводится курсами с периодической госпитализацией в медицинские учреждения, пациент выписывается на амбулаторное лечение под наблюдение онколога и терапевта поликлиники по месту жительства.

Пациенты с онкологическими заболеваниями подлежат пожизненному диспансерному наблюдению. Проходить контрольные осмотры специалистов и обследование нужно в течение первого года – один раз в три месяца, в течение второго года – один раз в шесть месяцев, в дальнейшем – один раз в год.

Для обеспечения лекарственными препаратами на амбулаторном этапе лечения необходимо обратиться к лечащему врачу пациента в поликлинике по месту жительства. Необходимое лекарство должно быть назначено врачом, а затем на него должен быть выписан льготный рецепт.

Случается так, что в поликлиниках отказываются выписывать льготный рецепт при отсутствии лекарств в аптеке. Такие действия неправомерны. По действующему законодательству отсутствие лекарства в льготной аптеке не должно являться причиной отказа в выписке рецепта, наоборот, рецепт необходим, чтобы поставить его на отсроченное обслуживание³.

Если Вам отказали в лекарственных препаратах, что делать?

Можно обратиться:

- ❖ к заведующему поликлиникой, врачи которой отказываются выписать льготный рецепт;
- ❖ с жалобой на лечебное учреждение, отказывающее в обеспечении льготными препаратами, в отдел лекарственного обеспечения Минздрава региона;
- ❖ с жалобой на действия регионального Минздрава можно обратиться письменно в территориальный орган Росздравнадзора, который осуществляет контроль за лекарственным обеспечением инвалидов;
- ❖ в прокуратуру с жалобой на несоблюдение вышеуказанных нормативных актов о праве онкобольного на получение льготных лекарств.

Как правило, пациенты получают медицинскую помощь в территориальной поликлинике, по месту жительства, но по закону пациент имеет право выбрать медицинскую организацию и врача.

³ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12 февраля 2007 г. N 110 "О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания"; Постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 г. N 890 "О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения"



Пациент имеет право выбрать поликлинику в любом районе города, например, если он живет не по прописке или ему удобнее проходить лечение возле работы.

Чтобы прикрепиться к новой поликлинике, пациенту необходимо подать заявление на имя главного врача в ту поликлинику, где хочет лечиться, предъявив паспорт РФ и полис ОМС. В заявлении указываются место фактического проживания, место регистрации. Желательно (но не обязательно) при себе иметь документы, подтверждающие эту необходимость: временную регистрацию или договор найма жилья в простой письменной форме с собственником жилья, справку с места работы.

При переходе из поликлиники ближайшей к месту жительства в другой район (например, около места работы) необходимо иметь в виду, что врач по вызову на дом может не прийти. Вопрос посещения пациента на дому нужно заранее уточнить у главного врача новой поликлиники и в страховой компании, выдавшей пациенту полис ОМС.

Отказать в прикреплении имеют право по причине загруженности поликлиники. В этом случае нужно запросить у главного врача отказ в письменной форме и с ним обратиться в орган управления здравоохранением (Минздрав или департамент здравоохранения), страховую компанию. Они должны проверить, действительно ли в поликлинике больше нет мест и допустимо ли сделать исключение.

При выдаче направления, лечащий врач обязан проинформировать пациента обо всех медицинских организациях, которые участвуют в реализации Территориальной программы государственных гарантий, и уже из этих организаций пациент имеет право выбрать любую.

Пациент имеет право на выбор врача с учетом согласия последнего.

Для этого необходимо подать заявление на имя руководителя медицинской организации и указанием причины замены. Руководитель обязан оказать в этом содействие.

Право получать медицинскую помощь – стационарную и амбулаторную – бесплатно по месту своего фактического проживания и работы в любом городе предоставляют закон⁴ и полис ОМС, который является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации.

Получать медицинскую помощь в другом городе пациент будет в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования, а не территориальной, объем которой шире.

Отказать в прикреплении по причине загруженности в ЛПУ другого города не имеют права, в противном случае пациент вообще не сможет получить медицинскую помощь.

⁴ Ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".



При отказе в прикреплении к ЛПУ по месту своего фактического проживания и работы в любом городе необходимо обращаться в:

1. представительство страховой медицинской компании в городе временного проживания;
2. в территориальный фонд обязательного медицинского страхования;
3. в региональный орган управления здравоохранением.

Чтобы получить плановое лечение в специализированном онкодиспансере по месту фактического проживания в другом городе, необходимо после прикрепления к поликлинике получить туда направление от врача-терапевта, онколога либо хирурга поликлиники. Тогда операция и все последующее лечение в онкодиспансере будут проводиться бесплатно по полису ОМС. Кроме того, прикрепление к поликлинике даст иногороднему пациенту-инвалиду возможность получать рецепты на обезболивающие лекарства, в том числе наркотические, что бывает необходимо при переезде одинокого онкопациента к родственникам в другой город.



Раздел 4.

Помощь в получении медикаментов.

Для лечения онкологического больного в современных условиях требуется применение различных лекарственных препаратов. Это препараты, замедляющие рост опухоли, различные обезболивающие, препараты, улучшающие общее состояние пациента, лекарственные средства, применяющиеся для профилактики и лечения осложнений. Различные их комбинации позволяют добиться длительной ремиссии заболевания. Жизненно необходимые препараты предоставляются пациенту по решению врачебной комиссии поликлиники.

Своевременное применение лекарственных средств на каждом этапе одинаково важно, как удаление опухоли во время операции. Поэтому большинству пациентов показано продолжение лечения после выписки из стационара.

К сожалению, не всегда получается своевременно получить необходимый препарат. Причиной этого являются перебои с обеспечением лекарственными средствами, которые, в свою очередь, объясняются недостаточным финансированием. Однако это не может быть основанием для отказа в получении медицинской помощи или обеспечении лекарствами.

"Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений". Статья 41 Конституции РФ.

Лекарственные препараты могут быть оригинальные и дженерики. В чем разница?

Оригинальное лекарственное средство – это препарат, который производит фармкомпания, разработавшая его, прошедший все клинические многоцентровые рандомизированные исследования, защищенный патентом. Дженерик – это препарат-аналог патентованных лекарственных средств, продающийся под химическими или генерическими (МНН) названием после истечения срока патентной защиты на соответствующее лекарственное средство.

Разработка лекарства, проведение доказательных его эффективности и безопасности исследований, получение и регистрация патента очень дорогостоящее мероприятие. Именно поэтому дженерики всегда намного дешевле оригинала по причине того, что производители не тратятся ни на их разработку, ни на клинические исследования. Однако оригиналы лекарств и дженерики отличаются по качеству субстанции действующего вещества и по вспомогательным компонентам. В настоящее время требований к дженерикам насчет вспомогательных веществ вообще нет: производитель имеет право использовать практически любые компоненты, главное, чтобы активное вещество было в необходимой концентрации.

