



# ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

04

Президент Российской Федерации Владимир Путин подписал Федеральный закон от 14 июля 2022 года № 251-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2021 год»

05

Председатель ФОМС и Посол ОАЭ в РФ договорились о сотрудничестве в сфере обязательного медицинского страхования



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

# ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

04/22

# «ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 4, 2022

Научно-практический журнал

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

### *Председатель редакционного совета*

**И.В. Баланин** – Председатель ФОМС, к.э.н.

### *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 12.09.2022.

Отпечатано в типографии «Роликс»  
Адрес типографии: 117105, Москва, Нагорный пр., д. 7, стр. 5  
Тираж: 2000 экз. Номер заказа: 115108  
Дата выхода журнала: 22.09.2022 г.  
Формат: 205 x 275 мм. Объем: 60 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 «Медипринт»  
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

Президент Российской Федерации Владимир Путин подписал Федеральный закон от 14 июля 2022 года № 251-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2021 год» ..... **4**

Председатель ФОМС и Посол ОАЭ в РФ договорились о сотрудничестве в сфере обязательного медицинского страхования ..... **5**

Система обязательного медицинского страхования должна развиваться в сторону унификации принципов работы ее участников ..... **6**

Учет показателей результативности работы медицинских организаций при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях ..... **8**

Из средств ОМС направлено более 5 млрд рублей на оплату углубленной диспансеризации после COVID-19 ..... **10**

Более 836 млн рублей из средств ОМС направлено на лечение рака легкого в амбулаторных условиях ..... **12**

### ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

*Н.Н. Ясько*

Реализация федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» на территории Архангельской области ..... **14**

### ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ОМС

*А.В. Данилов, Ю.И. Усов, Е.А. Исаенкова*

Пациентоориентированный вектор при информационном сопровождении застрахованных лиц в сфере ОМС на территории Воронежской области ..... **20**

*Е.А. Аксенова*

Информационный ресурс ТФОМС Пензенской области – гибкая система, способная эффективно обеспечивать взаимосвязь в сфере ОМС ..... **28**

*В.М. Туруло, И.А. Тарутина, Н.Ю. Свириденко*

Использование медицинской информационной системы в реализации задач регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» ..... **40**

### ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СМО

*Д.Ю. Кузнецов*

От эксперимента к социальному институту: эволюция ОМС привела к развитию конкурентоспособного здравоохранения ..... **50**

### НОВЫЕ КАДРОВЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ

Новые кадровые назначения ..... **56**

### РЕГИОНАЛЬНЫЕ НОВОСТИ

«Социальный десант» в Славгороде ..... **57**

Страховые представители Краснодарского края присоединились к работе мобильного комплекса «Диспансеризация» ..... **58**

Воронежский филиал «СОГАЗ-Мед» организовал конференцию для страховых представителей ..... **59**

«АльфаСтрахование – ОМС» получила золотой знак «Кузбасское качество» за сервис «Линия помощи» ..... **60**

## ПРЕЗИДЕНТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЛАДИМИР ПУТИН ПОДПИСАЛ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 14 ИЮЛЯ 2022 ГОДА № 251-ФЗ «ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2021 ГОД»



**Федеральным законом утверждается отчёт об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2021 год.**

В отчёте отражены:

■ доходы бюджета Фонда, которые формировались, в частности, за счёт страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего и неработающего населения, межбюджетных трансфертов, полученных из федерального бюджета, а также за счёт налоговых и неналоговых доходов, штрафов и санкций. При этом фактические доходы бюджета

Фонда получены с превышением планируемого объёма, что обеспечило выполнение всех обязательств Фонда;

■ расходы бюджета Фонда, в том числе: на предоставление субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации; на высокотехнологичную медицинскую помощь, не включённую в базовую программу обязательного медицинского страхования; на высокотехнологичную медицинскую помощь, оказываемую федеральными медицинскими организациями; на дополнительное финансовое обеспечение оказания медицинской помощи в связи с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19); на финансирование расходов медицинских организаций по оплате труда врачей и среднего медицинского персонала, в том числе на осуществление денежных выплат стимулирующего характера за выявление онкологических

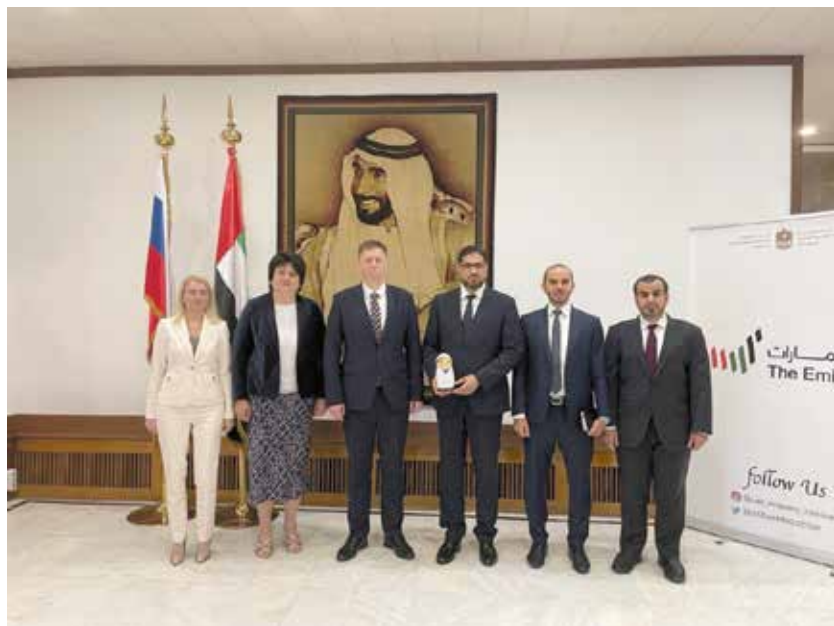
заболеваний в ходе проведения диспансеризации; на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также на проведение профилактических медицинских осмотров ребёнка в течение первого года жизни; на оплату родового сертификата; на обеспечение граждан полисами обязательного медицинского страхования; на обеспечение деятельности Фонда, включая модернизацию государственной информационной системы обязательного медицинского страхования;

■ объём дефицита бюджета Фонда и источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Фонда.

[www.kremlin.ru](http://www.kremlin.ru)

## ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФОМС И ПОСОЛ ОАЭ В РФ ДОГОВОРИЛИСЬ О СОТРУДНИЧЕСТВЕ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

22 июля 2022 года, Москва



Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Илья Баланин провел рабочую встречу с Чрезвычайным и Полномочным Послом Объединенных Арабских Эмиратов в Российской Федерации Мохаммадом Ахмадом Султаном Исой Аль-Джабером.

Во встрече также приняли участие Первый секретарь Посольства Объединенных Арабских Эмиратов в Российской Федерации Ахмед Алькетби и Консул Посольства Объединенных Арабских Эмиратов в Российской Федерации Юсеф Алькааби.

Собеседники обсудили вопросы организации здравоохранения в ОАЭ и России, функционирующая

систем обязательного медицинского страхования, финансирования медицинской помощи, защиты прав граждан и развития информационных технологий.

По словам Ильи Баланина, одна из основных задач, которая сегодня стоит перед Фондом – цифровизация сферы ОМС, поэтому ФОМС заинтересован в изучении ведущих мировых практик по организации медицинского страхования, к числу которых относится система Объединенных Арабских Эмиратов.

*«Мы знаем, что в Объединенных Арабских Эмиратах система здравоохранения развивается очень быстрыми темпами, используются*

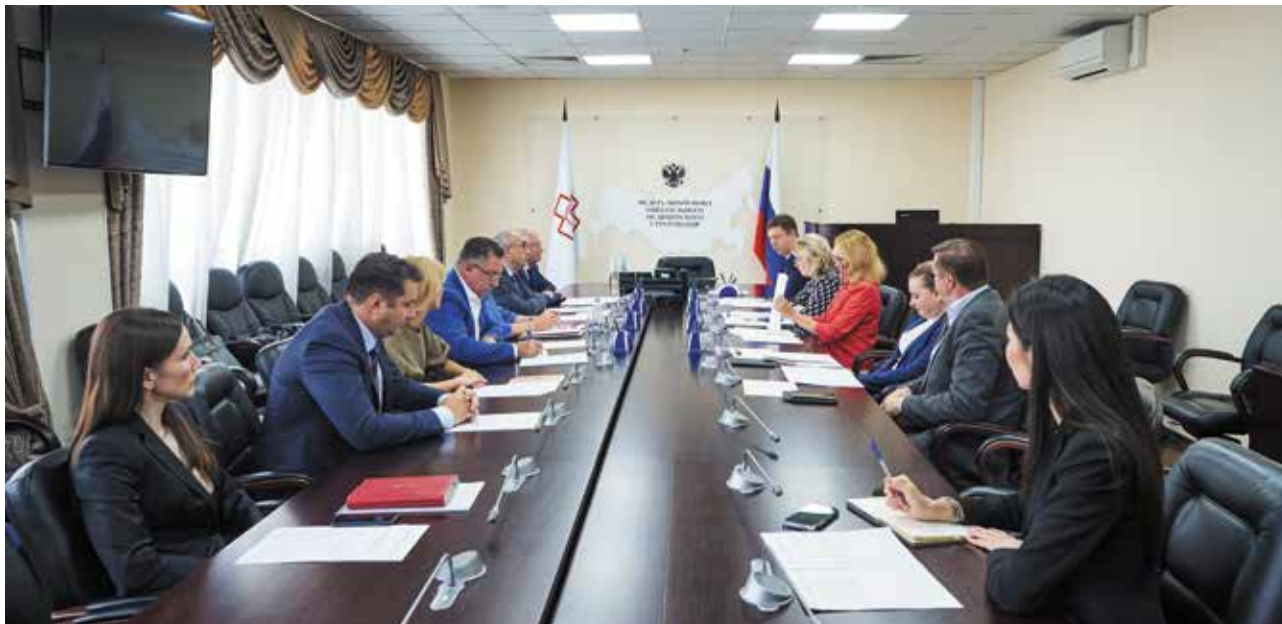
*передовые технологии, в том числе информационные, а Эмират Абу-Даби занимает ведущее место в мире с точки зрения удовлетворенности пациентов.*

*Ваша страна перешла к активному внедрению услуг телемедицины. И нам интересен опыт ОАЭ в плане цифровизации сферы обязательного медицинского страхования», – отметил Председатель Фонда.*

Председатель ФОМС и Посол договорились об организации встречи с представителями Министерства здравоохранения и профилактики ОАЭ, департаментов здравоохранения Абу-Даби и Дубай при поддержке Посольства Объединенных Арабских Эмиратов в Российской Федерации.

## СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДОЛЖНА РАЗВИВАТЬСЯ В СТОРОНУ УНИФИКАЦИИ ПРИНЦИПОВ РАБОТЫ ЕЕ УЧАСТНИКОВ

15 августа 2022 года, Москва



Политика Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) во многом будет сконцентрирована на создании единых цифровых сервисов, унификации региональных информационных систем, усилении принципа единого подхода в работе территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций в целях обеспечения прав граждан в сфере ОМС. В ходе рабочей встречи Председателя ФОМС с представителями Всероссийского союза страховщиков (ВСС) и страховых медицинских организаций были намечены векторы взаимодействия бизнеса и государства для устойчивого развития системы ОМС.



Председатель ФОМС **Илья Баланин** подчеркнул, что роль бизнеса в системе ОМС не вызывает сомнений: «Мы являемся партнёрами. Объём наших задач расширяется, сроки сужаются, есть моменты, которые нуждаются в корректировках. Необходимо налаживать взаимодействие и вырабатывать совместную позицию для повышения эффективности выполнения задач».

Он отметил, что Правительство России и Министерство здравоохранения ставят задачи по развитию системы обязательного медицинского страхования и отечественного здравоохранения в целом. Ближайшая совместная цель – внедрение

новой методики оценки удовлетворенности граждан получаемой медицинской помощью.

Также в ходе совещания были определены приоритетные вопросы – цифровизация и финансовые аспекты работы страховых медицинских компаний.

В ходе встречи президент ВСС **Игорь Юргенс** подчеркнул, что на всем протяжении своего существования система ОМС неоднократно доказывала свою эффективность, сталкиваясь с различными вызовами. Государственно-частное партнерство позволило обеспечить эффективность и устойчивость системы. Тем не менее в текущей ситуации необходимо усиливать взаимодействие между всеми участниками системы для решения новых задач.

Анализ представленных со стороны ВСС материалов в ходе рабочих встреч, предшествующих расширенному совещанию, показал, что приоритетными будут направления по коррекции нормативно-правовой базы, вопросы ее цифровизации, а также вопросы финансовой устойчивости системы и ее участников.

В рамках дискуссии представители Совета по медицинскому страхованию ВСС согласились с этим подходом. Одной из таких задач, по их мнению, является совершенствование системы администрирования деятельности территориальных фондов ОМС: «Принятие нормативно-правовых актов, установление конкретных нормативов по тем



или иным направлениям со стороны Минздрава и ФОМС, являются проявлением государственного регулирования отрасли».

Члены Совета по медицинскому страхованию ВСС обозначили проблему, касающуюся многообразия вариантов информационных систем в субъектах. По его данным, порядка 80% информационных систем, работающих в регионах России, являются уникальными. Это многообразие не позволяет выстроить эффективную модель работы, которая

бы подходила под любой из субъектов Российской Федерации. Страховым медицинским организациям, особенно работающим на территориях значимого числа субъектов РФ, приходится донстраивать программные комплексы до уровня региональных и местных пожеланий, что зачастую приводит к проблемам и сбоям.

«Очень надеемся увидеть в лице фонда методологический центр, который будет определять принципы взаимодействия и устанавливать единые правила игры, понятные для всех участников системы, а также выступать в качестве площадки для обсуждения актуальных вопросов отрасли», – отметил **Дмитрий Кузнецов**, вице-президент ВСС.

По инициативе Председателя ФОМС участники встречи договорились о создании рабочих групп.

Результаты и актуальные вопросы их деятельности планируется обсуждать ежеквартально.





## УЧЕТ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПРИ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ



С 2022 года в практику оплаты медицинской помощи, оказываемой амбулаторно, начато внедрение нового механизма. Объем финансовых средств, направляемых в медицинские организации на оплату первичной медико-санитарной помощи, будет рассчитываться на основании показателей здоровья прикрепленного населения и организации профилактической работы в медицинской организации.

Федеральным фондом обязательного медицинского страхования совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации было определено 28 ключевых показателей, характеризующих организацию работы поликлиник по наиболее значимым профилям медицинской помощи.

Проводятся учет и оценка доли посещений с профилактической целью (в том числе на дому), показателей проведения диспансеризации населения и профилактических медицинских осмотров (включая их результаты, выраженные в количестве впервые диагностированных болезней системы

кровообращения, дыхания, злокачественных новообразований, сахарного диабета), выполнение плана вакцинации населения, уровень охвата пациентов, имеющих хронические заболевания, риск преждевременной смерти, диспансерным наблюдением.

На оценке работы поликлиник скажутся случаи обращения пациентов за получением скорой и неотложной медицинской помощи, случаи госпитализации по экстренным показаниям, случаи повторной госпитализации пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, в течение года, случаи развития осложнений сахарного диабета, показатели смертности прикрепленного населения.

Для детских поликлиник критериями являются охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок, показатели диспансерного наблюдения детей, страдающих заболеваниями опорно-двигательного аппарата, глаз, органов пищеварения, системы кровообращения, эндокринных заболеваний.

Для женских консультаций – показатели разъяснительной работы о необходимости сохранения беременности, охват женщин, состоящих на учете по поводу беременности и родов, антенатальным скринингом, выявление онкологических заболеваний репродуктивных органов.

Медицинским организациям, выполнившим более 50% показателей, будут перечислены дополнительные финансовые средства, которые, по решению администрации, могут быть направлены на совершенствование работы, в том числе на финансовое поощрение медицинских работников.

Организациям, выполнившим более 70% показателей, сумма выплат будет увеличена.

Таким образом, направление дополнительных финансовых средств в медицинские организации, на деле доказавшие эффективность своей работы, будет способствовать более эффективному их расходованию.

С применением данного подхода медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению, будут получать финансирование, зависящее не только от количества прикрепленного населения или количества оказанных услуг, как ранее, но и от показателей здоровья этого прикрепленного населения.

Другими словами, создаются условия для финансовой заинтересованности медицинских работников поликлиник в раннем выявлении заболеваний, их качественном лечении, уровне здоровья прикрепленного населения, продолжительности жизни пациентов.

## Подготовка заключений о соответствии тарифных соглашений субъектов Российской Федерации базовой программе ОМС

В соответствии с частью 2.1 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемое в субъекте Российской Федерации, направляется в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования для подготовки заключения о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования.

Порядок и сроки рассмотрения тарифных соглашений установлены приказом Минздрава России от 12.02.2021 № 80н. В соответствии с данными нормативными документами специалистами Федерального фонда ОМС осуществляется проверка всех тарифных соглашений субъектов РФ на предмет их соответствия базовой программе ОМС, в том числе устанавливаемым в базовой программе требованиям к территориальной программе обязательного медицинского страхования

По результатам рассмотрения тарифного соглашения (дополнительного соглашения) на соответствие базовой программе Фонд подготавливает заключение.

Заключение Федерального фонда ОМС является

основанием для внесения изменений субъектами РФ в тарифные соглашения.

## Выплаты медработникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения

Медицинским работникам, заподозрившим при проведении диспансеризации или профилактического медицинского осмотра онкологическое заболевание и направившим пациента на консультацию онколога, а также медицинским работникам, поставившим пациента на диспансерный учет, должны осуществляться дополнительные денежные выплаты за каждый выявленный случай.

Порядок и условия осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения утвержден приказом Минздрава России от 26.01.2022 № 25н.

В соответствии с данным приказом выплаты получают следующие медицинские работники:

- врач, ответственный за организацию и проведение диспансеризации и профилактического медицинского осмотра, которым осуществлено направление пациента на осмотр (консультацию) к медицинскому работнику, направившему указанного пациента на осмотр (консультацию) врача-онколога, или которым направлен пациент на осмотр (консультацию) врача-онколога (500 рублей);
- врач, направивший по итогам осмотра (консультации) пациента по направлению медицинского работника, ответственного за организацию и проведение диспансеризации и профилактического медицинского осмотра, указанного пациента на осмотр (консультацию) врача-онколога (250 рублей);
- врач, своевременно осуществивший установление диспансерного наблюдения за пациентом с онкологическим заболеванием (250 рублей).

На 2022 год на осуществление выплат медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения предусмотрено 155,5 млн рублей.

## ИЗ СРЕДСТВ ОМС НАПРАВЛЕНО БОЛЕЕ 5 МЛРД РУБЛЕЙ НА ОПЛАТУ УГЛУБЛЕННОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПОСЛЕ COVID-19

С момента запуска программы углубленной диспансеризации для переболевших COVID-19 из средств ОМС оплачено 4,8 млн комплексных посещений на сумму 5,3 млрд рублей.

«За первое полугодие текущего года оплачено 2,8 млн комплексных посещений на сумму 3,2 млрд рублей. Углубленная диспансеризация наиболее востребована в Калужской, Архангельской, Ленинградской областях, а также в Республике Адыгея и Дагестан», – отметил Председатель ФОМС Илья Баланин.

Программа углубленной диспансеризации для граждан, переболевших коронавирусной инфекцией, запущена по поручению Президента России Владимира Путина с 1 июля 2021 года и осуществляется с учетом санитарно-эпидемиологической обстановки в субъектах. Бесплатно по полису ОМС углубленную диспансеризацию вправе пройти граждане старше 18 лет, перенесшие новую коронавирусную инфекцию.

Прохождение углубленной диспансеризации позволяет выявить изменения, возникшие в связи с новой коронавирусной инфекцией, и направить усилия на предотвращение осложнений.

