



# ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

04

Председатель Правительства Российской Федерации Михаил Мишустин провел совещание о ходе реализации и результатах инициатив социально-экономического развития до 2030 года

13

Правительство Российской Федерации направит более 35 млрд рублей на поддержку региональных систем здравоохранения

19

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Елена Чернякова вошла в топ-10 женщин года в отрасли информационных технологий



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

# ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

02 / 22

**«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ  
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

**№ 2, 2022**

Научно-практический журнал

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

*Председатель редакционного совета*

**Е.Е. Чернякова** – Председатель ФОМС

*Заместитель председателя редакционного совета*

**Н.А. Хорова** – заместитель Министра здравоохранения  
Российской Федерации

*Главный редактор:*

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

**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. Рoshаль** – 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-секретарь  
отделения медицинских наук РАН, 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

**ISSN 2221-9943**

**Учредитель:**

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования  
Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»  
Номер подписан в печать 21.04.2022.  
Тираж: 2000 экз. Номер заказа: 000000 Типография Роликс  
Формат: 205 x 275 мм. Объем: 48 полос

**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», 2022

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**

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

## СОДЕРЖАНИЕ

### ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Председатель Правительства Российской Федерации Михаил Мишустин провел совещание о ходе реализации и результатах инициатив социально-экономического развития до 2030 года . . . . . **4**

Правительство Российской Федерации расширило возможности закупок лекарственных препаратов и медицинских изделий для поликлиник и больниц. . . . . **10**

Постановление Правительства Российской Федерации от 16 марта 2022 г. № 373 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 г. № 2505» . . . . . **11**

Постановление Правительства Российской Федерации от 16 марта 2022 г. № 374 «О приостановлении действия постановления Правительства Российской Федерации от 19 апреля 2021 г. № 620» . . . . . **12**

Правительство Российской Федерации направит более 35 млрд рублей на поддержку региональных систем здравоохранения. . . . . **13**

Распоряжение Правительства Российской Федерации от 7 апреля 2022 г. № 789-Р . . . . . **14**

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Елена Евгеньевна Чернякова встретилась с Консулом Посольства Киргизской Республики в Российской Федерации Букалаевым Алмазом Камчибековичем. . . . . **18**

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Елена Чернякова вошла в топ-10 женщин года в отрасли информационных технологий. . . . . **19**

### ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

*Е.В. Буцкая, М.Б. Лавренюк, Е.Г. Ярославцева*  
Защита прав застрахованных – залог успешного развития системы обязательного медицинского страхования. . . . . **20**

### ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ОМС

*К.И. Косогова, Д.В. Горохова*  
Цифровая трансформация региональных систем обязательного медицинского страхования: взгляд экспертов. . . . . **26**

### ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЗА РУБЕЖОМ

*И.М. Шейман*  
Новые тенденции развития зарубежных систем обязательного медицинского страхования . . . . . **32**

### РЕГИОНАЛЬНЫЕ НОВОСТИ

Красноярский филиал «СОГАЗ-Мед» вручил призы победителям всероссийской массовой лыжной гонки «Лыжня России-2022» . . . . . **38**

Алтайский край: Форум «Траектория профессионального и карьерного развития молодого врача-2022» . . . . . **39**

Оренбургская область: ТФОМС принял участие в тренинге по коммуникации с пациентами . . . . . **42**

«СОГАЗ-Мед»: День рождения в кругу самых близких. . . . . **43**

Белгородская область: Всероссийская акция «10 тысяч шагов к жизни». . . . . **44**

Калининградская область: В регионе запущен новый проект по углубленной диспансеризации пациентов, перенесших COVID-19, с сопровождением страхового представителя . . . . . **45**

Ямало-Ненецкий автономный округ: Будь героем первой помощи. . . . . **47**

## ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МИХАИЛ МИШУСТИН ПРОВЕЛ СОВЕЩАНИЕ О ХОДЕ РЕАЛИЗАЦИИ И РЕЗУЛЬТАТАХ ИНИЦИАТИВ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДО 2030 ГОДА

1 февраля 2022 года, Москва, Дом Правительства



”

*М. Мишустин: Инициатива «Санитарный щит страны», которая реализуется по решению Президента, стала ответом на пандемию ковида и возможные будущие вызовы. Надо научиться действовать на опережение – прогнозировать риски. При появлении новых инфекций оперативно вводить в оборот вакцины и средства диагностики.*

**В повестке совещания:  
о ходе реализации инициатив  
в сферах здравоохранения,  
образования, социальной  
помощи, миграции, государ-  
ственного управления.**

## О ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Во вступительном слове Михаил Мишустин подчеркнул:

– Ещё одно важнейшее направление – это сохранение здоровья граждан.

Инициатива «Санитарный щит страны», которая реализуется по решению Президента, стала ответом на пандемию ковида и возможные будущие вызовы. Надо научиться действовать на опережение – прогнозировать риски. При появлении новых инфекций оперативно вводить в оборот вакцины и средства диагностики.

Для этого у нас есть грамотные эпидемиологи, учёные, исследователи. Обеспечим их всем необходимым для работы. И продолжим создавать в регионах России современные инфекционные центры и лаборатории.

Наряду с борьбой с коронавирусом надо продолжить решение и других вопросов в здравоохранении, которые особенно волнуют людей. Здесь прежде всего речь должна идти о первичном звене. Именно оно сегодня столкнулось с огромным вызовом и испытывает колоссальные нагрузки. Врачи помогают большому количеству

заболевших, число которых пока увеличивается каждый день.

И уже сейчас надо принимать решения, чтобы получение помощи в поликлиниках – не только в условиях таких серьёзных испытаний, но и в обычной жизни – было более удобным и быстрым для граждан. Важно обеспечить индивидуальный подход к лечению пациентов. Современные технологии должны упростить процедуру записи к врачу, выдачу заключений и рецептов. Необходимо сократить сроки ожидания приёма у специалиста и, конечно, избавить медицинский персонал от бумажной работы и бесконечных отчётов.

Опыт пандемии показал, как важно восстановление после болезни. Поэтому Президент поручил разработать и реализовать программу развития медицинской реабилитации. Сегодня в этой сфере востребованы передовые подходы. В рамках соответствующей инициативы необходимо создать для этого современную инфраструктуру, чтобы пациенты могли пройти медицинскую реабилитацию на всех этапах своего лечения. В ближайшие несколько лет предстоит оснастить свыше 60% медицинских организаций, осуществляющих медицинскую реабилитацию, нужным оборудованием, подготовить профильных специалистов. Такая помощь должна стать действительно доступной для граждан.

Дополнительные возможности и новые инструменты здравоохранению даст развитие медицинской науки. На это направлена ещё одна инициатива. Объединив усилия всех участников – от медицинских образовательных учреждений и учёных до производственных площадок, мы дадим старт передовым научным разработкам, ускорим внедрение в практику самых современных методов лечения, востребованных у людей.

### Доклад заместителя Правительства Российской Федерации Татьяны Голиковой о реализации инициатив в социальной сфере



– Инициативы социального блока Правительства нацелены на реализацию четырёх национальных целей развития страны – это «Сохранение населения, здоровье и благополучие людей», «Возможности для самореализации и развития талантов»,

«Достойный, эффективный труд и успешное предпринимательство» и «Цифровая трансформация».

Два года мир живёт в условиях пандемии. Уже много десятилетий человечество не сталкивалось с таким длительным периодом господства инфекции, приводящим к людским потерям, потерям в экономике, а иногда безальтернативности принимаемых решений. Извлекая опыт, мы разработали и утвердили федеральный проект «Санитарный щит», целью которого является сохранение здоровья человека и защита от инфекционных угроз.

Мероприятия проекта направлены на создание эффективного барьера для эпидемий

на трёх рубежах: внутри страны, в ближнем и дальнем зарубежье. Для людей это быстрая, доступная и качественная диагностика инфекций, комфортный санитарный контроль на границе, возможность жить, учиться, работать и путешествовать без ограничений.

В 2021 году разработали семь тестов для диагностики пяти инфекций за 60 минут, четыре уже внедрены в производство, два – в стадии внедрения; обеспечили функционирование 14 центров секвенирования и оборудовали восемь новых; создали первую национальную цифровую платформу данных по секвенированию; укрепили 15 центров ПЦР-диагностики, увеличив мощность лабораторий в два

раза – это позволило сократить время исследований и обеспечить быструю передачу результатов на «Госуслуги» (24 миллиона граждан уже воспользовались этим); разработали правила функционирования отраслей в условиях эпидемии.

В 2022 году продолжим эту работу и расширим сеть для изучения опасных инфекций в других регионах мира, чтобы лучше и быстрее прогнозировать ситуацию; подготовим четыре платформы для быстрого создания безопасных и эффективных вакцин от новых инфекций.

К 2024 году 80% населения смогут сделать тест на инфекции в течение 24 часов; внедрим быстрые тесты на 43 инфекции, ускорив оказание помощи.



## N7 «СОЗДАНИЕ ЕДИНОГО ЦИФРОВОГО КОНТУРА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

2. «ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО ДЛЯ КАЖДОГО»



Министр  
здравоохранения  
М.А. Мурашко



Зам. министра  
здравоохранения  
П.С. Пузанов

**ЦЕЛЬ:** Каждому гражданину доступны персонализированные цифровые сервисы, проактивное информирование, мониторинг здоровья, дистанционное взаимодействие с медицинскими, аптечными и страховыми организациями

### РЕЗУЛЬТАТЫ 2021

**31 млн граждан** воспользовались услугами и сервисами в личном кабинете «Моё здоровье»\*

**20% взрослого населения** (19 млн граждан) доступны электронные медицинские документы в личном кабинете «Моё здоровье»\*

**17 млн граждан** воспользовались сервисом записи на приём к врачу в личном кабинете «Моё здоровье»

\* не включает 65 млн граждан, получивших прививочные сертификаты из ЕМУ

### ДОРОЖНАЯ КАРТА до 2024

Количество граждан воспользовавшихся цифровыми медицинскими сервисами в ЛК Моё здоровье, млн

2022

35

2023

40

2024

60

Проактивное информирование о медицинских освидетельствованиях



Допуск на управление ТС  
50 млн чел.



Электронные медицинские документы  
20 млн чел.



Инвалиды  
10 млн чел.



Разрешение на ношение и хранение оружия  
4 млн чел.

Индивидуальное сопровождение



Пациенты с онкозаболеваниями  
3 млн чел.



Пациенты с ОСС (включая БСН)  
30 млн чел.



Пациенты с сахарным диабетом  
5 млн чел.



Программа ведения беременности  
1,4 млн чел.

Экономия времени на взаимодействие с медицинскими организациями



Дистанционная запись к врачу  
500 млн/год



Дистанц. получение справок и выписок  
Экономия до 30% времени



Телемедицинские консультации  
20 млн чел.



Электронные рецепты  
120 млн/год

Пандемия легла тяжёлым бременем на систему здравоохранения страны, поэтому, не отменяя наших планов по нацпроекту «Здравоохранение», программам модернизации первичного звена, усилим три дополнительных направления.

Первый – это создание единого цифрового контура в здравоохранении, целью которого является внедрение современной цифровой инфраструктуры, позволяющей приблизить медицинскую помощь к человеку. Уже в 2021 году 31 миллион наших граждан воспользовался цифровыми сервисами в личном кабинете «Моё здоровье». Самыми востребованными стали «Запись к врачу» и «Вызов врача на дом» через портал госуслуг,

и этим сервисом воспользовалось 17 миллионов человек, что в шесть раз больше, чем в 2019 году. Второй по популярности сервис – «Информирование об оказанной медицинской помощи». Им воспользовались уже 4 миллиона человек, а 19 миллионов могут получить свои медицинские документы на портале госуслуг.

Мы благодарим наших граждан, которые помогают контролировать безопасность вакцинации, заполняя дневники самонаблюдения на «Госуслугах». Это почти 14,5 миллиона человек. В 2022 году в личном кабинете «Моё здоровье» запустим новые сервисы. Граждане, имеющие право на льготное лекарственное обеспечение, смогут

получить информацию о выпущенных и отпущенных лекарственных препаратах, а те, кто проходит медико-социальную экспертизу, – отслеживать статус подготовки своих документов в медицинской организации и рассмотрение их в бюро МСЭ. Результаты экспертизы также поступят на «Госуслуги».