Если вам назначили препарат дженерик, а его действие сомнительно или отсутствует, необходима его замена. Для того чтобы получить оригинальный препарат – пациент должен подтвердить индивидуальную непереносимость дженерика в стационаре или дома.



Для этого необходимо обратиться в медицинское учреждение или вызвать врача на дом и зафиксировать индивидуальную непереносимость препарата, сохраняющуюся в течение нескольких применений препарата дженерика, который был ранее подтвержден решением врачебной комиссии лечебного учреждения (в стационаре или в поликлинике) в медицинской карте пациента.

Далее сведения о лекарственной непереносимости врач должен направить в органы территориального Росздравнадзора, заполнив «Извещение о побочном действии, нежелательной реакции или об отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства».

Если у вас есть сомнение в должном качестве и\или подлинности препарата, необходимо обратиться в информационно-справочную службу «Фармконтроль» по телефонам горячей или справочной линии.

Лечение в условиях стационара по полису ОМС бесплатно, включая обеспечение лекарственными препаратами. Лекарства назначает лечащий врач, после чего они предоставляются пациенту. Врач назначает лекарство, если оно входит в утвержденный стандарт по заболеванию пациента и в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП)⁵. Лекарства в стандартах и перечнях указываются под международным наименованием (МНН). Лекарства из стандарта и перечня ЖНВЛП всегда должны быть в наличии в стационаре и предоставляться пациенту бесплатно.

Лекарство, не входящее в перечень ЖНВЛП, может быть предоставлено пациенту в следующих случаях:

- ❖ в случае его замены из-за индивидуальной непереносимости;
- ❖ по жизненным показаниям;
- ❖ при нетипичном течении заболевания, наличии осложнений основного заболевания или сопутствующих заболеваний;
- ❖ при назначении лекарственных препаратов, особенности взаимодействия и совместимости которых приводят к снижению эффективности и безопасности фармакотерапии и создают потенциальную опасность для жизни и здоровья пациента.

Указанные факты должны быть доказаны и фиксироваться в медицинских документах пациента лечащим врачом. Назначаются лекарства уже не врачом единолично, а согласовываются с заведующим отделением или ответственным дежурным врачом, другим уполномоченным лицом, с врачебной комиссией стационара.

Не входящие в стандарт лекарства также предоставляются по жизненным показаниям по решению врачебной комиссии.

Обеспечение противоопухолевыми лекарствами амбулаторно.

Для назначения противоопухолевого лечения проводится врачебный консилиум, на нем утверждаются необходимые для пациента лекарственные препараты. Далее лечащий врач-онколог включает плановую потребность пациента в лекарстве в заявку и передает ее

⁵ В 2018 году такой перечень утв. Распоряжением Правительства РФ от 23 октября 2017 г. N 2323-р.



главному врачу для корректировки и формирования сводной заявки по онкодиспансеру. Затем сводная заявка направляется в Минздрав региона на утверждение.

Дешевые противоопухолевые лекарства также назначаются на консилиуме врачей онкодиспансера, потом лечащий врач-онколог выдает пациенту рекомендации для поликлиники на выписку лекарства, но саму заявку уже формирует не онкодиспансер, а врач-терапевт поликлиники (ЛПУ) по месту жительства.

На основании сводных заявок поликлиник Минздравом области организуются государственные закупки лекарств путем размещения госзаказа. Перечень закупаемых лекарств под международными наименованиями указывается в спецификации и прилагается к контракту. По результатам размещения госзаказа с поставщиками, признанными победителями, заключается государственный контракт, по которому поставщик обязуется поставить лекарственные препараты согласно спецификации.

После проведения закупок уполномоченная фармацевтическая компания обеспечивает льготников лекарствами через социальные аптеки.

При возникновении побочных явлений у пациента на фоне приема препарата (зафиксированных в медицинской документации пациента: ухудшение состояния здоровья, или подтвержденная индивидуальная непереносимость), Минздрав должен решать вопрос о разовой закупке необходимого пациенту препарата.

Также если потребность в утвержденную заявку уже включена и лекарство закуплено, проблем с получением лекарства по льготному рецепту в аптеке быть не должно. Узнать о том, включена ли потребность пациента в лекарстве в сводную заявку по онкодиспансеру или по поликлинике на определенный период, можно у лечащего врача и в отделе лекарственного обеспечения регионального Минздрава.

Для получения необходимого лекарства, выданный врачом рецепт нужно предъявить в льготную аптеку. При отпуске препарата, положенного по федеральной или региональной льготе, сотрудник аптеки может заменить его на аналог – это правомерно, но факт замены должен быть согласован с лечащим врачом. Для этого врач указывает свой телефон на рецепте.

Если при обращении необходимо лекарство в льготной аптеке отсутствует, то необходимо поставить рецепт на отсроченное обслуживание. В этом случае рецепт принимается аптекой на обеспечение и регистрируется в специальном журнале «неудовлетворенного спроса» или «отсроченного спроса».

На рецепте сотрудник аптеки должен поставить отметку о дате постановки рецепта на учет, указать номер аптеки, расписаться и вернуть рецепт пациенту.

После принятия рецепта аптека должна сразу сделать заявку на лекарственный препарат в уполномоченную за поставку льготных лекарств в регион фармацевтическую компанию и предоставить лекарство пациенту в течение 10-16 дней. Если лекарство есть в другой льготной аптеке, его должны доставить больному не позднее 10 дней с момента постановки рецепта на отсроченное обслуживание. Если при нахождении на отсроченном обслуживании срок действия рецепта истекает, то по такому рецепту возможен отпуск лекарственного средства без его переоформления, за исключением наркотических и подлежащих учету лекарственных средств.

После того как рецепт был поставлен на отсроченное обслуживание, фармацевтическая компания должна организовать доставку препарата со склада в аптеку в течение 10 дней с момента регистрации рецепта в журнале аптеки. В случаях отсутствия



препарата на складе, фармацевтическая компания должна обеспечить его закупку и поставку в аптечную сеть в необходимом количестве в течение 16 дней. Это максимальный срок, за который пациенту должны предоставить необходимое лекарство.