Перенесенная новая коронавирусная инфекция оказывает влияние на все внутренние органы и системы организма.

- Наиболее частые осложнения после COVID-19:
- болезни органов дыхания: кашель, одышка, слабое насыщение крови кислородом;

### УГЛУБЛЕННАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПОСЛЕ COVID-19

**Переболевшие COVID-19 пациенты могут пройти углубленную диспансеризацию.**

Цель углубленной диспансеризации – выявление у граждан признаков развития хронических инфекционных заболеваний, факторов риска их развития.

**▶ КТО МОЖЕТ ПРОЙТИ УГЛУБЛЕННУЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ?**

- ▶ Граждане, перенесшие новую коронавирусную инфекцию при наличии 2 и более хронических инфекционных заболеваний;
- ▶ Иные граждане, перенесшие новую коронавирусную инфекцию.

Пройти углубленную диспансеризацию можно спустя 60 дней после того, как пациент переболел COVID-19. В случае, если данные о перенесенном заболевании отсутствуют, то диспансеризацию можно пройти по инициативе гражданина.

**ЕСЛИ ВАМ ОТКАЗАЛИ** в прохождении углубленной диспансеризации в поликлинике по месту прикрепления без разъяснения причин:

- ▶ обратитесь в Вашу страховую медицинскую организацию по бесплатному телефону «горячей линии», указанному в сети «Интернет»;
- ▶ страховой представитель адресно разберется в ситуации и поможет Вам записаться на углубленную диспансеризацию.

Для пациента помощь страховых представителей оказывается **БЕСПЛАТНО ПО ПОЛИСУ ОМС.**

**ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ БЕСПЛАТНО ПО ПОЛИСУ ОМС!**  
Записаться на углубленную диспансеризацию можно в поликлинике по месту прикрепления или на портале Госуслуг.

**▶ КАК ПРОХОДИТ УГЛУБЛЕННАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ?**

**1-й ЭТАП:**

- Измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое;
- Проведение спирометрии или спиррографии;
- Общий анализ крови развернутый;
- Биохимический анализ крови;
- Прием врачом-терапевтом / врачом общей практики.

**А ТАКЖЕ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ:**

- Тест с 6-минутной ходьбой;
- Определение концентрации Д-димера в крови;
- Проведение рентгенограмм органов грудной клетки.

**2-й ЭТАП:**

**ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ:**

- Проведение эхокардиографии;
- Проведение компьютерной томографии легких;
- Дуплексное сканирование вен нижних конечностей.

*Программа углубленной диспансеризации для граждан, переболевших коронавирусной инфекцией, запущена по поручению Президента России Владимира Путина с 1 июля 2021 года и осуществляется с учетом санитарно-эпидемиологической обстановки в субъектах.*

*Бесплатно по полису ОМС углубленную диспансеризацию вправе пройти граждане старше 18 лет, перенесшие новую коронавирусную инфекцию.*

- болезни сердца и сосудов: тромбы, инсульты, нарушения сердечного ритма;
- нервная система: потеря вкусов и запахов, головокружение, проблемы с памятью;
- психическое здоровье: депрессия, повышенная тревожность, нарушения сна;
- общие нарушения: анемия, боли в суставах, выпадение волос.

Углубленная диспансеризация проводится в два этапа.

**Первый этап** направлен на выявление признаков осложнения после COVID-19 и включает: изменение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, тест с 6-минутной ходьбой, спирометрию,

сердца, сосудов и органов дыхания для уточнения диагноза: эхокардиография, компьютерная томография легких, дуплексное сканирование вен нижних конечностей.

Если по результатам диспансеризации у пациента выявят хронические заболевания или риски их возникновения, то ему будет предоставлено необходимое лечение и назначена медицинская реабилитация.

Записаться на прохождение углубленной диспансеризации можно через Единый портал государственных услуг, а также обратившись в медицинскую организацию по месту прикрепления. Работники при прохождении диспансеризации имеют право на освобождение от работы с сохранением среднего



***И. Баланин:** За первое полугодие текущего года оплачено 2,8 млн комплексных посещений на сумму 3,2 млрд рублей. Углубленная диспансеризация наиболее востребована в Калужской, Архангельской, Ленинградской областях, а также в Республике Адыгея и Дагестан.*

общий и биохимический анализы крови, определение концентрации D-димера, рентген органов грудной клетки, прием у терапевта.

По итогам анкетирования и результатам исследований 1-го этапа диспансеризации врач-терапевт может направить на дополнительные обследования в рамках 2-го этапа, а также вне рамок диспансеризации.

**Второй этап** проводится по клиническим показаниям и включает более тщательные исследования

заработка. Для этого сотруднику необходимо подать письменное заявление.

Перечни медицинских организаций, в которых можно пройти углубленную диспансеризацию, опубликованы на официальных сайтах территориальных фондов обязательного медицинского страхования, региональных органов здравоохранения, страховых компаний и на портале госуслуг.

## БОЛЕЕ 836 МЛН РУБЛЕЙ ИЗ СРЕДСТВ ОМС НАПРАВЛЕНО НА ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЛЕГКОГО В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

За первое полугодие текущего года за счет средств обязательного медицинского страхования оплачено более 457 тысяч медицинских услуг по лечению рака легкого в амбулаторных условиях на сумму свыше 836 млн рублей, это на 5,6% больше, чем за аналогичный период прошлого года.

«За первое полугодие текущего года за счет средств ОМС оплачено 102 тысячи случаев лечения рака легкого в условиях круглосуточного и дневного стационаров на сумму 13,2 млрд рублей, что на 14,5% больше, чем за аналогичный период прошлого года. В том числе 3,6 тысяч случаев госпитализации для проведения лучевой терапии на сумму свыше 356 млн рублей, что на 20,1% больше, чем в подоб-

ный период 2021 года», – отметил Председатель ФОМС Илья Баланин.

Также, по данным счетов, предъявленных к оплате в систему ОМС, за первое полугодие текущего года оплачено 79,5 тысячи госпитализаций для проведения противоопухолевой лекарственной терапии на сумму 11,6 млрд рублей, что на 16% превышает показатели аналогичного периода прошлого года.

1 августа отмечается Всемирный день борьбы с раком легкого. Рак легкого является одной из основных причин онкологической заболеваемости и смертности в мире: ежегодно выявляется более 2 млн новых случаев. В России доля рака легкого в структуре онкологических заболеваний составляет 12%.

### РАК ЛЁГКОГО. СТОП РАК!

**ЕСЛИ ВЫ ЗАМЕТИЛИ ОДИН ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ОБРАТИТЕСЬ В ПОЛИКЛИНИКУ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА!**



**1** Беспричинный сухой кашель, который не прекращается на протяжении нескольких недель

**2** Затруднение дыхания, одышка при минимальной физической активности

**3** Беспричинная осиплость голоса, свистящие звуки при дыхании, болевые ощущения в грудной клетке

**4** Кашель с прожилками крови (кровь в мокроте)

**5** Хроническая утомляемость и беспричинная потеря веса

**ФАКТОРЫ РИСКА:**

- КУРЕНИЕ
- ПАССИВНОЕ КУРЕНИЕ
- НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ
- ЧАСТЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЁГКИХ
- РАБОТА НА ВРЕДНОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

**ПРОФИЛАКТИКА:**

- РЕГУЛЯРНОЕ ПРОХОЖДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ
- ЕЖЕГОДНАЯ ФЛЮОРОГРАФИЯ
- ОТКАЗ ОТ КУРЕНИЯ
- АКТИВНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ
- СВОЕВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

”

**И. Баланин:** За первое полугодие текущего года за счет средств ОМС оплачено 102 тысячи случаев лечения рака легкого в условиях круглосуточного и дневного стационаров на сумму 13,2 млрд рублей, что на 14,5% больше, чем за аналогичный период прошлого года. В том числе 3,6 тысяч случаев госпитализации для проведения лучевой терапии на сумму свыше 356 млн рублей, что на 20,1% больше, чем в подобный период 2021 года.

Основная причина возникновения заболевания – воздействие канцерогенов. Главная роль при этом отводится табакокурению. Также провоцирует возникновение злокачественных новообразований и курение электронных сигарет и вейпов. По данным счетов, предъявленных к оплате в систему ОМС, наиболее частой локализацией (около 40%) является верхняя доля легкого.

Лечение зависит от локализации и распространенности опухолевого процесса, наличия метастазов, сопутствующих заболеваний. Основными методами являются: хирургическое лечение, лучевая терапия, химиотерапия.

Наиболее эффективный способ улучшения результатов лечения рака легкого – это ранняя диагностика.

ся в самом начале, другие бедны симптоматикой и сложно диагностируются.

Регулярные флюорографические обследования позволяют выявить рак легкого на ранней стадии. Если результаты флюорографии вызывают подозрение, назначаются дополнительные исследования.

Профилактическое диагностическое обследование также необходимо проходить курильщикам и людям с отягощенной наследственностью.

Обследование и лечение для застрахованных в системе ОМС проводятся бесплатно, затраты компенсируются за счет средств обязательного медицинского страхования.

С 1 января текущего года начал действовать новый «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболева-

*Наиболее эффективный способ улучшения результатов лечения рака легкого – это ранняя диагностика. Обследование и лечение для застрахованных в системе ОМС проводятся бесплатно, затраты компенсируются за счет средств обязательного медицинского страхования.*

Объем и результаты лечения онкологического пациента напрямую зависят от стадии, на которой было обнаружено заболевание. Некоторые формы опухолей легкого достаточно быстро проявляют себя характерными признаками и хорошо распознают-

ниях», утвержденный приказом Минздрава России. Согласно документу, квалифицированная и своевременная помощь онкобольным должна оказываться по единым стандартам, вне зависимости от того, в каком регионе проживает человек.

