



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

05

Президент Российской Федерации Владимир Путин в режиме видеоконференции принял участие в работе саммита «Группы двадцати»

07

Президент Российской Федерации Владимир Путин в режиме видеоконференции выступил на заседании 16-го Восточноазиатского саммита

17

Федеральный закон от 25 октября 2021 года № 362-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2020 год»



ISSN 2221-9943

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

06/21

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Председатель редакционного совета

Е.Е. Чернякова – Председатель ФОМС

Заместитель председателя редакционного совета

Н.А. Хорова – заместитель Министра здравоохранения
Российской Федерации

Т.Ю. Гроздова – директор ТФОМС города Севастополя, д.м.н.

А.В. Грот – вице-президент Общероссийской общественной
организации малого и среднего предпринимательства «ОПОРА
РОССИИ», д.э.н., профессор

Н.А. Губриева – директор ТФОМС Краснодарского края, к.ф.н.

О.М. Драпкина – директор ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр терапии и профилактической
медицины» Минздрава России, д.м.н., профессор, член-
корреспондент РАН

Н.П. Дронов – председатель координационного совета
МОД «Движение против рака»

Ю.А. Жулев – сопредседатель Всероссийского союза
общественных объединений пациентов

С.Г. Кравчук – заместитель Председателя ФОМС

Д.Ю. Кузнецов – вице-президент Всероссийского союза
страховщиков

А.Л. Линденбрaten – руководитель научного направления
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени
Н.А. Семашко», д.м.н., профессор

А.В. Решетников – директор Института социальных наук, д.м.н.,
д. социол. н., профессор, академик РАН

Л.М. Рошаль – президент Национальной медицинской палаты,
президент Московского НИИ неотложной детской хирургии и
травматологии, д.м.н., профессор

И.В. Соколова – заместитель Председателя ФОМС

В.И. Стародубов – научный руководитель ФГБУ «Центральный
НИИ организации и информатизации здравоохранения»
Минздрава России, д.м.н., профессор, академик РАН

Т.И. Фролова – член комитета Государственной Думы
Российской Федерации по охране здоровья, к.м.н.

О.В. Царева – заместитель Председателя ФОМС

И.М. Шейман – профессор кафедры управления и экономики
здравоохранения Департамента политики и управления
факультета социальных наук НИУ ВШЭ, к.э.н.

С.В. Шишкин – директор Центра политики в сфере
здравоохранения НИУ ВШЭ, д.э.н., профессор

Главный редактор:

Е.А. Политова – генеральный директор ООО «Издательство
«Офтальмология», к.п.н.

Учредитель:

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»
Номер подписан в печать 23.11.2021.
Тираж: 2000 экз. Номер заказа: 102881 Типография Роликс
Формат: 205 x 275 мм. Объем: 74 полосы

Адрес редакции:

ООО «Издательство «Офтальмология»
127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А.

Тел.: (499) 488-87-03

E-mail: iol.buh@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (для отправки
статей), Internet: www.omsjournal.ru

При перепечатке ссылка на журнал «Обязательное медицинское
страхование в Российской Федерации» обязательна

© «Обязательное медицинское страхование
в Российской Федерации», 2021

Выходит 1 раз в два месяца с 2006 года

Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия
Регистрационный номер ПИ № ФС77-23840 от 28 марта 2006 года

**Подписка на журнал «Обязательное медицинское страхование
в Российской Федерации» производится
в ООО «Издательство «Офтальмология»
Тел.: (495) 485-40-66; (499) 488-87-03; e-mail: iol.buh@mail.ru**

**Подписной индекс по каталогу агентства
ООО «УП Урал-Пресс» – 36347**



Уважаемые коллеги!

Примите мои самые искренние поздравления с наступающим Новым годом!

В канун этого доброго зимнего праздника я хотела бы поблагодарить всех работников отечественного здравоохранения за совместный труд и служение народу. Уходящий год был очень напряженным и сложным для нас, но в этой непростой ситуации мы смогли мобилизовать все ресурсы для защиты наших граждан от коронавируса и его последствий.

Здоровье нации в нашей стране является одним из важнейших приоритетов государственной социальной политики. В рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» и входящих в него федеральных проектов продолжается развитие базы медицинских организаций, планомерно повышается уровень оплаты труда медицинских работников, проводится подготовка квалифицированных кадров, развивается цифровая медицина, внедряются инновационные технологии. Совместно мы будем решать самые актуальные и сложные задачи, стоящие сегодня перед нами, трудиться на благо нашего общества.

Желаю вам, дорогие коллеги, реализации всех профессиональных планов, благополучия, оптимизма, мира и спокойствия, а главное – здоровья вам и вашим близким!

Пусть 2022 год будет для всех успешным, стабильным и счастливым!

**Председатель Федерального фонда
обязательного медицинского страхования**

Елена Чернякова

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Президент Российской Федерации
Владимир Путин в режиме видеоконференции
принял участие в работе саммита
«Группы двадцати» **5**

Президент Российской Федерации
Владимир Путин в режиме видеоконференции
выступил на заседании 16-го Восточноазиатского
саммита **7**

Правительство Российской Федерации
выделило ещё свыше 56 миллиардов рублей
на поддержку региональных
систем здравоохранения **8**

Постановление Правительства Российской
Федерации от 26 октября 2021 года № 3025-р
«О выделении в 2021 году бюджетных ассигнований
на предоставление из федерального бюджета иных
межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов
Российской Федерации и г. Байконура в целях
финансового обеспечения расходных обязательств
на дополнительное финансовое обеспечение оказания
медицинской помощи лицам, застрахованным
по обязательному медицинскому страхованию,
в том числе с заболеванием и (или) подозрением
на заболевание новой коронавирусной инфекцией
(COVID-19), в рамках реализации территориальных
программ обязательного медицинского
страхования **9**

Новые кадровые назначения **14**

БЮДЖЕТ ФОМС

Президент Российской Федерации
Владимир Путин подписал Федеральный закон
от 25 октября 2021 года № 362-ФЗ «Об исполнении
бюджета Федерального фонда обязательного
медицинского страхования за 2020 год» **16**

Федеральный закон от 25 октября 2021 года
№ 362-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского страхования
за 2020 год» **17**

ЛИДЕРЫ В СИСТЕМЕ ОМС

Директор Территориального фонда обязательного
медицинского страхования города Севастополя
Т.Ю. Гроздова – врач, ученый, организатор
здравоохранения **34**

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

Т.Ю. Гроздова
Семь лет побед в системе обязательного
медицинского страхования. Город Севастополь. **38**

Д.В. Смылова, А.А. Павлов
Информационное сопровождение пациентов,
перенесших острые сосудистые нарушения **46**

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СМО

А.А. Старченко, О.В. Тарасова
Установка имплантируемой порт-системы
для лекарственной терапии злокачественных
новообразований – законное право онкопациента
в системе ОМС. **52**

РЕГИОНАЛЬНЫЕ НОВОСТИ

Республика Крым: Люблю твои глаза **72**

Кемеровская область:
Open talk «Библиотека будущего.
Векторы развития» **73**

Белгородская область:
«Макс-М» провел мастер-класс со студентами **74**

ПРЕЗИДЕНТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЛАДИМИР ПУТИН В РЕЖИМЕ ВИДЕОКОНФЕРЕНЦИИ ПРИНЯЛ УЧАСТИЕ В РАБОТЕ САММИТА «ГРУППЫ ДВАДЦАТИ»

30 октября 2021 года, Москва, Кремль



Глава государства в режиме видеоконференции выступил на первом рабочем заседании глав делегаций стран – участниц «Группы двадцати», приглашённых государств и международных организаций.

Тема заседания – «Мировая экономика и глобальное здравоохранение». На повестке – вопросы

восстановления мировой экономики, обеспечения цифровой трансформации и реализации Целей устойчивого развития, преодоления последствий пандемии коронавируса, укрепления систем здравоохранения и проведения всеобщей иммунизации.

”

В. Путин: Остро стоит вопрос о том, чтобы Всемирная организация здравоохранения ускорила процесс перекалификации новых вакцин и препаратов, то есть оценки их качества, безопасности, эффективности. Предлагаем поручить министерствам здравоохранения государств «двадцатки» проработать в кратчайшие сроки вопрос о взаимном признании национальных вакцинных сертификатов.

О ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В.В. Путин: Хотел бы обратить внимание, что, несмотря на решения «Группы двадцати», доступ к вакцинам и иным жизненно важным ресурсам по-прежнему не могут получить все нуждающиеся страны. Это происходит в том числе из-за недобросовестной, я считаю, конкуренции, протекционизма, из-за неготовности ряда государств, в том числе и государств «двадцатки», к взаимному признанию вакцин и вакцинных сертификатов.

государств «двадцатки» про-работать в кратчайшие сроки вопрос о взаимном признании национальных вакцинных сертификатов.

По мнению экспертов, коронавирус ещё долго будет представлять опасность, а с учётом того, что этот вирус продолжает мутировать, нам следует выработать механизмы системного, оперативного обновления вакцин.

Напомню, что Россия первой в мире зарегистрировала вакцину против COVID-19 – «Спутник V». На сегодняшний день

препарат «Спутник Лайт», который может использоваться в том числе для повышения эффективности других вакцин. Мы с коллегами из европейских стран работаем на этот счёт, и мы предлагаем его нашим партнёрам.

Масштабные задачи по борьбе с коронавирусом требуют улучшения качества и доступности медицинской помощи во всех странах и, соответственно, наращивания международного сотрудничества в сфере здравоохранения. С учётом складывающейся ситуации роль Всемирной



В. Путин: Масштабные задачи по борьбе с коронавирусом требуют улучшения качества и доступности медицинской помощи во всех странах и, соответственно, наращивания международного сотрудничества в сфере здравоохранения. С учётом складывающейся ситуации роль Всемирной организации здравоохранения становится всё более значимой, и её деятельность, конечно, заслуживает всемерной поддержки.

Остро стоит вопрос о том, чтобы Всемирная организация здравоохранения ускорила процесс переквалификации новых вакцин и препаратов, то есть оценки их качества, безопасности, эффективности.

Предлагаем поручить министерствам здравоохранения

этот препарат одобрен уже в 70 странах мира с общим населением свыше четырёх миллиардов человек и демонстрирует высокую безопасность и эффективность. Помимо двухкомпонентной вакцины «Спутник V» в России создан и применяется активно однокомпонентный

организации здравоохранения становится всё более значимой, и её деятельность, конечно, заслуживает всемерной поддержки.

www.kremlin.ru

ПРЕЗИДЕНТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЛАДИМИР ПУТИН В РЕЖИМЕ ВИДЕОКОНФЕРЕНЦИИ ВЫСТУПИЛ НА ЗАСЕДАНИИ 16-ГО ВОСТОЧНОАЗИАТСКОГО САММИТА

27 октября 2021 года, Московская область, Ново-Огарёво



Участники встречи обсудили вопросы экономического восстановления Азиатско-Тихоокеанского региона и преодоления последствий пандемии коронавирусной инфекции.

О ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В.В. Путин: Наш общий регион действительно стал одним из наиболее динамичных глобальных центров политической, деловой и инвестиционной активности. При этом он сталкивается и с серьёзными вызовами и угрозами в сфере безопасности, экономического, социального развития, к которым в последние два года добавился и коронавирус.

И поэтому вполне логично, что саммит фокусируется именно на теме борьбы с пандемией, преодоления её последствий, на вопросах реализации принятого по инициативе России на предыдущей встрече совместного заявления по сотрудничеству на противоэпидемическом треке. В этом контексте мы, конечно, готовы обмениваться опытом с заинтересованными странами по практическим вопросам борьбы с инфекциями.

Мы могли бы и расширить программу обучения специалистов-эпидемиологов из государств АСЕАН на базе владивостокского Центра по изучению проблем биологической безопасности в АТР. В ноябре–декабре проведём на этой площадке новую серию профильных курсов повышения квалификации, на которые ждём представителей из стран региона.

Отмечу, что Россия стремится вносить реальный вклад в решение проблемы обеспечения свободного и недискриминационного доступа к вакцинам от COVID-19 для граждан всех государств. Выступаем за разработку процедуры взаимного признания сертификатов вакцинации, без чего в нынешних условиях практически невозможно обеспечить беспрепятственное передвижение граждан наших стран по региону.

Российские препараты, прежде всего «Спутник V», одобрены к применению в 70, а поставляются в более чем 50 государств. Признательны многим партнёрам из Азиатско-Тихоокеанского региона за совместную работу по локализации производства вакцин. Будем и далее предоставлять российские тест-системы и реагенты для диагностики коронавируса, в том числе на безвозмездной основе.

В условиях пандемии и связанных с ней жёстких ограничений – соблюдения карантина, самоизоляции – особое значение приобретают вопросы охраны психического здоровья и психологической поддержки населения. Мы предлагаем учредить под эгидой Восточноазиатских саммитов общерегиональный механизм антипандемийного взаимодействия и представим конкретные соображения на этот счёт в ближайшее время по экспертным каналам.

www.kremlin.ru

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЫДЕЛИЛО ЕЩЁ СВЫШЕ 56 МИЛЛИАРДОВ РУБЛЕЙ НА ПОДДЕРЖКУ РЕГИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Российские регионы дополнительно получают более 56 миллиардов рублей на покрытие расходов, связанных с оказанием страховой медицинской помощи. Распоряжение об этом подписал Председатель Правительства Российской Федерации Михаил Мишустин.

Такая поддержка позволит сосредоточить дополнительные ресурсы на противодействии

COVID-19, в том числе на финансовом обеспечении стационарного лечения.

«Люди продолжают получать лечение совершенно бесплатно по полису обязательного медицинского страхования во всех субъектах Российской Федерации», – отметил Михаил Мишустин во вступительном слове на заседании президиума Координационного совета при Правительстве Российской Федерации по борьбе с распространением

новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации 26 октября 2021 года.

Министерству здравоохранения Российской Федерации поручено в течение 30 дней заключить все необходимые соглашения с регионами и контролировать эффективность расходования федеральных средств.

В июне–июле 2021 года на эти цели уже было выделено 110 миллиардов рублей. Дополнительное финансирование поможет повысить запас прочности систем здравоохранения в регионах, позволит продолжить бороться с распространением коронавируса, не сокращая расходы на плановую медицинскую помощь.

www.government.ru

”

М. Мишустин: Люди продолжают получать лечение совершенно бесплатно по полису обязательного медицинского страхования во всех субъектах Российской Федерации.



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 26 октября 2021 г. № 3025-р

МОСКВА

О ВЫДЕЛЕНИИ В 2021 ГОДУ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА ИНЫХ МЕЖБЮДЖЕТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ БЮДЖЕТАМ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И Г. БАЙКОНУРА В ЦЕЛЯХ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАСХОДНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ НА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ЗАСТРАХОВАННЫМ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ, В ТОМ ЧИСЛЕ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ И (ИЛИ) ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19), В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В целях обеспечения охраны здоровья населения и предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на территории Российской Федерации:

1. Выделить в 2021 году бюджетные ассигнования Минздраву России на предоставление из федерального бюджета иных межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации и г. Байконура по предоставлению межбюджетных трансфертов бюджету соответствующего территориального фонда обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания медицинской помощи лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в том числе с заболеванием и (или) подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в размере 56 007 619,5 тыс. рублей из резервного фонда Правительства Российской Федерации, имея в виду оказание медицинской помощи в количестве не менее 700 тыс. случаев госпитализаций.

2. Утвердить прилагаемое распределение иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых в 2021 году из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации и г. Байконура по предоставлению межбюджетных трансфертов бюджету соответствующего территориального фонда обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания медицинской

помощи лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в том числе с заболеванием и (или) подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования.

3. Минздраву России совместно с высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, являющихся получателями иных межбюджетных трансфертов в соответствии с пунктом 2 настоящего распоряжения, обеспечить заключение соответствующих соглашений не позднее 30 рабочих дней со дня вступления в силу настоящего распоряжения.

4. Минздраву России осуществить контроль за целевым и эффективным использованием указанных в пункте 1 настоящего распоряжения бюджетных ассигнований с представлением доклада в Правительство Российской Федерации до 1 марта 2022 г.

Председатель Правительства
Российской Федерации
М. МИШУСТИН

Утверждено
распоряжением Правительства
Российской Федерации
от 26 октября 2021 г. № 3025-р

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ИНЫХ МЕЖБЮДЖЕТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ
В 2021 ГОДУ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА БЮДЖЕТАМ СУБЪЕКТОВ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И БЮДЖЕТУ Г. БАЙКОНУРА, ИСТОЧНИКОМ
ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОТОРЫХ ЯВЛЯЮТСЯ БЮДЖЕТНЫЕ
АССИГНОВАНИЯ РЕЗЕРВНОГО ФОНДА ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ, В ЦЕЛЯХ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАСХОДНЫХ
ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И Г. БАЙКОНУРА
ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ МЕЖБЮДЖЕТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ БЮДЖЕТУ
СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ФИНАНСОВОЕ
ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ,
ЗАСТРАХОВАННЫМ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ,
В ТОМ ЧИСЛЕ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ И (ИЛИ) ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ
НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19), В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

(тыс. рублей)

Наименование	Размер иного межбюджетного трансферта
Республика Адыгея	151 447,1
Республика Алтай	252 363,5

Наименование	Размер иного межбюджетного трансферта
Республика Башкортостан	1 095 399,3
Республика Бурятия	809 916,8
Республика Дагестан	1 365 600,6
Республика Ингушетия	147 542,1
Кабардино-Балкарская Республика	351 483,7
Республика Калмыкия	155 855,5
Карачаево-Черкесская Республика	143 687,5
Республика Карелия	420 505,7
Республика Коми	1 101 733,5
Республика Крым	164 406,8
Республика Марий Эл	261 676,9
Республика Мордовия	339 920,1
Республика Саха (Якутия)	1 485 604,9
Республика Северная Осетия – Алания	196 736,8
Республика Татарстан	2 194 179,6
Республика Тыва	642 367,9
Удмуртская Республика	315 360,5
Республика Хакасия	744 067,7
Чеченская Республика	208 087,9
Чувашская Республика	742 488,1
Алтайский край	544 107,4
Забайкальский край	264 360,9
Камчатский край	508 467
Краснодарский край	972 281,3
Красноярский край	1 474 504,3
Пермский край	831 761,8
Приморский край	649 405,4
Ставропольский край	682 917,8
Хабаровский край	518 876,2

Наименование	Размер иного межбюджетного трансферта
Амурская область	376 212,2
Архангельская область	415 835,5
Астраханская область	556 918,2
Белгородская область	217 854,6
Брянская область	406 416,4
Владимирская область	415 426,6
Волгоградская область	838 624,8
Вологодская область	485 371,9
Воронежская область	906 530
Ивановская область	396 612
Иркутская область	1 661 256
Калининградская область	92 153,4
Калужская область	169 794
Кемеровская область – Кузбасс	1 112 795,9
Кировская область	257 484,8
Костромская область	227 973,4
Курганская область	349 246,5
Курская область	230 227,6
Ленинградская область	720 960,5
Липецкая область	54 564,7
Магаданская область	43 077,7
Московская область	2 328 526,3
Мурманская область	873 393,5
Нижегородская область	1 044 924,6
Новгородская область	132 636
Новосибирская область	1 469 644,9
Омская область	1 473 621,8
Оренбургская область	33 3087,5

Наименование	Размер иного межбюджетного трансферта
Орловская область	197 669,1
Пензенская область	174 298,6
Псковская область	75 311,6
Ростовская область	1 284 505,4
Рязанская область	266 003,4
Самарская область	606 497
Саратовская область	684 820,2
Сахалинская область	460 333,4
Свердловская область	1 286 339,6
Смоленская область	219 349,6
Тамбовская область	312 540,2
Тверская область	299 287,6
Томская область	761 637,2
Тульская область	468 594,5
Тюменская область	834 850,3
Ульяновская область	195 301,8
Челябинская область	1 351 308,4
Ярославская область	333 661,2
Город Москва	5 607 533,7
Город Санкт-Петербург	2 083 285,4
Город Севастополь	171 369
Еврейская автономная область	128 455,7
Ненецкий автономный округ	51 295,9
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	382 865,6
Чукотский автономный округ	21 535,5
Ямало-Ненецкий автономный округ	415 806,3
Город Байконур	4 877,4
Всего	56 007 619,5

НОВЫЕ КАДРОВЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Дагестан



Гудов Ахмед Гаджиевич, 1985 года рождения, назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Дагестан на основании Распоряжения Правительства Республики Дагестан от 15.10.2021 № 385-р.

А.Г. Гудов в 2007 году окончил Дагестанский государственный институт народного хозяйства по специальности «Бухгалтерский учет, анализ и аудит».

С 2009 по 2010 год – ООО «Акаро», начальник отдела продаж.

С 2011 по 2013 год – ООО «Акаро», заместитель директора.

С 2013 по 2017 год – Комитет по туризму Республики Дагестан, и.о. директора ГБУ «Туристический информационный центр».

В Территориальном фонде ОМС Республики Дагестан работает с 2019 года: сначала заместителем начальника контрольно-ревизионного отдела, затем – заместителем начальника контрольно-ревизионного управления, с августа 2021 года – заместителем директора ТФОМС РД.

Общий стаж работы составляет более 12 лет.

Награжден Почетной грамотой Правительства Республики Дагестан.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия – Алания



Дзагоев Алан Русланович, 1978 года рождения, назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Северная Осетия – Алания на основании Распоряжения Правительства Республики Северная Осетия – Алания от 08.10.2021 № 391-р.

А.Р. Дзагоев окончил в 2000 году Северо-Осетинский государственный университет им. К.Л. Хетагурова по специальности «Финансы и кредит», в 2007 году – Северо-Кавказскую академию государственной службы по специальности «Государственное и муниципальное управление».