К 2024 году цифровые сервисы должны стать доступны каждому гражданину в проактивном формате. Например, для получения водительского удостоверения, разрешения на работу или получения инвалидности не нужно будет несколько раз сдавать одни и те же анализы, повторно проходить обследования у разных специалистов. Большинство сведений

## 3D ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

3. «ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»



Министр  
здравоохранения  
М.А. Мурашко



Зам. министра  
здравоохранения  
Е.Г. Камкин

**ЦЕЛЬ:** Модернизация системы медицинской реабилитации под индивидуальные потребности пациента

### РЕЗУЛЬТАТЫ 2021

Разработана **новая целевая модель медицинской реабилитации, учитывающая индивидуальные потребности пациента**

Проведена **оценка существующей инфраструктуры и ресурсов в системе медицинской реабилитации**

**Впервые** введены тарифы на оказание **бесплатной для граждан медицинской реабилитации в амбулаторных условиях**

**Увеличена доступность для населения медицинской реабилитации в федеральных медицинских организациях**

### ДОРОЖНАЯ КАРТА до 2024

Современным оборудованием оснащены, %

2022



38%

2023



50%

2024



60%

Медицинских организаций, осуществляющих медицинскую реабилитацию



**В 2 раза** поэтапно **увеличена доступность** медицинской реабилитации **более 1 миллиона человек** ежегодно



**Не менее 370 тысяч** пациентов ежегодно **бесплатно** получают медицинскую реабилитацию **в амбулаторных условиях**



**Не менее 730 тысяч** пациентов ежегодно **бесплатно** получают медицинскую реабилитацию в больницах, из них **более 120 в федеральных центрах**



Пациенты **активно информируются** о необходимой медицинской реабилитации и вариантах её прохождения в личном кабинете «Моё здоровье» на ЕПГУ



Подготовлено **> 3 тыс.** специалистов мирового уровня

5

будет обновляться в автоматическом режиме при прохождении диспансеризации. Почти 40 миллионов хронических пациентов после прохождения обследований смогут продлевать рецепты, не выходя из дома. Дистанционное оформление справок и выписок поможет сэкономить время наших граждан, исключив почти 300 миллионов ненужных визитов.

Второй проект – это обязательная для восстановления здоровья медицинская реабилитация. Её развитие – это вклад в восстановление здоровья наших граждан, в увеличение продолжительности жизни. Сегодня это важно и необходимо для пациентов с заболеваниями нервной, сердечно-сосудистой

системы, перенёсших оперативное лечение, химио- и лучевую терапию, пациентов, перенёсших ковид.

В 2021 году совместно с ведущими специалистами определена новая целевая модель медицинской реабилитации, проведён текущий аудит состояния системы.

С 2022 года начнётся планомерное развитие инфраструктуры и реабилитации и повышение охвата нуждающихся в ней граждан за счёт внедрения и тиражирования высокотехнологичных методов.

К 2024 году современным реабилитационным оборудованием будет дооснащено и оснащено не менее 60% медицинских организаций, удвоен до более

чем миллиона человек охват граждан, получающих медицинскую реабилитацию, получит развитие её амбулаторный этап. Гражданам будет предоставлена необходимая информация о возможностях медицинской реабилитации в удобной форме через личный кабинет «Моё здоровье» на «Госуслугах».

Третий проект – это «Медицинская наука для человека». Целью является повышение отдачи научных исследований, их доступность для пациентов, включая современные лекарственные препараты, медицинские изделия, методы и способы предотвращения заболеваний и их лечения.

В 2021 году отобрано 11 проектов по клиническим исследо-

## D4 «МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА»

4. «ЗДОРОВОЕ ОБЩЕСТВО»

Министр  
здравоохранения  
М.А. МурашкоЗам. министра  
здравоохранения  
Т.В. Семенова

**Цель:** Создание системы приоритизации исследований в интересах здравоохранения, создание системы трансляции результатов исследований в производство и их внедрение в практику

## РЕЗУЛЬТАТЫ 2021

Поддержка ранних фаз клинических исследований лекарственных препаратов

Определено 11 новых перспективных лекарственных препаратов для проведения в 2022г. ранних фаз клинических исследований



## ДОРОЖНАЯ КАРТА до 2024

2022



Старт ранних фаз клинических исследований 11 новых перспективных лекарственных препаратов

2023



Вышли в практическое применение **не менее 3-х диагностических тест-систем** в онкологии



**2 новых лекарственных препарата** на основе инновационных технологий в таких областях, как борьба с инфекциями и онкология



**> 30% приоритетных разработок** в интересах медицины **заканчиваются внедрением продукта**



Создана **1 опытно-промышленная площадка** для быстрого внедрения инновационной медицинской продукции

2024



”

**Т. Голикова:** Наша главная задача – доведение исследовательских проектов до реальных продуктов и их внедрение в практику, в том числе за счёт четырёх создаваемых опытных производств, позволяющих сократить путь к внедрению.

ваниям лекарственных препаратов для их реализации в 2022 году. Доказательства их безопасности и эффективности позволят ввести в практику современные вакцины, в том числе от гриппа и туберкулёза, расширить арсе-

нал противоопухолевых препаратов, помочь в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями и управлять факторами риска их возникновения.

Наша главная задача – доведение исследовательских

проектов до реальных продуктов и их внедрение в практику, в том числе за счёт четырёх создаваемых опытных производств, позволяющих сократить путь к внедрению.

[government.ru](http://government.ru)

## ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ РАСШИРИЛО ВОЗМОЖНОСТИ ЗАКУПОК ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ ДЛЯ ПОЛИКЛИНИК И БОЛЬНИЦ



Правительство РФ продолжает работу по повышению стабильности рынка социально значимых услуг, оказавшегося под влиянием последствий внешних санкций. Теперь больницы и поликлиники, работающие по системе обязательного медицинского страхования, смогут опережающими темпами закупать лекарственные препараты и медицинские изделия за счёт значительного повышения авансирования средств на оплату медицинской помощи. Постановление

об этом от 16 марта 2022 года № 373 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 года № 2505» подписал Председатель Правительства Михаил Мишустин.

Раньше ежемесячный размер авансирования больниц и поликлиник не мог превышать 1/12 суммы, предусмотренной для медицинского учреждения на текущий год. Теперь этот ежемесячный лимит установлен на уровне годового финансирования, что позволит обеспечить

материальную устойчивость медицинских организаций в условиях введённых в отношении России западных санкций.

Михаил Мишустин также подписал Постановление от 16 марта 2022 года № 374 «О приостановлении действия постановления Правительства Российской Федерации от 19 апреля 2021 года № 620», которое упростит и ускорит саму процедуру закупок медицинских изделий. До 1 сентября 2022 года такие закупки освобождаются от необходимости разделения на отдельные лоты по каждому виду медицинских изделий. Это решение позволит медицинским организациям оперативно обновить оборудование и повысить качество помощи людям.

Подписанным документом внесены изменения в Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2021 года.

[government.ru](http://government.ru)

*Больницы и поликлиники, работающие по системе обязательного медицинского страхования, смогут опережающими темпами закупать лекарственные препараты и медицинские изделия за счёт значительного повышения авансирования средств на оплату медицинской помощи.*



## ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 16 марта 2022 г. № 373

МОСКВА

### О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28 ДЕКАБРЯ 2021 г. № 2505

Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Пункты 3 и 4 постановления Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2021 г. № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, № 1, ст. 205) изложить в следующей редакции:

«3. Установить, что в 2022 году ежемесячное авансирование страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, может осуществляться по заявкам страховых медицинских организаций и медицинских организаций в пределах годового объема финансового обеспечения предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, распределенного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – годовой объем) в размере более одной двенадцатой годового объема, но не более суммы затрат на приобретение основных средств и материальных запасов за счет средств обязательного медицинского страхования в 2021 году.

4. Установить, что в 2022 году ежемесячное авансирование медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, может осуществляться по заявкам указанных медицинских организаций Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в пределах годового объема финансового обеспечения предоставления медицинской помощи на 2022 год, распределенного медицинской организации в порядке, предусмотренном частью 3.2 статьи 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в размере более одной двенадцатой распределенного годового объема, но не более суммы затрат на приобретение основных средств и материальных запасов за счет средств обязательного медицинского страхования в 2021 году.».

2. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 марта 2022 г.

Председатель Правительства  
Российской Федерации  
**М. МИШУСТИН**



**ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

от 16 марта 2022 г. № 374

МОСКВА

**О ПРИОСТАНОВЛЕНИИ  
ДЕЙСТВИЯ ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ОТ 19 АПРЕЛЯ 2021 г. № 620**

Правительство Российской Федерации постановляет:

Приостановить до 1 сентября 2022 г. действие постановления Правительства Российской Федерации от 19 апреля 2021 г. № 620 «О требованиях к формированию лотов при осуществлении закупок медицинских изделий, являющихся объектом закупки для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2021, № 17, ст. 2986).

Председатель Правительства  
Российской Федерации  
**М. МИШУСТИН**

## ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НАПРАВИТ БОЛЕЕ 35 МЛРД РУБЛЕЙ НА ПОДДЕРЖКУ РЕГИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

11 апреля 2022 года, Москва



Российские регионы дополнительно получат свыше 35,1 млрд рублей на покрытие расходов, связанных с оказанием гражданам бесплатной медицинской помощи. Распоряжение об этом от 7 апреля 2022 года № 789-р подписал Председатель Правительства Михаил Мишустин.

Средства будут направлены из нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования его территориальным фондам в 74 регионах.

Вопрос обсуждался на совещании с вице-преьерами 11 апреля. Михаил Мишустин отметил, что прошлый год и начало

текущего были крайне непростыми для системы здравоохранения. С увеличением числа заболевших выросла и финансовая нагрузка на медицинские учреждения, ведь они оказывали помощь большему количеству пациентов, закупали необходимые им лекарства и проводили исследования.

«Федеральное финансирование компенсирует возросшие расходы. Больницы и поликлиники и дальше смогут стабильно работать, чтобы граждане могли получить медицинскую помощь бесплатно», – сказал глава Правительства.

*government.ru*

”

**М. Мишустин:** Федеральное финансирование компенсирует возросшие расходы. Больницы и поликлиники и дальше смогут стабильно работать, чтобы граждане могли получить медицинскую помощь бесплатно.



## ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

### РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 7 апреля 2022 г. № 789-р

МОСКВА

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

1. Направить средства нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2022 году в размере 35 133 772,6 тыс. рублей на предоставление иных межбюджетных трансфертов бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации и г. Байконура на дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной 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 2021–2022 годах, имея в виду оказание медицинской помощи в количестве не менее 300 тыс. случаев госпитализаций.

2. Утвердить прилагаемое распределение иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых в 2022 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации и г. Байконура на дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной 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 2021–2022 годах.

3. Федеральному фонду обязательного медицинского страхования:

- обеспечить заключение соглашений о предоставлении иных межбюджетных трансфертов, указанных в пункте 1 настоящего распоряжения, не позднее 30 рабочих дней со дня вступления в силу настоящего распоряжения;
- осуществить контроль за целевым и эффективным использованием указанных в пункте 1 настоящего распоряжения иных межбюджетных трансфертов с представлением доклада в Правительство Российской Федерации до 1 марта 2023 г.