УДК 614.2

## РЕАЛИЗАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА «БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ» НА ТЕРРИТОРИИ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

*Н.Н. Ясько*

Территориальный фонд обязательного  
медицинского страхования  
Архангельской области

### Реферат

В статье отражены вопросы реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» на территории Архангельской области в рамках работы медицинского сообщества, страховых представителей, регионального министерства здравоохранения и фонда ОМС, основные принципы взаимодействия медицинских организаций различных уровней оказания медицинской помощи, ключевые моменты раннего выявления злокачественных новообразований. Особое внимание уделено динамике выполнения объемов отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Архангельской области за период 2020 год – 6 месяцев 2022 года, а также в целом реализуемым на территории региона профилактическим программам, в том числе – инициированному губернатором Архангельской области А.В. Цыбульским проекту «Здоровое Поморье», и актуальным задачам по повышению заинтересованности людей в сохранении своего здоровья, эффективное решение которых зависит от всех участников ОМС. В статье отмечено, что в регионе за последние три года реализации национального проекта «Здравоохранение» для медицинских организаций созданы необходимые условия для увеличения объемов оказываемой в рамках территориальной программы ОМС Архангельской области качественной медицинской помощи по профилю «онкология».

### Ключевые слова:

*обязательное медицинское страхование, ОМС, доступность, качество медицинской помощи, пациент, врач, страховая компания, права застрахованных лиц, нацпроект «Здравоохранение», исследования, диагностика, профилактика, онкология, химиотерапия, здоровье, финансовое обеспечение.*

### Для корреспонденции

**Ясько Наталья Николаевна**

*Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области*

Тел.: Тел.: +7 (8182) 28-58-62  
E-mail: common@arhofoms.ru

*Адрес: 163000, Архангельск, пр. Чумбарова-Лучинского, д. 39, корп. 1*

Одним из приоритетных направлений государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и нацпроекта «Здравоохранение» является федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», инициированный лично В.В. Путиным и утвержденный протоколом президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам от 24 декабря 2018 года № 16.

ГБУЗ Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер» оказывает все виды онкологической помощи.

Основными принципами взаимодействия медицинских организаций различных уровней оказания медицинской помощи являются маршрутизация пациентов по территориальному принципу, этапность оказания медицинской помощи больным онкологического профиля в соответствии с порядками и

**В Архангельской области повышаются доступность онкологической медицинской помощи и объем ее финансового обеспечения по линии обязательного медицинского страхования.**

В конце 2018 года в Архангельской области, как и в целом по стране, стартовал региональный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями».

Его целью является снижение смертности от новообразований и повышение доступности, качества и своевременности оказания онкологической помощи населению.

В рамках данного проекта перед областью поставлены следующие задачи: к 2024 году показатель смертности от новообразований, в том числе от злокачественных, должен снизиться до 229,8 случая на 100 тысяч населения, а одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями – до 20 процентов.

С целью выполнения указанных задач постановлением регионального правительства от 16 июня 2021 года № 307-пп утверждена программа «Борьба с онкологическими заболеваниями», которая реализуется в рамках государственной программы Архангельской области «Развитие здравоохранения Архангельской области».

Одним из условий программы является обеспечение доступной и качественной онкологической медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам на территории Архангельской области.

Как отмечает главный внештатный специалист-онколог Министерства здравоохранения Архангельской области Ольга Новыш, еще десять лет назад в большинстве случаев на лечение пациентов отправляли в столичные клиники.

В настоящее время оказание бесплатной медицинской помощи по поводу онкологических заболеваний в Архангельской области организовано по полису ОМС на всех уровнях.

стандартами медицинской помощи, централизация специализированных видов онкологической помощи.

Территориальной программой ОМС Архангельской области на 2022 год по профилю «онкология» запланировано оказание медицинской помощи на сумму 3 137,1 млн рублей, в том числе в условиях круглосуточного стационара – на сумму 1 845,3 млн рублей, в условиях дневного стационара – на сумму 1 291,8 млн рублей, причем 68,2% от общей суммы запланированных средств по профилю «онкология» – средства на оплату химиотерапевтического лечения.

Фактически за первое полугодие 2022 года за счет средств ОМС на оплату счетов медицинских организаций за оказанную в условиях круглосуточного и дневного стационара медицинскую помощь по профилю «онкология» направлено 1 418,8 млн рублей, в том числе на оплату химиотерапии – 1 113,4 млн рублей.

Средняя стоимость лечения пациента в рамках территориальной программы ОМС в Архангельской области по итогам первого полугодия 2022 года составляет в круглосуточном стационаре 123,6 тысячи рублей, в дневном стационаре – 122,2 тысячи рублей.

Специализированную медицинскую помощь по профилю «онкология» в рамках территориальной программы ОМС в Архангельской области оказывают шесть государственных медицинских организаций Архангельской области: ГБУЗ Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер», ГБУЗ Архангельской области «Северодвинская городская клиническая больница № 2 скорой медицинской помощи», ГБУЗ Архангельской области «Архангельская областная детская клиническая больница имени П.Г. Выжлецова», ГБУЗ Архангельской области «Первая городская клиническая больница



имени Е.Е. Волосевич», ГБУЗ Архангельской области «Архангельская областная клиническая больница», ГБУЗ Архангельской области «Котласская центральная городская больница имени святителя Луки (В.Ф. Войно-Ясенецкого)».

На территории Архангельской области организовано оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) по профилю «онкология» в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

За счет средств обязательного медицинского страхования в 2019 году выполнено 536 случаев лечения с применением ВМП, в 2020 году – 525 случаев, в 2021 году – 494 случая, за 6 месяцев 2022 года – 260 случаев.

Кроме того, при необходимости пациенты направляются на лечение в федеральные клиники: ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова», ФГБУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Одним из ключевых моментов раннего выявления злокачественных новообразований (далее – ЗНО) является работа врачей первичного звена, в том числе – работа смотровых кабинетов.

С целью ранней диагностики ЗНО и снижения показателей онкозапущенности в рамках территориальной программы ОМС в государственных медицинских организациях Архангельской области организована работа 60 смотровых кабинетов, в части которых осуществляется прием и женского, и мужского населения, 28 первичных онкологических кабинетов, а также 2 кабинетов в федеральных государственных медицинских организациях: ФГБУЗ «Северный медицинский клинический центр им. Н.А. Семашко Федерального медико-биологического агентства» и в ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть №58 Федерального медико-биологического агентства», 1 кабинета в частном учреждении здравоохранения «Клиническая поликлиника «РЖД-Медицина» города Архангельск» и 2 детских онкологических кабинетов – в ГБУЗ Архангельской области «Архангельская областная детская клиническая больница имени П.Г. Выжлецова» и в ГБУЗ Архангельской области «Северодвинская городская детская клиническая больница».

В соответствии с распоряжениями Министерства здравоохранения Архангельской области организована работа Центров амбулаторной онкологической помощи (далее – ЦАОП): с 1 ноября 2021 года на базе ГБУЗ Архангельской области «Архангельская городская клиническая поликлиника № 1» и с 7 апреля 2022 года – на базе ГБУЗ Архангельской области «Северодвинская городская клиническая больница №2 скорой медицинской помощи».

В ЦАОП за счет средств обязательного медицинского страхования проводятся диагностические исследования с целью выявления онкологических заболеваний на ранних стадиях, диспансерное наблюдение пациентов с онкологическими заболеваниями, мониторинг специализированного лечения.

Кроме того, за счет средств бюджета области оказывается паллиативная медицинская помощь, включая назначение обезболивающей терапии.

В частности, ЦАОП в Северодвинске с момента открытия в апреле принял 5 тысяч пациентов: у 839 было подозрение на онкологию, у 45 из них выявили заболевание в одной из двух первых стадий. В отношении пациентов с подтвержденным диагнозом онкоконсилиум определил вид необходимой помощи. С открытием данного ЦАОП медпомощь стала более доступной не только для жителей Северодвинска, но и для проживающих в Приморском районе и Онеге северян.

В третьем квартале 2022 года запланировано открытие центра амбулаторной онкологической помощи на базе ГБУЗ «Котласская центральная городская больница им. святителя Луки (В.Ф. Войно-Ясенецкого)».

В государственных медицинских организациях Архангельской области открыты четыре кабинета для проведения прицельной биопсии предстательной железы, распоряжением Министерства здравоохранения Архангельской области от 20 апреля 2020 года № 244-рд утверждена маршрутизация пациентов для проведения данного исследования.

За 2021 год врачами-урологами в рамках обращения с проведением биопсии предстательной железы под контролем УЗИ выполнено 109 исследований в ГБУЗ Архангельской области «Архангельская городская клиническая поликлиника №1» и ГБУЗ Архангельской области «Северодвинская городская клиническая больница №2 скорой медицинской помощи». За 5 месяцев 2022 года – 47 исследований. Возмещение расходов медицинским организациям осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

С 2020 года за счет средств обязательного медицинского страхования с целью ранней диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии введена оплата услуг в амбулаторных условиях по молекулярно-генетическим исследованиям, патолого-анатомическим исследованиям биопсийного (операционного) материала, также проводятся эндоскопические диагностические исследования, исследования методом компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии.

Молекулярно-генетические исследования для жителей Архангельской области до 2021 года проводились в лабораториях федерального уровня, в том числе за счет средств ОМС в рамках межтерриториальных расчетов.

С 2021 года на базе ГБУЗ «Архангельский клинический онкологический диспансер» начала функционировать лаборатория полимеразной цепной реакции, в том числе направленная на выполнение молекулярно-генетических исследований: выполняются исследования мутации BRAF, EGFR, K-RAS, N-RAS.

Также с 2021 года в Архангельской области начали использовать метод жидкостной цитологии в рамках территориальной программы ОМС. Данная диагностика проводится при подозрении на до-

брокачественные и предраковые состояния шейки матки и влагалища на ранних стадиях и в качестве профилактики онкологических заболеваний среди женщин.

Исследования на онкопатологию шейки матки проводятся бесплатно по полису ОМС. В централизованную лабораторию Архангельского областного онкодиспансера анализы поступают со всей области, у каждого лаборанта – до 70 исследований в день.