С 2000 по 2007 год работал специалистом, консультантом, помощником министра, начальником отдела инвестиционной политики, госсобственности и госдолга Министерства финансов Республики Северная Осетия – Алания.

С 2007 по 2016 год занимал должности заместителя начальника отдела, начальника отдела ведения федеральных реестров, заместителя руководителя Управления Федерального Казначейства по Республике Северная Осетия – Алания.

С февраля по ноябрь 2016 года работал аудитором Контрольно-счетной палаты Республики Северная Осетия – Алания.

С 2016 по 2018 год – Первый заместитель Министра финансов Республики Северная Осетия – Алания.

С 2018 года по октябрь 2021 года работал аудитором Контрольно-счетной палаты Республики Северная Осетия – Алания.

Указом Главы РСО-Алания от 09.07.2018 № 200 А.Р. Дзагоеву присвоен чин действительного государственного советника Республики Северная Осетия – Алания II класса.

Награжден Почетной грамотой Федерального Казначейства, Почетной грамотой Министерства финансов Республики Северная Осетия – Алания, Почетной грамотой Республики Северная Осетия – Алания, Почетной грамотой Парламента Республики Северная Осетия – Алания.

ПРЕЗИДЕНТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЛАДИМИР ПУТИН ПОДПИСАЛ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 25 ОКТЯБРЯ 2021 ГОДА № 362-ФЗ «ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2020 ГОД»



Федеральный закон принят Государственной Думой 19 октября 2021 года и одобрен Советом Федерации 20 октября 2021 года.

Федеральным законом утверждается отчёт об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Фонд) за 2020 год.

В отчёте отражены:

- доходы Фонда, которые формировались, в частности, за счёт страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего и неработающего населения, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, полученных из федерального бюджета, а также за счёт налоговых и неналоговых доходов, штрафов и санкций;
- расходы Фонда, в том числе на предоставление субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации;

на высокотехнологичную медицинскую помощь, не включённую в базовую программу обязательного медицинского страхования; на софинансирование расходов медицинских организаций по оплате труда врачей и среднего медицинского персонала; на реализацию мероприятий, предусмотренных государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения»; на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также на проведение профилактических медицинских осмотров ребёнка в течение первого года жизни; на оплату родового сертификата; на обеспечение граждан полисами обязательного медицинского страхования; на обеспечение деятельности Фонда, включая модернизацию государственной информационной системы обязательного медицинского страхования;

- объём дефицита бюджета Фонда и источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Фонда*.

* Справка Государственно-правового управления Президента Российской Федерации.



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
от 25 октября 2021 года № 362-ФЗ
ОБ ИСПОЛНЕНИИ
БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2020 ГОД

*Принят Государственной Думой 19 октября 2021 года
Одобен Советом Федерации 20 октября 2021 года*

Статья 1

Утвердить отчет об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Фонд) за 2020 год со следующими основными показателями:

- 1) общий объем доходов бюджета Фонда в сумме 2 392 692 980,1 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, полученных из федерального бюджета в сумме 247 742 139,2 тыс. рублей;
- 2) общий объем расходов бюджета Фонда в сумме 2 360 463 078,6 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, переданные бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 13 644 259,3 тыс. рублей;
- 3) объем профицита бюджета Фонда в сумме 32 229 901,5 тыс. рублей.

Статья 2

Утвердить следующие показатели исполнения бюджета Фонда за 2020 год:

- 1) доходы бюджета Фонда по кодам классификации доходов бюджетов за 2020 год согласно приложению 1 к настоящему Федеральному закону;
- 2) структура расходов бюджета Фонда за 2020 год согласно приложению 2 к настоящему Федеральному закону;
- 3) источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Фонда по кодам классификации источников финансирования дефицитов бюджетов за 2020 год согласно приложению 3 к настоящему Федеральному закону;
- 4) распределение субвенций из бюджета Фонда, направленных в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, за 2020 год согласно приложению 4 к настоящему Федеральному закону.

Москва, Кремль
25 октября 2021 года
№ 362-ФЗ

Президент
Российской Федерации
В. ПУТИН

Приложение 1
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования
за 2020 год»

ДОХОДЫ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО КОДАМ КЛАССИФИКАЦИИ ДОХОДОВ БЮДЖЕТОВ ЗА 2020 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Доходы, всего			2 392 692 980,1
Налоговые и неналоговые доходы	000	1 00 00000 00 0000 000	2 134 005 672,3
Страховые взносы на обязательное социальное страхование	000	1 02 00000 00 0000 000	2 132 755 689,4
Страховые взносы	000	1 02 02000 00 0000 160	2 132 755 689,4
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	000	1 02 02100 08 0000 160	2 132 755 689,4
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	182	1 02 02101 08 0000 160	1 360 837 189,8
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	395	1 02 02102 08 0000 160	743 849 033,7
Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения в фиксированном размере, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	182	1 02 02103 08 0000 160	28 069 465,9
Налоги на совокупный доход	000	1 05 00000 00 0000 000	1 225 660,5
Налог, взимаемый в связи с применением упрощенной системы налогообложения	000	1 05 01000 00 0000 110	800,2

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы	000	1 05 01010 01 0000 110	939,9
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01012 01 0000 110	939,9
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов	000	1 05 01020 01 0000 110	-125,2
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01022 01 0000 110	-125,2
Минимальный налог, зачисляемый в бюджеты государственных внебюджетных фондов (уплаченный (взысканный) за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01030 01 0000 110	-14,5
Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности	000	1 05 02000 02 0000 110	558,8
Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 02020 02 0000 110	558,8
Единый сельскохозяйственный налог	000	1 05 03000 01 0000 110	11,7
Единый сельскохозяйственный налог (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 03020 01 0000 110	11,7
Налог на профессиональный доход	182	1 05 06000 01 0000 110	1 224 289,8
Задолженность и перерасчеты по отмененным налогам, сборам и иным обязательным платежам	000	1 09 00000 00 0000 000	19 220,7
Недоимка, пени и штрафы по страховым взносам	000	1 09 08000 00 0000 140	5 356,5
Недоимка, пени и штрафы по взносам в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	182	1 09 08040 08 0000 140	5 356,5
Единый социальный налог	000	1 09 09000 00 0000 110	13 860,8
Единый социальный налог, зачисляемый в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	182	1 09 09030 08 0000 110	13 860,8

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Налог, взимаемый в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения	000	1 09 11000 02 0000 110	3,4
Налоги, взимаемые в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 09 11020 02 0000 110	3,4
Доходы от оказания платных услуг и компенсации затрат государства	000	1 13 00000 00 0000 000	923,3
Доходы от компенсации затрат государства	000	1 13 02000 00 0000 130	923,3
Прочие доходы от компенсации затрат государства	000	1 13 02990 00 0000 130	923,3
Прочие доходы от компенсации затрат бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 13 02998 08 0000 130	923,3
Доходы от продажи материальных и нематериальных активов	000	1 14 00000 00 0000 000	0,3
Доходы от реализации имущества, находящегося в государственной и муниципальной собственности (за исключением движимого имущества бюджетных и автономных учреждений, а также имущества государственных и муниципальных унитарных предприятий, в том числе казенных)	000	1 14 02000 00 0000 000	0,3
Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации материальных запасов по указанному имуществу)	394	1 14 02080 08 0000 440	0,3
Штрафы, санкции, возмещение ущерба	000	1 16 00000 00 0000 000	4 178,1
Административные штрафы, установленные Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях	000	1 16 01000 01 0000 140	26,7
Административные штрафы, установленные главой 15 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях, за административные правонарушения в области финансов, связанные с нецелевым использованием бюджетных средств, подлежащие зачислению в бюджеты государственных внебюджетных фондов Российской Федерации	000	1 16 01220 00 0000 140	26,7

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Административные штрафы, установленные главой 15 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях, за административные правонарушения в области финансов, связанные с нецелевым использованием бюджетных средств, подлежащие зачислению в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	100	1 16 01220 08 0000 140	26,7
Штрафы, неустойки, пени, уплаченные в соответствии с законом или договором в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств перед государственным (муниципальным) органом, органом управления государственным внебюджетным фондом, казенным учреждением, Центральным банком Российской Федерации, иной организацией, действующей от имени Российской Федерации	000	1 16 07000 00 0000 140	4 039,0
Штрафы, неустойки, пени, уплаченные в случае просрочки исполнения поставщиком (подрядчиком, исполнителем) обязательств, предусмотренных государственным (муниципальным) контрактом	000	1 16 07010 00 0000 140	3 619,1
Штрафы, неустойки, пени, уплаченные в случае просрочки исполнения поставщиком (подрядчиком, исполнителем) обязательств, предусмотренных государственным контрактом, заключенным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования	394	1 16 07010 08 0000 140	3 619,1
Иные штрафы, неустойки, пени, уплаченные в соответствии с законом или договором в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств перед государственным (муниципальным) органом, казенным учреждением, Центральным банком Российской Федерации, государственной корпорацией	000	1 16 07090 00 0000 140	419,9
Иные штрафы, неустойки, пени, уплаченные в соответствии с законом или договором в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств перед Федеральным фондом обязательного медицинского страхования	394	1 16 07090 08 0000 140	419,9

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Платежи в целях возмещения причиненного ущерба (убытков)	000	1 16 10000 00 0000 140	112,4
Возмещение ущерба при возникновении страховых случаев, когда выгодоприобретателями выступают получатели средств бюджетов государственных внебюджетных фондов, и прочее возмещение ущерба, причиненного федеральному имуществу, находящемуся в их владении и пользовании	000	1 16 10110 00 0000 140	28,4
Возмещение ущерба при возникновении страховых случаев, когда выгодоприобретателями выступают получатели средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 16 10115 08 0000 140	28,4
Доходы от денежных взысканий (штрафов), поступающие в счет погашения задолженности, образовавшейся до 1 января 2020 года, подлежащие зачислению в бюджеты бюджетной системы Российской Федерации по нормативам, действовавшим в 2019 году	000	1 16 10120 00 0000 140	84,0
Доходы от денежных взысканий (штрафов), поступающие в счет погашения задолженности, образовавшейся до 1 января 2020 года, подлежащие зачислению в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования по нормативам, действовавшим в 2019 году	394	1 16 10126 01 0000 140	84,0
Безвозмездные поступления	000	2 00 00000 00 0000 000	258 687 307,8
Безвозмездные поступления от других бюджетов бюджетной системы Российской Федерации	000	2 02 00000 00 0000 000	247 742 139,2
Межбюджетные трансферты, передаваемые бюджетам государственных внебюджетных фондов	000	2 02 50000 00 0000 150	247 742 139,2
Межбюджетный трансферт бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на компенсацию выпадающих доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование	394	2 02 55182 08 0000 150	11 956 228,2

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Межбюджетные трансферты бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на компенсацию выпадающих доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с тем, что суммы доходов в виде выплат (вознаграждений), полученных физическими лицами, не являющимися индивидуальными предпринимателями, от физических лиц за оказание им услуг для личных, домашних и (или) иных подобных нужд, не подлежат обложению страховыми взносами	394	2 02 55212 08 0000 150	25 800,4
Межбюджетный трансферт бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения)	394	2 02 55225 08 0000 150	120 000 000,0
Межбюджетный трансферт бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение отдельных нестраховых расходов	394	2 02 55226 08 0000 150	114 760 110,6
Межбюджетный трансферт, передаваемый бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение мероприятий по модернизации государственной интегрированной информационной системы в сфере обязательного медицинского страхования и организацию ее информационного взаимодействия с единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения	394	2 02 55869 08 0000 150	1 000 000,0
Доходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 18 00000 00 0000 000	10 945 168,6

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Доходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации от возврата бюджетами бюджетной системы Российской Федерации остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет, а также от возврата организациями остатков субсидий прошлых лет	000	2 18 00000 00 0000 150	10 945 168,6
Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	394	2 18 00000 08 0000 150	10 945 168,6
Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков межбюджетных трансфертов прошлых лет на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также профилактического медицинского осмотра ребенка в течение первого года жизни	394	2 18 39640 08 0000 150	221 308,0
Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования прошлых лет на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации	394	2 18 50930 08 0000 150	10 548 223,5
Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков межбюджетных трансфертов прошлых лет на осуществление единовременных выплат медицинским работникам	394	2 18 51360 08 0000 150	175 637,1

Приложение 2
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования
за 2020 год»

СТРУКТУРА РАСХОДОВ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2020 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Кассовое исполнение
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования					2 360 463 078,6
Общегосударственные вопросы	01	00			1 374 327,1
Международные отношения и международное сотрудничество	01	08			7 584,6
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	01	08	01 0 00 00000		7 584,6
Подпрограмма «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»	01	08	01 8 00 00000		7 584,6
Ведомственная целевая программа «Содействие международному сотрудничеству в сфере охраны здоровья»	01	08	01 8 03 00000		7 584,6
Прочие расходы, связанные с международной деятельностью (Иные бюджетные ассигнования)	01	08	01 8 03 92798	800	7 584,6
Прикладные научные исследования в области общегосударственных вопросов	01	12			3 500,0
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	01	12	01 0 00 00000		3 500,0
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	01	12	01 K 00 00000		3 500,0
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	01	12	01 K 10 00000		3 500,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	01	12	01 K 10 90059	200	3 500,0
Другие общегосударственные вопросы	01	13			1 363 242,5
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	01	13	01 0 00 00000		1 363 242,5
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	01	13	01 K 00 00000		1 363 242,5
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	01	13	01 K 10 00000		1 363 242,5

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Кассовое исполнение
Межбюджетный трансферт бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение мероприятий по модернизации государственной интегрированной информационной системы в сфере обязательного медицинского страхования и организацию ее информационного взаимодействия с единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения за счет средств резервного фонда Правительства Российской Федерации (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	01	13	01 К 10 58690	200	393 500,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными (муниципальными) органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами)	01	13	01 К 10 90059	100	366 955,5
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	01	13	01 К 10 90059	200	594 893,3
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Иные бюджетные ассигнования)	01	13	01 К 10 90059	800	7 893,7
Образование	07	00			6 552,6
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	07	05			6 552,6
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	07	05	01 0 00 00000		6 552,6
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	07	05	01 К 00 00000		6 552,6
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	07	05	01 К 10 00000		6 552,6
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	07	05	01 К 10 90059	200	6 552,6
Здравоохранение	09	00			2 359 082 191,0
Другие вопросы в области здравоохранения	09	09			2 359 082 191,0
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	09	09	01 0 00 00000		2 359 079 391,0
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	09	09	01 К 00 00000		2 359 079 391,0
Ведомственная целевая программа «Высокотехнологичная медицинская помощь и медицинская помощь, оказываемая в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации»	09	09	01 К 05 00000		103 087 229,8

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Кассовое исполнение
Субсидии медицинским организациям частной системы здравоохранения на финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации (Иные бюджетные ассигнования)	09	09	01 К 05 60060	800	2 499 972,8
Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказываемой гражданам Российской Федерации федеральными государственными учреждениями (Предоставление субсидий бюджетным, автономным учреждениям и иным некоммерческим организациям)	09	09	01 К 05 92110	600	100 587 257,0
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	09	09	01 К 10 00000		2 242 347 901,9
Субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 К 10 50930	500	2 225 429 984,8
Иные межбюджетные трансферты бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение формирования нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 К 10 52570	500	15 592 437,9
Иные межбюджетные трансферты бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 К 10 52580	500	458 595,0
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Закупка товаров, работ и услуг для обеспечения государственных (муниципальных) нужд)	09	09	01 К 10 90059	200	866 884,2
Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»	09	09	01 К N4 00000		13 644 259,3
Оплата медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также профилактического медицинского осмотра ребенка в течение первого года жизни (Межбюджетные трансферты)	09	09	01 К N4 39640	500	13 644 259,3
Непрограммные направления деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации	09	09	73 0 00 00000		2 800,0
Иные мероприятия	09	09	73 8 00 00000		2 800,0

Наименование	Рз	ПР	ЦСР	ВР	Кассовое исполнение
Осуществление единовременных выплат медицинским работникам за периоды, истекшие до 1 января 2018 года (Социальное обеспечение и иные выплаты населению)	09	09	73 8 00 51360	300	2 300,0
Осуществление единовременных выплат медицинским работникам за периоды, истекшие до 1 января 2018 года (Иные бюджетные ассигнования)	09	09	73 8 00 51360	800	500,0
Социальная политика	10	00			7,9
Охрана семьи и детства	10	04			7,9
Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»	10	04	01 0 00 00000		7,9
Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	10	04	01 К 00 00000		7,9
Ведомственная целевая программа «Организация обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»	10	04	01 К 10 00000		7,9
Расходы на обеспечение деятельности (оказание услуг) государственных учреждений (Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными (муниципальными) органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами)	10	04	01 К 10 90059	100	7,9

Приложение 3
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования
за 2020 год»

ИСТОЧНИКИ ВНУТРЕННЕГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТА БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО КОДАМ КЛАССИФИКАЦИИ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТОВ БЮДЖЕТОВ ЗА 2020 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора источника финансирования	источника финансирования	
Источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования			-32 229 901,5
Источники внутреннего финансирования дефицитов бюджетов	000	01 00 00 00 00 0000 000	-32 229 901,5

Наименование	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора источника финансирования	источника финансирования	
Получение бюджетных кредитов из других бюджетов бюджетной системы Российской Федерации в валюте Российской Федерации	000	01 03 01 00 00 0000 700	70 000 000,0
Получение кредитов из других бюджетов бюджетной системы Российской Федерации бюджетом Федерального фонда обязательного медицинского страхования в валюте Российской Федерации	394	01 03 01 00 08 0000 710	70 000 000,0
Погашение бюджетных кредитов, полученных из других бюджетов бюджетной системы Российской Федерации в валюте Российской Федерации	000	01 03 01 00 00 0000 800	-70 000 000,0
Погашение бюджетом Федерального фонда обязательного медицинского страхования кредитов из других бюджетов бюджетной системы Российской Федерации в валюте Российской Федерации	394	01 03 01 00 08 0000 810	-70 000 000,0
Изменение остатков средств на счетах по учету средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 000	-32 229 939,4
Увеличение остатков средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 500	-2 481 156 220,5
Увеличение прочих остатков средств бюджетов	000	01 05 02 00 00 0000 500	-2 481 156 220,5
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 510	-2 481 156 220,5
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 510	-2 481 156 220,5
Уменьшение остатков средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 600	2 448 926 281,1
Уменьшение прочих остатков средств бюджетов	000	01 05 02 00 00 0000 600	2 448 926 281,1
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 610	2 448 926 281,1
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 610	2 448 926 281,1
Иные источники внутреннего финансирования дефицитов бюджетов	000	01 06 00 00 00 0000 000	37,9
Курсовая разница	000	01 06 03 00 00 0000 000	37,9
Курсовая разница по средствам бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 06 03 00 08 0000 171	37,9

Приложение 4
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования
за 2020 год»

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ
СУБВЕНЦИЙ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННЫХ
В БЮДЖЕТЫ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИЯХ
СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЗА 2020 ГОД**

(тыс. рублей)

Наименование	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Российская Федерация	2 225 429 984,8
в том числе:	
Республика Адыгея (Адыгея)	5 209 986,5
Республика Алтай	4 802 616,6
Республика Башкортостан	56 724 846,2
Республика Бурятия	17 755 804,0
Республика Дагестан	33 352 251,6
Республика Ингушетия	5 537 397,3
Кабардино-Балкарская Республика	9 513 389,8
Республика Калмыкия	3 510 271,5
Карачаево-Черкесская Республика	5 372 087,5
Республика Карелия	12 522 217,3
Республика Коми	19 090 507,6
Республика Крым	23 612 994,1
Республика Марий Эл	8 590 399,2

Наименование	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Республика Мордовия	9 711 002,0
Республика Саха (Якутия)	36 194 543,9
Республика Северная Осетия – Алания	8 824 983,6
Республика Татарстан (Татарстан)	48 073 697,8
Республика Тыва	7 004 920,0
Удмуртская Республика	21 464 556,1
Республика Хакасия	9 878 691,4
Чеченская Республика	18 037 359,5
Чувашская Республика – Чувашия	15 776 927,3
Алтайский край	34 621 300,9
Забайкальский край	18 584 686,5
Камчатский край	11 631 428,6
Краснодарский край	70 144 602,7
Красноярский край	55 592 260,3
Пермский край	37 430 373,5
Приморский край	33 160 087,4
Ставропольский край	34 488 844,4
Хабаровский край	26 290 402,9
Амурская область	14 877 718,1
Архангельская область	23 857 894,5
Астраханская область	12 480 164,2
Белгородская область	19 575 994,6
Брянская область	15 246 494,4
Владимирская область	17 559 094,9
Волгоградская область	31 340 190,6

Наименование	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Вологодская область	17 256 418,1
Воронежская область	28 962 316,2
Ивановская область	12 548 282,7
Иркутская область	44 447 312,7
Калининградская область	12 610 877,1
Калужская область	12 720 928,3
Кемеровская область – Кузбасс	40 020 692,0
Кировская область	18 021 905,3
Костромская область	8 267 928,5
Курганская область	12 061 594,8
Курская область	14 154 134,6
Ленинградская область	20 047 185,7
Липецкая область	14 965 702,4
Магаданская область	5 780 319,9
Московская область	109 868 985,5
Мурманская область	17 479 453,9
Нижегородская область	40 948 055,5
Новгородская область	7 823 717,8
Новосибирская область	40 970 492,0
Омская область	27 856 945,9
Оренбургская область	28 517 924,2
Орловская область	9 684 117,8
Пензенская область	16 565 058,1
Псковская область	7 996 571,9
Ростовская область	51 552 573,3

Наименование	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Рязанская область	14 064 186,2
Самарская область	40 696 580,2
Саратовская область	30 992 919,6
Сахалинская область	11 955 616,4
Свердловская область	62 325 490,1
Смоленская область	11 956 030,1
Тамбовская область	12 586 977,2
Тверская область	16 458 671,2
Томская область	18 638 236,3
Тульская область	18 781 456,4
Тюменская область	21 628 477,1
Ульяновская область	15 619 393,7
Челябинская область	49 788 929,4
Ярославская область	16 597 511,5
Город федерального значения Москва	266 433 841,7
Город федерального значения Санкт-Петербург	91 903 323,3
Город федерального значения Севастополь	5 449 239,4
Еврейская автономная область	3 174 077,0
Ненецкий автономный округ	1 685 970,2
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	36 366 729,0
Чукотский автономный округ	2 058 474,3
Ямало-Ненецкий автономный округ	17 284 949,1
Город Байконур	410 421,9

ДИРЕКТОР ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ Т.Ю. ГРОЗДОВА – ВРАЧ, УЧЕНЫЙ, ОРГАНИЗАТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Татьяна Юрьевна Гроздова родилась 30 декабря 1958 года в городе Энгельсе Саратовской области. Ее детство и юность прошли в одном из районов города Энгельса – закрытом военном летном городке при авиабазе дальней авиации «Энгельс-2» (во времена СССР эта территория не была нанесена на карты, в настоящее время считается крупнейшей базой стратегической авиации в России). Другой легендарный объект, расположенный неподалеку от родного городка Татьяны Юрьевны, – это место приземления первого в мире покорителя космоса, летчика-космонавта Ю.А. Гагарина. Ее отец, подполковник, ветеран

Великой Отечественной войны, начальник военной разведки дивизии, в то время принимал непосредственное участие в подготовке к полету первого космонавта планеты. Вся эта обстановка сыграла огромную роль в становлении личности маленькой Татьяны, с детства впитавшей гордость за свою Родину, страну, любовь к людям, желание идти вперед, открывать новое, преодолевать невероятные препятствия и становиться первой.