Председатель Правительства  
Российской Федерации  
**М. МИШУСТИН**

Утверждено  
распоряжением Правительства  
Российской Федерации  
от 7 апреля 2022 г. № 789-р

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ИНЫХ МЕЖБЮДЖЕТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ  
В 2022 ГОДУ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ БЮДЖЕТАМ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ И Г. БАЙКОНУРА НА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ФИНАНСОВОЕ  
ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ 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 2021–2022 ГОДАХ**

(тыс. рублей)

Наименование	Размер иного межбюджетного трансферта
Республика Адыгея	132 386,2
Республика Алтай	32 006,2
Республика Башкортостан	806 734,6
Республика Бурятия	372 926,9
Республика Ингушетия	129 731,8
Карачаево-Черкесская Республика	19 356,8
Республика Карелия	25 2931
Республика Коми	810 727,7
Республика Крым	938 036,4
Республика Марий Эл	86 773,5
Республика Мордовия	238 993,4
Республика Саха (Якутия)	749 565,7
Республика Северная Осетия – Алания	47 463,6
Республика Татарстан	637 350,3
Удмуртская Республика	188 076,4
Республика Хакасия	280 036,7
Чеченская Республика	95 568,7

<b>Наименование</b>	<b>Размер иного межбюджетного трансферта</b>
Алтайский край	670 951,1
Камчатский край	92 186,9
Краснодарский край	1 055 367,9
Красноярский край	1 560 705
Пермский край	796 385,4
Приморский край	650 645,8
Ставропольский край	1 509 435,7
Хабаровский край	150 676,2
Амурская область	465 334
Архангельская область	496 820,3
Астраханская область	283 616,7
Белгородская область	142 761,2
Брянская область	249 019,6
Волгоградская область	1 179 038,6
Вологодская область	534 926,3
Воронежская область	1 172 229,9
Ивановская область	399 820,4
Иркутская область	2 166 078,6
Калининградская область	110 863,2
Калужская область	353 954,6
Кемеровская область – Кузбасс	252 812,2
Кировская область	1 297 800,2
Костромская область	213 205,8
Курганская область	149 676,9
Курская область	356 847,8
Ленинградская область	241 418,6
Магаданская область	65 621,3
Московская область	1 819 804
Мурманская область	87 287,9
Нижегородская область	1 509 267
Новгородская область	119 475,4

Наименование	Размер иного межбюджетного трансферта
Новосибирская область	525 398,7
Орловская область	292 398,4
Пензенская область	394 027,1
Псковская область	107 960,8
Ростовская область	74 258,5
Рязанская область	285 031,7
Самарская область	695 665,2
Саратовская область	344 768,3
Сахалинская область	146 283,4
Свердловская область	987 238,1
Смоленская область	300 535,7
Тамбовская область	129 554,1
Тверская область	79 223,6
Томская область	550 854,6
Тульская область	93 438,2
Тюменская область	320 689,6
Ульяновская область	493 018,8
Челябинская область	141 232,1
Ярославская область	128 132
Город Санкт-Петербург	2 013 220
Город Севастополь	110 533,6
Еврейская автономная область	109 610,8
Ненецкий автономный округ	49 222
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	427 956,2
Чукотский автономный округ	37 605,1
Ямало-Ненецкий автономный округ	318 296,9
Город Байконур	4 918,7
<b>Всего</b>	<b>35 133 772,6</b>

## **ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЕЛЕНА ЕВГЕНЬЕВНА ЧЕРНЯКОВА ВСТРЕТИЛАСЬ С КОНСУЛОМ ПОСОЛЬСТВА КИРГИЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БУКАЛАЕВЫМ АЛМАЗОМ КАМЧИБЕКОВИЧЕМ**

25 марта 2022 года, Москва, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



В Федеральном фонде обязательного медицинского страхования состоялась рабочая встреча Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Елены Евгеньевны Черняковой с Консулом Посольства Киргизской Республики в Российской Федерации Букалаевым Алмазом Камчибековичем.

В ходе встречи были рассмотрены вопросы, касающиеся обязательного медицинского страхования трудящихся на территории Российской Федерации граждан Киргизской Республики и членов их семей, порядка получения полиса обязательного медицинского страхования, а также достигнуты договоренности об организации информационно-разъяснительной работы Федерального фонда обязательного медицинского страхования для граждан Киргизской Республики.

[ffoms.gov.ru](http://ffoms.gov.ru)



## ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЕЛЕНА ЧЕРНЯКОВА ВОШЛА В ТОП-10 ЖЕНЩИН ГОДА В ОТРАСЛИ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

В сложных экономических условиях и на фоне затянувшейся пандемии российский ИТ-рынок успешно развивается, продолжается цифровая трансформация бизнеса и госструктур. Значимую роль в этом играют представительницы прекрасного пола, возглавляющие российские компании, представительства зарубежных фирм и ведущие ИТ-проекты.

Представительницы прекрасного пола не только возглавляют ведущие российские и зарубежные компании или проекты внедрения сложных ИТ-систем. Они эффективно влияют на стратегию развития ИТ в масштабах всей страны – в том числе определяя политику государства в отношении новых валют или политику и практику импортозамещения.

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Елена Чернякова в очередной раз вошла в ежегодный топ-10 женщин, занимающих первые роли в крупных ИТ-организациях и проектах цифровизации.



[ffoms.gov.ru](http://ffoms.gov.ru)

УДК 614.2

## ЗАЩИТА ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ – ЗАЛОГ УСПЕШНОГО РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

*Е.В. Буцкая, М.Б. Лавренюк, Е.Г. Ярославцева*



Буцкая Е.В.



Лавренюк М.Б.



Ярославцева Е.Г.

Территориальный фонд обязательного  
медицинского страхования  
Ульяновской области

### Реферат

Многие застрахованные граждане, не обладая правовой грамотностью, при лечении по полису обязательного медицинского страхования часто сталкиваются с навязыванием платных медицинских услуг, покупают лекарства, назначенные лечащим врачом, за счет личных средств и подолгу ожидают медицинскую помощь, а иногда им и вовсе отказывают в ней. Одна из главных задач Территориального фонда ОМС Ульяновской области – проинформировать граждан об их законных правах на получение бесплатной медицинской помощи.

### Ключевые слова:

*ТФОМС Ульяновской области,  
защита прав застрахованных,  
медико-правовая грамотность.*

### Для корреспонденции

#### **Буцкая Екатерина Владимировна**

*Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ульяновской области*

Тел.: +7 (8422) 67-70-27  
E-mail: butskaya2014@mail.ru

#### **Лавренюк Мария Борисовна**

*Начальник отдела медицинской экспертизы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ульяновской области*

Тел.: +7 (8422) 67-72-75  
E-mail: assr-ul@list.ru

#### **Ярославцева Елена Геннадьевна**

*Начальник отдела защиты прав застрахованных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ульяновской области*

Тел.: +7 (8422) 67-79-69  
E-mail: yaroslavtseva\_73@list.ru

Адрес: 432071, Ульяновск, ул. Марата, д. 33

При нарушении прав застрахованных в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) граждане обращаются за помощью, используя: телефон «горячей линии» в сфере ОМС и прямой и обратной связи в 33 медицинских организациях, посты страховых представителей в 14 лечебных учреждениях, письма на официальные сайты, по электронной почте, почте России, личные приемы граждан, а также общаются со специалистами Территориального фонда ОМС (ТФОМС) Ульяновской области и страховыми медицинскими организациями при их выезде из учреждения и на предприятия.

В 2021 году всеми участниками сферы ОМС обработано 35 193 обращения, что на 10 821 больше, чем в 2020 году. Из них 25 282 поступило в ООО «Капитал МС», 7 629 – в АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», 2 282 разобрано специалистами ТФОМС.

Конечно, порядка 69,5% (24 444) обращений – это вопросы полисного обеспечения, выбора и замены страховой компании для граждан РФ и иностранцев. В остальных 30,5% (10 749) случаях население волновали вопросы качества и доступности медицинской помощи, решение которых требует большого количества времени и сил.

Структура обращений (диаграмма):

- 42% – организация работы лечебных учреждений, условия и качество оказания медицинской помощи (4 650);
- 29% – вопросы, напрямую не относящиеся к ОМС: проблемы льготного лекарственного обеспечения в аптеках, выдачи больничных листов, порядок медико-социального освидетельствования (3 120);
- 18% – условия и возможность проведения профилактических мероприятий (1 911);
- 4,5% – вопросы, связанные с нарушением права пациента на выбор поликлиники и врача (476);
- 4% – отказ в бесплатном оказании медицинской помощи по программе государственных гарантий либо навязывание гражданам платных медицинских услуг (362);
- 1,5% – вопросы получения медицинской помощи вне территории страхования (165).

В 2021 году поступило 209 жалоб на 40 медицинских организаций города и области, из них 168 – обоснованные, что составляет 80,4% от всех жалоб. В 2020 году процент обоснованных жалоб составил 76% (168 из 220).

### Структура обращений в Контакт-центр в системе ОМС Ульяновской области за 2021 год

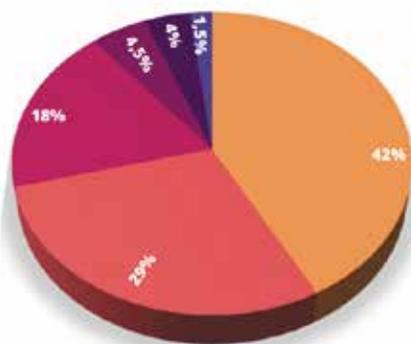


Диаграмма. Структура обращений

Более половины жалоб – 53% (89) – на качество медпомощи, притом почти 19% – на оказание медицинской помощи онкологическим больным. На подмену бесплатной медицинской помощи платными услугами поступило 34% (58) жалоб, на отказы гражданам в медицинской помощи по полису ОМС – 5% (9), на организацию работы в лечебном учреждении – 4,8% (8), другие причины – 4,1% (7).

Основные проблемы, с которыми обращались застрахованные, были:

- невозможность записаться в поликлинике к узкому специалисту ни по телефону, ни через портал «Госуслуги», ни в регистратуре (аллерголог, офтальмолог, отоларинголог, невролог, кардиолог);
- недовольство качеством оказания медицинской помощи;
- отказ в экстренной и неотложной медицинской помощи иногородним пациентам;
- выявление гражданами через портал «Госуслуги» недостоверной информации о факте оказания медицинской помощи;
- навязывание платных услуг;
- выполнение лабораторно-инструментальных исследований по направлению лечащего врача платно в своей же поликлинике;
- догоспитальное обследование перед хирургическим лечением, противоопухолевой терапией пациенты вынуждены проходить платно;
- назначение физиотерапевтического лечения в поликлинике и стационаре за счет средств пациента;
- приобретение лекарственных препаратов по назначению лечащего врача за счет личных средств;
- во время нахождения в стационаре пациенту назначается обследование и рекомендуется выполнить его самостоятельно платно в сторонней организации: МРТ, УЗИ (в районных больницах).

В связи с письменными жалобами организованы экспертные мероприятия, которые обеспечивают

точечную защиту застрахованных лиц. Плановая работа по реализации прав граждан на доступную и качественную медицинскую помощь обеспечивается непрерывным и планомерным проведением страховыми медицинскими организациями и ТФОМС контрольно-экспертных мероприятий.

За 2021 год специалистами-экспертами было рассмотрено в рамках плановой и внеплановой медико-экономической экспертизы 165 797 случаев лечения, в 9 482 случаях выявлены нарушения (5,7%).

Обращаем внимание, что медико-экономической экспертизе подвергались все случаи оказания онкологической медицинской помощи с применением лекарственной противоопухолевой терапии (15 991 случай), а также ситуации несвоевременной постановки на диспансерное наблюдение пациентов, которым по законодательству это предусмотрено (3 030 случаев). Основным выявляемым на медико-экономической экспертизе нарушением явилось некачественное ведение медицинской документации, не позволяющее оценить объем и характер предоставления медицинской помощи и провести оценку качества (4 714 случаев, что составило 49,7%).

Экспертиза качества медицинской помощи проведена по 55 057 случаям оказания медицинской помощи. По результатам экспертных мероприятий выявлено 5 205 нарушений, что составило 9,4%.

Основным нарушением в оказании медицинской помощи явилось несоблюдение стандартов оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций (2 932 случая, что составило 56%).

В обязательном порядке экспертные мероприятия проводились по всем случаям оказания медицинской помощи с летальным исходом. Если летальный исход наступил от новой коронавирусной инфекции с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, организовывались мультидисциплинарные экспертизы с привлечением экспертов разных специальностей.

В рамках своих полномочий ТФОМС Ульяновской области осуществлял контроль за деятельностью страховых медицинских организаций путем

проведения повторных экспертиз. В 2021 году проведено 8 299 повторных плановых медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи. Выводы экспертов ТФОМС в подавляющем большинстве случаев (99,4%) совпали с выводами экспертов страховых медицинских организаций.

Все спорные вопросы между страховыми медицинскими организациями и лечебными учреждениями разрешались в рамках досудебного урегулирования конфликтной комиссией с учетом объективной ситуации. Планируется продолжение данной работы в 2022 году.

Учитывая результаты контрольно-экспертных мероприятий и весь спектр обращений застрахованных в системе ОМС, ТФОМС Ульяновской области совместно со страховыми медицинскими организациями подготовил План мероприятий по повышению медико-правовой грамотности.

План включает в себя взаимодействие с населением через разные способы коммуникаций. Большая работа проходила в интернет-пространстве. Размещено около 128 статей на официальных сайтах ТФОМС и страховых медицинских организаций, в социальных сетях и на интернет-ресурсах, в печатных СМИ с информацией о правах и обязанностях застрахованных граждан в сфере ОМС, о правах на получение медицинской помощи надлежащего объема и качества, о защите законных интересов, о профилактике социально значимых заболеваний и диспансеризации, о профилактике и вакцинации от коронавирусной инфекции, о борьбе с вредными привычками и ведении здорового образа жизни.