Как отмечают врачи, жидкостная цитология предупреждает утрату части материала при направлении его в лабораторию, а также позволяет получить образцы высокого качества. Также данное исследование позволяет уменьшить число неадекватных мазков примерно в 10 раз, сократить время для интерпретации мазка и использовать оставшуюся клеточную суспензию для ВПЧ-тестирования и молекулярных исследований.

Более того, выбор в пользу жидкостной методики проведения исследования определен Минздравом России.

Архангельские онкологи за счет средств территориальной программы ОМС выполнили в 2021 году 7 679 жидкостных исследований, а за первое полугодие 2022 года – 15 884 исследования на сумму 15,2 млн рублей (таблица).

Таблица

**Динамика выполнения объемов отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Архангельской области за период 2020 год – 6 месяцев 2022 года**

(число исследований)

Наименование исследования	2020 год			2021 год			6 мес. 2022 года		
	План	Факт	%	План	Факт	%	План	Факт	%
Компьютерная томография	31 293	31 297	100	45 573	46 359	102	50 998	26 425	51,8
Магнитно-резонансная томография	15 931	15 682	98,4	16 417	16 680	101,6	29 000	9 752	33,6
Эндоскопическое диагностическое исследование	54 278	44 981	82,9	46 543	47 062	101	45 802	23 636	51,6
Патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	57 009	32 943	57,8	21 484	21 421	99,7	21 141	7 181	34
Молекулярно-генетические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний	797	208	26,1	1 048	1 015	96,9	1 013	624	61,6
Цитологические исследования	–	–	–	6 495	76 79	118,2	60 000	15 884	26,5

Ранняя диагностика заболеваний у жителей региона и их своевременное лечение, в том числе в рамках реализации регионального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», является приоритетом в деятельности регионального министерства здравоохранения, территориального фонда ОМС, медицинских и страховых медицинских организаций.

В 2022 году в дополнение к реализуемым на территории региона профилактическим программам, в том числе к диспансеризации взрослого населения, по инициативе губернатора Архангельской области Александра Цыбульского дан старт проекту «Здоровое Поморье».

В рамках проекта каждый месяц в один из выходных дней жители области могут прийти в поликлинику, чтобы быстро и бесплатно по полису ОМС пройти «скрининговую» диагностику. При выявлении патологии пациенты сразу получают направление к профильному специалисту для своевременного назначения лечения. В текущем году проведены четыре акции: в апреле – «День здоровья молочной железы», в мае – «День здоровья кожи», в июне – «День здорового кишечника», июль был посвящен теме женского здоровья и направлен на раннее выявление патологии шейки матки.

В Архангельской области за последние три года реализации национального проекта «Здравоохранение» созданы и финансовые, и организационные условия для медицинских организаций для увеличения объемов оказываемой в рамках территориальной программы ОМС Архангельской области качественной медицинской помощи по профилю «онкология», в том числе – для увеличения при необходимости кратности курсов химиотерапии.

В частности, выросла доступность для пациентов дорогостоящих химиопрепаратов. За период с 2019 по 2022 год объем финансового обеспечения меди-

цинской помощи по профилю «онкология» в Архангельской области увеличился с 2,2 миллиарда рублей в 2019 году до 3,1 миллиарда рублей в 2022 году.

Как отметила на VIII Петербургском международном онкологическом форуме «Белые ночи 2022» заместитель Председателя ФОМС Ольга Царева, текущие объемы средств, выделяемых государством на оплату медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями, увеличивают доступность для пациентов сложных и дорогостоящих методов диагностики, позволяют оптимизировать работу федеральных медицинских организаций и использовать современные научные подходы для лечения застрахованных, проживающих в самых отдаленных регионах.

Но денежные вливания не приведут к достижению положительных результатов, если не будет заинтересованности людей в сохранении своего здоровья. В этой связи в реализации мероприятий регионального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» активно участвуют специалисты и страховые представители страховых медицинских организаций.

В системе ОМС на территории Архангельской области работают филиалы двух страховых медицинских организаций: Архангельский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» и Филиал ООО «Капитал МС» в Архангельской области.

Одним из основных направлений деятельности страховых представителей, реализуемых в рамках регионального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», являются информационное сопровождение онкопациентов с оценкой качества онкологической помощи, защита прав онкопациента через информационное сопровождение страховым представителем, индивидуальное и публичное информирование граждан по наиболее актуальным темам.



**Директор Архангельского филиала «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Сергей Потошин:**

*Страховая медицинская организация имеет возможность отследить путь больного от момента подозрения на онкологическое заболевание до прохождения всех этапов лечения: проверить сроки назначенных диагностических исследований, правильность постановки диагноза, выбранную тактику ведения пациента с учетом стадии заболевания, схему назначенной химиотерапии.*

*Контроль в медицинских организациях осуществляется не только по поступающим от застрахованных лиц жалобам, но и в плановом порядке, ежемесячно.*

*За последние пять лет количество нарушений по результатам контрольно-экспертных мероприятий по срокам и качеству медицинской помощи онкологическим пациентам сократилось в 8,5 раза.*

*Это говорит о том, что медицинские организации устранили системные нарушения, тем самым существенно улучшив доступность и качество медицинской помощи нашим застрахованным.*

”

**Пациентка В., г. Коряжма, 85 лет:**

*Я в прошлом – медицинский работник, давно на пенсии, но отношусь к своему здоровью с должным вниманием. Во время прохождения мною обычной диспансеризации в ГБУЗ АО «Коряжемская городская больница» акушерка смотрового кабинета обнаружила уплотнение в левой молочной железе.*

*По результатам маммографии диагноз новообразования подтвердился. Меня сразу направили в Архангельский клинический онкологический диспансер для уточнения диагноза. Там диагноз был подтвержден гистологически, с установлением II стадии. Врачи провели оперативное лечение (мастэктомия). Затем я получала химиотерапию. Все время, до и после операции, я ответственно исполняла рекомендации врачей.*

*Недавно отметила солидный юбилей, самочувствие удовлетворительное, рецидивов нет. Всю медицинскую помощь я получила по полису ОМС, бесплатно, качественно и, самое главное, – своевременно, прежде всего, благодаря профессионализму акушерки из Коряжмы, Татьяны Вячеславовны Поповой.*



Новый линейный ускоритель ELEKTA INFINITY, стоимостью 133170 тыс. руб., приобретен в Архангельский онкологический диспансер на средства федерального бюджета, в рамках федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» (фото предоставлено Архангельским онкологическим диспансером)

Перед страховыми представителями поставлены задачи в повышении заинтересованности людей в сохранении своего здоровья, формировании мотивации к здоровому образу жизни, профилактике, приверженности онкопациентов лечению.

Как отмечают врачи Архангельского клинического онкологического диспансера, состояние здоровья человека на 50% зависит от его образа жизни, во вторую половину факторов входят уровень медицины, экология и наследственность. Большую часть болезней можно предотвратить или снизить риск их возникновения.

Профилактика онкологических заболеваний способна сократить вероятность возникновения опухолей, а также выявить их на начальной стадии, когда правильный подход позволит вылечиться полностью и избежать рецидива.

В рамках реализации программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» система здравоохранения Архангельской области наращивает инфраструктуру, приобретает новое оборудование, увеличивается объем финансового обеспечения онкологической медицинской помощи по линии ОМС.

Достижение целевых показателей регионального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации для Архангельской области, в установленные сроки возможно в рамках совместной работы медицинского сообщества, страховых представителей, регионального министерства здравоохранения и фонда ОМС, при активном участии самих застрахованных граждан.

УДК 614.2

## ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННЫЙ ВЕКТОР ПРИ ИНФОРМАЦИОННОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ В СФЕРЕ ОМС НА ТЕРРИТОРИИ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

*А.В. Данилов, Ю.И. Усов, Е.А. Исаенкова*



Данилов А.В.



Усов Ю.И.



Исаенкова Е.А.

Территориальный фонд  
обязательного медицинского  
страхования Воронежской области

### Реферат

Пациентоориентированная модель организации ОМС, концептуально оформленная Правилами ОМС и рядом других отраслевых документов, приобретает новое содержание с развитием информационных технологий в секторе государственного управления. Информационные ресурсы, развивающиеся в системе ОМС, позволяют сегодня не только выявлять, но и предотвращать нарушения прав и законных интересов застрахованных лиц. В настоящей статье проанализирован опыт ТФОМС Воронежской области по выстраиванию пациентоориентированного вектора в организации информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи с использованием единого информационного ресурса фонда. В частности, использованы данные экспертного анализа, представленные начальником управления организации ОМС ТФОМС Воронежской области Е.А. Исаенковой на региональной конференции «Роль страховых представителей: лучшие региональные практики».

### Ключевые слова:

*обязательное медицинское страхование, информационное сопровождение, страховые представители, права застрахованных лиц, единый информационный ресурс.*

## Введение

Задачи, стоящие сегодня перед системой обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), не могут быть решены без использования больших массивов данных и современных инструментов управления процессами их обработки и эксплуатации. В частности, правильная постановка задачи информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи (далее – ИСЗЛ) требует значительного количества информации широкого спектра, образующейся в информационных ресурсах территориальных фондов ОМС. В их числе сведения о прикреплении населения к медицинским организациям, списки застрахованных лиц для проведения профилактических мероприятий (далее – ПМ), сведения об информировании застрахованных лиц о диспансерном наблюдении (далее – ДН), о направленных на госпитализацию и госпитализированных застрахованных лицах, индивидуальные истории страховых случаев застрахованных лиц с онкологическими заболеваниями, сведения о рекомендациях национальных медицинских исследовательских центров и др. (рис. 1).

В связи с этим определяющими пациентоориентированный вектор движения по указанному направлению должны стать информационные технологии, объединяющие данные в единый цифровой контур и повышающие их доступность для участников ОМС и граждан.

## Дизайн единого информационного ресурса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области

Высокий уровень цифровой обеспеченности Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области (далее – ТФОМС) позволил реализовать технологию ИСЗЛ на базе единого информационного ресурса фонда, объединяющего программные продукты собственной разработки и web-сервисы взаимодействия с иными информационными ресурсами (рис. 2).