Первые серьезные победы начались в школьные годы – только первые места в олимпиадах по математике, физике, в спортивных соревнованиях

(баскетболе, волейболе, фигурном катании, прыжках на батуте, легкой атлетике, плавании), участие в балетных постановках, грамоты, дипломы и в итоге – завершение школьного обучения с отличием. Следующий виток побед – это студенческие годы в Саратовском государственном медицинском институте. Специальность «педиатрия» Татьяна Юрьевна выбрала не случайно. Ее мама – отличник здравоохранения, врач-педиатр, ветеран Великой Отечественной войны – проработала врачом 61 год. Видя с детства невероятный труд своих родителей, понимая, как много они делают для людей, как мама спасает детей (в войну помогала выхаживать детей – от младенцев до подростков, привезенных из блокадного Ленинграда), организует работу детской поликлиники в должности заведующей, Татьяна Юрьевна приняла однозначное решение стать врачом-педиатром. В студенческие годы параллельно с учебой она устроилась работать санитаркой в детскую больницу. Татьяна Юрьевна еще не подозревала, каких высот ей предстоит достичь в медицине, однако ей важно было пройти весь путь медика: от санитарки до врача, профессора, организатора здравоохранения. В 1982 году она завершила с отличием обучение в мединституте. В этом же году у нее с супругом родилась дочь. С будущим мужем Татьяна познакомилась еще в школьные годы, когда они в одной команде принимали участие в соревновании по спортивному ориентированию, а поженились они, уже будучи студентами. Счастливое материнство не помешало, а только помогло Татьяне Юрьевне продолжить свое развитие в медицине. Не теряя времени, она успешно прошла обучение в интернатуре, затем работала врачом-педиатром в детской больнице, врачом в военном гарнизоне на окраине Саратовской области.

Молодой доктор не представляла свою работу без дальнейшего обучения и научной деятельности и именно поэтому она прошла ординатуру на кафедре госпитальной педиатрии Саратовского медицинского университета, там же закончила аспирантуру и после защиты кандидатской диссертации получила ученую степень кандидата медицинских наук. Спустя несколько лет, в 1996 году, Татьяне Юрьевне была

присуждена ученая степень доктора медицинских наук.

В XXI век Татьяна Юрьевна вошла в должности заместителя главного врача по лечебной работе ГУЗ «Саратовская областная детская клиническая больница». Следующий этап – Министерство здравоохранения Саратовской области. Тогда Татьяна Юрьевна четко поняла, что, работая в министерстве, она сможет помочь гораздо большему количеству детей, взрослому населению своего города, нежели трудясь практикующим врачом (даже на позиции руководителя медицинского учреждения). За время работы в Министерстве здравоохранения Саратовской области она возглавила службу детства и родовспоможения области и приняла непосредственное участие в реализации мероприятий по снижению младенческой смертности на территории области, а также в организации профилактической направленности в оказании медицинской помощи детям и беременным женщинам, организации детской службы реанимации. Одновременно в этот период ее учениками стали молодые врачи, которые под ее руководством защитили кандидатские диссертации, затем, через несколько лет, подготовив докторские диссертации, стали докторами медицинских наук.

С начала трудовой деятельности Татьяна Юрьевна принимала активное участие в организации здравоохранения. Воспитание и окружение в детстве дали свои плоды – желание создавать новое и полезное для общества, становиться первой не покидало ее никогда. За период работы в Саратовской областной детской клинической больнице она организовала и возглавила службу детской гастроэнтерологии. Являлась главным внештатным специалистом детской гастроэнтерологии Министерства здравоохранения Саратовской области. В течение трех лет она возглавляла медицинскую часть ведущей многопрофильной клиники Саратовского государственного медицинского университета, участвовала в организации новых отделений урологии, нейрореанимации, реанимации новорожденных. Работа начмедом в федеральной клинике Саратовского государственного университета значительно расширила круг ее интересов

в практической медицине. Совместно с ведущими специалистами Татьяна Юрьевна организовала работу по пересадке родственной почки, а также по реализации государственного заказа по выполнению высокотехнологичной медицинской помощи на клинической базе Саратовского государственного медицинского университета.

Впервые под руководством Татьяны Юрьевны была создана современная система организации лечебного питания на базе клинических подразделений, внедрены новые методы лечения и диагностики заболеваний в работу федеральной клиники. Она является соавтором многих методических руководств федерального уровня в этой области.

Решение вопросов экологии и здоровья граждан в период создания первого российского объекта по уничтожению запасов химического оружия в поселке Горный Саратовской области – еще одно направление, в котором Татьяна Юрьевна приняла активное участие, возглавив медицинскую программу (г. Саратов) международной экологической организации «Зелёный Крест». Проведение серьезных эпидемиологических исследований под ее руководством, обследование населения, проживающего вблизи семи объектов хранения химического оружия, презентация результатов в Европе и США стали основой для представления нашей страны как ведущей державы, соблюдающей все требования экологической безопасности при организации работ по химическому разоружению.

Параллельно со стремительным развитием в практической медицине и на административной работе происходил карьерный рост Татьяны Юрьевны в науке. В 2002 году она прошла профессиональную переподготовку в Поволжской академии государственной службы им. П.А. Столыпина по программе «Государственное и муниципальное управление». С этого же года она начала читать блестящие лекции, находясь на самой высокой педагогической позиции – профессора, на кафедре пропедевтики детских болезней Саратовского государственного медицинского университета. Спустя годы Татьяна Юрьевна продолжила в звании профессора делиться своим бесценным опытом, приобретенным за годы разно-

плановой работы на кафедре организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». И в настоящее время, проживая и работая в городе Севастополе, Татьяна Юрьевна не оставляет научную деятельность, является профессором кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского».

Благодаря огромному желанию создавать и совершенствовать Татьяна Юрьевна открыла для себя новые горизонты и добилась успеха в совершенно новой для себя сфере деятельности в области административной работы – с 2006 года она стала заместителем исполнительного директора по защите прав застрахованных граждан ТФОМС Саратовской области. Под ее руководством и благодаря опыту, приобретенному за долгие годы усердной работы, была сформирована эффективная система экспертного контроля оказания медицинской помощи застрахованным.

Следующий важный этап в жизни не только Татьяны Юрьевны, но и всей нашей страны – 2014 год, воссоединение Крыма с Россией. Т.Ю. Гроздова приняла активное участие в реорганизации системы здравоохранения города федерального значения Севастополя в период перехода в состав Российской Федерации. Спустя несколько месяцев после общенародного референдума Татьяна Юрьевна вступила в должность директора ТФОМС города Севастополя (июнь 2014 г.). Под ее руководством за короткий промежуток времени (июнь 2014 г. – январь 2015 г.) была успешно внедрена система обязательного медицинского страхования Российской Федерации в городе федерального значения Севастополе, эффективно работающая по настоящее время. Впервые под руководством Татьяны Юрьевны создана система защиты прав застрахованных, организована работа врачей-экспертов, страховых медицинских организаций. Т.Ю. Гроздова являлась непосредственным организатором реализации в медицинских организациях города Севастополя пилотного проекта «Бережливая поликлиника», она

приняла участие в проведении цикла обучения врачей и среднего медицинского персонала принципам бережливого производства в здравоохранении. Под руководством Татьяны Юрьевны разработана система работы страховых представителей в условиях функционирования медицинских организаций в городе федерального значения Севастополе.

При активном участии в организации системы здравоохранения Севастополя Татьяна Юрьевна Гроздова является автором экспертных статей ведущих журналов Российской Федерации, в том числе журнала «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации», журнала «Диетология», работа которых направлена на внедрение современной системы ОМС в практику отечественного здравоохранения. Также она автор многочисленных публикаций в различных медицинских изданиях (научной и практической направленности), член редакционных советов этих изданий. Татьяна Юрьевна регулярно проводит обучающие вебинары по вопросам экономики, организации работы медицинских организаций в системе ОМС, экспертного контроля специалистов-экономистов, организаторов здравоохранения.

В течение семи лет Татьяна Юрьевна непосредственно руководит системой управления финансирования медицинских организаций. Ею организована работа Координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования в городе Севастополе, на котором рассматриваются самые проблемные вопросы организации системы здравоохранения города федерального значения Севастополя.

С апреля 2021 года, согласно приказу Федеральной антимонопольной службы, Татьяна Юрьевна становится участником Экспертного совета при ФАС по развитию конкуренции на товарных рынках лекарственных средств и биологически активных добавок.

По указу Президента Российской Федерации В.В. Путина от 12.03.2001 Татьяна Юрьевна награждена орденом «Почета». За последние 20 лет в ее арсенале немало наград, почетных грамот, памятных

знаков, благодарностей, в том числе Почетный знак Губернатора Саратовской области «За милосердие и благотворительность» (2000 г.), нагрудный знак «Отличнику здравоохранения» (2001 г.). Неоднократно Татьяна Юрьевна была награждена почетными грамотами Минздравсоцразвития России за многолетний добросовестный труд и заслуги в развитии и совершенствовании системы обязательного медицинского страхования (2010 г.) и Минздрава России за заслуги в организации системы обязательного медицинского страхования в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе (2015 г.). Отмечена памятными знаками ФОМС к 20- и 25-летию обязательного медицинского страхования в Российской Федерации (2013 г., 2018 г.), Почетной грамотой Правительства Севастополя за добросовестный труд, высокий профессионализм, личный вклад в развитие системы обязательного медицинского страхования в городе Севастополе (2019 г.).

Все эти награды, конечно же, важны для Татьяны Юрьевны, они отражение всех ее грандиозных событий, свершений и побед на поприще медицины. Но в таком многогранном, талантливом в различных направлениях человеке, как она, живет еще и творческая личность. Например, недавно она получила свидетельство Европейской школы корреспондентского обучения об успешном окончании курсов ландшафтного дизайна. Татьяна Юрьевна с юности увлекается живописью, пишет маслом пейзажи и натюрморты, создает уникальные фрески. Такая кропотливая работа, терпение и выносливость во всех делах немыслимы без физической подготовки. Татьяна Юрьевна настоящий спортсмен: баскетбол, волейбол, плавание и, конечно же, бейсбол – то, без чего она себя не представляет!

Сколько бы ни было побед и свершений на пути этой необыкновенной женщины, талантливого врача, перспективного руководителя, обладающего высоким уровнем лидерских качеств и управленческих компетенций, она всегда остается самой собой, потому что очень сильно любит жизнь и готова дарить этот свой дар пациентам, коллегам и всем-всем ее окружающим!

УДК 614.2

СЕМЬ ЛЕТ ПОБЕД В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ. ГОРОД СЕВАСТОПОЛЬ

Т.Ю. Гроздова



Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования города
Севастополя

Реферат

В статье отражены деятельность ТФОМС города Севастополя за семь лет, становление и функционирование системы ОМС в городе федерального значения, работа Территориального фонда ОМС города Севастополя не только как фонда, финансирующего здравоохранение, контролирующего работу медицинских организаций в системе ОМС, но и структуры, которая активно участвует в жизни здравоохранения. Показан важный раздел работы ТФОМС города Севастополя по организации системы защиты прав застрахованных лиц на качественную, бесплатную и доступную медицинскую помощь. Представлена работа ТФОМС города Севастополя в сложный период возникновения и распространения новой коронавирусной инфекции. В статье рассказывается также о деятельности ГБУЗ Севастополя «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» – больницы, которой исполнилось 153 года. Показаны развитие больницы с начала вступления в систему ОМС, ее реорганизация, открытие новых центров, отделений, коек, выход на новый уровень современной медицины.

Ключевые слова:

ТФОМС города Севастополя, ОМС, Городская больница № 1, медицинская помощь, Департамент здравоохранения города Севастополя, пилотный проект.

Для корреспонденции

Гроздова Татьяна Юрьевна

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Севастополя, д.м.н.

Адрес: 299053, Севастополь, Фиолентовское шоссе, 1/2

Тел.: +7 (8692) 24-20-61, 24-10-65,
+7 (8692) 24-31-82

Факс: +7 (8692) 24-20-61, 24-10-65,
+7 (8692) 24-31-82 (доб. 270)

E-mail: general@sevtfoms.ru

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС) города федерального значения Севастополя был создан на основании Распоряжения Губернатора города Севастополя от 07.04.2014 № 14.

Первыми сотрудниками ТФОМС стали специалисты, приехавшие из других территориальных фондов ОМС для оказания помощи по организации работы фонда в городе Севастополе.

Это было решение председателя ФОМС Н.Н. Стадченко¹. Тогда была организована работа не только прикомандированных сотрудников, но и совместная работа с заместителями председателя ФОМС А.И. Кувалдиным и Ю.А. Нечепоренко². Все вместе мы приступили к исполнению этой важной, сложной и в то же время интересной задачи – организации системы обязательного медицинского страхования (ОМС) в Севастополе.

Организация ОМС с нуля

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Севастополя постоянно поддерживали не только руководство и сотрудники Федерального фонда ОМС, но и представители территориальных фондов 18 субъектов Российской Федерации. В этот период очень важен был опыт работы всех наших коллег. Сложно и трудно начинать с нуля, да еще на территории, где происходит переход от одной системы здравоохранения к другой: первые заседания Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, подготовка и первая защита бюджета ТФОМС на 2015 год, первая территориальная программа ОМС. ТФОМС впервые на территории города Севастополя начал делать закупки в соответствии с Федеральным законом № 44-ФЗ от 05.04.2013 «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», и это тогда, когда российская система проведения торгов еще полностью не вошла в новый регион и действовали временные правила для работы организаций полуострова.

Итогом работы ТФОМС в 2014 году стали организация и функционирование информационной системы сдачи реестров счетов и внесения информации о пролеченных пациентах в РМИС, которая так

же была вначале организована в ТФОМС, с последующим переносом в 2016 году в создавшуюся новую структуру МИАЦ при Департаменте здравоохранения города Севастополя.

К концу 2014 года был принят первый закон о бюджете ТФОМС города Севастополя на 2015 год, распределены объемы оказания медицинской помощи, финансовое обеспечение между медицинскими организациями и утверждены тарифы. 2014 год стал решающим для формирования системы ОМС города. Под руководством ТФОМС три страховые медицинские организации (СМО) (ООО «Крымская страховая медицинская компания», ООО «СМК «Крыммедстрах» и ООО МСК «Максимус») с июня 2014 года приступили к страхованию населения. Эти темпы до сих пор сохраняются. Только за первые три месяца 2021 года перестрахование прошли более 10 000 жителей города.

Сила командной работы

Одно из самых главных наших достижений – это команда ТФОМС, которая рука об руку прошла семь лет, решая все вопросы, работая с медицинскими организациями, обеспечивая защиту прав граждан Севастополя, застрахованных в системе ОМС, совместно со страховыми медицинскими организациями.

Большой вклад в становление и функционирование системы ОМС внесли сотрудники ТФОМС, которые так же, как и директор, без колебаний приняли решение о работе в Севастополе. Это заместители директора И.А. Игнатова, О.В. Томилина, руководитель контрольно-ревизионного управления Ю.А. Лавданская, начальник информационного управления Д.Н. Тутаев. Все они, профессионально подготовленные специалисты, хорошо знающие особенности работы системы ОМС, смогли, трудясь в одной команде, не только привлечь местных специалистов, но и подготовить из них резервы на выдвижение руководящих должностей ТФОМС. Это М.В. Куваева, с 2020 года возглавившая экономическую службу фонда, Е.В. Ситникова, которая в течение всех семи лет обеспечивает планирование территориальной программы ОМС, О.П. Кукенко – все эти годы организует прием реестров счетов от медицинских организаций. Даже сотрудники других фондов, поработав в севастопольской команде в период становления ОМС региона, остаются с нами и в настоящее время эффективно работают на руководящих должностях. Это сотрудники Ростовского

¹ Н.Н. Стадченко – Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2012–2020 гг.

² Ю.А. Нечепоренко – Заместитель Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2012–2020 гг.

ТФОМС Н.В. Ющенко, Красноярского ТФОМС О.Ю. Литвинова.

Если вы хотите, чтобы у вас работали лучшие сотрудники, станьте лучшим начальником. Сила руководителя, возможность оперативного решения всех вопросов в его команде – проверены в севастопольском территориальном фонде уже годами.

Территориальный фонд ОМС города Севастополя стал не только фондом, финансирующим здравоохранение, контролирующим работу медицинских организаций в системе ОМС, но и структурой, которая активно участвует в жизни здравоохранения.

Совместно с первым директором Департамента здравоохранения города Севастополя Ю.Э. Восканяном были утверждены первые приказы о коечном фонде, введены автоматизированные системы учета лекарств и питания в медицинских организациях, создана единая информационная система для всех медицинских организаций и ТФОМС. Все это стало основой для продвижения вперед, реализации новых планов и проектов.

Качественная и доступная медицинская помощь каждому севастопольцу

Финансовое обеспечение медицинских организаций города с минимального финансирования по «остаточному принципу» времен Украины значительно увеличилось: с 3 миллиардов рублей в 2014 году до фактически 6 миллиардов в 2021 году. Ранее не проводимые методы высокотехнологичной медицинской помощи сегодня финансируются на 146 миллионов рублей в год. В медицинских организациях времен Украины отсутствовало оказание медицинской помощи в дневных стационарах, открытие которых стало возможным с приходом России, и сейчас финансирование составляет 594 миллиона рублей в год.

Никогда ранее в Севастополе не оказывалась медицинская помощь по экстракорпоральному оплодотворению бесплатно для пациентов. В настоящее время более 200 супружеских пар ежегодно получают эту помощь – только в 2020 году родилось 59 детей.

ТФОМС города Севастополя все эти годы обеспечивает финансовую устойчивость медицинских организаций для оказания качественной и доступной ме-



дицинской помощи населению. Исполнение бюджета ТФОМС по доходам и по расходам с 2015 по 2021 год практически составляет 100% и более за счет правильно проводимой работы специалистами фонда.

Медицинские организации Севастополя стали привлекательными для лечения пациентов из других субъектов Российской Федерации. Финансирование наших медорганизаций из средств прочих территориальных фондов по лечению жителей этих субъектов Федерации составило более 150 миллионов рублей в год. ТФОМС проводит постоянно активную работу по своевременному перечислению финансовых средств нашим медорганизациям. В то же время благодаря правильному планированию экономистами ТФОМС расходов жителям Севастополя стали доступны все клиники и больницы Российской Федерации. За семь лет более 238 253 пациентов пролечилось в федеральных и других клиниках России. Финансовое обеспечение составило 1,9 миллиарда рублей.

Первые по оказанию ВМП

Севастополь первым на Крымском полуострове начал оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) и не только жителям Севастополя, но и застрахованным гражданам, прибывшим для лечения в севастопольские больницы из других субъектов Российской Федерации.

ГБУЗ Севастополя «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» первой начала оказывать ВМП. В 2015 году по профилям: онкология, кардиохирургия, нейрохирургия, урология, травматология, офтальмология, организована высокотехнологичная медицинская помощь 527 пациентам.

Таблица

Среднемесячная заработная плата работников медицинских организаций города Севастополя из средств ОМС за 2015–2020 гг. и май 2021 г., тыс. руб.

Категория персонала	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	Май 2021 г.
Врачи	33,54	36,51	24,13	45,42	51,45	58,80	72,14
Средний медицинский (фармацевтический) персонал	19,60	21,60	22,96	25,15	26,38	29,34	34,29
Младший медицинский персонал	11,84	13,08	15,06	21,70	23,08	23,20	25,42
Прочий персонал	14,00	15,75	17,50	19,57	22,76	23,26	24,74
Руководители	51,12	62,09	60,21	65,66	73,96	79,71	73,19

В настоящее время практически все государственные медицинские организации города оказывают ВМП. За прошедшие 7 лет более 10 тысяч пациентов получили данный вид помощи непосредственно в Севастополе. Финансовое обеспечение ВМП увеличилось от 64 миллионов рублей за 2015 год до 218 миллионов рублей в 2020 году.