Специалистами ТФОМС региона в тесном сотрудничестве с представителями региональных филиалов ООО «Капитал МС» и АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» проведено 8 онлайн-уроков в прямом эфире «ВКонтакте» с освещением тем: «Защита прав застрахованных в условиях пандемии коронавирусной инфекции», «Права онкологических пациентов на медицинскую помощь», «Оказание медицинской помощи пациентам с заболева-

ниями органов дыхания», «Оказание медицинской помощи пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы», «Оказание медицинской помощи женщинам», «Оказание медицинской помощи детям», «Оказание медицинской помощи пожилым гражданам», «Полис обязательного медицинского страхования: права и возможности. Во время эфира сотрудники ТФОМС и страховых медицинских организаций ответили слушателям на все интересующие их вопросы.

Для охвата широкой аудитории были использованы региональное радио и телевидение. Специалисты говорили об углубленной диспансеризации, правах онкологических пациентов на медицинскую помощь, женском здоровье, о работе страховых представителей и оказании медицинской помощи в современных условиях.

Были организованы месячники медико-правовой грамотности, в рамках которых специалисты в сфере ОМС выезжали в муниципальные образования Ульяновской области для встречи с застрахованными. Мобильное представительство ТФОМС выезжало в медицинские организации г. Ульяновска и области, в рамках мероприятий проводились встречи с пациентами поликлиник, обходы отделений стационаров, анкетирование, представление информационных материалов. Проводились семинары с медицинскими работниками лечебных учреждений с разбором основных нарушений при оказании медицинской помощи застрахованным гражданам по результатам плановых экспертиз и обращений граждан с целью недопущения нарушений в дальнейшем. Сотрудники ТФОМС и страховых медицинских организаций посещали социальные службы, центры занятости населения, общались с главами сельских поселений на темы: «Права и обязанности застрахованных лиц в системе ОМС», «Права пациентов при получении медицинской помощи». Встречались с посетителями центров активного долголетия, домов культуры, участниками туристических слетов, с коллективами сотрудников крупнейших предприятий и организаций Ульяновской области с освещением вопросов



Рис. 1. Директор Буцкая Е.В. и начальник отдела защиты прав застрахованных Ярославцева Е.Г. ТФОМС Ульяновской области проводят лекцию о защите прав застрахованных для коллектива Ульяновской трикотажной фабрики «РУСЬ»

реализации прав застрахованных граждан в рамках ОМС, работы страховых представителей, профилактики онкологических и инфекционных заболеваний (рис. 1).

С корпорацией «Правительство для граждан» было заключено соглашение, в рамках которого специалисты проводили консультации для застрахованных. За 2021 год было проведено 48 консультативных приемов в отделениях Многофункционального центра в Ленинском, Засвияжском, Железнодорожном, Заволжском районах г. Ульяновска и в г. Димитровграде (рис. 2).

Проводились лекции о профилактике коронавирусной инфекции с представлением информационного материала в виде памяток и брошюр в мобиль-

ных пунктах вакцинации г. Ульяновска.

Большое внимание уделялось работе со студентами старших курсов медицинского факультета УлГУ, было проведено 4 семинара, касающихся вопросов прав пациентов на оказание бесплатной медицинской помощи.

Дополнительно проведены образовательные семинары и встречи (как в онлайн-режиме, так и в очной форме) по вопросам полисного обеспечения, медицинской помощи, прав застрахованных граждан, прохождения профилактических мероприятий, профилактики здорового образа жизни.

Организована информационная встреча с представителями регионального отделения Всероссийского общественного движения «Волонтеры медики»



Рис. 2. Начальник отдела медицинской экспертизы ТФОМС Ульяновской области Лавренко М.Б. консультирует граждан о правах застрахованных в системе ОМС в МФЦ

по вопросам реализации прав застрахованных граждан в рамках программы ОМС, работы Контакт-центра и страховых представителей по защите прав и интересов граждан.

Специалисты ТФОМС Ульяновской области приняли участие в образовательных семинарах, проводимых Корпоративным университетом Ульяновской области для руководителей подразделений лечебных учреждений и организаторов медицинской сферы.

Страховыми представителями организованы просветительские акции, информационные мероприятия и встречи, приуроченные к праздникам в соответствии с медицинским календарем здоровья («Всемирный день борьбы против рака», «Всемирный день иммунитета», «Всемирный день борьбы с туберкулезом», «Всемирный день здоровья», «Национальный день донора крови», «Всемирный день борьбы с артериальной гипертензией», «Всемирный день борьбы против астмы и аллергии», «Всемирный день без табака», «Всемирный день сердца», «Всемирный день борьбы с ожирением», «Всемирный день борьбы с пневмонией»), а также к государственным и международным праздникам: к Дню Победы, Дню защиты детей, Дню авиастроителя, Дню знаний.

Работа по реализации Плана мероприятий по повышению медико-правовой грамотности в сфере обязательного медицинского страхования продолжится. В 2022 году изменена концепция проведения месячников – теперь они тематические, посвящены профилактике социально значимых заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

УДК 614.2

## ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ: ВЗГЛЯД ЭКСПЕРТОВ

К.И. Косогова, Д.В. Горохова



Косогова К.И.



Горохова Д.В.

ООО «Р.О.С.Т.У.»

### Реферат

Вопросам цифровой трансформации сектора государственного управления в настоящее время уделяется повышенное внимание. В конце 2021 года на федеральном уровне принята стратегия цифровой трансформации здравоохранения, определяющая в том числе стратегические направления цифрового развития территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС). В связи с этим в статье проанализированы стартовые условия реализации стратегии на уровне ТФОМС и даны рекомендации, позволяющие повысить уровень цифровой оснащенности ТФОМС. В частности, приведены результаты экспертного анализа ООО «Р.О.С.Т.У.» используемых ТФОМС информационных систем, даны рекомендации по повышению качества программного обеспечения, предложены организационные направления повышения эффективности реализации IT-проектов. Компания «Р.О.С.Т.У.» входит в группу компаний «Кейсистемс», и одним из приоритетных направлений деятельности компании является автоматизация деятельности ТФОМС. В апреле 2022 года компания празднует свое 15-летие.

### Ключевые слова:

автоматизация, цифровизация, ОМС, ТФОМС, проектное управление.

### Для корреспонденции

**Косогова Кристина Игоревна**  
Генеральный директор ООО «Р.О.С.Т.У.»

Тел.: +7 (495) 135-41-35  
E-mail: k.kosogova@rostu-comp.ru

**Горохова Дарья Викторовна**  
Руководитель регионального развития ООО «Р.О.С.Т.У.», к.э.н.

Тел.: +7 (495) 135-41-35  
E-mail: d.gorokhova@rostu-comp.ru

Адрес: Москва, ул. Садовая-Черногрозская, д. 8, стр. 8

Вопросы цифровизации и цифровой трансформации являются насущными вопросами для современной системы государственного управления, включая сферу здравоохранения и обязательного медицинского страхования (ОМС). Это обусловлено тем, что задачи, которые стоят перед медицинской отраслью, требуют новых, соответствующих вызову времени инструментов управления, в числе которых применение информационных технологий.

Основные тренды в области цифровой трансформации здравоохранения были определены в распоряжении Правительства Российской Федерации от 29.12.2021 № 3980-р «Об утверждении стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения». В их числе: создание единого цифрового контура в сфере здравоохранения, развитие цифровых сервисов для граждан и повышение доступности граждан к электронным медицинским документам, усиление автоматизированного контроля за объемами, сроками и условиями предоставления медицинской помощи и др.

но автоматизирующих какие-либо задачи ТФОМС, но не представляющих единую платформенную и идеологическую целостность. Следствием этого является увеличение расходов на сопровождение и техническую поддержку программных продуктов, разрозненность и несопоставимость информации о деятельности ТФОМС, медицинских и страховых медицинских организаций, отсутствие должной базы для аналитики и управленческих решений. Как следствие, не складывается полноценной картины, отражающей состояние системы ОМС на территории региона.

2. Недостаточно полно автоматизированы базовые процессы деятельности ТФОМС, такие как: работа комиссии по разработке территориальной программы ОМС, расчет тарифов, управление средствами нормированного страхового запаса, управление закупками, контрольно-ревизионная деятельность за использованием средств ОМС медицинскими и страховыми медицинскими организациями и др. Причиной этого, с одной стороны, может быть процедурная сложность и нетипизиро-

*Компания «Р.О.С.Т.У.» входит в группу компаний «Кейсистемс», и одним из приоритетных направлений деятельности компании является автоматизация деятельности ТФОМС. В апреле 2022 года компания празднует свое 15-летие.*

Применяя стратегические направления цифровизации здравоохранения к уровню региональных информационных систем ОМС, проанализировав используемые территориальными фондами обязательного медицинского страхования (ТФОМС) программные продукты, можно сделать ряд выводов, определяющих движение развития по данному вопросу.

1. В системе ОМС на региональных уровнях недостаточно развиты единые платформенные подходы к автоматизации. Действительно, если провести инвентаризацию информационных систем, которые используют ТФОМС, то чаще всего это несколько разобренных программных продуктов, обособлен-

ванность указанных выше задач. С другой стороны, хочется отметить отсутствие требуемого в этом вопросе симбиоза разработчиков программных решений и ТФОМС. При правильной постановке задачи и должного и своевременного контроля со стороны представителей ТФОМС, сегодняшний уровень развития информационных технологий позволяет с уверенностью гарантировать возможность автоматизации атипичных автоматизированных процессов, таких как, к примеру, работа комиссии по разработке ТП ОМС.

3. Недостаток в аналитических системах на фоне значительного количества отчетных форм, аналитических материалов и потребности в управлен-

ческой аналитике. Большой поддержкой сегодня являются программные продукты, позволяющие формировать произвольные отчеты и аналитику пользователям самостоятельно, без привлечения разработчиков программного продукта.

4. Высокая степень использования программных продуктов собственной разработки. Собственная разработка программных продуктов, безусловно, более точно отражает особенности и специфику автоматизируемых процессов того или иного ТФОМС, а также позволяет более оперативно реагировать на изменения регионального законодательства и разнообразные пользовательские запросы. Противоположной стороной этого является сильная зависимость работоспособности такого программного продукта от конкретного сотрудника ИТ-службы (или группы сотрудников), что в условиях сложившейся сегодня сильной трудовой миграции в ИТ-сфере ставит под угрозу вопрос работоспособности программного решения в целом.

5. Низкий процент перехода на отечественное и свободно распространяемое программное обеспечение. Большинство программных продуктов ТФОМС в качестве системы управления базами данных используют иностранный Microsoft SQL сервер.

Все вышесказанное позволяет определить требования, которым должны соответствовать программные продукты, используемые ТФОМС для реализации стратегических направлений цифровизации здравоохранения и ОМС.

1. Быть масштабируемыми и иметь возможность подключения неограниченного количества пользователей. Это связано с тем, что в программном решении должны иметь возможность работать представители не только ТФОМС, но и исполнительных органов государственной власти субъекта РФ, медицинских и страховых медицинских организаций. Безусловно, права доступа и роли каждого из пользователей программного продукта должны быть регламентированы и ограничены функциями и задачами выполняемых процессов.

2. Иметь высокие интеграционные возможности. В условиях разобщенности программного обеспече-

ния ТФОМС вопрос интеграционных возможностей программных продуктов имеет большое значение, в частности, программный продукт должен поддерживать современные форматы обмена данными, механизмы настройки и адаптации форматов загрузки и выгрузки информации.

3. Иметь гибкие возможности настройки и адаптации под требования ТФОМС. В связи с тем, что на федеральном уровне отдельные требования к осуществлению тех или иных процессов носят рамочный характер, от территории к территории выявляются значительные вариации в части используемых подходов. Например, в части планирования объемов и стоимости медицинской помощи отличия могут быть в уровне детализации информации при расчетах, методах округления, способах распределения объемов по клинко-статистическим группам заболеваний (КСГ), методах приведения рассчитанной по подушевым нормативам и тарифам сумме к общему объему средств на финансирование медицинских организаций и т.д. Следовательно, в каждом конкретном случае программное решение должно адаптироваться под конкретный процесс. Для этого программный продукт должен иметь соответствующие технические характеристики. Кроме того, положительным моментом будет являться возможность вариативного расчета требуемых показателей, а значит, наравне с гибкостью настройки важное значение должно придаваться версии, возможности выбора параметров расчета и их комбинации. Из этого можно сделать вывод о том, что однотипные коробочные версии программных продуктов могут быть использованы лишь как базовый вариант, требующий кастомизации в каждом конкретном случае.