Базовые процессы ИСЗЛ достаточно полно автоматизированы в информационном ресурсе с одноименным названием и включают такие модули, как ведение электронного журнала обращений граждан (организация обратной связи), управление процессами проведения диспансеризации, профосмотров и ДН, ведение учета застрахованных лиц, прикреплённых к медицинским организациям, диспетчирование при направлении на госпитализацию застрахованных лиц, обеспечение регламента информирования застрахованных лиц, ведение индивидуальных историй страховых случаев лиц с онкозаболеваниями.

Информационная платформа ТФОМС «ИСЗЛ» была разработанная в целях реализации требований главы XV Правил ОМС «Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи». Плат-

## Для корреспонденции

### Данилов Александр Валентинович

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области, д.м.н., доцент кафедры управления в здравоохранении Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко

Тел.: +7 (473) 252-42-68  
E-mail: idf-dav@omsvrn.ru

### Усов Юрий Иванович

Заместитель директора по цифровой трансформации Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области, к.т.н.

Тел.: +7 (473) 252-96-38  
E-mail: oiib-uui@omsvrn.ru

### Исаенкова Евгения Александровна

Начальник управления организации обязательного медицинского страхования Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области

Тел.: +7 (473) 235-52-43  
E-mail: zpz-iea@omsvrn.ru

Адрес: 394043, Воронеж, ул. Ленина, д. 104Б

### ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННЫЙ ВЕКТОР РАЗВИТИЯ (внедрение индивидуального (адресного) подхода)



Рис. 1. Пациентоориентированный вектор развития (внедрение индивидуального подхода)

### Единый информационный ресурс ТФОМС



Рис. 2. Единый информационный ресурс ТФОМС

форма представляет собой комплексное решение с высокими интеграционными возможностями. Платформа «ИСЗЛ» интегрирована с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц и информационной системой персонализированного учета оказанной медицинской помощи и является

интерактивной системой, обладающей функцией непрерывной «обратной связи» между медицинской организацией, ТФОМС и страховой медицинской организацией (далее – СМО). Высокие интеграционные возможности поддерживаются современными форматами обмена данными.

## Дополнительные возможности, формируемые отчёты

Для МО	Для СМО	Для ТФОМС
<ul style="list-style-type: none"> <li>• WEB-сервисы: внесение данных направлений в стационар, внесение данных о госпитализации</li> <li>• Экспорт в файл любой посписочной информации (прикрепленных к МО, запланированных на диспансеризацию, приглашенных на дисп. наблюдение)</li> <li>• Возможность самостоятельно посылать запросы о страховой принадлежности в ЦС</li> <li>• Доступ к реестру медработников своей МО, в т.ч. Сертификатам и должностям</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• WEB-сервис внесения информации о прикреплении лица к МО</li> <li>• Экспорт в файл любой посписочной информации (застрахованные в данной СМО, изменение прикреплений, информирование и т.д.)</li> <li>• Импорт в ИСЗЛ сведений об информировании (пакетно)</li> <li>• Запрос в ЦС о прикреплении на других территориях застрахованных Воронежской области</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Автоматическое формирование сообщений в ЦС о прикреплении лиц к МО и врачу</li> <li>• Автоматическая актуализация всех списков из регионального сегмента застрахованных лиц</li> <li>• Отчетная информация в разрезе МО для контроля за активностью МО, правильностью внесения данных в ресурс по всем направлениям</li> <li>• Администрирование ресурса (выдача учетных записей, паролей, прав доступа, контроль нагрузки на сервер)</li> </ul>

Рис. 3. Дополнительные возможности, формируемые отчеты

В реализации задачи использованы единый платформенный подход и принцип однократного ввода данных.

Информационный ресурс «ИСЗЛ» является масштабируемым и дает возможность подключения неограниченного числа пользователей. Он позволяет страховым и медицинским организациям в режиме «классной доски» получать доступ к информации с целью:

- актуализации сведений;
- предоставления застрахованным лицам информации для выбора медицинской организации при плановой госпитализации;
- информирования застрахованных лиц о необходимости посещения врача с целью профилактики и ДН;
- осуществления мониторинга прохождения пациентами ПМ;
- обеспечения преемственности оказания медицинской помощи между амбулаторным и стационарным звеном (рис. 3).

Информационный ресурс предоставляет возможность хранения большого объема информации и использования её для дальнейшей аналитики, в том числе гибкие возможности построения пользовательских отчетов.

Кроме того, программное решение задачи ИСЗЛ дает возможность настройки и адаптации под изме-

няющиеся требования законодательства и функции участников ОМС.

Перечисленные модули «ИСЗЛ» соответствуют задачам защиты прав застрахованных лиц в том виде, в котором они формулируются из практики выполнения этих функций. А именно, по данным контрольно-экспертных мероприятий, в топ-5 нарушений при оказании медицинской помощи входят нарушение сроков плановой госпитализации, необоснованный отказ в оказании бесплатной медицинской помощи, нарушение сроков установления ДН, непроведение необходимых диагностических мероприятий, назначение нерациональной терапии лекарственными препаратами.

### Порядок ведения ИСЗЛ на базе единого информационного ресурса ТФОМС (рис. 4)

Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц утвержден приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС). В частности, статья 231 Правил ОМС устанавливает, что СМО осуществляет ИСЗЛ на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечивает информирование застрахованных лиц и их законных представителей, в том числе по обращениям:



**Выдержки из приказа Минздрава от 28.02.2019 № 108н: Порядок ИСЗЛ**

**Ст.253** Медицинская организация представляет в ТФОМС в срок не позднее 31 января сведения о лицах, включенных в списки для проведения профилактических мероприятий

**МЕДОРГАНИЗАЦИЯ БЕЗВОЗМЕЗДНО ПРЕДОСТАВЛЯЕТ СМО МЕСТО, ДОСТУПНОЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ:**

**Ст.231** ✓ для организации деятельности **СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ;**  
 ✓ для размещения информационных **СТЕНДОВ**, панелей, информационных материалов о правах ЗЛ в сфере ОМС.

**Ст.253 258** **НОВЫЕ СВЕДЕНИЯ, КОТОРЫЕ МО НЕОБХОДИМО ПЕРЕДАВАТЬ В ИНФОРМАЦИОННЫЙ РЕСУРС ТФОМС:**

**ЕЖЕГОДНО - ЕЖЕДНЕВНО -**  
**ГРАФИК РАБОТЫ МО, СВЕДЕНИЯ О ЗЛ,**  
**в том числе в вечерние часы и субботу, которые начали проходить диспансеризации**

Рис. 4. Выдержки из приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н: порядок ИСЗЛ

- о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта Российской Федерации, режиме их работы;
- о праве выбора (замены) и порядке выбора (замены) СМО, медицинской организации и врача;
- о порядке получения полиса ОМС;
- о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ ОМС;
- о прохождении диспансеризации, в том числе в вечерние часы и в субботу, профилактических медицинских осмотров (далее – ПМО), выявлении болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смерти населения, а также о возможности дистанционной записи на медицинские исследования;
- о прохождении ДН застрахованными лицами, включенными в группы ДН при наличии оснований согласно порядкам и срокам проведения ДН, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья, в том числе онкологическими больными;
- о перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости (на основании принятых от медицинских организаций реестров счетов за оказанную медицинскую помощь);
- о выявленных нарушениях по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам (по обращениям застрахованных лиц).

На территории Воронежской области описанные функции выполняют 81 страховой представитель (далее – СП) первого уровня, 41 СП второго уровня и 21 СП третьего уровня.

СП первого уровня – это специалист контакт-центра, прошедший подготовку на базе СМО. Он предоставляет по устным обращениям граждан информацию по вопросам ОМС справочно-консультационного характера (типовые вопросы); осуществляет маршрутизацию вопросов, требующих рассмотрения иными специалистами; осуществляет телефонный опрос застрахованных лиц в целях уточнения своевременности исполнения медицинской организацией мероприятий по организации привлечения населения к прохождению ПМ, выяснения причин отказов от них; ведет учет устных обращений застрахованных лиц.

Согласно пункту 24 «Методических рекомендаций» (вместе с «Методическими рекомендациями по взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи»), направленных письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26.02.2021 № 00-10-30-04/1101, обращения граждан поступают на телефонный номер контакт-центра («горячая линия») ТФОМС или СМО, работающих круглосуточно с обязательной аудиозаписью входящих и исходящих звонков.

Регистрация и учет поступивших обращений граждан и результатов их рассмотрения осуществляется в программном продукте «Единый электронный журнал обращений граждан» в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

СП второго уровня – специалист СМО, прошедший специальную подготовку на базе образовательной организации высшего образования по утверж-

денной программе с получением подтверждающего документа, деятельность которого направлена на защиту прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере ОМС, организацию информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе при прохождении ПМ.

Он осуществляет работу с обращениями граждан; обеспечивает организацию информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе при ПМО, диспансеризации взрослого населения (далее – ДОГВН), лиц, находящихся под ДН, организацию индивидуального информирования застрахованных лиц о необходимости прохождения ПМ и диспансерной явки; проводит мониторинг и анализ результатов ПМ, подготовку предложений для медицинских организаций по организации ПМО и ДОГВН.

Деятельность СП второго уровня осуществляется в СМО и в медицинской организации (в соответствии с графиком работы).