Система ОМС города Севастополя постепенно стала привлекательной для медицинских организаций негосударственной формы собственности. С 2015 года количество таких медицинских организаций увеличилось с одной до 37 в 2021 году.

Рост заработной платы

Наряду с финансовым обеспечением медицинских организаций имели место достаточно высокие темпы роста заработной платы медицинских сотрудников, получаемой из средств ОМС.

Информация о среднемесячной заработной плате работников медицинских организаций города Севастополя из средств ОМС за 2015–2020 гг. и май 2021 г., тыс. рублей, представлена в *таблице*.

Реконструкция медицинских организаций

С 2016 года медицинские организации города впервые начали получать финансирование на приобретение нового оборудования, ремонтные работы и обучение медперсонала из средств нормированного страхового запаса.

Всего за период с 2015 по 2021 год ТФОМС смог обеспечить приобретение более 600 единиц обо-

рудования. Провели переподготовку 823 врачей по специальностям: акушерство и гинекология, офтальмология, терапия, педиатрия, хирургия, анестезиология и реаниматология, ультразвуковая диагностика, онкология, эндоскопия, рентгенология.

Участники пилотного проекта Минздрава России

Севастополь вошел в составе трех субъектов Российской Федерации в пилотный проект Минздрава России по внедрению бережливого производства в поликлиники города. И снова команда фонда смогла организовать обеспечение поликлиник необходимым медицинским оборудованием из нормированного страхового запаса. ТФОМС города Севастополя разработал основные проекты документов для внедрения в практическое использование и представил наработанный опыт в другие субъекты Российской Федерации. Медицинские организации города, участвующие в реализации проекта, в течение короткого времени провели ремонтные работы, закупили оборудование для проведения обследований, ввели системы автоматизированного учета в проведение и передачу лабораторных исследований, систему электронной регистратуры. Все это проводилось в помещениях, в которых никогда не было капитальных, да и текущих ремонтов.

Руководство ТФОМС приняло активное участие в переподготовке медицинских сотрудников больницы по вопросам работы в системе бережливого производства в рамках повышения квалификации, организованной правительством города на базе высших



Рисунок. Результаты социологического опроса «Общая удовлетворенность качеством медицинской помощи»

учебных заведений Севастополя.

Ежемесячно ТФОМС и СМО проводят социологические опросы с целью контроля работы медицинских организаций и своевременного реагирования на имеющиеся проблемы. Самый высокий уровень удовлетворенности качеством медицинской помощи приходится на 5-й год (2020 год и 2021 год) функционирования системы ОМС, несмотря на сложную эпидемиологическую обстановку, максимальную напряженность системы здравоохранения при организации и проведении работы в период вспышки новой коронавирусной инфекции (рисунок).

Работа с населением: 80 899 решенных обращений

Важным разделом работы ТФОМС города Севастополя стала организация системы защиты прав застрахованных лиц на качественную, бесплатную и доступную медицинскую помощь. Эта система начала работать с 1 января в 2015 года. Сотрудники ТФОМС совместно со страховыми медицинскими организациями за 7 лет приняли в работу и рассмотрели 80 899 обращений.

ТФОМС организована система работы с обращениями застрахованных по вопросам оказания медицинской помощи. Ежегодно эксперты ТФОМС и СМО рассматривают более 15 тысяч обращений. Только за 5 месяцев 2021 года поступило 5 624 обращения граждан, в том числе за консультацией (разъяснением) – 5 545.

Организована система возмещения финансовых средств лицам по случаям взимания денежных средств, затраченных на медицинскую помощь

по программам ОМС. Ежегодно от 70 до 600 тысяч рублей и более возмещается гражданам при неправомерных действиях медработников.

Организованная ТФОМС система экспертного контроля обеспечила возможность влиять на качество оказания медицинской помощи путем работы с медицинскими организациями, рассмотрения вопросов качества на рабочих совещаниях по результатам экспертного контроля, проводимых СМО. Так, ежегодно экспертами ТФОМС и СМО проводится более 30 тысяч экспертиз, в том числе и по заявлениям застрахованных граждан.

Правительство Севастополя ежемесячно рассматривает все наиболее актуальные вопросы на Координационном совете по защите прав застрахованных. Начиная от проблем по взиманию денежных средств с граждан в 2015 году до рассмотрения качества оказания медицинской помощи по кардиологии, онкологии, рассмотрения мероприятий и их эффективности по снижению смертности от социально значимых заболеваний.

COVID-19. Действия ТФОМС

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Севастополя в сложный период возникновения и распространения новой коронавирусной инфекции провел все мероприятия для поддержания финансовой устойчивости медицинских организаций:

- Увеличено финансирование амбулаторно-поликлинической помощи на 234,8 миллиона рублей за счет повышения подушевого финансирования.

- Увеличен тариф на оказание неотложной медицинской помощи на 2,4 миллиона рублей.
- Увеличен подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на 6,5 миллиона рублей.
- Выделено дополнительно более 8 миллионов рублей для проведения тестирования групп риска на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Увеличение базовой ставки по стационару на 12,5%, введение финансового обеспечения новых клиничко-статистических подгрупп для лечения больных новой коронавирусной инфекцией, утверждение коэффициента сложности лечения пациента при наличии у пациента пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией, обеспечили финансирование и своевременность закупок лекарственных средств для лечения пациентов с COVID-19.

В рамках реализации постановления Правительства РФ от 03.04.2020 № 432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией» (в редакции от 03.08.2020 № 1166; от 03.12.2020 № 1995) за счет корректного перераспределения средств и формирования нормированного страхового запаса ТФОМС обеспечил периоды простоя коек с дополнительным финансированием медицинских организаций, заработной платы медперсонала более чем на 200 миллионов рублей. Все это составило 1 016 242 802,7 руб.

И за каждым действием стоит большая работа экономистов, юристов и экспертов ТФОМС.

Каждый застрахованный имеет право обратиться с беспокоящими его вопросами по оказанию медицинской помощи, проведению экспертизы качества оказания медицинской помощи. Подобной системы в Севастополе никогда не было. Работа страховых представителей, организация прямой связи со СМО из медицинских учреждений позволили приблизить возможность стать пациентам более защищенными и быстро решать возникающие вопросы.

О деятельности Городской больницы № 1 им. Н.И. Пирогова с начала вступления в систему ОМС

Система организации здравоохранения города Севастополя, действующая до 2014 года, коренным образом отличалась от эффективной системы обязательного медицинского страхования, функционирующей на территории Российской Федерации. Организаторам здравоохранения, в том числе и главным врачам медучреждений, предстояло проделывать большую работу для перехода от весьма условно «бесплатной» медицины (ранее действующей в регионе) к принципам обязательного медицинского страхования (в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи). Здесь важно отметить, что речь идет не только о доступности, но и о качестве и эффективности оказываемой медицинской помощи.

Больница с полуторавековой историей

ГБУЗ Севастополя «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» основана в 1868 году. Медицинское учреждение названо в честь великого русского хирурга Николая Ивановича Пирогова, трудившегося в Севастополе в героические годы в период Крымской войны.

В отчете Севастопольского градоначальника за 1868 год сказано, что Земская городская больница имеет 12 коек, штат ее состоит из 1 врача, 1 фельдшера и 1 смотрителя. За 153 года своей истории из маленькой земской лечебницы она выросла в крупный медицинский многопрофильный центр.



Переход происходил постепенно. Неоценимую помощь в этой работе оказали сотрудники Территориального фонда ОМС города Севастополя, ведущие специалисты страны С.Г. Кравчук, заместитель председателя Федерального фонда ОМС, И.А. Железнякова, заместитель генерального директора ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России, которые неоднократно проводили семинары, рабочие совещания для руководящего состава медицинских организаций по наиболее сложным вопросам по организации работы в системе ОМС. Лидером города как с позиции многопрофильности оказания медицинской помощи, так и формирования научно-практической базы стала ГБУЗ Севастополя «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

Медицинское учреждение XXI века

В ГБУЗ Севастополя «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам города Севастополя медицинской помощи бесплатно предоставляются:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная;
- первичная врачебная и первичная специализированная;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

В настоящее время медицинское учреждение возглавляет главный врач А.А. Коситченков.

В структуре больницы:

- стационар мощностью 779 коек;
- пять поликлиник;
- амбулатория семейной медицины;
- три женских консультации.

Больница представлена комплексом медицинских корпусов (11 корпусов) общей площадью 40,5379 тыс. м², расположена на участке общей площадью 5,3139 га.

Рост финансирования

Развитие и быстрое внедрение в работу больницы принципов медицинского страхования гарантировало достаточно большой рост финансового обеспечения: с выполнения медицинской помощи в 2015 году в размере 779,7 млн рублей до 1 млрд 526,8 млн рублей в 2020 году. Оказание медицинской помощи по

21 профилю, в том числе: кардиохирургии, нейрохирургии, отоларингологии, урологии, травматологии, дало возможность больнице выйти на передовые уровни современной медицины.

Первая на Крымском полуострове

ГБУЗ Севастополя «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» – первое медицинское учреждение на Крымском полуострове, которое начало оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь. В 2015 году данный вид помощи получили первые пациенты (191 человек). За счет постоянного увеличения мощностей, оснащения современным медицинским оборудованием медучреждение оказало в 2020 году 1 059 пациентам высококвалифицированную медицинскую помощь в своем субъекте Федерации.

Взяв на себя наибольшее количество прикрепленного населения (после проведенной в 2019 году Департаментом здравоохранения реорганизации), руководство больницы не только смогло организовать оказание первичной медицинской помощи более чем 250 тысячам населения (ранее численность прикрепленного населения составляла 100 тыс. человек), но и организовала маршрутизацию потоков плановой и экстренной медицинской помощи населению всего города. Так, медицинские работники больницы повысили оказание первичной медико-санитарной и специализированной помощи, в том числе консультативной для всех жителей Севастополя, с 263 869 посещений в 2015 году до 784 446 посещений в 2020 году. Несмотря на рост числа больных новой коронавирусной инфекцией, только за 5 месяцев 2021 года амбулаторная помощь оказана более 400 тысячам пациентов с различными заболеваниями.

Новые мощности

В больнице создан и работает диагностический центр, включающий в себя проведение компьютерной и магнитно-резонансной томографии, ультразвуковой диагностики, эндоскопии. Медики поддержали предложение ТФОМС проводить комплексную диагностику пациентам при экстренном обращении по всем видам диагностических исследований, независимо от госпитализации или амбулаторно-консультативного осмотра пациента.

С целью повышения доступности оказания медицинской помощи совместно с Департаментом

здравоохранения при финансовом обеспечении ТФОМС на базе больницы были открыты первые дневные стационары. Полное обеспечение лекарственными препаратами, профессиональной помощью врачей, проведением физиотерапии и ЛФК дало возможность за период 2015–2021 гг. без проведения круглосуточной госпитализации оказать медицинскую помощь более чем 40 тысячам жителей Севастополя.

Активная работа с ТФОМС

Наибольший объем медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара оказывается по экстренным показаниям, независимо от прикрепления пациентов к больнице. Работа в таком режиме стала возможной только при своевременном обеспечении больницы оборудованием, лекарственными препаратами, повышении квалификации врачей и среднего медперсонала. За период с 2016 года из средств нормированного страхового запаса ТФОМС проведено:

- оснащение 169 единицами оборудования, в том числе эндоскопическое оборудование 7 ед., диагностическое оборудование 18 ед., электромиограф 1 ед., аппарат для контактной литотрипсии 1 ед., электрохирургические аппараты 4 ед., оснащение поликлинических кабинетов 108 ед.;
- ремонт 3 ед. оборудования на сумму 25 074,0 тыс. рублей;
- обучение 149 врачей.

Активно работая с ТФОМС, руководство больницы обеспечило софинансирование заработной платы медицинских работников из средств бюджета ТФОМС на сумму 8,3 млн рублей.

Без задержек и очередей

Достаточно большое внимание руководство больницы уделяет доступности и качеству обслуживания. С 2015 года введена в работу электронная регистратура с возможностью записи через интернет.

С 2016 года поликлиника № 2 ГБУЗ Севастополя «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» участвует в проекте Минздрава России и ФОМС «Бережливое здравоохранение». В поликлиниках реализована программа электронной регистрации льготных рецептов и выдачи льготных препара-

тов. Внедрена система записи на прием к врачу Колл-центров.

Открытие новых профилей, центров

Основная работа проводится больницей по обеспечению качественной медицинской помощью пациентов, госпитализированных на круглосуточные койки. Более 27 тысяч севастопольцев ежегодно проходят лечение на круглосуточных койках больницы.

Открытие кардиологических коек для больных с острым инфарктом миокарда дало возможность пройти лечение только в 2020 году более чем 1 200 пациентам. Ранее эти пациенты лечились или на терапевтических койках, или общекardiологических. Применение новых малоинвазивных методов, открытие регионального сосудистого центра в значительной мере положительно повлияло на статистические показатели по заболеваемости и смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы.

В приемное отделение больницы ежедневно обращается около 250 пациентов в сутки, около 120–140 пациентов госпитализируется. За год – около 46 000 обращений, 80% госпитализируется в отделения больницы, из них 2/3 пациентов в экстренном порядке.

В больнице оказывается специализированная медицинская помощь по профилям: нейрохирургия, сердечно-сосудистая хирургия, нефрология, неврология для больных с нарушением мозгового кровообращения, кардиология, офтальмология, ревматология, эндокринология, челюстно-лицевая хирургия, оториноларингология, хирургия, торакальная хирургия; абдоминальная хирургия оказывается всему взрослому населению города.

С 01.12.2016 открыт Региональный сосудистый центр, коечный фонд которого составляет 143 койки. Такой вид медицинской помощи ранее был недоступен севастопольцам. Медицинская помощь наиболее сложным пациентам стала оказываться в отделении анестезиологии и реанимации, неврологическом отделении для больных с острым нарушением мозгового кровообращения с койками интенсивной терапии, отделении кардиохирургии сосудистого профиля и кардиологического профиля для больных с острым инфарктом миокарда, а также в отделении нейрохирургии.

УДК 614.2

ИНФОРМАЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ

Д.В. Смылова, А.А. Павлов

Смылова Д.В.



Павлов А.А.

Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Ярославской области

Реферат

В статье отражены вопросы обеспечения оперативного контроля за соблюдением дорожной карты проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в Ярославской области; развитие информационного Сервиса, который позволяет в режиме онлайн предавать данные о пациенте, выписанном из сосудистого центра после перенесенного сердечно-сосудистого заболевания, и осуществлять взаимодействия между врачом и страховым представителем страховой медицинской организации.

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, сердечно-сосудистые заболевания, своевременность назначения лекарственных средств, постановка на диспансерный учет, страховые представители, ТФОМС Ярославской области.

Для корреспонденции

Смылова Диана Викторовна

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования
Ярославской области

Тел.: +7 (4852) 32-11-57
E-mail: general@yartfoms.ru

Павлов Артём Алексеевич

Заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования
Ярославской области

Тел.: +7 (4852) 32-11-57
E-mail: general@yartfoms.ru

Адрес: 150000, Ярославль, ул. Советская, д. 11/9



Памятник Великому князю Ярославу Мудрому – основателю города Ярославля

В целях реализации Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» в части снижения показателей смертности населения от болезней системы кровообращения, обеспечения оперативного контроля соблюдения дорожной карты проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» на территории Ярославской области, а также для решения задачи по усилению пациент-ориентированной работы страхового представителя страховой медицинской организации, на платформе информационного ресурса «ОНКОконтроль», (технология, программное обеспечение) Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ярославской области (ТФОМС), функционал которого уже был отработан в 2019 году, информационный ресурс (сервис) доработан возможностями гибкого модели-

рования категорий сопровождения. Были смоделированы новые категории сопровождения пациентов, имеющих заболевания сердечно-сосудистой системы.

Назначение сервиса:

- Структурированное, срочное планирование и контроль исполнения этапов плана маршрутизации и лечения.
- Подключение страховых представителей второго и третьего уровней для обеспечения контроля и оперативного взаимодействия с уполномоченными в медицинской организации врачами и пациентом в процессе маршрутизации, своевременного и достоверного информирования о возможности, дате и месте консультации узких специалистов (кардиологов, неврологов, сосудистых хирургов) с целью выполнения показанного диагностического исследования в плановом порядке, контроль



Рис. 1. Модель взаимоотношений пациента, страхового представителя и врача



Рис. 2. Схема информационного взаимодействия участников для сопровождения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями



Департамент здравоохранения и фармации и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ярославской области

постановки на диспансерное наблюдение (в течение 3 рабочих дней).

- Консолидация усилий всех участников ОМС (медицинских организаций + страховых медицинских организаций + ТФОМС + пациент) на скорейшем начале специализированного лечения и соблюдении рекомендаций.

Цели:

- Снизить вероятность повторного острого состояния за счет контроля соблюдения рекомендаций.
- Обеспечить слаженное информационное взаимодействие терапевтических, неврологических и кардиологических служб за счет реализации единого контура обработки данных.
- Включить пациента в фокус наблюдения после перенесенного острого состояния.

- Мобилизовать пациента и его окружение на процесс восстановления.

Сервис позволяет передавать информацию о новом пациенте по принципу «врач–врач». Когда пациент выписывается из сосудистого центра, его лечащий врач загружает в информационную систему выписку из истории болезни и система автоматически направит этот документ участковому врачу (рис. 1 и 2).

В ходе реализации были разработаны и согласованы следующие нормативные документы:

1. Совместный приказ Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области и ТФОМС (вступил в силу с 01.01.2020).
2. Регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования по информационному сопровождению застрахованных граждан, перенесших острые сосудистые нарушения.

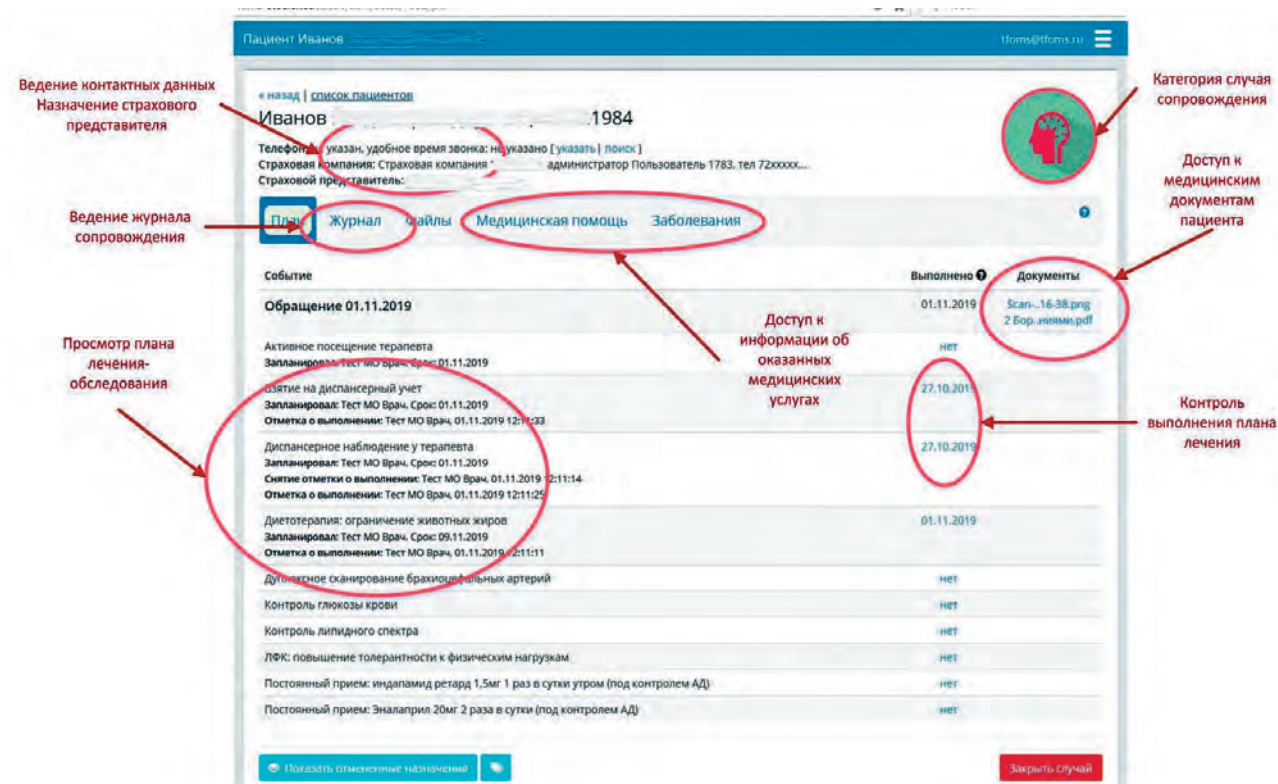


Рис. 3. Адресное информационное сопровождение

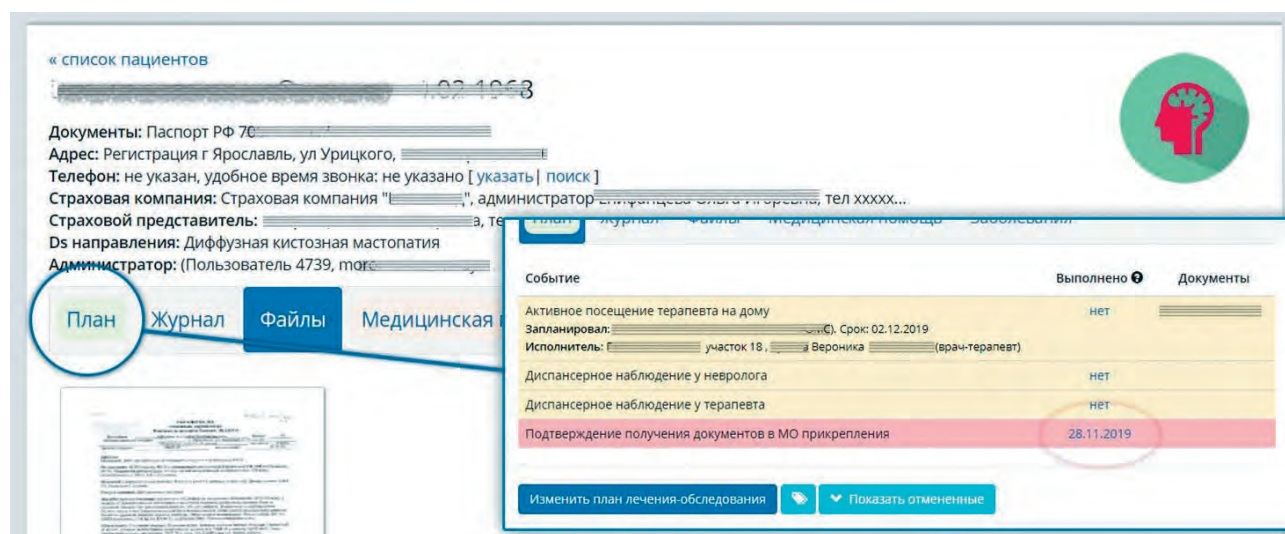


Рис. 4. Возможность автоматической передачи информации о выписанном больном немедленно при выписке пациента

В сервисе работают: один региональный сосудистый центр, три первичных сосудистых отделения и практически все медицинские организации Ярославской области (автоматизированные рабочие места организованы для более 120 врачей), а также 4 страховые медицинские организации (СМО), работающие на территории Ярославской области. Информационное сопровождение застрахованных граждан осуществляют страховые представители (СП) страховых медицинских организаций: СП II уровня – более 70 человек; СП III уровня (врачи-эксперты) – более 20 человек. В системе применяются маркеры случаев – цветные метки, которые можно оставить (или снять) в журнале сопровождения пациента, чтобы отметить случай для работы с ним в будущем (динамическое наблюдение, экспертизы).