4. Иметь аналитические возможности и гибкие возможности построения пользовательских отчетов и аналитики. Чаще всего это реализуется через так называемые конструкторы отчетов. Конструктор отчетов представляет собой преднастроенный массив данных и срезов информации. Пользователь, работая с конструктором отчетов, лишь выбирает требуемые ему срезы данных и, «перетаскивая»

	2019	2020
Детская больница	6 556	6 932
Онкоцентр	4 724	4 362
<b>Итого</b>	<b>11 280</b>	<b>11 294</b>

Рис. 1. Пример конструктора произвольных (пользовательских) отчетов

их в рабочую область, формирует отчет по запросу (рис. 1).

5. Иметь возможность применения электронной подписи (ЭП). С учетом того, что в программном продукте предполагается работа представителей разных организаций, а также того, что движение информации происходит между пользователями системы, применение ЭП является важной характеристикой, придающей юридически значимую важность передаваемой информации.

6. Иметь возможность хранения большого объема информации, ведения архива информации с возможностью вывода информации на любую требуемую дату. Это позволит обеспечить как преемственность информации, так и создание массива данных для аналитики. Кроме того, именно озеро данных за ряд лет позволит перейти к проактивной аналитике, формировать управленческую информацию для руководителей, создавая тем самым действующий управленческий инструмент.

7. Как отмечалось выше, программное решение должно быть включено в реестр российских программ для электронных вычислительных машин

и баз данных, что является важным составляющим вектора по переходу организаций сектора государственного управления на преимущественное использование отечественного программного обеспечения. При этом анализ рынка программного обеспечения в сфере здравоохранения и ОМС свидетельствует о наличии достаточного количества программных продуктов, отвечающих требованиям импортозамещения.

Выше говорилось о необходимости совместной работы представителей IT-компаний и ТФОМС. В этой связи стоит поговорить об организации работы по внедрению программного обеспечения на базе наиболее эффективных принципов работы, а именно проектом методе реализации IT-проектов, когда достижение конечной цели разбито на этапы, каждый из которых имеет свою мини-цель, установку, сроки и мероприятия (рис. 2).

Большое внимание следует уделить подготовительному этапу. Именно здесь организация-поставщик должна провести обследование объекта внедрения, изучить применяемые программные продукты с целью обеспечения интеграции и под-



Рис. 2. Проектный подход к реализации IT-проектов в государственной сфере

держания принципа однократности ввода информации, изучить действующие процессы в части автоматизируемой деятельности. Как показывает опыт, именно подготовительный этап определяет последующую результативность автоматизации в целом.

Этап настройки и внедрения – самый продолжительный этап, который можно разделить на подэтапы, такие как: уточнение требований к процессам автоматизации по итогам обследования; непосредственная настройка программного продукта в соответствии с уточненными требованиями; настройка всех интеграционных механизмов; установка программного обеспечения на мощностях ТФОМС; обучение пользователей – сотрудников ТФОМС, страховых и медицинских организаций работе в программном продукте; опытная эксплуатация. На данном этапе важно обеспечить должный контроль со стороны профильных специалистов

ТФОМС за ходом настройки программного продукта, что может быть организовано в виде поэтапной блочной сдачи и приемки того или иного функционала системы. Такой подход позволит корректировать и при необходимости направлять ход процесса автоматизации.

Этап запуска предполагает уже настроенную протестированную систему, принятую приемочной комиссией ТФОМС, вводить в промышленную эксплуатацию.

Проектные принципы работы, которые доказали свою эффективность не только в коммерческой среде, но и в государственном секторе, характеризуются созданием временных проектных групп, которые формируются из представителей разных структурных подразделений с целью консолидации специалистов разных направлений для более эффективного достижения требуемого результата. Так, к примеру, проектная команда ТФОМС мо-

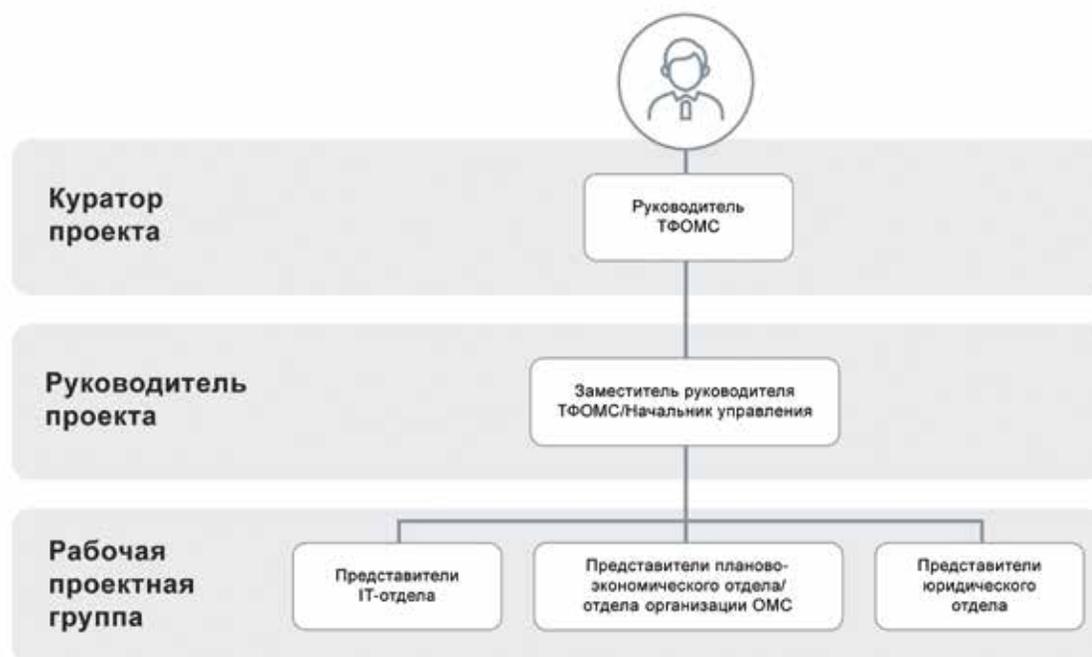


Рис. 3. Структура рабочей проектной группы ТФОМС

жет состоять из специалистов функциональных, IT и юридических подразделений. Руководителем проекта может выступать заместитель руководителя ТФОМС, а куратором – руководитель ТФОМС (рис. 3). Именно плотное взаимодействие проектных групп со стороны ТФОМС и со стороны орга-

низации-поставщика позволит создать и внедрить программное решение, которое будет отвечать потребностям сегодняшнего дня и создаст основу для цифровой трансформации всей системы здравоохранения в регионе.

*В статье представлен результат многолетнего опыта реализации проектов по автоматизации деятельности органов государственной власти и органов местного самоуправления. При написании статьи учитывались как потребности ТФОМС, так и возможности программных продуктов, представленных сегодня на рынке, в совокупности со стратегическими направлениями цифровой трансформации здравоохранения в Российской Федерации.*

УДК 614.2

## НОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЗАРУБЕЖНЫХ СИСТЕМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

*И.М. Шейман*



Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»

### Реферат

**Цель:** анализ новых тенденций в развитии зарубежных систем ОМС.

**Материалы и методы:** обзор зарубежной литературы по европейским системам ОМС, изучение исследований международных организаций.

**Результаты:** в зарубежных системах ОМС активизировался поиск новых механизмов, призванных усилить их влияние на качество и эффективность оказания медицинской помощи. Типовой договор между страховщиком и медицинской организацией уступает место договору, основанному на согласовании конкретных параметров медицинской помощи. Повышается роль системы ОМС и больниц в финансировании закупок дорогостоящего оборудования. Традиционные способы оплаты медицинской помощи в растущей степени дополняются новыми.

**Заключение:** использование новых механизмов влияния системы ОМС на оказание медицинской помощи заметно усложняет эту систему.

### Ключевые слова:

*обязательное медицинское страхование, финансирование здравоохранения, договорные отношения, способы оплаты медицинской помощи.*

### Для корреспонденции

**Шейман Игорь Михайлович**

*Профессор кафедры управления и экономики здравоохранения Департамента политики и управления факультета социальных наук Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», заслуженный экономист России, к.э.н.*

Тел.:

+7 (916) 685-60-98

E-mail:

isheiman@hse.ru

*Адрес: 101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20*

### Введение

В последние 1,5–2 десятилетия за рубежом намечилось несколько новых тенденций в развитии систем ОМС. В недавнем исследовании НИУ ВШЭ [1], а также в работах международных экспертов [11, 12] выделены следующие наиболее важные тенденции:

- повышение роли бюджетных трансфертов в финансировании систем ОМС;
- растущий акцент на планирование показателей потребностей застрахованных при определении плановых объемов медицинской помощи;
- новые подходы к распределению плановых объемов медицинской помощи среди медицинских организаций;
- использование механизмов реагирования на перерасход средств в системах ОМС;
- расширение информационного обеспечения потребительского выбора страховщиков и медицинских организаций;
- расширение оснований для конкуренции страховых медицинских организаций;
- развитие новых форм договорных отношений страховщиков с медицинскими организациями;
- повышение роли системы ОМС в финансировании инвестиций;
- поиск новых способов оплаты медицинской помощи.

В данной статье рассматриваются три последние тенденции, имеющие наибольшее значение для поиска путей модернизации российской системы ОМС.

Методы исследования: обзор зарубежной литературы по европейским системам ОМС, изучение материалов Европейской Обсерватории по системам и реформам здравоохранения ВОЗ, а также материалов Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР).

### Развитие новых форм договорных отношений с медицинскими организациями

В европейских системах ОМС прослеживается тенденция *расширения состава параметров, по которым страховщики согласовывают договоры на оказание медицинской помощи*. Предметом согласования являются не только объемы медицинской помощи,

но и внедрение новых медицинских технологий, программы обеспечения качества медицинской помощи, использование цифровых технологий, формы взаимодействия отдельных поставщиков медицинских услуг. Так, в Германии больничные кассы, выполняющие функции страховщиков, сами инициируют внедрение новых методов лечения, оказывают медицинским организациям финансовую и консультативную помощь в реализации конкретных проектов повышения результативности лечения. Для стимулирования этой работы активно используются бонусы поставщикам медицинских услуг при условии достижения установленных договором результатов [8]. В Швейцарии страховщикам даны полномочия экспериментировать с экономическими стимулами. Они могут вводить способы оплаты медицинской помощи, направленные на усиление интеграции медицинской помощи, достижение установленных результатов лечения – применительно к отдельно взятым медицинским организациям [7].

В ряде стран с конкурентной моделью ОМС допускается *возможность установления договорных цен на медицинскую помощь*. В Израиле и Словакии – на все виды услуг, в Нидерландах – только на больничную помощь, включая хирургические операции по смене шейки бедра и коленных суставов. Примерно треть поступлений больниц в этой стране приходится на виды помощи, по которым действуют договорные цены. В Германии и Нидерландах договорные цены распространяются на программы ведения больных с хроническими заболеваниями [13]. Главный критерий договорного определения цен – возможность оценить качество лечения. В противном случае есть вероятность искусственного занижения цен медицинскими организациями для получения контракта. Дальнейшее расширение зоны договорных цен ограничивается недостатком информации о соотношении цена–качество, сбор которой иногда предполагает проведение серьезных медико-экономических исследований.

Расширяется сфера многосторонних договорных отношений. Их цель – преодолеть фрагментарность деятельности отдельных поставщиков услуг и обеспечить их совместную работу. Примером таких договоров являются программы управления хроническими заболеваниями (УХЗ), или в российских тер-

минах – диспансерное наблюдение. Они реализуются по отдельным видам заболеваний и имеют целевые показатели результативности, главными из которых являются сокращение обострения хронических заболеваний, снижение объемов стационарной и скорой медицинской помощи. Страховщики не только иницируют такие программы, но и формируют группы поставщиков медицинских услуг, заключая договоры как с группами, так и с отдельными их участниками. Например, в Германии действует программа *Gesundes Kinzigtal*, в рамках которой ведется постоянное наблюдение за больными диабетом 2-го типа, астмой, состоянием после инсульта и инфаркта. В ней участвуют 159 медицинских организаций разного уровня. Для использования единых медико-организационных технологий и нацеленности на установленные показатели конечного результата каждая из этих организаций согласовывает со страховщиком параметры своей деятельности [9].