СП третьего уровня – это специалист-эксперт СМО или эксперт качества медицинской помощи, прошедший на базе образовательной организации высшего образования специальную подготовку по соответствующей программе с получением под-

## Схема взаимодействия при информационном сопровождении застрахованных лиц при ПМ

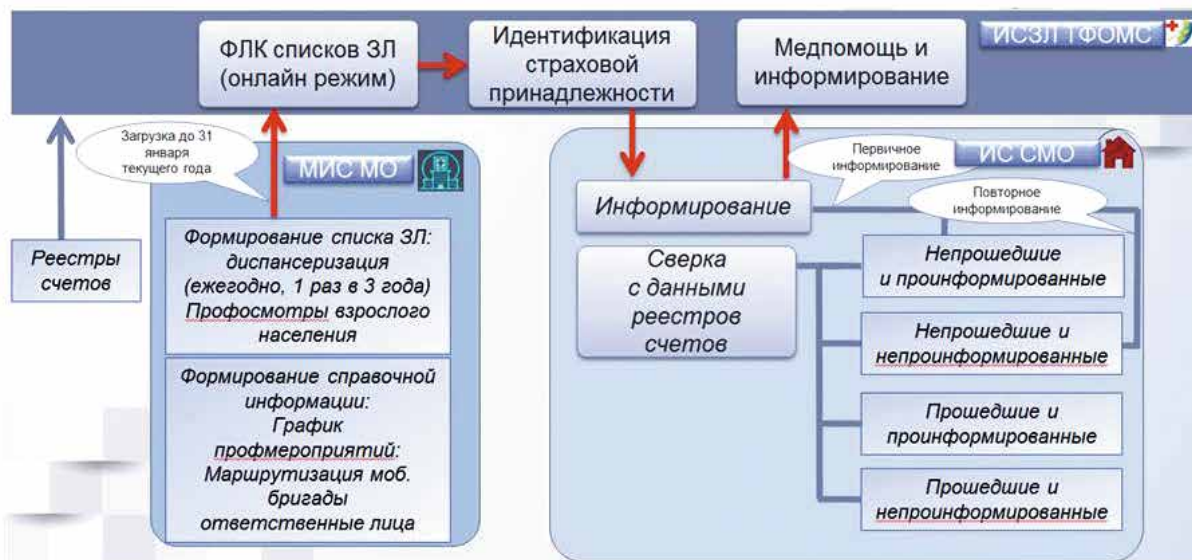


Рис. 5. Схема взаимодействия при информационном сопровождении застрахованных лиц при ПМ

## ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ УЧАСТНИКОВ ОМС ПРИ ИНФОРМАЦИОННОМ СОПРОВОЖДЕНИИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ



Рис. 6. Взаимодействие участников ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц

тверждающего документа, деятельность которого направлена на работу с письменными обращениями застрахованных лиц, включая организацию экспертизы качества оказанной им медицинской помощи и обеспечение при наличии индивидуального согласия их информационного сопровождения при организации оказания медицинской помощи (пункт 235 Правил ОМС).

В его функции входит рассмотрение обращений (жалоб) застрахованных лиц, включая организацию экспертизы качества оказанной им медицинской помощи и обеспечение при наличии индивидуального согласия ИСЗЛ при организации оказания медицинской помощи, в том числе обеспечение индивидуального информирования и сопровождения застрахованных лиц при ПМО, ДОГВН и ДН; информационную работу с застрахованными лицами по вопросам необходимости своевременного обращения в медицинские организации в целях предотвращения ухудшения состояний здоровья и формирования приверженности к лечению (рис. 5).

Основная задача, поставленная перед СП, заключается в сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, в том числе при прохождении ими ПМ, а также повышение эффективности работы по защите прав и законных интересов застрахованных лиц, в том числе путем

информирования (рис. 6. Взаимодействие участников ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц).

Взаимодействие участников ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц включает следующие этапы.

По состоянию на начало текущего года медицинские организации формируют в «ИСЗЛ» перечни лиц, подлежащих ПМ и ДОГВН. Из сведений медицинских организаций и счетов на оплату медицинской помощи в «ИСЗЛ» формируются перечни лиц, подлежащих ДН по итогам проведения ПМ и ДОГВН. С использованием этой информации СП осуществляют ИСЗЛ при прохождении ПМ (рис. 7).

Одновременно по данным счетов и контрольно-экспертных мероприятий СМО и ТФОМС в «ИСЗЛ» ведутся истории болезни пациентов с онкологическими заболеваниями.

В рамках взаимодействия СП третьего уровня в автоматическом режиме осуществляют отбор случаев для проведения контроля объемов, качества и условий предоставленной медицинской помощи по ОМС. Организует проведение по отобранным случаям медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи на предмет выявления нарушений, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом

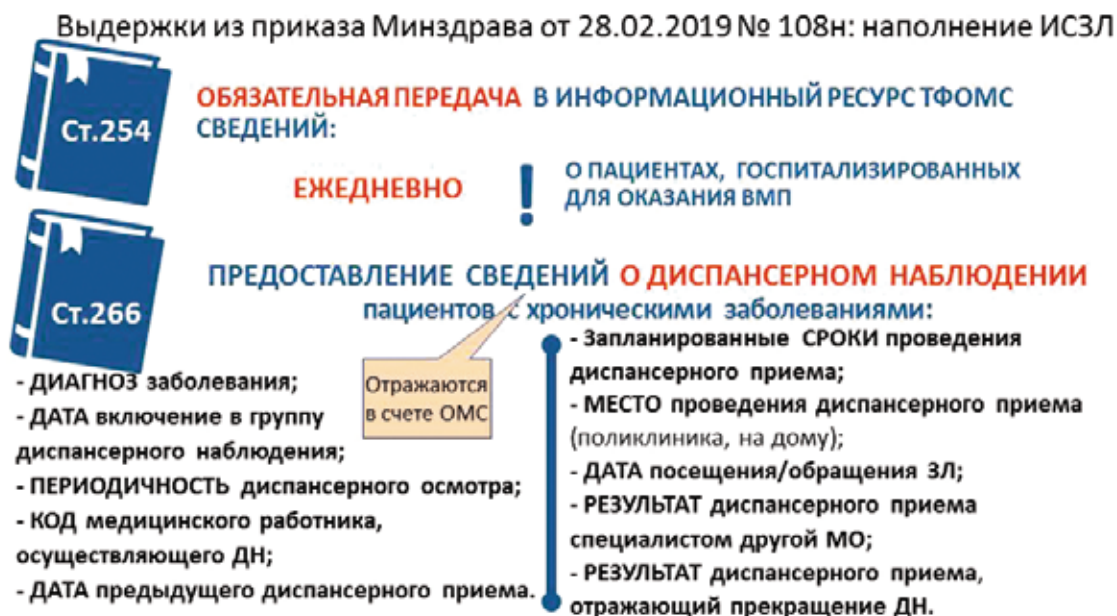


Рис. 7. Выдержки из приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н: наполнение ИСЗЛ

порядке, пациентам со злокачественными новообразованиями, пациентам, взятым на диспансерный учет по результатам проведенных ПМ. Организует проведение экспертиз качества медицинской помощи по отобранным случаям с применением лекарственной терапии (химиотерапии). На основании данных о присвоенной группе здоровья и выявленных хронических заболеваниях, представленных

## Заключение

В системе ОМС активно развиваются информационные ресурсы, которые способны усилить влияние страховщиков на качество и эффективность оказания медицинской помощи. В частности, автоматизация процессов информационного сопровождения застрахованных лиц способствует соблюдению их прав на оказание бесплатной медицинской помощи

*Автоматизация процессов информационного сопровождения застрахованных лиц способствует соблюдению их прав на оказание бесплатной медицинской помощи надлежащего объема и качества, в соответствии с установленными сроками.*

СП второго уровня, организует индивидуальное сопровождение застрахованных лиц (при наличии согласия) на всех этапах оказания медицинской помощи. Формирует индивидуальную историю страховых случаев застрахованного лица с онкологическим заболеванием по впервые выявленным случаям или при продолжающемся лечении с подозрением на наличие злокачественного новообразования или установленным диагнозом злокачественного новообразования.

надлежащего объема и качества, в соответствии с установленными сроками.

Опыт ТФОМС Воронежской области показывает, что пациентоориентированный характер данной работы зависит от уровня интеграционных возможностей и развития единых платформенных подходов в реализации региональных информационных систем ОМС.

УДК 614.2

## ИНФОРМАЦИОННЫЙ РЕСУРС ТФОМС ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ – ГИБКАЯ СИСТЕМА, СПОСОБНАЯ ЭФФЕКТИВНО ОБЕСПЕЧИВАТЬ ВЗАИМОСВЯЗЬ В СФЕРЕ ОМС

*Е.А. Аксенова*



Территориальный фонд обязательного  
медицинского страхования  
Пензенской области

### Реферат

В настоящее время информационный ресурс ТФОМС Пензенской области в режиме онлайн выполняет широкий спектр задач, обеспечивая информационное взаимодействие между территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями и медицинскими учреждениями, в том числе по экспертной деятельности.

### Ключевые слова:

*информационный ресурс, информационное сопровождение застрахованных лиц, профилактические мероприятия, экспертиза.*

### Для корреспонденции

**Аксенова Елена Александровна**

*Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пензенской области*

*Адрес: 440039, Пенза, ул. Крупской, д. 3*

Тел.:

Тел.: +7 (8412) 48-91-31

E-mail:

tfoms@sura.ru

Реализацию главы XV приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» на территории Пензенской области обеспечивает Региональная информационная система Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Пензенской области (информационный ресурс).

Начало создания информационного ресурса приходится на 2016 год. С его помощью были реализованы законодательные требования по информационному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи в режиме онлайн.

В настоящее время информационный ресурс представляет собой программный комплекс территориального фонда, интегрированный с информационными системами территориального фонда по персонифицированному учету сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, ЕГИСЗ

Пензенской области, информационными системами страховых медицинских организаций (СМО), и обеспечивает требования приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) от 07.04.2011 № 79.

Доступ к ресурсу в режиме онлайн имеют все участники системы обязательного медицинского страхования (ОМС): ТФОМС Пензенской области, СМО, медицинские организации (МО), в том числе врачи МО (рис. 1).

Информационный ресурс содержит функционал, позволяющий осуществлять обязательные требования по информационному сопровождению застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи, при проведении профилактических мероприятий и диспансерном наблюдении, по формированию истории страховых случаев для лиц с онкологическими заболеваниями и лиц, получивших консультации с применением телемедицинских технологий.