За прошедший период (01.2020–12.2020 и 9 месяцев 2021 года) в систему передано выписок из историй болезни после острого инфаркта миокарда, в период после оказания ВМП (высокотехнологичная медицинская помощь), включая кардиохирургические вмешательства и нарушения сердечного ритма, более 1 200, на ОНМК (острое нарушение мозгового кровообращения) – более 250.

Вопросы эффективного взаимодействия участников сервиса рассматриваются на Координационном совете по защите прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования в Ярославской области.

Страховыми представителями СМО осуществляется реальная работа с медицинскими работниками и застрахованными пациентами в части полного информационного сопровождения в соответствии с приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н

«Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования». Они контролируют оказание медицинской помощи, информируют о необходимости постановки на диспансерный учет и назначенном лечении и оперативно восстанавливают нарушенные права пациентов.

Поскольку доступ к Сервису круглосуточный, это позволяет в режиме онлайн видеть выписку из истории болезни и врачу по месту жительства больного, и, соответственно, страховому представителю СМО. Таким образом, пациентам, перенесшим инфаркт миокарда, инсульт, операции по аортокоронарному шунтированию, ангиопластику коронарных артерий со стентированием и катетерную абляцию по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, будут своевременно назначены необходимые лекарственные средства, что позволит избежать возникновения неблагоприятных последствий и повторных сосудистых событий, поскольку первый год после перенесенного заболевания или вмешательства на сосудах является для пациента самым опасным (рис. 3 и 4).

Данный Сервис оправдал себя в особых условиях сохранения рисков распространения COVID-19, так как позволяет минимизировать посещения медицинского учреждения самими пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые являются особенно уязвимой группой в ситуации распространения новой коронавирусной инфекции, либо их родственниками в целях своевременного предоставления выписки из сосудистого центра, а также своевременного посещения врача на дому, постановки на диспансерный учет и дальнейшей реабилитации. Это также отвечает требованиям Роспотребнадзора об ограничении посещений пациентов медицинских учреждений в период эпидемии.

УДК 614.2

УСТАНОВКА ИМПЛАНТИРУЕМОЙ ПОРТ-СИСТЕМЫ ДЛЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ – ЗАКОННОЕ ПРАВО ОНКОПАЦИЕНТА В СИСТЕМЕ ОМС

А.А. Старченко, О.В. Тарасова



Старченко А.А.



Тарасова О.В.

ООО «Капитал Медицинское
Страхование»

Реферат

Федеральным проектом «Борьба с онкологическими заболеваниями» Национального проекта «Здравоохранение» предусмотрено решение актуальной задачи «1.3. Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями». Клиническими рекомендациями предусматривается введение лекарственных препаратов длительной и агрессивной химио- и таргетной терапии через специальные имплантируемые венозные порт-системы. В системе ОМС РФ отдельный тариф на оплату установки порт-систем определен с 2018 года. Результаты всероссийского голосования утвердили конституционную гарантию статьи 72 Конституции РФ на доступную и надлежащего качества онкологическую помощь, увеличивающую продолжительность и качество жизни онкологических пациентов на основе современных технологий, к которым относится обеспечение безопасного, безболезненного и комфортного для пациента венозного доступа для введения агрессивной и длительной химиотерапии с помощью имплантации современных порт-систем. К преимуществам имплантируемой порт-системы относятся возможность однократной и максимально безопасной установки на весь многомесячный и многолетний период лечения с сокращением числа общих анестезий и риска осложнений, возможность лечения в амбулаторном режиме, минимизация гнойно-септических и тромботических осложнений и максимальный комфорт для пациента. Установка порт-системы значительно улучшает качество жизни пациентов. Опыт проведения экспертизы качества онкологической помощи в системе ОМС показывает высокий удельный вес нарушения прав онкологических пациентов на безопасную и комфортную химио- и таргетную терапию, что во многом определяет низкую приверженность пациентов к лечению. При необоснованном отказе в установке показанной пациенту порт-системы создается риск развития осложнений со стороны сосудистой венозной системы при проведении противоопухолевого лечения (тромбоз, тромбоз флебит, тромбоз эмболия, сосудистая инфекция, катетер-ассоциированный сепсис, некроз кожи и подкожной клетчатки, флегмона и др.), качество медицинской помощи признается ненадлежащим по критериям: несвоевременный и/или неправильный выбор выполнения методов диагностики, лечения и профилактики.

Ключевые слова:

Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», обязательное медицинское страхование, порт-система, экспертиза качества медицинской помощи, дефекты качества медицинской помощи, права пациентов, права застрахованных лиц.

Опыт проведения экспертизы качества онкологической помощи (далее – онкопомощь) в системе ОМС (ЭКМП) показывает высокий удельный вес нарушения прав онкологических пациентов (далее – онкопациентов) на безопасную и комфортную химио- и таргетную терапию, что во многом определяет приверженность пациента к лечению. Традиционный внутривенный способ введения агрессивной и длительной химиотерапии (ХТ) вызывает ряд осложнений, сопровождающихся физическими и душевными страданиями онкопациента, от причиняемой боли при частых регулярных пункциях периферических вен до высокой частоты венозных осложнений, таких как гематомы, склерозирование и «исчезновение» венозных стволов, тромбозы, инфекционные процессы, эмболии венозными тромбами сосудов легких, флебиты, тромбофлебиты, лимфадениты, катетерный сепсис и др.

Результаты всероссийского голосования по внесению изменений в Конституцию РФ в 2020 году подтвердили правильность выбранной цели. Статья 72 Конституции РФ, гарантирующая гражданам координацию вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, вступила в законную юридическую силу. К вопросам, подлежащим координации в сфере здравоохранения, обеспечивающим право граждан на оказание доступной и качественной медицинской помощи, относится проблема увеличения продолжительности жизни онкопациентов на основе

возможностей современных технологий лекарственного химиотерапевтического и таргетного лечения, к которым относится обеспечение безопасного, безболезненного и комфортного для пациента доступа к его сосудистой системе для введения агрессивной и длительной ХТ с помощью имплантации современных порт-систем.

Законом РФ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» установлены ряд прав и законных интересов пациентов и, соответственно, одновременно обязательств медицинских организаций, которые могут быть нарушены отказом от предложения и/или установки современных порт-систем для безопасного и комфортного доступа в сосудистую систему онкопациента. Так, статья 6 Закона РФ № 323-ФЗ напрямую увязывает право пациента на установку порт-системы с правом на приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи, который реализуется путем:

1) «гуманного отношения со стороны медицинских работников» – установка порт-системы позволяет избегать физических и душевных страданий онкопациента от причиняемой боли при частых регулярных пункциях периферических вен до высокой частоты венозных осложнений;

2) «оказания медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния» – наличие злокачественного новообразования (ЗНО) приводит к вторичному иммунодефициту, что требует крайне

Для корреспонденции

Старченко Алексей Анатольевич

Советник генерального директора ООО «Капитал Медицинское Страхование», д.м.н., профессор, член Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, президент НП «Национальное агентство по безопасности прав пациентов и независимой экспертизе», эксперт качества медицинской помощи

Тел.: +7 (495) 287-81-25, доб. 4079
E-mail: oms@kapmed.ru

Тарасова Ольга Владимировна

Директор Дирекции защиты прав граждан и экспертизы качества медпомощи ООО «Капитал Медицинское Страхование», к.м.н.

Тел.: +7 (495) 287-81-27
E-mail: oms@kapmed.ru

Адрес: 115184, Москва, ул. Б. Татарская, д. 13, стр. 19

бережного отношения к сосудистой системе ввиду возможности сосудистых инфекций, риск которых минимален при установке порт-систем;

3) «организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени» – наличие порт-системы позволяет быстро и комфортно для пациента проводить инфузии лекарственных средств и осуществлять забор крови для лабораторных исследований, не прибегая к повторным пункциям сосудов.

Статья 19 Закона РФ № 323-ФЗ «Право на медицинскую помощь» гарантирует: «5. Пациент имеет право на: 4) облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами», установка порт-системы – это реализация права пациента на безболезненные манипуляции, так как она позволяет избегать болевых и дискомфортных ощущений при частых и регулярных пункциях периферических вен.

Необходимо помнить, что пациент как потребитель медицинской помощи в соответствии с нормой статьи 151 ГК РФ и статьи 15 Закона «О защите прав потребителей» вправе предъявлять иски о компенсации претерпевания морального вреда, к которому судебная практика относит и необоснованные болевые страдания при медицинских вмешательствах, которых возможно было избежать при внимательном, осмотрительном и заботливом исполнении своих обязательств, в том числе своевременно применяя современные доступные, оплачиваемые системой ОМС медицинские технологии и изделия в соответствии с требованиями статьи 401 ГК РФ.

В результате анализа экспертной деятельности в онкологии за 2018–2021 годы установлены факты отказа ряда онкологических медицинских организаций субъектов РФ в установке порт-систем онкопациентам для введения назначенной им длительной и агрессивной ХТ. Качество онкологической помощи, оказанной в рамках этих страховых случаев, признано экспертами качества медпомощи ненадлежащим, так как при оказании этой помощи выявлены нарушения требований обычаев и обычно предъявляемых требований в онкологии, которые являются обязательными в соответствии с нормой статьи 309 ГК РФ при отсутствии действующих нормативно-правовых актов, определяющих показания, противопоказания, условия и обстоятельства при установке порт-систем.

Порочной выглядит новая контрпрактика ряда онкологических медицинских организаций 2021 года, которые после применения к ним финансовых

санкций за отказ в установке порт-систем стали размещать во всех медкартах стационарных больных сплошь отказы всех пациентов от установки порт-систем, якобы онкопациенты отказываются от этого вмешательства, что расценивается страховыми представителями как злоупотребление, требующее вмешательства правоохранительных органов.

Приводимыми ниже источниками описаний обычаев и обычно предъявляемых требований в онкологии предписываются обычаи и обычно предъявляемые требования: онкобольным с назначенной агрессивной и длительной ХТ с интенсивностью эксплуатации вены и катетера 2–3 дня в неделю или 1 раз в месяц следует предложить и выполнить установку порт-системы в центральную вену (подключичную, внутреннюю яремную) с целью снижения страданий от частых регулярных пункций периферических вен, снижения частоты венозных осложнений (боль, гематомы, склерозирование и «исчезновение» вен, тромбозы, воспаление стенок вен, инфекционные процессы, эмболии венозными тромбами сосудов легких, флебиты, тромбофлебиты, лимфадениты, катетерный сепсис и др.), повышения качества жизни онкобольного и приверженности его к лечению.

Федеральные клинические рекомендации по организации оптимального венозного доступа у детей с гематологическими, онкологическими и иммунологическими заболеваниями (Румянцев А.Г., Масчан А.А., Биккулова Д.Ш., 2015) предписывают: «Рекомендация 1. Долгосрочный имплантируемый центральный венозный катетер (PORT) вводится по плановым показаниям для проведения инфузионной терапии, введения химиопрепаратов, антибиотиков, парентерального питания сроком на 6–24 месяца при эксплуатации 2–3 дня в неделю и/или перерывах в лечении 3–4 недели. Обязательное условие – согласие пациента на периодические пункции кожи для постановки иглы (Huber) со специальной конструкцией кончика, которая позволяет при введении не повреждать силиконовую мембрану подкожно имплантированного порта. Имплантируется в магистральные вены под контролем УЗИ и рентгена».

Методическое руководство «Венозный доступ» № МР105 (МЗ РФ, 2019): «6. Долгосрочный полностью имплантируемый центральный венозный катетер ПОРТ, порт-система (функциональный срок катетера – от 6 месяцев до 5 лет или до 2000 пункций иглой Губера крышки резервуара).

«6.1. Показания:

– венозный доступ для длительного введения ле-

карстvenных препаратов любой осмоляльности и рН, с интенсивностью эксплуатации катетера 2–3 дня в неделю или 1 раз в месяц;

- введение препаратов парентерального питания.

6.2. Противопоказания:

- сужение просвета магистральных сосудов;
- нарушение скорости кровотока в подключичной и яремной венах;
- отсутствие УЗИ-визуализации брахиоцефальных сосудов;
- отсутствие анатомических ориентиров;
- деформация мягких тканей шеи и плечевого пояса;
- переломы ключицы в анамнезе с деформирующим синостозом;
- нарушение целостности кожных покровов в месте пункции кожи.

6.11. Рентгенодиагностический контроль состояния органов грудной клетки в динамике проводить только по клиническим показаниям, при выявлении нарушения функции органов грудной клетки после осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации пациента.

6.12. Возможные осложнения.

Осложнения, связанные со здоровьем пациента:

1) внутренний конец катетера не в нижней трети верхней полой вены: – в полостях сердца, – во внутренней яремной вене, – в противоположной подключичной вене, – в средостении экстравазально; 2) непреднамеренная пункция артерии; 3) пневмоторакс; 4) пневмогемоторакс; 5) гемоторакс; 6) пневмомедиастиnum; 7) гемомедиастиnum; 8) гемоперикард; 9) окклюзия катетера; 10) внутрисосудистый тромб по ходу катетера; 11) катетер-ассоциированная инфекция; 12) воздушная эмболия.

Осложнения, связанные с венозным устройством: механические повреждения катетера.

6.13. Введение лекарственных препаратов: вводят любые лекарственные препараты, предназначенные для внутривенного введения.

6.15. Уход за имплантированным катетером порт-система:

- швы с ран снимают на 7–9-е сутки (врач – анестезиолог-реаниматолог или хирург);
- если катетер тотально имплантировали пациенту, получающему химио- и гормонотерапию на фоне метаболических расстройств со сниженной регенерацией тканей, швы снимаются на 10–12-е сутки у взрослых и на 14-е сутки у детей;
- первые 4 дня после операции перевязка раны

входного отверстия катетера проводится каждый день, в последующем по показаниям;

- после полного заживления раны барьерные салфетки снимают на 14-й день;
- надеть на ребенка плотно облегающий жилет для маскировки катетера от ребенка;
- болюсное введение препаратов проводить только шприцами объемом 10 мл и более;
- растворы болюсно вводятся медленно, чтобы избежать разрыв катетера;
- во время паузы в эксплуатации катетера, промывать его и вводить антибактериальный раствор с производным сульфокислоты таурина достаточно 1 раз в 7–10 дней.

6.23. Параметры контроля – 1 раз в 10–14 дней:

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

Клиническая ситуация, которая требует врачебных действий:

- оценка функционального состояния катетера в стационаре – ежедневно, на дому – по обращаемости в лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) для смены «катетерного замка»;
- оценка клинического статуса пациента в стационаре – ежедневно, на дому – по обращаемости в ЛПУ для смены «катетерного замка»;
- дополнительные методы исследования по клиническим показаниям;
- дифференциальная диагностика;
- определение осложнений (окклюзия катетера как нарушение проходимости внутреннего просвета катетера и резервуара порт-системы; тромб по наружной стенке внутрисосудистой части катетера; флотирующий тромб на конце катетера; внутрисосудистый тромб пристеночный; полная окклюзия кровеносного сосуда).

Окклюзия центрального венозного катетера является ятрогенным осложнением, это следствие неправильной эксплуатации катетера.

Флотирующим называется тромб, свисающий с кончика катетера вдоль просвета вены. Эвакуировать такой тромб возможно манипуляцией на усмотрение

специалиста рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения.

Внутрисосудистый тромб:

– консервативное лечение: лекарственное средство из группы низкомолекулярных гепаринов подкожно в течение от 7 дней до 3–6 месяцев под контролем гемостазиограммы, инструментальных методов исследования, оценки клинического статуса пациента в динамике;

– хирургическое лечение: устранение тромба из сосудистого русла по усмотрению специалиста рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения.

6.26. Показания к удалению центрального венозного катетера (манипуляция врача – анестезиолога-реаниматолога в операционной):

- немедленно удалить катетер, если отпала необходимость его применения;
- если присутствуют признаки инфицирования катетера;
- при наличии флотирующего тромба;
- при стойкой окклюзии катетера или резервуара;
- при нарушении целостности катетера;
- при экстравазации».

Важно отметить, что указанные ятрогенные осложнения или нарушения требований по контролю и уходу за порт-системой являются дефектом медицинской помощи и признаком ее ненадлежащего качества.

В Рекомендациях Гематологического научного центра РАМН по обеспечению венозного доступа (Шулутко Е.М. и др., 2012) уже в 2012 году было указано, что по сравнению с обычными центральными венозными катетерами (ЦВК) еще более защищены от инфицирования порт-системы, снабженные специальным резервуаром с мембраной. После установки катетера в вену порт имплантируется под кожу, и таким образом катетер полностью изолируется от внешней среды. Инфузируемые растворы вводят в порт путем прокалывания кожи и мембраны специальными иглами. Продолжительность функционирования таких катетеров – до 2–3 лет и более. Предназначены они для долговременной, прерывистой, малообъемной терапии в онкологии и гематологии, а также у больных гемофилией в условиях амбулаторного лечения. Показания: полихимиотерапия с ожидаемой глубокой и продолжительной цитопенией, в том числе трансплантация костного мозга; необходимость длительной внутривенной терапии: инфузий гиперосмолярных растворов, парентераль-

ного питания, антибиотикотерапии, трансфузий компонентов крови.

М.Ю. Рыков (2013) уже в 2013 году в диссертации «Имплантируемая порт-система как оптимальный венозный доступ в детской онкологии» (РОНЦ им. Н.Н. Блохина) сделал следующие важнейшие выводы:

«В соответствии с поставленными в настоящем исследовании задачами, согласно определенной цели работы, основываясь на полученных результатах, сделаны следующие выводы:

1. Имплантируемые венозные порт-системы обеспечивают надежный центральный венозный доступ на весь период лечения больных, снижают количество общих анестезий на 65%, интраоперационных осложнений – на 61%, а эксплуатационных – на 74,4%. При использовании подключичных катетеров у 45,9% пациентов нарушается программное лечение.

2. Показание для имплантации венозных порт-систем – предполагаемая продолжительность лечения свыше 3 месяцев, а также для снижения количества катетеризаций центральных вен катетерами, общих анестезий и осложнений.

3. Имплантируемые венозные порт-системы применимы у детей всех возрастных групп.

4. Применение ультразвуковой навигации и интраоперационной рентгеноскопии, а также разработанная последовательность установки имплантируемых венозных порт-систем практически исключают риск повреждения прилежащих к пунктируемой вене анатомических структур и сокращают время операции.

5. Внедрение препарата, содержащего тауролидин, препятствует инфицированию имплантированных венозных порт-систем, а препарата, содержащего урокиназу, позволяет восстановить их проходимость в случае тромбоза.