Чтобы расширить возможности страховщиков управлять расходами на медицинскую помощь, в ряде стран (Германия, Нидерланды, Швейцария) им было разрешено выбирать медицинские организации и создавать замкнутые медико-страховые комплексы. Отбор ведется по критериям, отражающим способность медицинских организаций оказывать интегрированную медицинскую помощь, то есть обеспечивать командную работу отдельных звеньев, координацию и преемственность ведения пациентов. Такой подход получил название *селективных договорных отношений*. Он нацелен на поиск внутрисистемной экономии. Для застрахованных это означает определенное ограничение выбора медицинских организаций – они могут выбирать только среди медицинских организаций, входящих в такие комплексы. Чем больше возможностей для выбора, тем выше размер страховой премии [14].

Потребность в перспективном планировании инвестиций диктует необходимость *развития среднесрочных договорных отношений с медицинскими организациями с высоким размером инвестиций*. Этот процесс наметился во многих европейских странах. Например, в Эстонии страховой фонд отказался от заключения ежегодных договоров с больницами, вошедшими в национальный инвестиционный план. Договоры с ними заключаются на 3–4 года [5].

Усложнение договорных отношений имеет свои пределы, поскольку этот процесс связан с ростом транзакционных издержек. Между двумя крайностями – типовым договором, в который нужно только вставить объемы помощи, и сложным многосторонним договором, получившим распространение в последние десятилетия, – лежит широкий набор относительно простых вариантов договоров.

#### **Повышение роли системы ОМС в финансировании инвестиций**

Данные о структуре источников финансирования инвестиций отсутствуют в международных статистических базах здравоохранения. Только исследование ОЭСР [12], проведенное на основе анкет, адресованных правительствам отдельных стран, содержит такие данные за 2008–2009 гг. Исследование показывает, что в 6 из 11 европейских стран с системами ОМС источником финансирования дорогостоящего оборудования больниц являются средства самих больниц – в Германии, Нидерландах, Швейцарии, Чехии, Бельгии, Польше; в 4 странах – бюджеты центрального и/или регионального правительств; в 3 странах – местные бюджеты. Во Франции и Люксембурге дорогостоящее оборудование приобретается совместно страховыми фондами, а в Польше и Словакии – совместно медицинскими организациями. В большинстве рассматриваемых стран действует несколько источников. Но в Германии и Нидерландах средства больниц являются единственным источником финансирования закупок дорогостоящего оборудования.

Таким образом, *в большинстве европейских стран больницы в той или иной мере сами финансируют крупные инвестиции*. Такая структура источников финансирования означает, что инвестиционные расходы включаются в тарифы на оплату медицинской помощи (амортизация стоимости оборудования) и осуществляются *за счет средств системы ОМС*.

Последствия этого процесса многообразны. Повышается ответственность самих медицинских организаций за принимаемые инвестиционные решения. Больницы не «выпрашивают» инвестиционные средства у чиновников, а сами их зарабатывают, что повышает их заинтересованность в эффективном использовании приобретаемого оборудования.

В то же время государство в этих странах не утрачивает контроль за развитием сети медицинских организаций и приобретением дорогостоящего оборудования. Данные того же исследования показывают, что в Германии и Франции правительственные органы планируют коечный фонд на региональном уровне, в Австрии, Эстонии, Словакии, Венгрии – на центральном [12]. Участие страховщиков и больниц в финансировании инвестиций не снижает возможностей государства регулировать развитие сети медицинских организаций. Главный мотив такого регулирования – контролировать общие затраты на здравоохранение. Все это опровергает тезис о том, что передача финансирования закупки дорогостоящего оборудования медицинским организациям приведет к отходу от государственных целей и приоритетов развития отрасли. *Повышение роли системы ОМС в инвестиционном процессе вполне может сосуществовать с его государственным регулированием.*

#### **Появление новых способов оплаты медицинской помощи**

Примерно в начале 2000-х годов в европейских странах с развитыми системами ОМС сформировались системы оплаты медицинской помощи, которые сегодня принято называть традиционными. Для первичной медицинской помощи это преимущественно подушевая оплата, для амбулаторной специализированной помощи – гонорарная оплата за отдельные услуги, для стационарной помощи – оплата законченного случая в разрезе клинко-статистических групп (метод КСГ). В последующий период усилился поиск новых способов оплаты с новыми задачами – стимулирование интеграции и повышение качества медицинской помощи, более гибкое реагирование медицинских организаций на изменение текущих потребностей населения. Исследование ОЭСР [11] выделяет три относительно новых способа оплаты:

- оплата за результаты (pay-for-performance) – ОЗР, то есть дополнительные выплаты (бонусы) сверх поступлений на основе существующих способов оплаты;
- объединенный платеж (bundled payment) за курс лечения заболевания, то есть использование интегрированного тарифа за комплекс

взаимосвязанных услуг, например за хирургическое вмешательство и последующие реабилитационные мероприятия, за полный курс ведения больного с хроническим заболеванием в течение установленного периода;

- общий платеж за деятельность амбулаторно-стационарного объединения по обслуживанию населения на определенной территории (population-based global payment). От обычного подушевого финансирования он отличается тем, что здесь действуют схемы разделения финансовых рисков участников объединения (risk-sharing schemes). Они отвечают за перерасход средств или получают дополнительные средства в случае экономии на основе заранее установленной пропорции распределения рисков.

К этому можно добавить сочетание предварительного и ретроспективного принципов возмещения затрат поставщиков услуг (за плановые и фактические объемы помощи). Такое сочетание означает *уменьшение жесткости устанавливаемых глобальных бюджетов медицинских организаций при необходимости создания дополнительных стимулов к оказанию соответствующих видов помощи.* Данная новация используется, когда возникают неприемлемо высокие сроки ожидания плановой медицинской помощи при наличии свободных мощностей медицинских организаций. Чтобы снизить эти сроки, в ряде стран ослабляют ограничения на возмещение оказанных внеплановых объемов помощи. Например, в Словении время от времени применяется практика снятия количественных ограничений финансового обеспечения отдельных медицинских услуг, имеющих длительный срок ожидания [11].

Однако такая практика не может быть постоянной, поскольку она снижает предсказуемость затрат и вступает в противоречие с политикой сдерживания расходов на здравоохранение. *Политика стимулирования роста объемов помощи обычно сосуществует со сдерживающей политикой:* страховщики поочередно нажимают на газ или тормоз экономической мотивации.

Особый интерес представляет малоизученный метод ОЗР. Этот метод используется в 16 европейских странах в форме специальных программ, уча-

стие в которых в ряде стран добровольное, но чаще обязательное [3]. Эти программы поначалу задумывались для стимулирования повышения качества медицинской помощи, но сейчас их цели заметно шире. Применяются программы ОЗР, нацеленные на улучшение координации действий отдельных поставщиков услуг, командную работу в составе междисциплинарных групп, использование информационных технологий, участие в программах УХЗ. Во всех случаях они дополняют действующие способы оплаты, снижая их потенциальные недостатки. Например, объединенный платеж за ведение больных с определенным хроническим заболеванием в течение года дополняется бонусами в случае достижения установленного клинического результата [9].

Примером ОЗР для усиления интеграции медицинской помощи является эксперимент во Франции, имеющий целью поддержать процесс формирования расширенных общих врачебных практик с более широким использованием медсестер, социальных работников и некоторых категорий узких специалистов. По мере их развития выяснилось, что простое объединение медиков не обеспечивает координацию их деятельности. Для этого требуются специальные мероприятия и экономические стимулы для их проведения, что и стало содержанием эксперимента. Бонусы выплачиваются за совместное планирование клинической деятельности, регулярные совместные обсуждения историй болезни, наличие обратной связи при направлениях пациентов к специалистам, обеспечение преемственности ведения сложных больных после их госпитализации, освоение новых информационных технологий и проч. Размер бонусов сравнительно невелик – 5% от дохода общеврачебных практик. *Но постоянная оценка деятельности медиков усиливает их ответственность за реализацию интеграционных процессов.* Эмпирические оценки показывают, что результаты деятельности участников эксперимента заметно выше по сравнению с врачебными практиками, не участвующими в программе. При этом затраты участников на оплату труда персонала, физиотерапию и лекарства чуть ниже, чем у прочих практик, что обусловлено более высоким уровнем координации действий врачей [11].

В оценках эффекта ОЗР в исследованиях западных авторов доминирует сдержанно оптимистичная тональность. Так, в исследовании С. Cashin и соавт. (2014) [2] рассматриваются 12 европейских программ ОЗР, нацеленных на улучшение качества и координации медицинской помощи. Делается вывод о том, что эти программы не принесли существенных изменений. Это связано прежде всего с низким уровнем поощрения (по данным С. Hernández-Quevedo и соавт. (2018) [6], 5–15% общего дохода для врачей первичного звена и меньше 5% для работников стационара), не всегда верными показателями, недостаточной ориентацией на долговременные сдвиги, риском утраты системного подхода к оказанию медицинской помощи при использовании «точечных» зон стимулирования. В то же время отмечается, что система здравоохранения в целом получает очень важный опыт стимулирования приоритетных видов деятельности. В ряду главных позитивных трендов называются конкретизация требований к врачам в отношении процессных характеристик оказания услуг, а в некоторых случаях и характеристик результатов лечения; совершенствование измерения медико-организационных мероприятий; более информированный диалог между страховщиками и поставщиками медицинских услуг. Оценки результативности ОЗР по первичной помощи дают более позитивные результаты по сравнению со стационаром [4, 11].

В ряде работ указывается на *необходимость установления максимально интегрированных показателей, характеризующих результаты работы по всему спектру, а не в узкой области.* Чрезмерная ориентация на конкретные заболевания может привести к манипулированию показателями в пользу тех, которые измеряются, в ущерб общим показателям работы [3].

Авторы исследования ОЭСР [11] и Н. Eckhardt и соавт. [3] дают следующие практические рекомендации в отношении дизайна программ ОЗР:

- показатели качества часто сильно зависят от структуры пациентов. Поэтому необходим учет этого фактора при построении системы показателей. Размер бонуса должен быть выше при высокой доле пациентов со сложными и множественными заболеваниями;
- учитывая взаимосвязанность клинических

процессов и важность коллективной работы, необходимо стимулировать прежде всего групповую ответственность за результаты деятельности;

- предпочтительно делать участие в программах ОЗР обязательным. Добровольное участие обычно приводит к тому, что к программам присоединяются врачи, которым легко добиться достижения целевых показателей.

### Заключение

В зарубежных системах ОМС активизировался поиск новых механизмов, призванных усилить их влияние на качество и эффективность оказания медицинской помощи. Типовой договор между страховщиком и медицинской организацией уступает место договору, основанному на согласовании различных параметров медицинской помощи, расширяется сфера использования многосторонних и селективных договоров. Повышается роль системы ОМС и больниц в финансировании закупок дорогостоящего оборудования. При этом государство следит за тем, чтобы инвестиционная политика больниц соответствовала устанавливаемым показателям развития системы здравоохранения в целом. Традиционные способы оплаты медицинской помощи в растущей степени дополняются новыми, нацеленными на решение новых задач развития здравоохранения. Использование новых механизмов влияния системы ОМС на оказание медицинской помощи заметно усложняет эту систему.

### Литература

1. Национальный исследовательский университет Высшая школа экономики. Отчет о научно-исследовательской работе «Эволюция институтов обязательного медицинского страхования» Рег. № НИОКТР АААА-А20-120070390125-6. Москва; 2021.
2. Cashin C, Chi YL, Smith P, et al. In: Cashin et al (eds). *Paying for performance in health care. England* Open University Press; 2014: 3-22.
3. Eckhardt H, Smith P, Quentin W. *Pay for Quality: using financial incentives to improve quality of care*. Open University Press; 2019.
4. *Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. Ed. by Busse R, et al. WHO Observatory on health systems and policies. Open University Press; 2019.
5. Habicht T, Habicht J, van Ginneken E. *Strategic purchasing reform in Estonia: reducing inequalities in access while improving care coordination and quality*. *Health Policy*. 2015;119:1011-1016.
6. Hernández-Quevedo C, Maresso A, Sherry Merkur, Quentin W, Richardson E, van Ginneken E. *20 years of health system reforms in Europe: what's new?* *Eurohealth*. 2018;24(2).
7. Klasa K, Greer S, van Ginneken E. *Strategic Purchasing in Practice: Comparing Ten European Countries*. *Health Policy*. 2018;122(5):457-472.
8. Klusen N. *Integrated Care and Cross-Sectoral Care: The German Experience*, Allianz Eurasia Healthcare Advisory Board Meeting. Moscow, 14 October 2011.
9. Nolte E. *International perspectives on integration and care coordination. Concepts and experiences*. Presentation at the World Bank seminar «Integrated care», Moscow, 25 April 2017.
10. Noort B, Ahaus, K, van der Vaart K, Chambers N, Sheaff R. *How healthcare systems shape a purchaser's strategies and actions when managing chronic care*. *Health Policy*. 2020;124:628-638.
11. OECD. *Better Ways To Pay For Health Care*. Paris; 2016. [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/better-ways-to-pay-for-health-care\\_9789264258211-en#page2](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/better-ways-to-pay-for-health-care_9789264258211-en#page2)
12. Paris V, Devaux M, Wei L, *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*. OECD Health Working Papers; OECD Publishing; 2010;50.
13. Van Ginneken E, Waitzberg R, Barnes A, et al. *Choosing payers: can insurance competition strengthen person-centred care?* In: *Achieving Person-Centred Health Systems*. WHO Observatory on health systems and health reforms. Cambridge University Press; 2020.
14. Van de Ven W, et al. *Preconditions for efficiency and affordability in competitive health markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland?* *Health Policy*. 2013;109:226-245.