Если врачи или аптека утверждают, что лекарства нет и не будет, пациент может сам позвонить в фармкомпанию, осуществляющую поставки льготных лекарств в регион, и выяснить, есть ли на складе то или иное лекарство, когда оно будет доставлено в льготную аптеку, по какой причине отсутствует, а также уведомить, что рецепт принят аптекой на отсроченное обслуживание, так как аптека может и не уведомить фармкомпанию об отсроченном рецепте. Телефон уполномоченной фармкомпании имеется в льготной аптеке.

Правила отсроченного обслуживания должны применяться при предъявлении рецептов как федеральными, так и региональными льготниками.

Самостоятельная покупка лекарственного препарата.

Если в течение 16 дней в аптеку не поступило должное лекарственное средство, то можно приобрести его за свой счет, сохранив кассовый чек и рецепт с отметкой аптеки.

Далее необходимо написать претензию в уполномоченную фармацевтическую компанию о компенсации денежных средств, потраченных на приобретение льготного лекарства. Маловероятно, что эта претензия будет удовлетворена, но ответ на нее пригодится пациенту в случае обращения в суд с иском о возмещении убытков с ответственных за лекарственное обеспечение уполномоченных органов. Исходя из ответа на претензию, можно будет определить ответчика в суде. При этом в качестве ответчика всегда нужно привлекать уполномоченную фармкомпанию и местный Минздрав, а суд определит, по чьей вине пациент не обеспечен лекарством.

Если пациент купит за свой счет препарат по рецепту, не поставленному на отсроченное обслуживание, суд имеет право отказать в иске о возмещении денежных средств, посчитав, что аптека могла предоставить лекарство, но пациент своим правом получения льготного лекарства не воспользовался.

Льготы на лекарственные препараты.

После того как пациенту назначили на врачебном консилиуме или комиссии лечебного учреждения необходимые препараты на них выписывается льготный рецепт для предъявления в социальную аптеку, где пациент получает их бесплатно. Онкобольным лекарства бесплатно предоставляются в том случае, если они входят в льготные перечни: федеральный – для инвалидов и региональный – для лиц с онкозаболеваниями, не имеющих группы инвалидности. Если оформлена инвалидность, список льготных препаратов автоматически расширяется, а доступ к ним облегчается. (Как онкологическим пациентам оформить группу инвалидности, чтобы получить положенные по закону медикаменты, подробно рассказано в главе «Трудоспособность. Освидетельствование медико-социальной экспертизой. Трудности и пути их решения.»).

Федеральные льготники (инвалиды с социальным пакетом) имеют право⁶ на получение по медицинским показаниям лекарств Перечня жизненно необходимых и

⁶ Подпункт 1 пункта 1 статьи 6.2. Федерального закона от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи".



важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения⁷. Если лекарство под международным наименованием входит в этот перечень, то на него должен быть выписан льготный рецепт по любому заболеванию, имеющемуся у инвалида, а не только по онкологии.

В набор социальных услуг инвалида, в том числе входит обеспечение лекарствами – по рецепту врача в соответствии со стандартами медицинской помощи.

Для получения льготного рецепта, инвалид предъявляет в поликлинику по месту жительства следующие документы:

1. паспорт;
2. полис обязательного медицинского страхования (ОМС) установленного образца;
3. документ, подтверждающий право на получение набора социальных услуг;
4. справку, выданную Пенсионным фондом РФ.

Региональные льготники – это пациенты, страдающие онкозаболеваниями, по тем или иным причинам не имеющие группу инвалидности (в тех случаях, когда она снята или не установлена). Они также обеспечиваются льготными лекарственными препаратами.

Лекарства из перечня льготных назначаются врачом по медицинским показаниям, а не по желанию пациента.

Если лекарство в региональный перечень не входит, то получить его можно по медицинским показаниям по решению врачебной комиссии поликлиники.

Для получения льготного лекарства по региональной льготе необходимо, чтобы лечащий врач, выписывающий лекарства, включил вас в региональный регистр льготников.

Онкопациент, не имеющий группы инвалидности, но страдающий злокачественным новообразованием, имеет право на бесплатное получение лекарств не только по онкологии, но и по любому другому заболеванию, например по артериальной гипертензии, сахарному диабету.

При условии назначения лекарства лечащим врачом основанием для получения льготных лекарств является Постановление Правительства РФ⁸, а перечень льготных лекарств содержится в Приложении к территориальной программе государственных гарантий региона.

Ознакомиться с Территориальной программой государственных гарантий и региональным перечнем лекарств вы можете в страховой компании, территориальном фонде ОМС, на сайте органа управления здравоохранением (Минздрава, департамента) региона.

Инвалид может отказаться от льгот, в том числе и от лекарственного обеспечения, в пользу денежной выплаты, однако онкопациенту лучше от этого воздержаться. Ведь в случае отказа он лишается права на бесплатное обеспечение препаратами по рецептам врача за счет средств федерального бюджета. А цена их для онкологического пациента зачастую несопоставима с денежной выплатой. Восстановить льготу на лекарственные

⁷ В 2018 году утв. Приложением N 1 к распоряжению Правительства Российской Федерации от 23 октября 2017 г. N 2323-р.

⁸ Постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 г. N 890 "О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения"



препараты можно будет только с 1 января следующего за годом подачи заявления о возобновлении льгот.

В случае отказа пациента от льгот, они не перестают быть онкобольными, проживающими на территории определенного региона, поэтому на них распространяется действие постановления правительства № 890 от 30 июля 1994 г. и положения Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. На этот счет даже имеется специальное разъяснение Минсоцразвития РФ⁹.

⁹ Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 февраля 2006 г. N 489-ВС "Об отпуске лекарственных средств населению по рецептам врачей при амбулаторном лечении бесплатно и с 50-процентной скидкой"



Раздел 5.

Трудоспособность. Освидетельствование медико-социальной экспертизой. Трудности и пути их решения.

Онкологические больные трудоспособного возраста после комплексного лечения с нетерпением ждут возврата к обычному образу жизни и работе. Однако результат лечения при установленном онкологическом диагнозе часто непредсказуемый, а само лечение длительное и дорогостоящее. Именно поэтому оправданно оформление инвалидности.

Группа инвалидности обеспечивает пациенту ряд льгот:

- ❖ получение денежного пособия (пенсия по инвалидности и ежемесячная денежная выплата – ЕДВ);
- ❖ обеспечение льготными бесплатными препаратами;
- ❖ бесплатный проезд к месту лечения и обратно;
- ❖ компенсации при оплате услуг ЖКХ;
- ❖ трудовые льготы.
- ❖

Большое значение для онкопациента имеет возможность получения льготных дорогостоящих противоопухолевых препаратов, которые необходимы для продолжения лечения. Получение их по федеральной льготе значительно легче, чем по региональной (без группы инвалидности).