М.Ю. Рыков и соавт. (2013) сформулировали важные вопросы технологии венозного доступа: «Имплантируемая порт-система как оптимальный венозный доступ в детской онкологии». Лечение всех онкологических заболеваний невозможно без венозного доступа. Каким он должен быть? Надежным, простым в использовании, устанавливаться один раз на весь период лечения и иметь минимальные риски установки и эксплуатации. За последние десятилетия отмечается выраженный успех в лечении онкологических заболеваний как у детей, так и у взрослых. Выживаемость свыше 5 лет при целом ряде нозологических форм достигает 80% и более. Это стало возможным в результате разработки эффектив-

ных программ комплексного лечения, в которых ХТ отводится ведущее место. Современная ХТ онкологических заболеваний – это цикловое лечение комбинацией химиопрепаратов, применяемых в определенной последовательности в отношении друг к другу, вводимых в виде инфузий разной продолжительности (от 15-минутной до 24–72-часовой и более). ХТ проводится циклами с интервалами между ними, позволяющими сочетать стационарное и амбулаторное ведение пациентов. Продолжительность ее зависит от вида опухоли, стадии процесса, наличия неблагоприятных прогностических факторов и может достигать многих месяцев. Учитывая, что среди первичных больных с онкопатологией случаи распространенного заболевания составляют до 65–70%, лечение, как правило, длительное и интенсивное. Повышение эффективности лекарственного лечения связано как с развитием фармакологии, так и с увеличением доз препаратов, многократности курсов ХТ и строгим соблюдением интервалов между ними. Внутривенный способ введения химиопрепаратов является основным при большинстве онкологических заболеваний, сопряжен с раздражением сосудистой стенки, флеботромбозами, некрозом тканей при экстравазации лекарственных средств. Кроме того, при проведении ХТ требуются многократные внутривенные инфузии поддерживающей терапии, а также диагностические заборы венозной крови для контроля токсичности лечения и динамики заболевания. Использование периферических вен в силу их малого диаметра, низкой скорости кровотока, короткого пути для бактерий с контаминированной поверхности кожи до просвета сосуда, высокой вероятности химических тромбофлебитов и экстравазаций недопустимо для длительных инфузий и неоднократных введений химиотерапевтических препаратов. Применение центрального венозного доступа позволяет избежать большинства указанных выше проблем. Однако катетеризация центральных вен связана с риском развития тяжелых осложнений как во время катетеризаций, так и при эксплуатации катетеров. Наиболее грозными из них считаются катетерная инфекция, сепсис, воздушная эмболия. Кроме того, при наличии внешнего ЦВК неизбежны дискомфорт и трудности при выполнении гигиенических процедур. При продолжительной, многомесячной ХТ требуются повторные катетеризации центральных вен, которые приводят к росту связанных с этим осложнений. Имплантируемые венозные порт-системы обладают значительным преимуществом по сравнению с вышеописанны-

ми венозными доступами, так как не подвержены каким-либо внешним воздействиям, не вызывают дискомфорта у больных и не ограничивают их двигательную активность, что имеет особое значение в педиатрии. Применение порт-систем сопровождается не только минимальным процентом осложнений в сравнении с подключичным катетером, но и возможностью эксплуатации одной системы в течение всего лечения, что чрезвычайно важно для комфортной повседневной жизни. Об этом свидетельствует процент удовлетворенных качеством жизни пациентов, близкий к 100, тогда как при использовании подключичного катетера он не превышает 4% (данные получены при опросе пациентов и их родственников). Осложнения и технические трудности при установке подключичных катетеров развились у 98,3% пациентов, при установке венозных портов – у 23%. Эксплуатация подключичных катетеров сопровождалась осложнениями в 97,3% случаев, венозных портов – лишь в 11%. Использование подключичных катетеров нарушило протоколы противоопухолевого лечения у 45,9% пациентов, тогда как использование порт-систем – лишь у 1,7%. Каждому пациенту из группы, где использовались подключичные катетеры, катетеризация центральных вен за период лечения выполнялась от 4 до 19 раз (в среднем 6 раз). При этом допустимые сроки эксплуатации превышались всегда, кроме случаев самовольного удаления катетеров пациентами. Все пациенты неоднократно выписывались с установленными подключичными катетерами домой. Немаловажный аспект в условиях современных экономических реалий – это стоимость лечения. Установлено, что, хотя цена порт-системы превышает цену подключичного катетера, широкое использование последних оказывается более чем в 2 раза затратнее, учитывая стоимость диагностики и лечения интраоперационных и эксплуатационных осложнений. Эта разница сохраняется даже с учетом затрат на установку порт-систем у детей с применением общей анестезии.

В заключение авторы сообщают: «Очевидно, что всем перечисленным во введении условиям отвечают венозные порты. Использование подключичных катетеров практически в 50% случаев нарушает протоколы противоопухолевого лечения: следовательно, ухудшает прогноз, значительно увеличивая количество инвазивных вмешательств и общих анестезий. Таким образом, применение имплантируемых венозных порт-систем способно улучшить сложившуюся ситуацию и приблизить стандарты оказания помощи

онкологическим больным к принятым в развитых странах».

А.З. Дзампаев и соавт. (2014) указали, что уже к 2014 году в нашей стране в большинстве клиник порт-системы начинают использоваться у взрослых пациентов. Опыт РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН насчитывает более 1 500 установленных порт-систем, а их внедрение началось еще в 2000 году. Данное исследование подтверждает преимущества порт-систем по сравнению с ЦВК. Порты использовали как для проведения ХТ и сопроводительной терапии, так и для проведения общей анестезии во время хирургического лечения, введения рентгеноконтрастных препаратов и паллиативного лечения; при этом устанавливали однократно на весь период лечения и последующего наблюдения. ЦВК, напротив, устанавливали больным неоднократно (605 катетеров на 110 пациентов), что было обусловлено как ограниченными сроками эксплуатации, так и частотой осложнений. Интенсификация ХТ сопровождается повышенным риском осложнений и предъявляет строгие требования к условиям проведения такого лечения. В первую очередь это постоянный мониторинг токсичности, проведение сопроводительной дезинтоксикационной инфузионной терапии, купирование осложнений путем заместительной терапии (трансфузии препаратов крови), противовирусной, противомикробной, противогрибковой терапии, применение в ряде случаев парентерального питания. Учитывая, что ХТ проводится курсами с периодами интенсивного лечения в условиях стационара и перерывами, когда больной выписывается из стационара, необходимо удалять ЦВК на время выписки и повторно устанавливать его при следующей госпитализации. Непрерывное же пребывание больного в отделении увеличивает риски развития внутрибольничных инфекций, удорожает лечение, неблагоприятно воздействует на психологический статус больного. Использование каждого ЦВК, даже изготовленного из современных бактерицидных и атромбогенных материалов, ограничено пребыванием в стационаре, но даже тогда не должно превышать 1 мес. Однако допустимые сроки эксплуатации ЦВК в России часто превышаются. Нередко один катетер может использоваться в течение нескольких месяцев, в том числе в домашних условиях, что категорически недопустимо, поскольку для работы с ним требуется подготовленный медицинский персонал. Подключичные катетеры требуют выполнения строгих правил ухода, нарушения которых приводят к осложнениям. Экстренная госпитали-

зация пациентов с онкологическими заболеваниями, вызванная развитием тяжелых осложнений проводимого специального лечения, с целью их неотложной коррекции требует наличия центрального венозного доступа. Низкие показатели периферической крови, характерные для межкурсовых промежутков, часто исключают катетеризацию центральной вены и вынуждают использовать периферические вены для проведения интенсивной терапии, что приводит к осложнениям, описанным выше. Использование порт-систем лишено большинства перечисленных недостатков. Порт устанавливается один раз на весь период лечения и позволяет получить доступ в центральную вену в любое необходимое время даже у пациентов с выраженной панцитопенией. Важно, что манипуляции с порт-системой легко доступны не только для врачей, но и для среднего медицинского персонала. В связи с тем, что экстренная госпитализация может осуществляться в отсутствие необходимых для установки ЦВК специалистов, порт-системы позволяют неотложно начать необходимую внутривенную терапию. Эксплуатация порт-систем венозного доступа с применением современных растворов для их заполнения в промежутках между использованием позволила существенно снизить частоту инфекционных и тромботических осложнений, отдельные из которых раньше приводили к срыву программ лечения, удалению систем и подвергали пациентов повторному риску при их установке. При средней продолжительности пребывания в стационаре 18,1 дня только лишь отсутствие необходимости пункций периферических вен для диагностического забора крови снизит нагрузку на средний медицинский персонал, поскольку за каждую госпитализацию данная манипуляция выполняется в среднем 10 раз. Это особенно важно в свете дефицита кадров среднего медицинского персонала в онкологических клиниках России (23 860 занятых штатных единиц из 25 740 имеющихся по данным за 2012 г.) и их высокой загруженности (125,5 больных со ЗНО всех возрастов на 1 медицинскую сестру). Применение порт-систем не только сопровождается минимальной частотой осложнений в сравнении с подключичным катетером, но и возможностью эксплуатации одной системы в течение всего лечения, что чрезвычайно важно для комфортной повседневной жизни.

П.В. Балахнин в 2015 году указал, что вероятность развития сепсиса у пациентов с подключичным катетером в 13 раз выше по сравнению с пациентами, которым были имплантированы порт-системы.

М.Ю. Рыков и соавт. (2016) указывают, что поскольку внутривенный способ введения химиопрепаратов является основным, длительный венозный доступ представляет одну из важных и актуальных проблем онкопедиатрии. В анализ вошли пациенты с онкологическими заболеваниями в возрасте от 2 месяцев до 17 лет, которым в 2006–2015 годах было установлено 246 имплантируемых венозных порт-систем. Исследование показало высокую эффективность порт-систем.

Число осложнений и технических трудностей при установке порт-систем:

- непреднамеренная пункция общей сонной артерии (ОСА) при пунктировании внутренней яремной вены – 6,5%;
- попадание дистального конца проводника катетера порта в систему внутренней яремной вены против тока крови – 8,5%;
- попадание дистального конца проводника катетера порта в подключичную вену на стороне пункции – 4,9%;
- затруднения при попытке проведения проводника в систему внутренней яремной вены после ее успешной пункции – 10,6%.

Осложнения при эксплуатации порт-системы:

- инфицирование порта, приведшее к его удалению, – 2%;
- инфицирование порта, которое было вылечено, – 4,9%;
- тромбирование порта – 13,8%;
- истончение подкожно-жировой клетчатки в области камеры порта – у 2 (0,8%).

Из данных госпитальных регистров вытекает, что в 2006 году порт-системы были установлены лишь 3,2% первичных пациентов, в 2007 – 13,5%, в 2008 – 14,3%, в 2009 – 16,2%, в 2010 – 2,7%, в 2011 – 31,3%, в 2012 – 32,9%, в 2013 – 10,6%, в 2014 – 21,2%, в 2015 – 9,6%. По данному показателю клиники РФ значительно отстают от стран Европы и США, где ежегодно устанавливается несколько сотен тысяч порт-систем всем пациентам с онкологическими и неонкологическими заболеваниями, которым показаны длительные внутривенные введения различных препаратов. Более того, протоколы запрещают нашим зарубежным коллегам рутинное использование внешних ЦВК для введения химиотерапевтических препаратов.

М.Ю. Рыков и соавт. (2017) относят установку порт-системы пациентам, нуждающимся в агрессивной и/или длительной ХТ, к индикаторам качества оказания медицинской помощи, так как порт-систе-

мы имеют ряд преимуществ: отсутствие наружного конца катетера, меньшее количество тромботических осложнений, простота эксплуатации, не требующей частых промываний, и сроки эксплуатации, рассчитанные на весь период лечения.

Е.Н. Клигуненко и соавт. (2018), описывая осложнения, побочные реакции и проблемы при проведении длительной ХТ, указывают на решение одной из самых распространенных трудностей ХТ – обеспечение долгосрочного венозного доступа. По мировым стандартам установка имплантационной венозной порт-системы является рутинной процедурой. В практике авторов установка венозных порт-систем – это повседневная реальность, и проведение имплантации проходит по соответствующим стандартам в стерильных условиях операционной, с обязательным ультразвуковым контролем и навигацией, соответствующим обследованием и подготовкой пациента к имплантации. *«Положительные стороны такого венозного доступа через порт-систему неоспоримы. За время применения данной методики нами замечены следующие положительные моменты:*

1. Проведение соответствующего лечения через инфузионную порт-систему переносится пациентами психологически намного легче, чем при инфузии в периферическую вену, поскольку отсутствуют какие-либо болевые ощущения как при неоднократных пункциях, так и при самих инфузиях лекарственных веществ (отсутствие чувствительности от прямого влияния высоких доз химиопрепаратов на эндотелий вены). Исключается развитие тромбофлебитов и кровотечений из мест пункций периферических вен – явлений, которые в значительной степени усугубляют состояние пациентов.

2. Использование внутривенных порт-систем объективно облегчает работу медицинского персонала, так как всегда есть надежный венозный доступ и им можно воспользоваться в любой ситуации, не затрачивая время на поиски вены для проведения как плановых, так и экстренных назначений.

3. Данная методика может найти применение не только в группе химиотерапевтических больных, но и при ведении пациентов любого профиля, требующих продолжительной инфузионной терапии.

Л.В. Ольхова и В.Е. Попов (2018) представили случай спонтанного отрыва катетера имплантированного венозного порта и его миграции в правые отделы сердца. Авторы указывают, что современная ХТ онкологических заболеваний представляет собой цикловое лечение комбинацией химиопрепаратов,

применяемых в определенной последовательности по отношению друг к другу, вводимых в виде инфузий, продолжительность которых может варьировать от 30 мин до 120 ч. Интервалы между циклами ХТ также различны, зависят от гистологического варианта опухоли и протокола терапии, по которому получает лечение пациент. Это позволяет сочетать стационарное и амбулаторное ведение пациентов. Внутривенный способ введения химиопрепаратов в большинстве случаев является основным при протокольном лечении онкологических пациентов. Несмотря на широкий выбор систем венозного доступа, в Российской Федерации чаще всего используются лишь две из них – периферические и подключичные катетеры. Использование подключичных катетеров часто осложняется развитием флеботромбозов, раздражением сосудистой стенки и развитием некрозов при экстравазации, возникновением пневмо- и гидроторакса, катетер-ассоциированных инфекций, сепсиса, воздушной эмболии и, таким образом, не только значительно усложняет лечение онкологических пациентов, повышает количество инвазивных вмешательств, но и нарушает протоколы лечения у почти 50% пациентов.

К преимуществам венозных порт-систем авторы относят возможность обеспечения надежного сосудистого доступа в любой момент времени, низкий процент инфицирования и тромбозов, малоинвазивность имплантации, долгий срок службы, значительное улучшение качества жизни пациентов. Отсроченными неинфекционными осложнениями имплантации венозных порт-систем являются отрыв катетера и его миграция, тромбоз катетера, переворот приемной камеры. Спонтанный отрыв катетера от камеры венозного порта с последующей миграцией конца катетера является крайне редким осложнением, частота которого в настоящее время варьирует от 0,4 до 1,8%. Авторы представили подробный обзор литературы по случаям отрыва катетера ([//cyberleninka.ru/article/n/sluchay-spontannogo-otryva-katetera-implantirovannogo-venoznogo-porta-i-ego-migratsii-v-pravye-otdely-serdtsa](http://cyberleninka.ru/article/n/sluchay-spontannogo-otryva-katetera-implantirovannogo-venoznogo-porta-i-ego-migratsii-v-pravye-otdely-serdtsa)). Фрагмент катетера может мигрировать в полую вену, правое предсердие, правый желудочек, легочную артерию и ее ветви, во внутреннюю яремную вену. Факторами, приводящими к отрыву катетера, являются тип, сроки использования венозного порта, место его имплантации, характер и интенсивность проводимой терапии. Разрыв катетера часто происходит в пространстве между ключицей и первым ребром в точке входа катетера в вену. Это

типичное место ввиду того, что здесь отмечается максимальное механическое трение катетера. Сжатие катетера может вести к надрыву или полному отрыву части катетера, экстравазации химиопрепаратов. По данным литературы, наиболее часто отрыв катетера отмечается в месте соединения его с камерой порта (93,2% случаев). Также частота разрывов катетера зависит от материала, из которого он изготовлен: отмечена повышенная стойкость силиконовых устройств по сравнению с полиуретановыми. Четкой корреляции разрыва катетеров порта с типом и интенсивностью проводимой полихимиотерапии не выявлено. Венозный порт может быть имплантирован через подключичную либо внутреннюю яремную вену. Путь имплантации не оказывает существенного влияния на частоту осложнений. К факторам, частным к миграции катетера, относятся энергичные и резкие движения плечевого пояса, резкое сгибание, повороты, многократная рвота, кашель и пр. Клинически отрыв и миграция катетера имплантированного венозного порта может проявляться не только болевым синдромом при введении инфузионных препаратов в камеру порта, а также парестезиями в руках, нарушениями ритма сердца, отеком мягких тканей, крайне редко имеет место бессимптомное течение. Раннее выявление осложнений крайне важно для последующей их коррекции. Целостность системы проверяется регулярным проведением рентгенографии органов грудной клетки. При возникновении отрыва катетера венозного порта рекомендуется удаление его в максимально ранние сроки. Вариантом извлечения может служить как эндоваскулярный метод, так и открытый хирургический. Высокоэффективным способом удаления является эндоваскулярный захват и фиксация дислоцированных эмболов специальными ловушками с последующим удалением через пункционное отверстие магистрального сосуда. Данная методика у подростков и взрослых людей не требует проведения наркоза. Спонтанный отрыв и миграция катетера являются редким осложнением эксплуатации полностью имплантированной венозной порт-системы. Эти имплантированные системы при их неиспользовании требуют промывки гепаринизированными растворами или растворами с тауролидином 1–2 раза/мес. Периодические рентгенологические исследования органов грудной клетки могут выявить нарушения целостности системы. Любую имплантированную систему следует удалять при ее неиспользовании либо проводить контроль ее целостности на регулярной основе.

Д.С. Михалик и соавт. (2018) указали, что установка в хирургическом отделении внутривенных порт-систем является приоритетом среди всех лечебных учреждений Смоленской области. Введение противоопухолевых препаратов в центральные вены имеет ряд преимуществ. Оптимальным местом установки дистального конца центрального катетера является устье верхней полой вены. Большой объемный кровоток в ней позволяет быстро перемешивать препарат с кровью, сильно снижая концентрацию и раздражающее действие на венозную стенку. Поскольку лечение онкологических заболеваний продолжается многие месяцы и даже годы, внешние катетеры существенно снижают качество жизни пациентов, затрудняют выполнение гигиенических процедур, требуют частых промываний, способствуют развитию грозных осложнений, наиболее опасные из которых – катетерная инфекция и катетерный сепсис. Как и в случаях с периферическими венозными катетерами, это связано с подвижностью центрального катетера в кожной пункционной ране, в которой нередко присутствует гной, способный по наружной стенке катетера попадать в венозное русло больного. Довольно часто пациенты могут самостоятельно удалять установленный внешний катетер, что опасно на фоне проводимого курса ХТ, особенно в случае развития панцитопении, когда низкие коагуляционные показатели крови делают невозможным постановку центрального катетера и сопроводительную терапию приходится проводить через периферическую венозную сеть. В этой связи значительным преимуществом обладают имплантируемые венозные порт-системы. В перерывах между инфузиями они не подвержены каким-либо внешним факторам воздействия, обеспечивают максимальный комфорт и качество жизни, устанавливаются один раз на весь период лечения, срок их службы исчисляется многими годами. Авторы делают вывод: имплантируемая высокотехнологичная порт-система показана для проведения длительных курсов лечения, предусматривающих многократные внутривенные инфузии (ХТ, системная антибиотикотерапия, лечение ВИЧ). Порт-система в таких случаях может использоваться до 5 лет. Порт может применяться для введения растворов лекарственных препаратов в течение длительного времени (до 46 ч). Инфузионные порт-системы позволяют сделать процедуру частых заборов крови более быстрой и безболезненной. Они могут служить для частого введения крови, кровезаменителей и применяться с целью парентерального питания.

Я.А. Гнатюк и соавт. (2018) представили анализ пункционного пневмоторакса при имплантации инфузионных венозных порт-систем. За последнее десятилетие противоопухолевая лекарственная терапия заняла ведущее место в лечении больных со ЗНО. Современные противоопухолевые препараты значительно расширили возможности лечения в онкологической клинике, увеличив продолжительность жизни пациентов. Сохранение высокого качества жизни онкологических больных играет все большую роль в клинической практике. Инфузионные порт-системы устраняют необходимость проводить повторные, зачастую трудно осуществимые, катетеризации и венепункции. Дают возможность проводить более сложную, комплексную и потенциально более эффективную лекарственную терапию. С 2009 по 2016 г. авторами выполнена установка 270 порт-систем фирмы (B/Braun) 264 пациентам, 6 порт-систем установлены повторно. Большей части пациентов выставлен диагноз «колоректальный метастатический рак», что составило 60%, «лимфопролиферативное заболевание» (22%), «рак желудка» (10%), «другие онкологические заболевания» (8%). Все порт-системы были однокамерными. Катетеризацию верхней полой вены предпочтительно проводили через подключичную вену в 257 случаях, при технических трудностях катетеризации (в 8 случаях) произведена катетеризация яремным доступом, в 5 случаях – надключичным доступом. Во всех случаях – катетеризация вен по Сельдингеру «слепым методом». Установка производилась во всех случаях под рентгенологической визуализацией. Результаты: пункционный пневмоторакс в течение всего времени наблюдения зафиксирован в 9 случаях (3,3%) и потребовал дренирования плевральной полости с активной вакуум-аспирацией, разрешение пневмоторакса происходило в течение суток. Авторы сделали выводы: – имплантация инфузионной венозной порт-системы под рентгенологическим контролем является безопасной и надежной методикой как для пациента, так и персонала; – пункцию центральных вен необходимо проводить под ультразвуковым контролем: – необходим индивидуальный подход к каждому пациенту с учетом анатомических особенностей.

Л.В. Ольхова и В.Е. Попов (2019), анализируя 12-летний опыт использования имплантированных венозных порт-систем при онкологических заболеваниях в условиях РДКБ, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Морозовской детской ГКБ, МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, сообщили, что в последние годы достиг-

нуты большие успехи в лечении онкологических и онкогематологических заболеваний с применением современных протоколов лечения, включающих адъювантную и неоадъювантную ХТ. Обеспечение сосудистого доступа является неотъемлемой составляющей современной терапии. Проведение длительной ХТ, введение лекарственных препаратов, забор крови требуют адекватного венозного доступа. К преимуществам имплантируемой венозной порт-системы относятся возможность однократной и максимально безопасной установки на весь период лечения с сокращением числа общих анестезий и риска осложнений, возможность лечения в амбулаторном режиме, минимизация гнойно-септических и тромботических осложнений и максимальный комфорт для пациента.