## КРАСНОЯРСКИЙ ФИЛИАЛ «СОГАЗ-МЕД» ВРУЧИЛ ПРИЗЫ ПОБЕДИТЕЛЯМ ВСЕРОССИЙСКОЙ МАССОВОЙ ЛЫЖНОЙ ГОНКИ «ЛЫЖНЯ РОССИИ-2022»

Красноярский филиал «СОГАЗ-Мед» и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Красноярского края стали партнерами Всероссийской массовой лыжной гонки «Лыжня России-2022».



«Лыжня России» – самое массовое спортивное мероприятие в России, участниками которого могут стать не только спортсмены-профессионалы, но и любители. С 1982 года, на протяжении уже 40 лет, на старт по всей стране выходят сотни тысяч единомышленников, равнодушных к лыжам, здоровому и активному отдыху.

В Красноярске соревнования прошли на территории международного спортивного комплекса «Радуга».

Всего в соревнованиях приняли участие более 5 000 человек.

Красноярский филиал «СОГАЗ-Мед» особо отметил абсолютных победителей в гонке на 10 км. Совместно с главой города Красноярска Ереминым Сергеем Васильевичем и министром спорта Красноярского края Петровским Денисом Витальевичем на сцену поднялась директор Красноярского филиала «СОГАЗ-Мед» Орлова Алена Юрьевна, которая поздравила победителей и вручила им призы.

Самые маленькие спортсмены получили в подарок книжки-раскраски от ТФОМС «На пути к здоровью».

Между стартами страховые представители консультировали участников по вопросам в системе ОМС, все желающие получали памятки застрахованному лицу и брошюры «Кто такие страховые представители?».

## АЛТАЙСКИЙ КРАЙ: ФОРУМ «ТРАЕКТОРИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО И КАРЬЕРНОГО РАЗВИТИЯ МОЛОДОГО ВРАЧА-2022»

В Алтайском крае с большим успехом прошел форум «Траектория профессионального и карьерного развития молодого врача-2022».

Мероприятие было нацелено на решение одной из важных задач настоящего времени – привлечение медицинских кадров, которые являются ядром и движущей силой развития здравоохранения. Еще одной задачей форума стало создание коммуникативной среды между молодыми врачами Алтайского края, органами власти, краевыми государственными и общественными организациями для поддержки молодежных инициатив, содействия самореализации молодежи на территории региона.



Мероприятие проводится в Алтайском крае во второй раз. Участие в нем приняли более 330 молодых врачей, которые работают в медицинских организациях региона. Открыли форум Александр Романенко, председатель Алтайского краевого Законодательного Собрания (АКЗС), Дмитрий Попов, министр здравоохранения Алтайского края, и Ирина Шереметьева, ректор ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет». Участие в работе форума приняла Марина Богатырева, директор ТФОМС Алтайского края.

Выступая перед молодыми медиками, спикер краевого парламента Александр Романенко отметил большую значимость здравоохранения в жизни общества, в краевой и государственной политике. «В результате пандемии мы поняли сильные и слабые стороны нашего первичного звена. Поэтому



сегодня мы поступательно движемся по пути его модернизации. Перед нами стоят серьезные задачи по строительству и капитальному ремонту ФАПов, амбулаторий в селах Алтайского края. На эти цели направляются очень значимые суммы. Продолжается обновление материально-технической базы учреждений. Новое оборудование, транспорт и другие ресурсы получают не только специализированные медучреждения, учреждения, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь, или краевые больницы, но и районные, сельские больницы. Без всего этого медицина работать не будет», – отметил спикер краевого парламента.

«Депутаты готовы поддержать любые программы и инициативы Министерства здравоохранения и Правительства Алтайского края, которые бы обеспечили кадровую составляющую и поддержку молодых



ребят, которые приходят и хотят работать в здравоохранении», – заверил участников форума председатель краевого Законодательного Собрания.

Кадровый дефицит медицинских работников – это серьезная проблема для дальнейшего развития регионального здравоохранения. Поэтому Алтайский край ищет различные пути и направления для привлечения и закрепления врачебных кадров в медицинских организациях, а в органах управления здравоохранением делают ставку на молодежь – молодых врачей, которые уже работают, с тем, чтобы обеспечить им все необходимые условия для дальнейшей профессиональной реализации именно в крае, и студентов старших курсов медицинского университета, которые в ближайшее время будут определяться с местами работы.



Именно поэтому все программные мероприятия форума были сформированы и нацелены на то, чтобы показать молодому поколению врачей имеющиеся возможности системы здравоохранения, меры поддержки для молодых специалистов, перспективы карьерного и профессионального роста, с тем чтобы как можно больше специалистов по окончании учебы связали свою дальнейшую деятельность с медицинскими организациями края. Со своей стороны делегаты форума в ходе мастер-классов, форсайт-сессий, дискуссионных и интерактивных площадок могли транслировать свои мнения и предложения, какие действия необходимо реализовать власти в части профессионального и карьерного развития молодого врача, обсудить их внутри групп и принять участие в выработке системных решений в сфере здравоохранения края.

В заключительной части мероприятий прошла встреча делегатов форума с министром здравоохранения



Алтайского края Дмитрием Поповым, на которой были представлены предложения и планы действий, принятые по итогам групповой работы.

По итогам форума в Алтайском крае создан Совет молодых врачей, в который вошли 16 активных и инициативных специалистов из городов и районов Алтайского края. В регионе он появился впервые.

В настоящее время в здравоохранении Алтайского края работает 31,2% молодых врачей до 35 лет из общего количества врачей. По сравнению с 2019



годом доля молодых специалистов увеличилась на 1,7%. Большая доля молодых врачей работает в амбулаторно-поликлиническом звене – 54,6%.

Совет молодых врачей будет представлять интересы молодых специалистов в Министерстве здравоохранения края и содействовать взаимодействию ведомства с новым поколением врачей, участвовать в разработке проектов нормативно-правовых актов, оказывать консультативную поддержку коллегам в профессиональных вопросах. Как отмечают сами участники Совета, зачастую молодым врачам не хватает опыта, советов старших коллег, возникают жилищные проблемы, финансовые. В любой ситуации важно поддержать молодого специалиста, создать комфортные условия для профессионального роста. В Совете представлены не только доктора из Барнаула, но и из других городов и районов края.

«Наша команда поможет объяснить начинающим врачам, что даже в районах они не брошены, их слышат и помогают», – такой видит задачу Совета молодых врачей его член, врач – анестезиолог-реаниматолог Рубцовской горбольницы № 1 Евгений Захаров.

Прошедший форум высоко оценили и другие его участники.

«Мероприятие полезно для молодых специалистов. Сегодня здесь собрались более 300 молодых врачей из разных городов и населенных пунктов

Алтайского края. На таких мероприятиях люди обмениваются информацией, делятся как положительными моментами своей работы, так и отрицательными аспектами. Основываясь на чужом опыте, можно из своей работы исключить возможные инциденты. Прошедший форум и созданный Совет – это, прежде всего, обмен полезным опытом с моими коллегами. Убежден, что Совет не станет формальной организацией, а будет представлять интересы молодежи в сфере здравоохранения, содействовать в решении наших проблем», – поделился своим

мнением Виталий Эйхман, заведующий отделом профилактики Алтайского краевого Центра СПИД.

«Сейчас одна большая проблема в медицине в целом – кадровый дефицит. Поэтому, когда молодой врач приходит на работу, на него сразу ложится повышенная нагрузка. Не все могут с ней справиться, иногда происходит эмоциональное выгорание. В любой ситуации важно поддержать молодого специалиста, создать комфортные условия для профессионального роста, ведь в медицине случайных людей не бывает, в нашу профессию идут только по зову сердца. Поэтому я считаю, что очень важно, чтобы у молодого врача был наставник, который помог бы влиться в коллектив, научил общаться с пациентами, поддержал в трудную минуту», – рассказала свои впечатления от участия в работе форуме «Траектория профессионального и карьерного развития молодого врача» Яна Евтушенко, заведующая детским лечебно-профилактическим отделением стоматологической поликлиники г. Бийска, вошедшая в состав Совета молодых врачей.

Со своей стороны власти края рассматривают форум как уникальную площадку и возможность для молодых врачей принять участие в обсуждении путей развития одной из важнейших отраслей в масштабах страны – современного здравоохранения.

## ОРЕНБУРГСКАЯ ОБЛАСТЬ: ТФОМС ПРИНЯЛ УЧАСТИЕ В ТРЕНИНГЕ ПО КОММУНИКАЦИИ С ПАЦИЕНТАМИ

Спикерами семинара стали специалисты Всероссийского союза пациентов. Участники тренинга изучили такие вопросы, как модель и структура системного поддерживающего консультирования и сопровождения пациента, эффективные и неэффективные стратегии и роли консультанта, цели и результаты консультирования, работа с запросами и ожиданиями пациента.



Большой информационный блок был посвящен проблеме эмоционального выгорания консультанта в работе с пациентами, а также приемам и техникам их профилактики. Спикеры поделились навыками,



как сочетать эмпатичность и пациент-ориентированность с сохранением личных границ.

Кроме того, участники семинара смогли отработать на практике инструменты невербального взаимодействия с пациентом. Спикеры рассказали о коммуникативных технологиях и приемах, в том числе технике активного диалога в работе консультанта.

Всего в семинаре-тренинге приняли участие более 20 человек: это активисты пациентского сообщества «Созидание», равные консультанты, представители медицинского сообщества.



«Тренинг организован в рамках реализации проекта «Системное сопровождение пациентов: коммуникация, помощь, доверие», – рассказала организатор тренинга, руководитель АНО «Созидание» Оксана Никулина. – Благодарим ТФОМС Оренбургской области за участие и информационную поддержку нашего мероприятия».

## «СОГАЗ-МЕД»: ДЕНЬ РОЖДЕНИЯ В КРУГУ САМЫХ БЛИЗКИХ

В 2022 году «СОГАЗ-Мед» празднует 24-летие со дня своего основания. В честь этого филиалы страховой медицинской организации проводят различные мероприятия, что стало доброй традицией.

Во многих регионах в офисах компании проходят Дни открытых дверей, в которых все желающие могут принять участие и получить бесплатную консультацию страховых представителей по вопросам оказания медицинской помощи, прохождения профилактических мероприятий и защиты прав в системе обязательного медицинского страхования.

Сотрудники Югорского филиала не только расскажут, как важно пройти обследования, но и запишут пришедших на диспансеризацию в медицинскую организацию с помощью электронного сервиса. Гости Калининградского и Мордовского филиалов могут пройти осмотр врача общей практики, измерить артериальное давление, пульс и температуру.



В Вологодском филиале проводятся уроки правовой грамотности «Старшее поколение» для граждан в возрасте от 65 лет, на которых они могут узнать о своем праве на выбор или замену медицинской организации и врача, о сроках оказания медицинской помощи и о том, какие медицинские обследования нужно пройти их возрастной группе во время профилактических мероприятий.

День рождения – один из любимых праздников детей. Поэтому страховые представители Сыктыв-

карского филиала совместно с Троицко-Печорской центральной библиотекой им. Г.А. Федорова провели для маленьких читателей конкурс рисунков на тему «Здоровый образ жизни». Начинающие художники отлично справились с задачей, наиболее креативные авторы получили благодарности и памятные подарки. Рисунки в скором времени украсят офисы филиала компании.

Самым необычным способом отмечает день рождения «СОГАЗ-Мед» Ямальский филиал. Учитывая сложную транспортную схему региона, удаленность городов и поселений друг от друга, чтобы провести праздник с застрахованными, сотрудники филиала добираются до них на поездах, вездеходах, катерах.