Группу инвалидности онкопациенту устанавливают для прохождения длительного противоопухолевого лечения, которое длится от года и более. Также назначение ее связано с неопределенным или плохим прогнозом онкозаболевания (риском развития метастазов) и невозможностью работать в первое время от начала лечения.

Группу инвалидности онкологическому пациенту устанавливают не сразу после операции, а, как правило, через три-четыре месяца после начала лечения, если его необходимо продолжать. Чаще сначала устанавливают 2-ю группу инвалидности на один год с последующим ее понижением и при отсутствии ухудшений снятием.

Срок листа нетрудоспособности перед направлением на МСЭ зависит от клинического и трудового прогноза. При благоприятном прогнозе, больничный лист может продлеваться до 10 месяцев или даже до года. В прогностически неблагоприятном случае, врач должен выдать направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ) не позднее, чем через 4 месяца после начала лечения.

Для проведения медико-социальной экспертизы пациент должен получить у лечащего врача поликлиники по месту жительства (онколог, терапевт, хирург) направление. Лечащий врач оформляет посыльный лист на МСЭ для прохождения узких специалистов, диагностики и анализов и выдает пациенту. После того как пройдены узкие специалисты и врачебная комиссия поликлиники (ЛПУ), посыльный лист направляют в бюро МСЭ, а пациента извещают о сроках явки на освидетельствование.



Лечащий врач обязан направить на МСЭ пациента с онкологическим заболеванием:

- радикально леченных больных, закончивших лечение, но утративших возможность работать;
- больных, получающих химио- и гормонотерапию;
- больных с сомнительным прогнозом;
- больных с рецидивом и появлением отдаленных метастазов;
- больных с прогрессирующим течением заболевания после паллиативного лечения.

Оформление группы инвалидности не зависит от места прописки – ее можно оформить по месту фактического проживания в другом городе. При возникновении проблем следует обратиться к руководителю главного бюро МСЭ той области, где временно проживает пациент.

Инвалидами признают не всех, кто плохо себя чувствует и не может работать. По закону для установления инвалидности необходимы три условия:

1. нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма (заболевание);
2. ограничение жизнедеятельности (в результате заболевания);
3. необходимость в мерах социальной защиты (пенсия по инвалидности, реабилитационные мероприятия, лекарства, ТСР и др.).

МСЭ определяет ограничения жизнедеятельности (ОЖД) в результате заболевания пациента и в зависимости от их выраженности устанавливает ту или иную группу инвалидности. Критериев ОЖД семь: ограничение способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, общению, возможности контролировать свое поведение, обучению, трудовой деятельности.

Если у онкопациента за три года нахождения на инвалидности не выявлено рецидивов и метастазов опухоли, он закончил противоопухолевое лечение и у него не возникли другие заболевания, ограничивающие жизнедеятельность, группу инвалидности снимают.

Но за эти три года у пациента с онкологическим диагнозом могут возникнуть другие серьезные заболевания и уже они могут стать основанием для установления инвалидности.

Чтобы получить инвалидность по сопутствующим заболеваниям, их необходимо лечить амбулаторно (не забывая периодически брать больничный лист) и стационарно в течение не менее 6 месяцев, а лучше – года, что подтвердит стойкость заболевания. Факт того, что заболевание лечению не поддается, должен быть подтвержден отрицательной диагностикой. Лечащий врач, указывая в медицинских документах наличие заболевания, должен указать и степень его выраженности. Признаки инвалидности по сопутствующим заболеваниям будет определять МСЭ исходя из оценки ОЖД в семи указанных выше категориях. Поскольку на МСЭ не принимаются утверждения о плохом самочувствии пациента, приносите на комиссию все имеющиеся диагностические исследования с отрицательной динамикой заболевания.

Установление работнику инвалидности не является основанием для увольнения, если выполняемая им работа не противопоказана ему по состоянию здоровья. В



противном случае важно какие противопоказания установлены: ограничивающие определенные сферы труда (к примеру, только поднятие тяжестей) или признание полностью не способным к трудовой деятельности. Указание о характере ограничений указывается в индивидуальной программе реабилитации инвалида.

В случае если работнику ограничены определенные сферы труда, то работодатель должен создать для него условия для выполнения работы или предложить перевод на вакантную должность. Отсутствие вакансии (невозможность создания условий) влечет за собой увольнение с одновременной выплатой выходного пособия из расчета заработной платы за две недели работы. Также важен срок, в течении которого работник может восстановить свое здоровье: если он не превышает четырех месяцев, то работодатель должен предложить работнику вакансии, но отказ не влечет за собой увольнение, а означает отстранение от работы с сохранением среднемесячного заработка до конца выздоровления.

Некоторые работодатели, решив уволить такого работника, могут начать сокращение численности или штата. При сокращении работодатель обязан учитывать квалификацию работника и преимущественное право на оставление на работе. Известить о сокращении работника должны письменно и заранее – за 2 месяца. При сокращении необходимо встать на учет на биржу труда в течение 2 недель с момента увольнения. При увольнении работнику будет выплачено выходное пособие в размере среднемесячного заработка. Также по истечении двух месяцев после увольнения, если работник не трудоустроится, по его обращению, ему будет выплачена еще одна заработная плата (которая будет ниже выходного пособия в связи с удержанием подоходного налога). Через три месяца работнику может быть выплачена еще одна заработная плата, но по решению службы занятости (биржи труда).

Ограничение возможности трудиться по медицинским показаниям означает увольнение. Обратим внимание на то, что это касается только тех работников, которые не могут состоять в трудовых отношениях по медицинским показаниям.

Также важно определить то, что право на оповещение работодателя о своем состоянии здоровья принадлежит работнику, который может не заявлять об инвалидности. В этом случае работник не вправе требовать предоставления гарантий (сокращенная продолжительность рабочего времени, удлиненный отпуск и т.д.) и реализации работодателем его прав как инвалида. Несмотря на это состояние здоровья работника, может быть установлена по результатам медицинских осмотров, которые ежегодно должны проводиться работодателями.

Если работник считает увольнение незаконным, в течение одного месяца с момента получения приказа об увольнении или трудовой книжки он может обратиться в суд с иском о восстановлении на работе, об оплате времени вынужденного прогула и о компенсации морального вреда.

Проконсультироваться бесплатно по поводу нарушенных трудовых прав работник может в районной трудовой инспекции.