При использовании порт-систем за 12 лет отмечены следующие осложнения:

1) интраоперационные (22,9%):

- непреднамеренная пункция ОСА при пунктировании верхней яремной вены (5,2%);
- попадание дистального конца проводника катетера порта в систему верхней яремной вены против тока крови (6,3%);
- затруднения при попытке проведения проводника в систему верхней яремной вены после ее успешной пункции (10,9%);
- развитие пневмоторакса (0,5%);

2) отсроченные осложнения, развившиеся во время эксплуатации порт-систем, в сроки более 30 дней от момента имплантации (17,7%):

- инфицирование порт-системы, приведшее к ее удалению (6,25%);
- тромбирование порт-системы (8,9%) (в том числе с удалением порт-системы при выходе иглы Губера из приемной камеры порта, приведшим к экстравазации химиопрепаратов и асептическому воспалению мягких тканей (1,6%);
- спонтанный отрыв катетера имплантированного венозного порта и его миграция в правые отделы сердца (0,5%);
- расстыковка составляющих приемной камеры порта (0,5%).

Экстравазация является достаточно редким осложнением инфузионной терапии и представляет процесс случайного попадания лекарственных препаратов внутривенно и/или в подкожную клетчатку из-за выхода иглы из камеры порта, разрыва катетера. Симптомы экстравазации препарата включали местные подкожные отеки, жжение и боль, что сопровождалось различными последствиями и

осложнениями, зависящими от типа препарата, его количества, скорости и длительности введения с выходом во внесосудистое пространство. Специфического лечения экстравазации нет. В зависимости от проявления и тяжести течения требуются наблюдение, терапевтическое лечение, хирургические вмешательства, включая кожнопластические. Важно помнить, что степень повреждения зависит от вида лекарства, его pH и концентрации. Ятрогенная экстравазация связана с использованием игл Губера несоответствующего размера. По данным литературы, частота удаления порт-систем при инфекционных осложнениях составляет от 7 до 17%. Авторы с учетом интенсификации протоколов лечения рекомендуют применение порт-систем при лечении больных с онкологическими заболеваниями. Низкий процент интраоперационных осложнений, устраненных у большинства пациентов во время оперативного вмешательства, и осложнений в долгосрочном периоде следует рассматривать как преимущество данной методики.

А.В. Серов и соавт. (2019) указывают, что продолжительность безопасного функционирования периферического венозного катетера составляет около 48 ч, ЦАК – до 14 суток. Однако в онкологической практике с целью продленной ХТ существует насущная потребность в длительно функционирующем венозном доступе. Использование порт-систем постоянного венозного доступа дает возможность обеспечить это на длительный срок.

И.В. Мыслевцев и соавт. (2019) утверждают, что основными функциями порт-системы являются инфузии любых внутривенных препаратов, забор крови, введение парентерального питания и контрастного вещества во время КТ- и МРТ-исследований. Традиционно клиницисты имели концепцию – использовать периферические вены до тех пор, пока не будут окончательно повреждены и станут не доступны. Результаты многих исследований показали, что химические свойства препаратов, вводимых в периферические вены, напрямую влияют на развитие инфузионных осложнений. Частыми и серьезными осложнениями являются экстравазация, некроз и флебит. Следствием этого являются склероз и окклюзия периферических вен верхних конечностей, что приводит к невозможности обеспечения дальнейшего венозного доступа. Имеется риск прерывания назначенного курса лечения из-за возникновения катетер-ассоциированной инфекции и невозможности пункции вен. Этих проблем можно избежать,

обеспечив пациенту безопасный центральный венозный доступ порт-системой. Авторы использовали порт-системы MYPORT, которые производятся в Российской Федерации, и пришли к выводу, что данные порты полностью идентичны зарубежным аналогам B. Braun Medical (Франция), Bard Access Systems (США), PFM Medical crr SA (Швейцария). Имплантируемые порт-системы MYPORT позволяют упростить процедуры проведения множественных сеансов ХТ, особенно цитостатическими препаратами, забора венозной крови на лабораторные исследования, существенно облегчить парентеральное питание, переливания компонентов крови, а также ряд других манипуляций, требующих длительного венозного доступа. Сложность ухода и риск осложнений ниже, чем у пациентов с ЦВК и периферическими катетерами. Осложнения могут быть только следствием несоблюдения условий стерильности и правил установки, поэтому при работе с порт-системами высочайшие требования предъявляются к гигиене и обучению медицинского персонала.

М.Ю. Рыков и соавт. (2015) **представили интегральный клинико-экономический анализ использования различных систем венозного доступа** при лечении детей с онкологическими заболеваниями. Авторами были проанализированы затраты, исходя из медицинских показаний, что всем пациентам, которым было показано химиотерапевтическое лечение, были бы установлены порт-системы. Таковых в 2010–2014 годах было 2 262, из которых 1 398 – первичных. На установку порт-систем всем пациентам по ценам временного прейскуранта было бы затрачено 117 624 000 руб., первичным – 72 696 000 руб. По тарифам ОМС – 56 564 883,96 и 34 959 198,84 руб. соответственно. Однако практически всегда имело место превышение допустимых сроков эксплуатации ЦВК. В случае соблюдения этих сроков каждый курс ХТ требовал бы установки нового ЦВК, и выгода от внедрения порт-систем была бы очевидна. В самом деле, предположим, что каждому пациенту проводится в среднем 10 курсов ХТ, что требует установки 10 ЦВК. Затраты на венозный доступ 1 398 первичным пациентам в 2010–2014 годах составили бы по ценам временного прейскуранта 211 797 000 руб. при использовании ЦВК и 72 696 000 руб. при использовании порт-систем. При использовании в расчетах тарифов ОМС эти цифры составили бы 52 577 102,4 и 34 959 198,8 руб. соответственно. То есть выгода составила бы 139 101 000 и 17 617 904 руб. соответственно.

Авторы проанализировали стоимость использования ЦВК и порт-систем при лечении детей с онкологическими заболеваниями, учитывая реальные потребности в этих системах. Учитывая, что каждому пациенту ЦВК устанавливается в среднем 5 раз, затраты на обеспечение венозного доступа по ценам временного прейскуранта составляют 75 750 руб. без учета стоимости лечения осложнений. Таким образом, экономия бюджетных средств при лечении одного пациента с использованием порт-систем составляет не менее 23 750 руб. В большинстве случаев она оказывается еще выше, поскольку частота как интраоперационных, так и эксплуатационных осложнений при использовании ЦВК существенно и достоверно выше. По мнению авторов, массовое внедрение порт-систем позволит сократить не только ежегодные расходы, но и количество общих анестезий, рентгенологических исследований, а также нагрузку на медицинский персонал. Поскольку количество ежегодно выявляемых первичных детей с онкологическими заболеваниями составляет в среднем 3 000 человек, согласно ценам временного прейскуранта, на установку каждому из них за период лечения 5 ЦВК необходимо затратить 227 250 000 руб., а на имплантацию порт-систем – 156 000 000 руб. Таким образом, экономия при использовании порт-систем составляет 71 250 000 руб. При использовании для расчетов тарифа ОМС эти цифры составят 56 413 200 и 75 019 740 руб. соответственно. Таким образом, в этом случае использование ЦВК более выгодно, но менее целесообразно, поскольку не учитывается стоимость лечения осложнений. Однако, если предположить, что каждому пациенту ЦВК устанавливается 10 раз за период лечения, что вполне реально, поскольку, как мы уже отмечали, ЦВК не должен эксплуатироваться более одного месяца и пациент не должен выписываться с внешним ЦВК из стационара, то затраты на использование внешних ЦВК составят 112 826 400 руб. и выгода от внедрения порт-систем – 37 806 660 руб. Такая экономия позволит в короткие сроки окупить затраты на закупку С-дуг, необходимых для имплантации венозных порт-систем. Таким образом, в условиях сложившихся экономических реалий немаловажным аспектом является обоснованность материальных затрат на ту или иную манипуляцию или медицинскую услугу. Как показало данное исследование, не всегда дорогостоящие технологии являются затратными. Во многих случаях они, в конечном итоге, позволяют экономить бюджетные средства.

А.Р. Хамитов и соавт. (2019) указали, что введение подавляющего большинства препаратов осуществляется внутривенно, но ввиду того, что химиотерапевтические препараты вызывают раздражение сосудистой стенки, а в случаях экстравазации – тяжелые местные и общие осложнения, увеличивается количество пациентов, нуждающихся в постоянном и надежном венозном доступе. В свою очередь, применение центрального венозного доступа обеспечивает надежное введение препаратов, однако может сопровождаться большим количеством осложнений и снижением качества жизни пациентов. В этой связи в медицинскую практику были внедрены полностью имплантируемые порт-системы, обеспечивающие центральный венозный доступ и не нуждающиеся в специальном уходе. Следует отметить, что во многих развитых странах имплантация венозной порт-системы входит в современные стандарты проведения длительной ХТ. Авторы уже с 2016 года внедрили в практику оказания химиотерапевтической помощи в условиях дневного стационара Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ установку порт-систем.

Применительно к проблемам установки и эксплуатации ЦВК и порт-систем Л.И. Дворецкий (2018) к основным госпитальным ятрогениям относит:

- воздушные эмболии;
- ятрогенный пневмоторакс, связанный с катетеризацией вен;
- сосудистые катетер-ассоциированные инфекции;
- тромбозы, тромбозы глубоких вен/легочные эмболии.

В работе В.В. Некачалова (1998) и Инструктивном письме «Принципы взаимодействия патологоанатомической службы с лечебно-профилактическими учреждениями Санкт-Петербурга» (1999) к хирургическим ятрогениям отнесены травматические осложнения катетеризации сосудов: перфорации сосудов, гематомы, посткатетеризационные тромбозы, тромбозы и флегмоны, тромбозы эмболии, гемопневмоторакс, осумкованный старый катетер или его фрагмент, интраоперационные повреждения сосудов, протоков, внутренних органов, интраоперационные массивные кровотечения.

В.М. Седов (2010) сообщил, что у 5% пациентов с нозокомиальными инфекциями имеют место нозокомиальные ангиогенные формы. Они возникают вследствие использования внутрисосудистых катете-

ров и вызывают воспалительный процесс в зоне выхода катетера из-под кожи и в подкожной клетчатке (туннельная инфекция). Если катетер инфицирован, то его введение в просвет сосуда вызывает бактериемию без каких-либо других видимых причин. Поверхность катетера быстро покрывается микробными биопленками, которые делают возбудителей недоступными для антибактериальных препаратов.

Необходимо отметить, что медицинское вмешательство (услуга, манипуляция) «А11.12.001.002 Имплантация подкожной венозной порт-системы» включена в Номенклатуру медицинских услуг, утверждена приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». В системе ОМС РФ с 2018 года определен отдельный тариф на оплату установки порт-систем совместным письмом Минздрава России от 21.11.2017 № 11-7/10/2-8080 и Федерального фонда ОМС № 13572/26-2/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» и Инструкцией по группировке случаев, в том числе правилам учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, утвержденным письмом Федерального фонда ОМС от 25.01.2018 № 938/26-2/и.

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов установлена оплата:

«156 Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии ЗНО» в круглосуточном стационаре;

«51 Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии ЗНО» в дневном стационаре.

Совместным письмом Минздрава России от 30.12.2020 № 11-7/И/2-20681 и Федерального фонда ОМС № 00-10-26-2-04/11-51 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» утверждена клинико-статистическая группа (КСГ) st19.038 (ds19.028) «Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований». «Данная КСГ применяется в случаях, когда установка, замена порт-системы являются основным поводом для госпитализации. Если больному в рамках одной госпитализации устанавливают, меняют порт-систему

(катетер) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения, оплата осуществляется по двум КСГ. Отнесение случая к КСГ st19.038 (ds19.028) осуществляется по кодам МКБ-10 (С, D00–D09) и коду Номенклатуры A11.12.001.002 «Имплантация подкожной венозной порт-системы». При этом по коду данной услуги также допустимо кодирование установки и замены периферического венозного катетера – ПИК-катетера (ввиду отсутствия соответствующей услуги в Номенклатуре)».

Приказом Минтруда России от 26.11.2018 № 743н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-хирург» выполнение имплантации подкожной венозной порт-системы отнесено к профессиональному стандарту хирурга.

Приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» выполнение имплантации

венозной порт-системы перед началом первого курса полихимиотерапии отнесено к критериям оценки качества медицинской помощи.

Постепенно по мере согласования Минздравом России новых клинических рекомендаций с 2021 года имплантация венозной порт-системы перед началом первого курса полихимиотерапии включается в требования клинических рекомендаций по ведению ЗНО.

Статьей 38 Закона РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» на страховые медицинские организации (СМО) возложена обязанность: «8) информирование застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи...». С целью реализации указанного обязательства нами была разработана памятка онкопациенту: «УСТАНОВКА ПОРТ-СИСТЕМЫ – ЗАКОННОЕ ПРАВО ПАЦИЕНТА»,

Показания к удалению центрального венозного катетера

манипуляция врача-анестезиолога-реаниматолога – в операционной

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



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

Важные аспекты, о которых следует помнить



Для любого введения через порт-систему следует использовать специальные иглы Губера.



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



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



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



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



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



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



КАПИТАЛ
МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ



УСТАНОВКА ПОРТ-СИСТЕМЫ – ЗАКОННОЕ ПРАВО ПАЦИЕНТА

ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ И АГРЕССИВНОЙ
ХИМИОТЕРАПИИ



Эффективное лечение пациентов на современном этапе неразрывно связано с необходимостью создания временного или постоянного сосудистого доступа для проведения инфузионной, трансфузионной терапии и мониторинга состояния больного. Венозный катетер необходим, если требуется внутривенное введение препаратов длительными курсами. Его используют **при химиотерапии у онкологических пациентов**, при гемодиализе у людей с почечной недостаточностью, в случае длительного лечения антибиотиками и др. Вводить вещества и препараты через порт-систему можно только с помощью иглы Губера, которая не прокалывает мембрану порта, а раздвигает ее поверхность, не повреждая.

Центральный венозный катетер (ЦВК или ПОРТ, порт-система) – катетер, используемый в медицине для катетеризации центральных вен (внутренняя яремная вена, подключичная вена, бедренная вена) и представляют собой полностью имплантируемые системы, обеспечивающие простое и надежное введение лекарственных препаратов. Они могут быть использованы как для болюсных инъекций, так и для длительных инфузий.



Долгосрочный полностью имплантируемый ЦВК ПОРТ, порт-система обладает функциональным сроком от 6 месяцев до 5 лет.

Имплантация ЦВК порт-система (ПОРТ) – хирургическое операция II ст. риска (манипуляция на магистральных сосудах). К проведению такой операции допускается медицинский работник, прошедший обучение по технике имплантации, сдавший экзамен (на знание Протокола операции имплантации ЦВК «на владение ручными навыками») и обладающий безупречным опытом проведения рутинной катетеризации центральных вен.

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

Условия проведения центрального венозного катетера для пациента

- при наличии у пациента предшествующих многократных введений ЦВК, осложнений эксплуатации ЦВК в анамнезе обязательно дуплексное исследование экстракраниальных отделов брахиоцефальных вен с цветовым контрастированием кровотока;
- во всех остальных случаях проводится только УЗИ-навигация на операционном столе;
- прием гигиенического душа пациентом накануне операции;
- общая анестезия для детей до 15 лет обязательно;
- ЭКГ-мониторинг обязательно;
- обработка операционного поля спиртовым раствором кожного антисептика 2-хкратно, с экспозицией для самостоятельного высыхания кожи;
- пациента накрывают стерильной хирургической простыней.

Уход за имплантированным катетером порт-система

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

Дома пациент должен следовать рекомендациям врача и ухаживать за катетером:

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



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

Параметры контроля – 1 раз в 10-14 дней:

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

Клиническая ситуация, которая требует врачебных действий:

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

которая, с одной стороны, исполняет обязательство информирования о праве онкопациента на доступную современную комфортную технологию введения лекарственной терапии в сосудистую систему с минимальным риском осложнений, а, с другой, демонстрирует мягкую силу врачам-онкологам: пациент информирован о своем праве на установку порт-систем, будьте любезны, предложите ему эту медицинскую услугу своевременно, уже в рамках решения онкоконсилиума о проведении длительной и агрессивной химио- и таргетной терапии, предусмотренном ст. 48 Закона РФ № 323-ФЗ (*определение тактики медицинского обследования и лечения*), п. 18 Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» и п. 16 Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях.

Таким образом, с 2018 года в РФ в системе ОМС были определены тарифы на установку порт-систем, обычаями и обычно предъявляемыми требованиями

в онкологии были определены показания к установке порт-систем (агрессивная и длительная ХТ с интенсивностью эксплуатации вены 2-3 дня в неделю или 1 раз в месяц), установка порт-систем отнесена к праву онкопациента на надлежащее качество онкопомощи, на улучшение качества жизни и ликвидацию претерпевания страданий пациента от частых регулярных пункций периферических вен, на снижение частоты венозных осложнений (боль, гематомы, склерозирование и «исчезновение» вен, тромбозы, воспаление стенок вен, инфекционные процессы, эмболии венозными тромбами сосудов легких, флебиты, тромбофлебиты, лимфадениты, катетерный сепсис и др.).

В экспертной деятельности СМО и ТФОМС по риск-ориентированному принципу следует опираться на приказ Минздрава России от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и Практические

рекомендации Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре).

Минздравом России и Росздравнадзором в указанных документах выделен Базовый перечень направлений внутреннего контроля, связанных с риском для пациента, и, следовательно, значимый в экспертной деятельности СМО и ТФОМС для оценки показаний, противопоказаний, условий, технологии, своевременности, риска и возникших осложнений, причинения вреда здоровью при выполнении медицинского вмешательства «A11.12.001.002 Имплантация подкожной венозной порт-системы», предусмотренного КСГ 159 «Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)»:

«1. Лекарственная безопасность. Фармаконадзор». Важным для эксперта СМО является проверка исполнения:

– п. «4.8. Прогнозирование риска при использовании лекарственных препаратов (ЛП): побочные реакции, токсическое действие ЛП, взаимодействие ЛП, учет обстоятельств, сопутствующих заболеваний» на предмет наличия данных о факторах риска и их учета при назначении препаратов;

– п. «4.9. Процесс назначения и использования ЛП: Соблюдение алгоритма при назначении и использовании ЛП: Правильное лекарство 4.9.1. Оценить соответствие выбора ЛП клиническим рекомендациям/алгоритмам. Правильная доза. 4.9.2. Оценить соответствие дозировок ЛП клиническим рекомендациям, коррекция дозы с учетом индивидуальных особенностей пациента, наличие калькуляторов расчета. Правильный путь введения 4.9.3. Оценить соответствие пути введения ЛП. В правильное время. 4.9.4. Оценить соответствие кратности назначения ЛП, соблюдение сроков дачи, введения ЛП в соответствии с назначением с фиксацией времени введения/дачи ЛП в листах назначений. п. «4.9.5. Проверить качество заполнения медицинской документации на предмет фиксации времени введения ЛП»;

– п. «4.12. Контроль эффективности назначения ЛП». Эксперт СМО и ТФОМС контролирует проводимую медорганизацией оценку эффективности лечения с фиксацией в медицинской документации: «4.12.1. с оценкой эффективности лечения, включая: – жалобы; – клиника; – лабораторно-диагностические показатели; – приверженность/активный контроль назначений».

«2. Контроль качества и безопасности обращения

медицинских изделий». Устройства для инфузии отнесены к Изделиям с высокой степенью риска («Межгосударственный стандарт. Изделия медицинские. Классификация в зависимости от потенциального риска применения. ГОСТ 31508-2012»).

«3. Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами». Проверка исполнения п. «8.4. Обеспечение безопасности в периоперационный период: до, во время и непосредственно после операции» в части установки порт-системы.

«5. Эпидемиологическая безопасность. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи». Важным для эксперта СМО является проверка исполнения п. «2.3. Эпидемиологическая безопасность (профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)). 3.7. Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских технологий (при инвазивных вмешательствах): 3.7.2. Катетеризация центральных сосудов. 3.7.9. Наличие и исполнение алгоритма профилактики инфекции при катетеризации сосудов (в том числе постановка катетера, уход за катетером, уход за повязкой, смена и удаление катетера, антибиотикопрофилактика)».