А вот в один из самых отдаленных населенных пунктов, село Красноселькуп, они прилетели на вертолете и провели информационные встречи по вопросам системы ОМС.

## БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ: ВСЕРОССИЙСКАЯ АКЦИЯ «10 ТЫСЯЧ ШАГОВ К ЖИЗНИ»



Сотрудники отдела организации ОМС ТФОМС Белгородской области совместно со страховыми представителями «МАКС-М» приняли участие во Всероссийской акции «10 тысяч шагов к жизни», приуроченной к Всемирному дню здоровья в г. Белгороде в Центральном парке им. Ленина.

Основная цель мероприятия – привлечение внимания горожан к ведению здорового образа жизни, необходимости регулярных физических упражнений, повышения двигательной активности и популяризация городских пешеходных маршрутов.

С участниками акции была проведена информационно-разъяснительная работа в сфере обязательного медицинского страхования. Всем участникам акции были вручены буклеты: «О диспансеризации взрослого населения», «О гарантиях бесплатного оказания медицинской помощи», «О диагностическом обследовании в центре здоровья».

Начиная с 2015 года, на различных площадках страны проводится Всероссийская акция «10 тысяч шагов к жизни», которая является базовым элементом Общероссийской общественной программы Лиги здоровья нации «Здоровый муниципалитет». Программа направлена на развитие и пропаганду естественных методов оздоровления и проводится под девизом «Наилучшее здоровье с наименьшими затратами». Идея мероприятия основана на рекомендациях ВОЗ, согласно которым для поддержания нормальной физической активности человека необходимо проходить в день от 6 до 10 тысяч шагов.



Проведение всероссийских акций в Белгороде показало, что будущее у этого проекта есть. Мы абсолютно уверены, что при правильной организации процесса создания условий для выбора и ведения ЗОЖ люди примут в этом активное участие. Многие зависят от нас с вами.

Сотрудники отдела организации ОМС ТФОМС и страховые представители «МАКС-М» личным примером активности постарались привлечь внимание граждан. В основе проекта – объективная оценка здоровья населения, паспортизация условий, создание «маршрутов здоровья», привлечение и обучение активистов, регулярная диагностика физических, психических резервов организма с использованием уже разработанных аппаратно-программных комплексов с выдачей рекомендаций.

## КАЛИНИНГРАДСКАЯ ОБЛАСТЬ: В РЕГИОНЕ ЗАПУЩЕН НОВЫЙ ПРОЕКТ ПО УГЛУБЛЕННОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, С СОПРОВОЖДЕНИЕМ СТРАХОВОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Углубленная диспансеризация за 24 часа. Именно столько времени потребуется калининградцам на прохождение всех врачей и получение результата обследования. В ГБУЗ Калининградской области «Центральная городская клиническая больница» открылось новое отделение углубленной диспансеризации пациентов, переболевших COVID-19. При этом каждого пациента ждет сопровождение представителя страховой медицинской организации.



**Ольга Кротченко, жительница Калининграда:**  
*«Я получила СМС-сообщение от своего страхового представителя о том, что могу пройти углубленную диспансеризацию. За один день я смогла попасть ко всем врачам, сдать анализы. Понравилась услуга тем, что я могу все результаты обследования обсудить с врачом онлайн через мессенджер. Это очень удобно, так как я работаю. И мне не надо будет приходить в поликлинику повторно».*

В отделении проводятся: измерение давления, спирометрия, флюорография и консультация терапевта. Важным новшеством стало то, что забор крови на исследование осуществляется в любое удобное



время в течение дня, а не только в утренние часы работы процедурного кабинета.

Маршрутизация пациентов внутри отделения организована с помощью системы электронной очереди. Время ожидания приема или диагностики составляет не более 10 минут. График работы адаптирован и удобен для работающих граждан. Прием пациентов идет ежедневно: с понедельника по субботу отделение открыто с 8 до 20 часов, в воскресенье – с 9 до 15. В день пройти углубленную диспансеризацию могут более 30 человек.

**Александр Кравченко – министр здравоохранения Калининградской области:**  
*«Многим пациентам требуется подбор подходящей программы восстановления после COVID-19. Формат нового структурного подразделения кардинально отли-*





*чается от имеющихся тем, что технологически каждый шаг диспансеризации проработан детально и время ее прохождения минимизировано».*

Углубленная диспансеризация с сопровождением страхового представителя для пациентов, перенесших COVID -19, доступна для всех прикрепленных к поликлинике горожан. К тем, кто не может самостоятельно прийти в больницу, медики приедут домой и там проведут все необходимые процедуры.

**Татьяна Демина – директор Территориального фонда ОМС Калининградской области:** *«Коронавирус коснулся практически каждой семьи в нашем регионе. Статистика говорит о том, что после перенесенного заболевания люди сталкиваются с его последствиями. Углубленная диспансеризация с сопровождением дает отличные шансы на то, чтобы быстро узнать о текущем состоянии своего здоровья. Благодаря запуску проекта, положено начало большой работы по сопровождению пациентов во время прохождения углубленной диспансеризации во всех медицинских организациях региона».*

Меньше месяца потребовалось специалистам ЦГКБ для проведения реконструкции и косметического ремонта помещений, подготовки медицинского персонала и кабинетов к приему пациентов. Страховая компания «Капитал МС» выделила средства на закупку современного оборудования (компьютеры, информационный киоск, беговые дорожки



и многое другое). Рядом с регистратурой появилось место работы страхового представителя.

**Надежда Гришина, генеральный директор ООО «Капитал МС»:** *«Мы предложили Калининградской области запустить этот проект. И очень признательны и Министерству здравоохранения, и Территориальному фонду обязательного медицинского страхования, что смогли его подготовить в такие короткие сроки».*

Проект реализован благодаря трехстороннему соглашению Министерства здравоохранения Калининградской области, Территориального фонда



обязательного медицинского страхования и компании «Капитал МС».

**Илья Баринов – заместитель председателя правительства Калининградской области:** *«Идея федерального правительства по углубленной диспансеризации переболевших ковидом очень своевременная и очень правильная. Этот центр у нас модельный. Подобный формат позволяет существенно экономить время и средства работодателей. Людям это удобно, и в таких условиях они будут проходить диспансеризацию с удовольствием».*

## ЯМАЛО-НЕНЕЦКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ: БУДЬ ГЕРОЕМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

На Ямале Территориальный фонд ОМС и региональное отделение «Российский Красный Крест» реализуют совместный проект «Будь героем первой помощи». Совместно с волонтерами сотрудники ТФОМС обучили несколько сотен жителей региона навыкам оказания первой медицинской помощи.



Участниками проекта стали сотрудники Департамента внутренней политики Ямало-Ненецкого автономного округа. Для них провели мастер-класс по оказанию первой медицинской помощи, на котором рассказали, как действовать при потере сознания, остановке дыхания, какие манипуляции можно проводить с пострадавшим, а также научили находить пульс, определять дыхание и делать непрямой массаж сердца.

«На таких мероприятиях мы получаем много обратной связи от жителей региона. Узнаем основные

сложности, с которыми им приходится сталкиваться во время получения медицинской помощи. Это прекрасная возможность рассказать ямальцам о системе ОМС, о правах и обязанностях пациентов, а также об институте страховых представителей», – рассказала Наталья Цыбулькина, специалист по связям с общественностью Территориального фонда ОМС ЯНАО.



На занятиях участники также могли задать интересные вопросы о правах пациента и получить консультацию специалиста фонда.



ТФОМС передал участникам проекта набор пособий об основах оказания первой медицинской помощи. Всего в прошлом году фонд выпустил 110 тысяч буклетов и листовок и передал в больницы и организации социального обслуживания региона.

## ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

### I. Рукопись

Статья должна сопровождаться письмом с подписью руководителя и печатью организации с указанием названия работы, организации и фамилиями всех авторов. Статья должна быть подписана всеми авторами. На отдельном листе указать сведения о каждом авторе на русском и английском языках (фамилия, имя, отчество полностью; место работы; должность и звание; полный почтовый и служебный адрес, e-mail; служебный тел./факс).

На отдельном листе (на русском языке) предоставляется реферат (краткое содержание статьи), а также ключевые слова (5-6 слов), способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Максимальный объем рукописи, включая таблицы, не более 7 машинописных страниц, размер шрифта 14, через 1,5 интервала с полями 2,5 см. Все страницы должны быть пронумерованы.

Статья должна быть предоставлена в двух печатных и одном электронном экземплярах.

В работе необходимо указать:

- название статьи (емкое и лаконичное), соответствующее цели работы;
- инициалы и фамилии авторов;
- название организации, где выполнена работа; город.

Математические формулы должны быть написаны четко черными чернилами и иметь соответствующие пояснения.

Таблицы, рисунки, графики, схемы, диаграммы должны быть представлены с подрисовочными подписями на отдельных листах в конце текста. Фотографии с соответствующими подписями должны прилагаться отдельно.

В тексте (в круглых скобках, в конце предложения) должны быть ссылки на используемый иллюстративный материал.

### II. Содержание

Статья должна содержать оригинальный материал, прежде нигде не опубликованный полностью или частично.

Рукопись должна отвечать следующим критериям: научная новизна, практическая значимость, профильность, оригинальность содержания.

Текст статьи должен отвечать следующим разделам: введение, включая цель исследования, материал и методы, результаты и обсуждение, заключение или выводы.

### III. Ссылки

Пристатейный библиографический список должен быть выстроен по алфавиту фамилий авторов с инициалами, соблюдая хронологию вначале отечественных, затем иностранных – в соответствии с правилами библиографического описания.

Номера цитат и ссылок в тексте статьи должны быть указаны в квадратных скобках и соответствовать номерам в пристатейном списке литературы.

Сокращения названий иностранных журналов должны соответствовать сокращениям, принятым в Index Medicus.

Если у статьи до четырех авторов, то они указываются все. Если авторов более четырех, то указывают первых трех, а далее следует «и др.».

При указании нескольких статей одного автора их необходимо выстраивать в алфавитном порядке соавторов или названий.

При составлении списка литературы нужно учитывать, что в нем не могут быть упомянуты устные сообщения, неопубликованные материалы, ссылки на Internet-сайты.

### Примеры библиографических описаний:

#### Книга

Серегина И.Ф., Стародубов В.И. Становление и развитие механизмов саморегулирования в здравоохранении Российской Федерации. – М.: Менеджер здравоохранения, 2010. – 131 с.

#### Автореферат диссертации

Михайлова И.Ю. Оценка состояния ортодонтической помощи, оказываемой по программе обязательного медицинского страхования: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 25 с.

#### Статья из сборника

Организация защиты прав застрахованных граждан и контроля качества медицинской помощи в системе ОМС Санкт-Петербурга в 2007 г.: Сборник информационно-аналитических материалов/ Под ред. В.Ф. Чавпецова, Е.В. Атоян. – СПб., 2008. – 220 с.

#### Статья из журнала

Колабутин В.М., Атоян Е.В., Карачевцева М.А. Взаимодействие территориальных фондов ОМС Северо-Западного федерального округа при создании систем управления качеством медицинской помощи // Заместитель главного врача. – 2009. – № 7. – С. 38-42.

#### Статья из зарубежного журнала

Walkinshaw E. Medical wgste – management practices vary across Canada // CMAJ. – 2011. – Vol. 21, № 3. – P. 138-141.

Сборник тезисов докладов международных конференций Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft fur Radioonkologie: Abstractband. – Magdeburg, 2010. – 164 s.

### IV. Иллюстрации

К тексту могут прилагаться черно-белые или цветные фотографии, слайды в одном экземпляре. Фотографии должны быть подписаны на обороте с указанием верха иллюстрации.

Диаграммы, графики, схемы должны быть сделаны в программах векторной графики (Illustrator) и сохранены в формате \*.eps. Файлы с диаграммами, графиками, схемами и штриховыми рисунками, сделанные в программах WORD и EXEL, должны быть представлены в формате PDF. Отсканированные слайды и фотографии должны быть в формате \*.jpg, \*.eps, \*.tif с разрешением 300 dpi при 100% размерах (не менее 2000 px по ширине для фото на ширину страницы).

### V. Авторские правки

Авторские правки не могут быть внесены в сверстаный макет издания. Редакция оставляет за собой право вносить правки в статью и с согласия авторов публиковать ее как краткое сообщение. Рукописи, не принятые к публикации, авторам не возвращаются.

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:  
Россия, 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, 59а,  
ООО «Издательство «Офтальмология».  
Тел.: +7 (499) 488-87-03  
E-mail: journal-oms@yandex.ru