Инвалиды тоже способны работать, но в специально созданных условиях: им могут быть нужны вспомогательные технические средства или помощь других людей. Ограничения к труду при установлении инвалидности указываются в ИПР: к примеру, им может быть нельзя поднимать тяжести, работать в условиях повышенного и пониженного температурного режима и т.п. Инвалид может и не требовать создания для него специальных условий труда, если способен продолжать работу в прежних условиях, все зависит от вида трудовой деятельности и от отношений с работодателем. Если создать специальные условия труда невозможно, работодатель может перевести работника на



другую, более легкую работу. Но если в компании вообще нет подходящих инвалиду должностей, работника уволят.

Инвалиды всех групп имеют право не только на получение пенсии по инвалидности, но и на начисление ежемесячной денежной выплаты (ЕДВ). Ее размер зависит от группы инвалидности. Часть ЕДВ выплачивается деньгами, часть предоставляется в виде набора социальных услуг – социального пакета.

В социальный пакет инвалида входят:

1. лекарственное обеспечение в соответствии со стандартами медицинской помощи;
2. обеспечение путевками на санаторно-курортное лечение;
3. бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

Инвалиды имеют право:

1. бесплатное обеспечение техническими средствами реабилитации;
2. предоставление ежегодного отпуска не менее 30 календарных дней;
3. отпуск без сохранения заработной платы до 60 дней в календарном году;
4. сокращенное рабочее время;
5. на льготу в виде 50-процентной оплаты коммунальных услуг (для получения этой льготы необходимо обратиться в региональное отделение социальной защиты населения);
6. сокращенную продолжительность рабочего времени – не более 35 часов в неделю (работающие инвалиды 1-й и 2-й группы).
7. социальный проездной билет;
8. привлечение к сверхурочным работам, работе в выходные дни и ночное время лишь с согласия инвалида и при условии, если такие работы не запрещены ему медицинскими рекомендациями;

Получение больничного листа.

Больничный лист может быть выдан на срок до 10 или даже 12 месяцев. Важнейший фактор, который предписано учитывать врачу при определении срока больничного, – клинический и трудовой прогноз.

Если у пациента благоприятный клинический и трудовой прогноз, то больничный продлевается на срок до 10 месяцев и даже года в надежде на то, что пациент вылечится и приступит к трудовой деятельности.

Если у пациента очевидный неблагоприятный клинический и трудовой прогноз, то пациент направляется на медико-социальную экспертизу (МСЭ) не позднее 4 месяцев с момента выдачи больничного листа. К таким случаям относятся заболевания, при которых пациента нельзя вылечить полностью или ему предстоит длительное лечение – например, при некоторых злокачественных образованиях.

Больничный лист онкологическому больному выдает лечащий врач поликлиники по месту жительства (ЛПУ): участковый терапевт, хирург или онколог поликлиники. Открыть больничный могут и врачи-онкологи стационара, но при выписке пациент обращается с ним в поликлинику для продления.



Больничный лист и инвалидность.

При сроке листа нетрудоспособности пациента с очевидным неблагоприятным клиническим и трудовым прогнозом до 4 месяцев, лечащий врач обязан направить его на медико-социальную экспертизу для определения группы инвалидности, оформив соответствующее направление (посыльный лист). В ряде случаев, чтобы не направлять пациента на МСЭ, лечащий врач выписывает пациента с неблагоприятным прогнозом после 4 месяцев нахождения на больничном листе или ранее. Это неправомерно.

В этом случае необходимо требовать, выдать справку об отказе в направлении на МСЭ, которую в таком случае обязаны выдать. С этой справкой можно обратиться самостоятельно в бюро МСЭ.

В случае отказа необходимо:

- обратиться к заведующему врачебной комиссией или главному врачу поликлиники, в региональный орган управления субъекта РФ, в территориальный орган Росздравнадзора по субъекту РФ, в страховую компанию, выдавшую пациенту полис ОМС, или Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС).

Онкологические пациенты, имеющие группу инвалидности, по-прежнему имеют право на получение листа нетрудоспособности.

Работающие инвалиды 2-й и 3-й группы имеют право находиться на больничном с выплатой пособия по временной нетрудоспособности. Однако имеются ограничения: оплачиваемый больничный лист выдается не более чем на 4 месяца подряд или не более 5 месяцев в календарном году.

Лист нетрудоспособности по уходу за взрослыми и детьми.

Если заболел взрослый член семьи, лист нетрудоспособности по уходу выдается любому члену семьи, фактически осуществляющему уход за больным при его амбулаторном лечении.

Степень родства при этом не ограничена: это может быть опекун или попечитель, бабушка или дедушка, сестра или брат. Больничный лист по уходу выдается лишь тем, кто работает по трудовому договору, а не по гражданско-правовому.

Больничный по уходу за взрослым не выдается:

1. если пациент находится на лечении в больнице;
2. в периоды отпуска (ежегодного оплачиваемого или без сохранения заработной платы);
3. в период отпуска по беременности и родам;
4. в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им трех.

Лист нетрудоспособности по уходу за взрослым при его амбулаторном лечении оплачивается не более чем за 7 календарных дней по каждому случаю заболевания, но не более 30 календарных дней в году по всем случаям ухода за этим членом семьи.



Если заболел ребенок, то больничный лист выдается члену семьи при амбулаторном и стационарном лечении. Сроки больничного и оплата зависят от возраста ребенка.

Законодательство определяет следующие сроки предоставления дней, оплачиваемых на основании бланка нетрудоспособности:

1. Ребенок младше 7 лет. Больничный предоставляется как при уходе в домашних условиях, так и в стационаре, поскольку требуется присмотр взрослого. Бланк нетрудоспособности выписывается на весь период лечения, при этом за один раз количество дней не ограничено. А вот общий срок, когда родитель не посещал работу по причине болезни ребенка, не может превышать 60 дней в год. В отдельных случаях период допустимо расширить до 90 дней. Полный перечень заболеваний, на основании которых подобное возможно, представлен в Приказе Минздравсоцразвития от 20 февраля 2008 года под № 84н.
2. Ребенку от 7 до 15 лет. Листок нетрудоспособности выписывается на срок не более 15 дней за один случай лечения как при совместном пребывании в условиях стационара, так и при амбулаторном наблюдении. Общий период за 12 месяцев не может превышать 45 дней.
3. Ребенок старше 15 лет. Один период болезни, при котором требуется уход за ребенком на дому, составляет от 3 до 7 дней. Общий срок всех случаев лечения за год — не более 30 дней. Если же ребенок пребывает в медицинском учреждении, родителю в предоставлении больничного листа будет отказано.
4. Несовершеннолетний ребенок-инвалид. Лист нетрудоспособности заполняется на любой срок одного случая болезни независимо от того, каким способом осуществляется лечение – амбулаторно или под присмотром родителя в стационаре. При этом действует ограничение в количестве 120 календарных дней в год, отведенных для ухода за ребенком по причине его недуга.
5. Несовершеннолетний ВИЧ-инфицированный ребенок. Больничный выписывается без ограничений как по срокам одного случая, когда требуется лечение, так и в целом в течение одного календарного года. При этом ребенок должен находиться под наблюдением врачей в медицинском учреждении.
6. Дети до 18 лет с онкологией, в том числе злокачественными новообразованиями кроветворной, лимфоидной и родственных систем, а также с поствакцинальными заболеваниями. Лист нетрудоспособности предоставляется на любой период амбулаторного либо стационарного лечения. Правило распространяется на все случаи болезни, независимо от общего количества дней больничного в году.
7. Взрослые родственники, включая инвалидов и близких с онкологическими заболеваниями. Бланк временной нетрудоспособности выдается не более чем на 7 дней за один раз, если требуется лечение и уход за человеком на дому. Ограничение на общее количество случаев болезни в год составляет 30 дней.