«14. Диспансерное наблюдение за хроническими больными»: эксперты СМО и ТФОМС осуществляют контроль исполнения требований п. 2.7. Практических рекомендаций Росздравнадзора «2.7. Диспансерное наблюдение за хроническими больными». Статьей 46 Закона РФ № 323-ФЗ установлены требования: «5. Диспансерное наблюдение представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, **в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации** указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Эксперт качества в первую очередь оценивает наличие ятрогенных осложнений при эксплуатации периферических катетеров, ЦВК и порт-систем, которые оцениваются экспертом в соответствии с Методическим руководством «Венозный доступ» № МР105 (Минздрав России, 2019) и Клиническими рекомендациями по проведению катетеризации подключичной и других центральных вен Федерации анестезиологов-реаниматологов, которыми предусмотрено, что осложнения катетеризации цен-

тральных вен подразделяются на ранние и поздние. К ранним осложнениям относятся кровотечение из несдавливаемого сосуда с формированием гематомы и/или гемоторакса и/или кровопотери, пневмоторакс, аритмия (вероятный признак того, что конец катетера находится в желудочке), воздушная эмболия. К поздним осложнениям катетеризации относят инфекционные и тромботические осложнения. Редкими осложнениями катетеризации являются гидроторакс, хилоторакс, перфорация центральных сосудов и/или камер сердца, тампонада перикарда, миграция катетера, узлообразование/миграция проводника и прочие. Наиболее частым осложнением катетеризации внутренней яремной вены являются непреднамеренная пункция сонной артерии с последующим образованием гематомы (до 8–10% без ультразвукового контроля), подключичной вены – пневмоторакс (до 1–3%), а катетеризация бедренной вены наиболее часто осложняется флеботромбозами. Частота осложнений катетеризации центральных вен увеличивается в 6 раз, если один и тот же врач выполняет подряд более трех попыток на одном и том же сосуде. Клиническими рекомендациями по проведению катетеризации подключичной и других центральных вен установлены Критерии оценки качества медицинской помощи:

1. Выполнена верификация положения катетера.
2. В течение 6 часов с момента катетеризации выполнено рентгенологическое или ультразвуковое исследование грудной клетки на предмет пневмоторакса после выполнения катетеризации подключичной или внутренней яремной вены.
3. Выполнено не более трех попыток пункции и/или катетеризации одной и той же центральной вены одним специалистом.

Правилами формулировки диагноза, часть 2 «Ятрогении» (патология диагностики и лечения), утвержденными Росздравнадзором и Российским обществом патологоанатомов (2006), дано определение ятрогении – это групповое понятие, объединяющее все разнообразие неблагоприятных последствий (нозологические формы, синдромы, патологические процессы) любых медицинских воздействий на больного, независимо от правильности их исполнения. По своей сущности ятрогении являются вариантом дефектов оказания медицинской помощи.

Правилами формулировки диагноза, часть 2 «Ятрогении» (патология диагностики и лечения) предусмотрены виды ятрогений при выполнении катетеризации:

Y60.6 Случайное нанесение вреда больному – случайный порез, укол, перфорация или кровотечение при аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации;

Y61.6 Случайное нанесение вреда больному – случайное оставление инородного тела в организме при аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации;

Y62.6 Случайное нанесение вреда больному – недостаточная стерильность при аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации;

Y66 Случайное нанесение вреда больному – непредоставление хирургической и терапевтической помощи.

Таким образом, приказом МЗ РФ от 27.05.1997 № 170, МКБ 10-го пересмотра и Правилами формулировки диагноза «ятрогении» к нанесению вреда здоровью пациента при выполнении терапевтической и хирургической процедуры отнесены:

Y60.6 Случайное нанесение вреда больному – случайный порез, укол, перфорация или кровотечение при аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации;

Y61.6 Случайное нанесение вреда больному – случайное оставление инородного тела в организме при аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации;

Y62.6 Случайное нанесение вреда больному – недостаточная стерильность при аспирации жидкости или ткани, пункции и другой катетеризации;

Y66 Случайное нанесение вреда больному – непредоставление хирургической и терапевтической помощи.

При выявлении указанных выше ятрогенных осложнений катетеризации и эксплуатации катетеров эксперт устанавливает наличие дефекта медицинской помощи: «3.2.2. *Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск возникновения нового заболевания*» Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденного Приказом Минздрава России от

19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

В рамках проводимой экспертизы качества лекарственной помощи при ЗНО эксперт, анализируя историю страховых случаев оказания лекарственной помощи по поводу ЗНО, выявляет:

1) наличие показаний для установки порт-системы (агрессивная и длительная химио- и таргетная терапия) в соответствии с п.6. «Долгосрочный полностью имплантируемый центральный венозный катетер ПОРТ, порт-система» Методического руководства Минздрава России «Венозный доступ»: «6.1 Показания – венозный доступ для длительного введения лекарственных препаратов любой осмолярности и pH, с интенсивностью эксплуатации катетера 2–3 дня в неделю или 1 раз в месяц»;

2) отсутствие в истории страховых случаев факта установки порт-системы;

3) отсутствие в медицинской карте стационарного больного указания на наличие у пациента порт-системы;

4) наличие противопоказаний для установки порт-системы;

4) возможный факт отказа пациента от установки порт-системы – очно телефонным звонком или письменным обращением;

5) отсутствие обоснований отказа в постановке долгосрочного полностью имплантируемого центрального венозного катетера «порт-система» («A11.12.001.002. Имплантация подкожной венозной порт-системы»);

При выявлении показаний к установке порт-системы и при отсутствии противопоказаний и отказа пациента от установки эксперт устанавливает дефект, исходя из следующих оснований. Эффективное лечение пациентов на современном этапе неразрывно связано с необходимостью создания временного или постоянного сосудистого доступа для проведения инфузионной, трансфузионной терапии и мониторинга состояния больного. Порт-система необходима, если требуется внутривенное введение препаратов длительными курсами, ее используют при ХТ у онкологических пациентов, в случае длительного лечения антибиотиками и др. Порт-система представляет собой полностью имплантируемую систему, обеспечивающую простое и надежное введение лекарственных препаратов через катетер, введенный в центральную

вену (внутренняя яремная вена, подключичная вена, бедренная вена), как в виде болюсных инъекций, так и длительных инфузий. Вводить вещества и препараты через порт-систему можно только с помощью иглы Губера, которая не прокалывает мембрану порта, а раздвигает ее поверхность, не повреждая. К преимуществам имплантируемой венозной порт-системы относятся возможность однократной и максимально безопасной установки на весь период лечения с сокращением числа общих анестезий и риска осложнений, возможность лечения в амбулаторном режиме, минимизация гнойно-септических и тромботических осложнений и максимальный комфорт для пациента. Установка порт-системы значительно улучшает качество жизни пациентов. С ее помощью можно быстро или экстренно ввести необходимые препараты. Наличие порта уменьшает риск развития флебитов на фоне внутривенных вмешательств, создает возможность многократного введения различных препаратов, уменьшая неприятные ощущения, позволяя делать безболезненные манипуляции при необходимости регулярного забора крови.

В разделе «Профилактика катетер-ассоциированных инфекций кровотока» (КАИК) руководства «Инфекции в онкологии» (РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2009, с. 262) указано, что самая низкая частота КАИК отмечается при хирургически имплантированных внутрисосудистых устройствах для длительного функционирования и подкожных центральных венозных порт-системах. Сосудистые устройства подобного типа врастают в ткань пациента, тем самым создавая механический барьер для проникновения микроорганизмов с поверхности кожи. Авторы разработали Правила выбора типа катетера в зависимости от предполагаемой длительности катетеризации в онкологии:

- менее 5 дней: периферический венозный катетер;
- 5–10 дней: центральный венозный катетер (катетеризация яремной вены по сравнению с подключичной сопровождается более высокой частотой развития инфекции, но меньшим риском развития неинфекционных осложнений, таких как кровотечение, пневмоторакс);
- 5–28 дней: центральный венозный катетер (подключичная вена), альтернативный вариант: центральный венозный катетер, установленный в периферическую вену, с подкожной туннелизацией;
- более 28 дней: порт-системы, туннелированный катетер (например, типа Hickman) или полно-

стью имплантированный катетер (например, типа Infusaport, Port-a-Cath).

В руководстве «Антимикробная химиотерапия внутрибольничных инфекций» (РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2015, с. 254) В таблице V.1 указано: «Полностью имплантированный порт-катетер – подкожный резервуар с самоуплотняющейся перегородкой, туннелируется под кожей. Доступ в подключичную или внутреннюю яремную вену осуществляется с помощью иглы через неповрежденную кожу. Самый низкий риск развития КАИК; улучшение качества жизни пациента. Нет необходимости в локальном уходе за местом установки катетера. Для удаления катетера требуется хирургическое вмешательство».

Отсутствие обоснований отказа в постановке долгосрочного полностью имплантируемого ЦВК «порт-система» («А11.12.001.002. Имплантация подкожной венозной порт системы») при наличии показаний в соответствии с нормой статьи 309 ГК РФ и п. 6.1 («6.1. Показания: – венозный доступ для длительного введения лекарственных препаратов любой осмолярности и рН, с интенсивностью эксплуатации катетера 2–3 дня в неделю или 1 раз в месяц») Методического руководства «Венозный доступ» МР105 (2019) (сайт Минздрава России) создает риск возникновения повреждения венозной стенки, инфекционных осложнений частой и длительной катетеризацией/пункцией венозной системы, препятствует комфортному состоянию онкобольного длительными частыми инфузиями агрессивных противоопухолевых лекарственных средств. Установка порт-системы для внутривенного противоопухолевого лечения является частью терапии, направленной на профилактику осложнений этой терапии в виде катетер-ассоциированной инфекции кровотока, катетерного сепсиса, флебитов, тромбозов вен, некроза сосудистой стенки, в том числе при случайном подкожном введении лекарственного средства.

Необоснованный отказ от выполнения показанной установки порт-системы Приказом Минздрава России от 27.05.1997 № 170 «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра» и МКБ 10-го пересмотра отнесено к нанесению вреда здоровью пациента при выполнении хирургической и терапевтической процедуры (У60–У69): «У66 Непредоставление хирургической и терапевтической помощи». При необоснованном отказе в установке показанной порт-системы качество

медпомощи признается ненадлежащим по критериям п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ: несвоевременный и/или неправильный выбор выполнения методов диагностики, лечения и профилактики.

Таким образом, создание риска развития осложнений со стороны сосудистой системы при проведении противоопухолевого лечения без установки порт-системы обоснованно относится к коду дефекта «3.2.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания» Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному Приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н.

Литература

1. Антимикробная химиотерапия внутрибольничных инфекций // Под ред. Н.В. Дмитриевой, РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – М.: ИД «АБВ-пресс», 2015. – 328 с.
2. Балахнин П.В. Рентгенохирургические методы лечения неотложных состояний в онкологии // Практическая онкология. – 2015. – № 4. – С. 140–158.
3. Гнатюк Я.А., Братникова Г.И., Соценко Д.Г. и др. Анализ пункционного пневмоторакса при имплантации инфузионных венозных порт систем, собственный опыт // Proceedings of the First International Forum of Oncology and Radiology, 2018. – С. 228.
4. Дворецкий Л.И. Ятрогения в практике врача. – М.: Медицинское информационное агентство, 2018. – 328 с.
5. Дзампаев А.З., Рыков М.Ю., Буйденко Ю.В. и др. Применение имплантируемых венозных НА. порт-систем в онкологии // Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. – 2014. – № 4. – С. 38–44.
6. Инфекции в онкологии / РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН // Под ред. М.И. Давыдова, Н.В. Дмитриевой. – М.: Практическая медицина, 2009. – 472 с.
7. Клигуненко Е.Н., Баранов И.В., Площенко Ю.А. и др. Опыт применения имплантационных венозных порт-систем для пациентов, требующих длительной химиотерапии в отделении интенсивной терапии // Медицина неотложных состояний. – 2018. – №5. – С. 132–134.

8. Михалик Д.С., Жуков Г.В., Герасимов С.А. и др. (Смоленский государственный медицинский университет). Применение высокотехнологичных имплантируемых порт-систем для венозного доступа в клинических условиях // Вестник Смоленской Госмедакадемии. – 2018. – № 4. – С. 70–75.
9. Мыслевцев И.В., Андрианов А.Н., Заров А.Ю. и др. Имплантируемая порт-система как оптимальный выбор длительного венозного доступа (Центральная клиническая больница Святителя Алексия Митрополита Московского Московской Патриархии Русской Православной Церкви // Поволжский онкологический вестник. – 2019. – № 4. – С. 62–65.
10. Методическое руководство «Венозный доступ» (№ МР105, МЗ РФ, 2019 // cr.minzdrav.gov.ru/manuals/; // apicr.minzdrav.gov.ru/static/MP105.PDF)
11. Некачалов В.В. Ятрогенная (Патология диагностики и лечения). – СПб., 1998. – 43 с.
12. Никитенко М. Особенности оплаты медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС в 2019 году // Учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение. – 2019. – № 1.
13. Ольхова Л.В., Попов В.Е. Двенадцатилетний опыт использования имплантированных венозных порт-систем у детей с онкологическими заболеваниями в условиях многопрофильного стационара: одномоментное исследование // Онкопедиатрия. – 2019. – № 1. – С. 45–52.
14. Ольхова Л.В., Попов В.Е. Случай спонтанного отрыва катетера имплантированного венозного порта и его миграции в правые отделы сердца // Онкопедиатрия. – 2018. – № 2. – С. 127–133.
15. Правила формулировки диагноза. Часть 2. Ятрогенная (патология диагностики и лечения). Росздравнадзор, РОП, ММА им. И.М. Сеченова, МГМСУ, НИИ морфологии человека РАМН / Пальцев М.А., Автандилов Г.Г., Воробьев С.Л., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. и др., М.: 2006. – 50 с.
16. Принципы взаимодействия патологоанатомической службы с лечебно-профилактическими учреждениями Санкт-Петербурга: Инструктивное письмо Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга от 02.03.1999
17. Рыков М.Ю. Имплантируемая порт-система как оптимальный венозный доступ в детской онкологии: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук – М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина, 2013. – 28 с.
18. Рыков М.Ю., Гьокова Е.В., Дзампаев А.З. и др. Имплантируемая порт-система как оптимальный венозный доступ в детской онкологии // Онкопедиатрия. – 2014. – № 1. – С. 25–31.
19. Рыков М.Ю., Мень Т.Х., Григорьева Н.А. и др. Венозный доступ при лечении детей с онкологическими заболеваниями: результаты 10-летнего мультицентрового исследования // Онкопедиатрия. – 2016. – № 1. – С. 36–41.
20. Рыков М.Ю., Петраш А.А., Мень Т.Х. Системы венозного доступа как индикаторы качества оказания медицинской помощи: сравнительный анализ центральных катетеров, вводимых через периферическую вену, и имплантируемых венозных порт-систем // Онкопедиатрия. – 2017. – № 2. – С. 123–130.
21. Рыков М.Ю., Поляков В.Г. Клинико-экономический анализ использования различных систем венозного доступа при лечении детей с онкологическими заболеваниями. // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. – 2015. – № 2. – С. 11–15.
22. Седов В.М. Ятрогенная. – СПб.: Человек, 2010. – 296 с.
23. Серов А.В., Черкашин М.А., Березина Н.А. и др. Имплантация порт-систем постоянного венозного доступа под контролем компьютерной томографии (cyberleninka.ru/article/n/implantatsiya-port-sistem-postoyannogo-venoznogo-dostupa-pod-kontrolem-kompyuternoy-tomografii)
24. Старченко А.А. Профессиональные правонарушения в анестезиологии и реаниматологии. Проблемы юридической ответственности – М.: Бином, 2016. – 944 с.
25. Старченко А.А., Тарасова О.В., Салдуева О.В., Перегудин С.А., Гуженко М.Д. Карта дефектов медицинской помощи: риск-ориентированная модель защиты прав пациентов – застрахованных лиц и экспертизы в онкохимиотерапии, кардиологии, неврологии, COVID-19. – М., 2021. – 328 с.
26. Хамитов А.Р., Исмаилов А.Х., Губайдуллин Х.М. Применение ультразвуковой навигации при имплантации порт-систем в условиях дневного стационара // Поволжский онкологический вестник. – 2019. – № 1. – С. 36–41.
27. Федеральные клинические рекомендации по организации оптимального венозного доступа у детей с гематологическими, онкологическими и иммунологическими заболеваниями // Румянцев А.Г., Масчан А.А., Биккулова Д.Ш. Официальное издание. НОДГО. – М., 2015. – 20 с.
28. Шулуток Е.М., Судейкина Н.Н., Городецкий В.М. Рекомендации по обеспечению венозного доступа // Сборник алгоритмов диагностики и протоколов лечения заболеваний систем крови. – М.: Практика, 2012. – С. 903–946 (1045 с.).

РЕСПУБЛИКА КРЫМ: ЛЮБЛЮ ТВОИ ГЛАЗА

Всемирный день зрения отмечается во второй четверг октября по инициативе Всемирной организации здравоохранения. Эта дата отмечена в календаре для привлечения глобального внимания к проблемам слепоты, нарушения зрения и реабилитации людей с нарушением зрения. Тема Всемирного дня зрения 2021 года – «Люблю твои глаза» (Love Your Eyes).

Слепота – это неспособность видеть. Ведущие причины хронической слепоты включают катаракту, глаукому, возрастную дегенерацию желтого пятна, помутнение роговицы, трахому и заболевания глаз у детей (например, вызываемые дефицитом витамина А). В мире все шире встречается слепота, развивающаяся с возрастом, а также слепота, вызываемая неконтролируемым диабетом.

По данным Международного агентства по профилактике слепоты, примерно 253 миллиона человек имеют проблемы со зрением, из них 36 миллионов не видят вовсе, а 217 миллионов имеют умеренное или тяжелое нарушение зрения. 65% всех людей с нарушениями зрения – это люди в возрасте 50 лет и старше. Болезни глаз поражают более 19 миллионов детей.

80% случаев слепоты можно было бы избежать в случае своевременного лечения. Для взрослых, страдающих нарушениями зрения, зачастую характерны трудности в сфере занятости и снижение производительности труда, а также более высокая распространенность депрессии и тревожных расстройств. Нарушения зрения у людей пожилого возраста могут усугублять социальную изоляцию, вызывать трудности при ходьбе, повышать риск падений и переломов.

По статистике, половина россиян имеет те или иные проблемы со зрением, 22% инвалидов по зрению – молодежь. Развитие сети офтальмологических служб, доступность амбулаторных медицинских услуг и своевременная квалифицированная помощь специалистов способны сократить эту львиную долю.

К мерам профилактики заболеваний глаз относятся не только периодическое посещение врача, но и следование несложным правилам:

- отказ от курения: никотин резко расширяет и сужает сосуды, нарушая питание и кровоснабжение глаза;
- использование в пищу укрепляющих сосуды сетчатки глаза продуктов: черники, моркови, черной смородины;
- ограничение воздействия светящихся экранов телевизоров и компьютеров;
- равномерное освещение рабочего места;
- и никакого самолечения: ставить диагноз и назначать правильные методы коррекции зрения – только в компетенции офтальмолога.



Страховые представители компании «Крым-медстрах» также не остались в стороне и в офисах компании и медицинских организациях раздавали памятки с комплексом упражнений для сохранения здоровья глаз.

Дополнительно граждане, имеющие детей, могли пройти тест-анкеты для ориентировочной оценки риска нарушения зрения у детей. По результату прохождения тест-анкеты страховые представители обращали внимание родителей на необходимость выполнения профилактических упражнений либо посещения офтальмолога с профилактической целью.

Всего по Крыму и г. Севастополю было проведено анкетирование 110 человек. По анализу этих анкет 13 детей (или 11,8%) попали в группу риска. Страховые представители порекомендовали родителям не откладывать визит к офтальмологу.

КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛАСТЬ: OPEN TALK «БИБЛИОТЕКА БУДУЩЕГО. ВЕКТОРЫ РАЗВИТИЯ»

Кузбасский филиал «АльфаСтрахование-ОМС» принял участие в open talk «Библиотека будущего. Векторы развития» в Государственной научной библиотеке Кузбасса им. В.Д. Федорова.

Заключительное мероприятие реализации проекта, включающего целый ряд тематических дискуссионных площадок, участниками которых стали молодежь, представители органов власти, средств массовой информации, PR-индустрии, местных сообществ, некоммерческих структур и организаций социальной сферы, производственного сектора экономики, эксперты в области библиотечного дела и культурных услуг, лидеры мнений.



IX Сибирский библиотечный форум – отличная возможность для подведения итогов о проделанной работе и презентации результатов. Общая творческая задача – создание модели современной библиотеки, определение направлений ее развития на ближайшую перспективу, а также разработка совместных проектов и коллабораций.

«АльфаСтрахование-ОМС» заботится о своих клиентах. Сотрудники компании не только на постоянной основе повышают квалификацию, но и участвуют в федеральных информационных кампаниях, в результате которых клиенты начинают лучше разбираться в своих правах в рамках ОМС, знают правила получения медицинской помощи в лечебных учреждениях.



Страховые представители отвечают на устные обращения граждан и входящие звонки горячей линии (8 800 555 1001) и всегда могут дать совет и ответить на самые часто задаваемые вопросы: как прикрепиться к поликлинике, где получить полис обязательного медицинского страхования, как записаться к врачу. Страховые представители в интересах клиента берут на себя задачу информирования застрахованных о прохождении профилактических мероприятий.

БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ: «МАКС-М» ПРОВЕЛ МАСТЕР-КЛАСС СО СТУДЕНТАМИ



Начальник управления ОМС – страховой представитель второго уровня филиала «МАКС-М» в г. Белгороде – Наталья Алферова провела мастер-класс со студентами медицинского института НИУ «БелГУ» на тему «Медицинское страхование».

Целью практического занятия было формирование у студентов общего представления о видах медицинского страхования и их значении в системе здравоохранения. Беседа со студентами касалась следующих тем: «Медицинское страхование: сущность и правовые основы», «Основные понятия медицинского страхования», «Медицинское страхование в г. Белгороде». В ходе занятия студенты были ознакомлены с основными понятиями медицинского страхования, правовыми основами медицинского страхования.

По итогам проведенных занятий были даны ответы на вопросы студентов по теме обязательного медицинского страхования.

Наталья Алферова проинформировала студентов о правах и обязанностях застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования, порядке оформления полиса ОМС, познакомила с адресами и режимами работы территориальных отделов и пунктов выдачи полисов ОМС филиала «МАКС-М».

На многие вопросы присутствующие смогут найти ответы в предложенных им информационных материалах в виде листовок, брошюр и буклетов, рассказывающих о гарантиях бесплатного оказания медицинской помощи, о правах и обязанностях владельцев медицинских полисов и профилактике заболеваний.