Указанные сроки представляют собой период, за который гражданину, временно покинувшему место работы по причине болезни родственника, будет предоставлена денежная компенсация.

По вопросам отказа в продлении больничного листа по уходу следует обращаться в орган управления здравоохранением (Минздрав, департамент) субъекта Российской Федерации, в страховую компанию, выдавшую полис ОМС, ТФОМС;

По вопросам оплаты больничного листа следует обращаться в территориальные органы Фонды социального страхования.



Раздел 6.

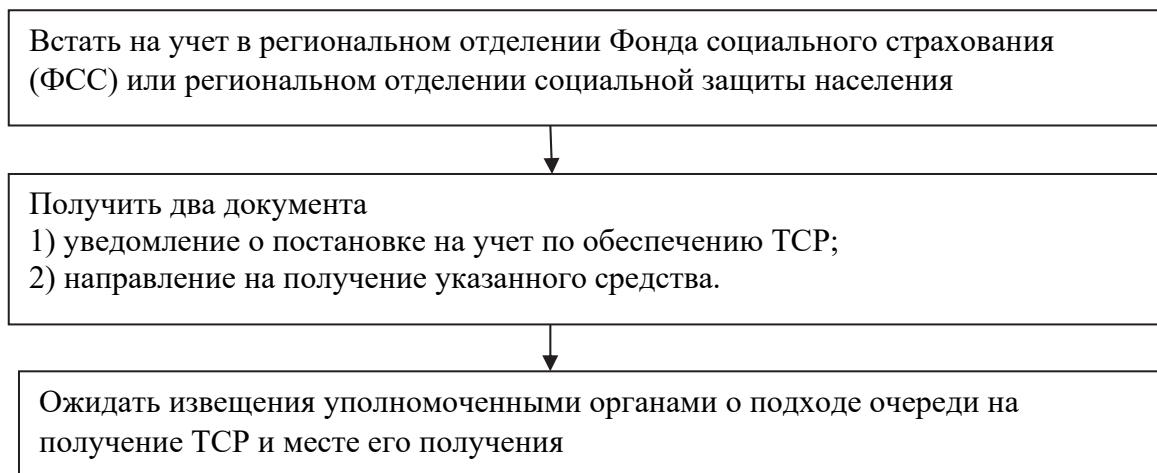
Получение средств реабилитации. Алгоритм действий пациента и их родственников.

Технические средства реабилитации (ТСР).

Из-за осложнений онкологического заболевания, после перенесенных операций, химио- и лучевого лечения, пациентам могут потребоваться технические средства реабилитации (ТСР). Это трости, противопролежневые матрасы и подушки, протезы, абсорбирующее белье и подгузники (памперсы) и т.п.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР) является основанием для выдачи ТСР бесплатно. Ее разрабатывает федеральное государственное учреждение медико-социальной экспертизы. Таким образом, получить ТСР бесплатно могут только те пациенты, которым установлена группа инвалидности.

Получение средств реабилитации.



Если в индивидуальную программу реабилитации инвалида (ИПР) не включены все необходимые средства реабилитации, надо повторно обратиться в ЛПУ для оформления направления на МСЭ с целью разработки новой ИПР и включения в нее новых технических средств реабилитации. Получают новые ТСР по указанному выше порядку.

Получение компенсации за средства реабилитации.

В ряде случаев бывает так, что сроки предоставления того или иного ТСР инвалиду могут серьезно увеличиваться (например, из-за задержки закупок в регионе по различным причинам). В этом случае инвалид может приобрести указанное в ИПР средство за свой счет, а потом ему выплатят денежную компенсацию.

Чтобы получить компенсацию, нужно подать заявление в уполномоченный орган по месту жительства, приложив к нему документы:

1. копию паспорта;
2. копию ИПР;



3. товарный и кассовый чек;
4. копию страхового пенсионного свидетельства;
5. копию сертификата на ТСП;
6. реквизиты банковского счета для перевода средств.

Уточнить сумму, которую пациент получит в качестве компенсации, он может в уполномоченном органе. Решение о компенсации должно приниматься в 30-ти дневный срок с даты подачи заявления о возмещении расходов.

Перед приобретением ТСП с последующей компенсацией его стоимости желательно предварительно проконсультироваться в уполномоченном органе. Важно, чтобы в товарном чеке, товарной накладной наименование приобретаемого средства совпадало с его наименованием, указанным в ИПР. Несовпадение наименований будет поводом к отказу в выплате компенсации.





Раздел 7.

Система паллиативной помощи для пациента и его родных. Виды. Как ее получить?



Паллиативной помощью называется комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений онкологического заболевания. При онкологических заболеваниях помимо облегчения боли, речь идет о замедлении роста и прогрессирования опухоли и метастазов за счет поддерживающей химиотерапии или лучевого лечения.

Она может оказываться:

- ❖ на дому;
- ❖ выездной службой паллиативной помощи;
- ❖ в поликлинике (отделение дневного стационара, дневной хоспис)
- ❖ в стационаре (койки и отделения паллиативной помощи);
- ❖ в специализированном стационаре (хоспис)

Паллиативное лечение возможно начать уже в стационаре онкодиспансера после окончательного определения инкурабельности больного, с этой целью могут назначить и применить лучевую терапию, лекарственные препараты. После выписки тяжелого пациента из стационара, в медицинских документах лечащий врач указывает, что больной выписывается для «симптоматического лечения по месту жительства». При этом пациенту могут назначить и сразу выдать обезболивающие наркотические препараты, сроком на 5 дней.

Выписку из онкодиспансера необходимо предъявить лечащему врачу поликлиники, который будет курировать пациента.

Выписка рецептов для амбулаторного лечения.

С этого момента лечащий врач, в том числе терапевт поликлиники, имеет право самостоятельно или по решению врачебной комиссии назначать и выписывать рецепты на обезболивающие и наркотические препараты. Количество выписываемых наркотических препаратов списка II (морфин, просидол, фентанил и др.) при оказании пациентам паллиативной медицинской помощи может быть увеличено в два раза по сравнению с предельно допустимым количеством для выписывания на один рецепт.



Пациент, имеющий группу инвалидности и не отказавшийся от льготных лекарств в пользу денежной выплаты, имеет право на выписку рецептов по федеральной льготе. Онкобольные без группы инвалидности имеют право получать рецепты по региональной льготе.

Онкологический пациент зачастую страдает от выраженного болевого синдрома и нуждается в обезболивании. Если слабые опиоиды пациенту перестали помогать, нужно менять схему обезболивания. Для этого родственникам следует вызвать терапевта на дом, описать характер боли как «сильную или очень сильную», требуя изменить схему обезболивания.

В случаях, когда лечащий врач поликлиники отказывается изменить схему обезболивания, можно вызвать на дом работников хосписа для ее коррекции, а также попросить письменные рекомендации на выписку обезболивающих, в том числе и наркотических – для участкового врача.

Если онкологическому пациенту не выписывают обезболивающие лекарства или выписывают неэффективные, не меняют схему обезболивания, то следует обратиться с жалобой на оказание некачественной медицинской помощи или отказ в ее оказании:

1. к заведующему клинико-экспертной комиссии (КЭК) ЛПУ;
2. к главному врачу поликлиники;
3. в орган управления здравоохранением (Минздрав, департамент) субъекта РФ;
4. в территориальный орган Росздравнадзора по субъекту РФ;
5. в страховую компанию, выдавшую полис ОМС;
6. в ТФОМС;
7. в прокуратуру региона.

Если пациенты, нуждающиеся в постоянном уходе, переезжают для этого в другой город к родственникам. Обезболивающие лекарства также можно получить по месту фактического проживания в другом городе, а при наличии группы инвалидности – еще и по льготному рецепту.

Для получения обезболивающих лекарств в другом городе необходимо прикрепиться к поликлинике по месту жительства (эта процедура описана нами ранее). В этом случае у пациента появляется участковый врач, который несет ответственность за оказание пациенту медицинской помощи и при необходимости обязан выписывать обезболивающие препараты.

Если пациент является инвалидом льготные лекарства, в том числе обезболивающие, должны выписывать бесплатно. Чтобы получать обезболивающие по федеральной льготе бесплатно, следует обратиться в территориальное управление Пенсионного фонда России по новому месту жительства с просьбой сделать запрос о пересылке сведений о получателе набора социальных услуг в это управление. Вместе с заявлением следует представить документы, удостоверяющие личность и регистрацию по новому месту жительства. Перед отъездом желательно проконсультироваться в отделении Пенсионного фонда своего города.



Для выписки рецепта на обезболивающие нужно обратиться к участковому врачу в поликлинике, к которой пациент прикрепился, и представить:

1. паспорт;
2. документ, удостоверяющий право на получение льгот;
3. выписку из медицинской карты, в которой должно быть указано наличие 4-й стадии онкозаболевания.;
4. свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС);
5. страховой полис ОМС установленного образца.

Помните, что социальная аптека по рецепту с пометкой «иногородний» не имеет права отказать в выдаче нужного лекарства.

Возможные схемы обезболивания.

С целью определения необходимости назначения тех или иных обезболивающих препаратов, ВОЗ разработан алгоритм терапии хронического болевого синдрома у взрослых онкологических больных в зависимости от интенсивности болевого синдрома:

- **Боль слабой интенсивности (1-я ступень)**
Критериями боли слабой интенсивности являются: непродолжительный болевой анамнез; интенсивность боли 0-40% по ВАШ (наиболее распространённая и легко применимая шкала – Визуальная аналоговая шкала (ВАШ, Visual Analogue Scale, VAS) была предложена Huskisson в 1974 году. Этот метод субъективной оценки боли заключается в том, что пациента просят отметить на неградуированной линии длиной 10 см точку, которая соответствует степени выраженности боли. Левая граница линии соответствует определению «боли нет совсем», правая — «самая интенсивная боль, какую можно себе представить»); высокая эффективность не опиоидных анальгетиков (более 4-6 часов); длительный ночной сон, не прерываемый приступами боли.

Основными препаратами являются не опиоидные анальгетики. В случае выраженных побочных реакций при терапии препаратами 1-й линии (например, НПВП) для снижения их доз возможно дополнительное назначение низких доз трамадола или комбинированных препаратов на основе трамадола и парацетамола.

- **Умеренная боль (2-я ступень)**
Критериями умеренной боли являются: интенсивность по ВАШ 40-70%; длительность ХБС, как правило, около 2-3 мес. но может быть и несколько дней; препараты 1-й ступени малоэффективны (меньше 4-6 ч); ночной сон нарушен из-за боли.

Терапия умеренной боли проводится мягкими опиоидными анальгетиками: трамадол; комбинированный препарат трамадол+парацетамол; дегидрокодеин; при необходимости можно его сочетать с препаратами 1 ступени.



- Сильная боль (3-я ступень).
Критериями сильной боли являются: интенсивность боли более 70% по ВАШ; недостаточная эффективность трамадола в комбинации с НПВП; непродолжительный эффект разовой дозы просидола (меньше 4-6 ч); недостаточная эффективность низких доз сильных опиоидов; нарушения ночного сна из-за боли; анамнез боли, как правило, более 3 месяцев, но может быть и меньше 1 месяца.

Основным методом терапии сильной боли (3-я ступень) является назначение сильнодействующих опиоидных анальгетиков: морфин; фентанил; бупренорфин; просидол в высоких дозах (непродолжительно) или в качестве препарата для лечения прорывов боли (дополнительно к пролонгированным препаратам).

При соблюдении основных принципов ВОЗ фармакотерапия обеспечивает достаточный уровень обезболивания у 70-90% онкологических больных.

Для получения положительного результата обезболивания необходимо вводить анальгетики строго по часам, вводя очередную дозу препарата до прекращения действия предыдущей, анальгетики применять по восходящей схеме, то есть от максимальной дозы слабодействующего опиоида к минимальной дозе сильнодействующего.

Требую изменить схему обезболивания у инкурабельного пациента при усилении болей, необходимо сослаться на действующие методические указания и рекомендации.

Учреждения для оказания паллиативной помощи. Хоспис.

Хоспис – это учреждение, оказывающее комплекс медико-социальных услуг пациенту и его родственникам, на поздних стадиях заболевания, не поддающихся лечению. Чаще всего обращение в подобные учреждения требуется, когда купировать боль в домашних условиях уже не удается. Хоспис имеет выездную службу и стационар.

Выездная служба хосписа оказывает услуги по уходу за больным, осуществлению инъекций, кормления, консультированию родственников. Также, при необходимости, врачами хосписа проводится коррекция обезболивающей терапии, назначенной ранее. План посещений составляется по мере необходимости и с учетом пожеланий пациента и его родственников.

Для перевода онкобольного в стационар хосписа необходимо направление в хоспис от участкового врача-терапевта или решение врачебной комиссии ЛПУ. Участкового врача к тяжелому пациенту можно вызвать на дом. Также для поступления в хоспис понадобится справка о том, что пациент состоит на учете в городском онкодиспансере с онкологическим заболеванием 4-й стадии. При необходимости, оформить пациента в стационар хосписа может врач выездной бригады хосписа.



Показаниями к госпитализации в хоспис являются:

- ❖ выраженный болевой синдром, не купирующийся приемом обезболивающих препаратов;
- ❖ истощение пациента;
- ❖ наличие признаков напряженного асцита;
- ❖ стойкая высокая лихорадка;
- ❖ отсутствие условий для обеспечения необходимого ухода и лечения на дому;
- ❖ отсутствие родственников.

При отказе в госпитализации в хоспис тяжелого неизлечимого онкологического пациента, за помощью можно обратиться:

- ❖ в отдел организации медицинской помощи взрослому населению (в том числе отдел, курирующий деятельность хосписов) регионального органа управления здравоохранением (Минздрава, департамента).
Если в госпитализации в хоспис отказано неизлечимому **одинокому** пациенту, и больной может оказаться без необходимого медицинского наблюдения, за помощью можно обратиться:
- ❖ в территориальный орган Росздравнадзора или в органы прокуратуры.



Список использованной литературы и законов.

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология».
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 октября 2012 г. № 560н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология».
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. N 187н
- "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению".
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».
- Инструкция по регистрации и ведению учета больных злокачественными новообразованиями в Российской Федерации (утв. приказом Минздрава РФ от 19 апреля 1999 г. № 135).
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».
- Приложение N 1 к распоряжению Правительства Российской Федерации от 23 октября 2017 г. N 2323-р «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2018 год».
- Постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».
- Распоряжение Правительства РФ от 22 октября 2016 г. N 2229-р утв. Перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Перечень медицинских изделий, отпускаемых по рецептам на медицинские изделия при предоставлении набора социальных услуг.
- Письмо Минздравсоцразвития РФ от 3 февраля 2006 г. № 489ВС «Об отпуске лекарственных средств населению по рецептам врачей при амбулаторном лечении бесплатно и с 50-процентной скидкой».
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 29 декабря 2004 г. № 328 «Об утверждении Порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан».
- Методические рекомендации «Организация работы по дополнительному лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг» (одобрено Минздравсоцразвития РФ 10 июля 2006 г.).



- Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 6 февраля 2006 г. № 01И-60/06 «О порядке обеспечения временно отсутствующими лекарственными препаратами».
- Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом».
- Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».
- Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
- Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию".
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 23 января 2015 г. N 12н "Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности путем проведения проверок применения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи".
- Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».
- Приказ Минздрава РФ от 21 декабря 2012 г. № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26 апреля 2012 г. № 407н «Порядок содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 июня 2011 г. № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности».
- Рекомендации для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей, специалистов-врачей исполнительных органов Фонда социального страхования Российской Федерации "Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах" (в соответствии с МКБ-10) (утв. Минздравом РФ и Фондом социального страхования РФ от 21 августа 2000 г. N 2510/9362-34, 02-08/10-1977П)
- Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством».
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 декабря 2014 г. N 796н "Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи".
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 октября 2005 г. № 617 «О порядке направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний».



- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2014 г. N 930н "Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы".
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 декабря 2013 г. N 916н "О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи"
- Методические указания № 2001/129» «Порядок и сроки назначения наркотических анальгетиков» (утв. Минздравом РФ 19 июля 2001 г.).
- Методические рекомендации «Выявление злокачественных новообразований и оказание медицинской помощи онкологическим больным» (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2007 г. № 9588-ВС).
- Методические указания «Принципы клинического применения наркотических и ненаркотических анальгетических средств при острой и хронической боли» (утв. Департаментом развития медицинской помощи и курортного дела Министерства здравоохранения и социального развития РФ 24 ноября 2004 г.).
- Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21 августа 2008 г. № 439н «Об утверждении форм уведомления о постановке на учет по обеспечению техническими средствами реабилитации, протезами, протезно-ортопедическими изделиями, направления на их получение либо изготовление, специального талона и именного направления для бесплатного получения проездных документов для проезда к месту нахождения организации, обеспечивающей техническими средствами реабилитации, протезами, протезно-ортопедическими изделиями».
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31 января 2011 г. № 57н «Об утверждении Порядка выплаты компенсации за самостоятельно приобретенное инвалидом техническое средство реабилитации и (или) оказанную услугу, включая порядок определения ее размера и порядок информирования граждан о размере указанной компенсации».
- Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду (утв. распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2005 г. № 2347-р).
- Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия /Грушина Т.И.//ГЭОТАР-Медиа, 2006
- Каприн А.Д., Мардынский Ю.С., Терапевтическая радиология. Национальное руководство/ Каприн А.Д., Мардынский Ю.С.// ГЭОТАР-Медиа, 2018
- Никитюк В. В. Химиотерапия в онкологии. Справочник / Никитюк В. В.// ГЭОТАР-Медиа, 2017



ОГЛАВЛЕНИЕ

От авторов.

Раздел 1.

Вам установили онкологический диагноз. Что делать?

Раздел 2.

Стационарный этап лечения.

Раздел 3.

Амбулаторный этап лечения. Хозрасчетная помощь.

Раздел 4.

Помощь в получении медикаментов.

Раздел 5.

Трудоспособность. Освидетельствование медико-социальной экспертизой. Трудности и пути их решения.

Раздел 6.

Получение средств реабилитации. Алгоритм действий пациента и их родственников.

Раздел 7.

Система паллиативной помощи для пациента и его родных. Виды. Как ее получить?

Список использованной литературы и законов.

Составители справочника:

Еникеев Р.Ф., Петрова М.С., Игнатъева Ю.Н., Родионова А.А.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

2018 год

**Автономная Некоммерческая Организация
«Северо-Западный центр помощи пациентам «Аврора»**