Рис. 1

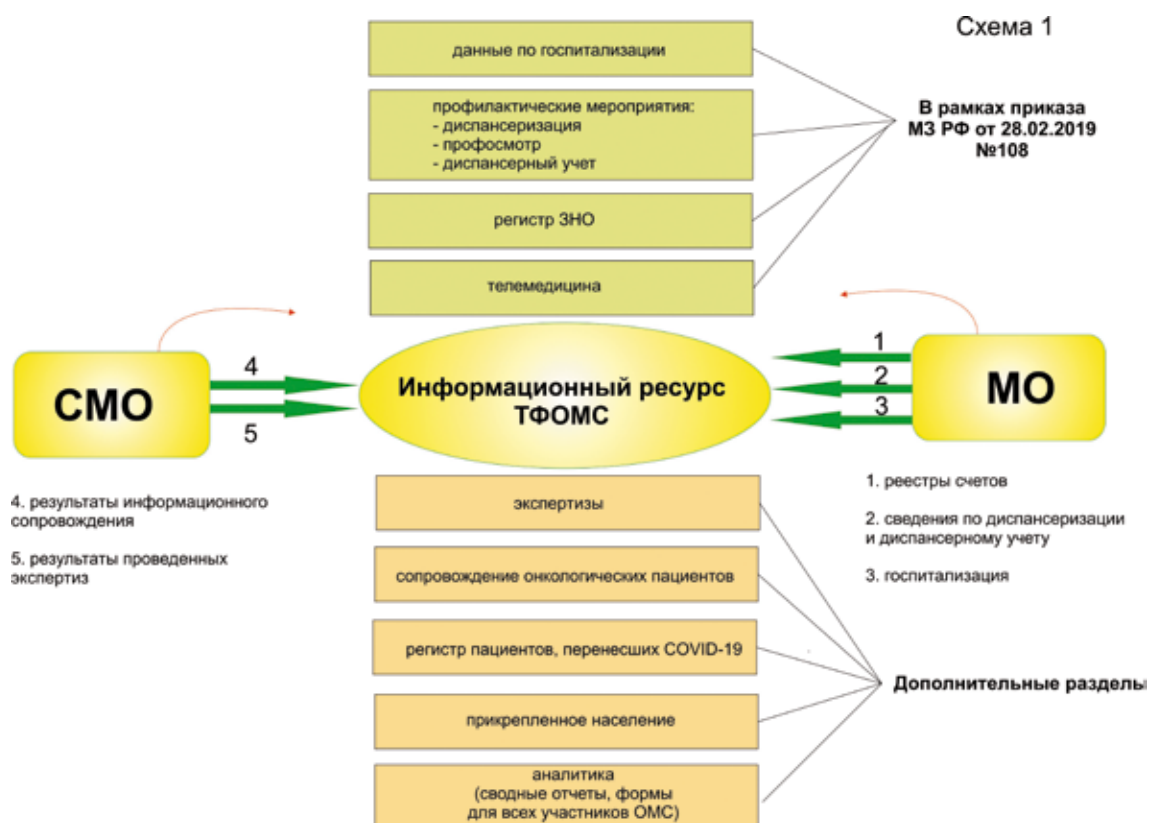


Схема 1

Кроме того, с целью совершенствования информационного сопровождения граждан ресурс расширен возможностью взаимодействия участников при экспертной деятельности, при сопровождении пациентов с подозрением на онкозаболевание, лиц, перенесших COVID-19 (схема 1). С введением цифровизации процесса информационного сопровождения застрахованных лиц у ТФОМС Пензенской области имеется возможность контролировать все этапы в режиме реального времени с получением аналитических форм по всем функциональным направлениям.

### Информационное сопровождение застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи – интеграция новых возможностей

Информационный ресурс, наряду с информацией о пациенте, выданных направлениях и данных о состоявшейся госпитализации, дает возможность

по определенным фильтрам формировать списки негоспитализированных граждан на определенную дату, что позволяет страховым представителям более оперативно работать с информацией.

В помощь страховым представителям добавлен раздел «Результат СМО», отражающий деятельность специалистов СМО при несостоявшихся госпитализациях. Он содержит унифицированные справочники: результат опроса (код и наименование) и оказание содействия (код и наименование). Функционал обеспечивает выбор вида информационного сопровождения: телефонный опрос/«Пост МО».

Вид информационного сопровождения – «Пост МО» – позволяет контролировать в рамках поста страхового представителя факты отказа от госпитализации в день обращения пациента непосредственно в отделение химиотерапии дневного стационара в ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» и отражать это на информационном ресурсе. В случаях

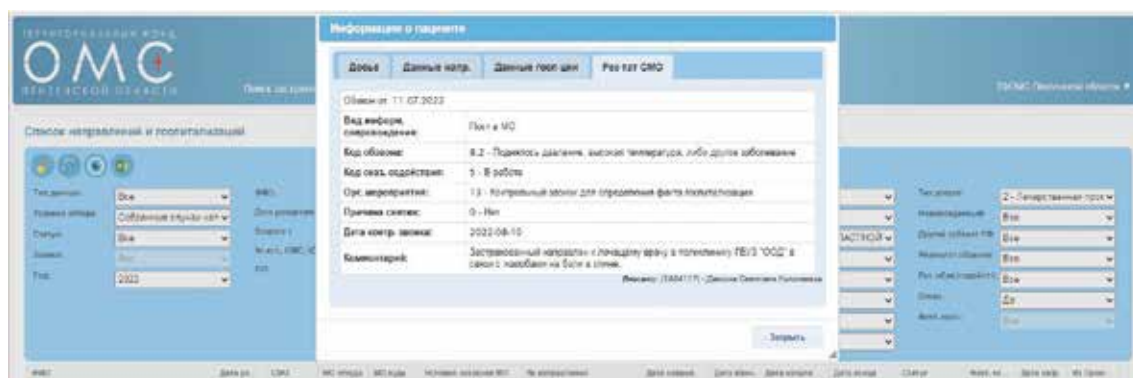


Рис. 2

отказа в госпитализации, например, по причине необходимости стабилизации показателей крови, сведения по застрахованному лицу передаются страховым представителем 2-го уровня посредством информационного ресурса страховому представителю 3-го уровня на следующий этап контроля – сопровождение с помощью телефонного опроса до достижения факта госпитализации. Информационный ресурс предусматривает сохранение информации о всех звонках застрахованному лицу с фиксацией результатов. По сложившейся практике страховой представитель взаимодействует с пациентом по телефону до 5 раз (рис. 2).

Информационный ресурс по результатам проведенной работы в части информационного сопровождения застрахованных лиц дает возможность проанализировать и оценить работу страховых представителей, сформировать поводы для экспертизы по нарушению сроков ожидания плановой госпитализации, осуществить контроль за средними сроками ожидания плановой госпитализации в разрезе медицинских организаций и профилей.

### Информационное сопровождение застрахованных лиц при проведении профилактических осмотров и диспансерном наблюдении – возможности «красной и желтой ламп»

Информация по данному направлению полностью синхронизируется с ЕГИСЗ Пензенской области, обновления происходят в ежедневном режиме по всем направлениям. Это позволяет МО в разрезе

каждого врачебного участка оперативно сформировать список застрахованных, нуждающихся в диспансерном учете, а также взять на контроль пациентов, перенесших инфаркт и инсульт, которых необходимо своевременно обеспечить лекарственными препаратами.

Для данного направления включен такой раздел, как досье застрахованного лица, где содержатся персональные данные о пациенте, его прикрепление к определенной МО, номер участка, информация о лечащем враче и т.д.

Информационный ресурс в части работы с гражданами, подлежащими диспансеризации, предоставляет:

- сведения о лицах из числа выбравших данную МО для оказания первичной медико-санитарной помощи, включенных в списки для проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации и диспансерного наблюдения в текущем календарном году в соответствии с планом проведения диспансеризации;
- планы-графики проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, и диспансеризации на текущий календарный год с поквартальной/помесячной разбивкой в разрезе терапевтических участков (участков врача общей практики, фельдшерских участков);
- сведения о застрахованных лицах, находящихся под диспансерным наблюдением в МО на текущий календарный год.



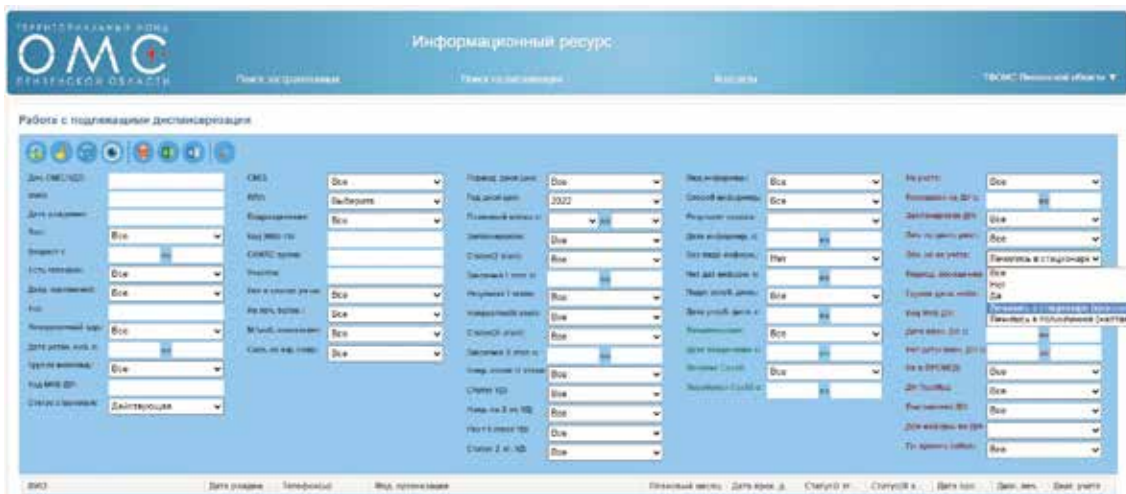


Рис. 3

Все сведения выгружаются персонафицировано в файлы формата Excel, что значительно облегчает работу участкового врача.

Кроме того, для удобства использования функционируют фильтры для работы с застрахованными гражданами, подлежащими диспансеризации и диспансерному наблюдению (рис. 3).

В информационный ресурс загружен дополнительный объем сведений с данными о присвоенной

группе здоровья по результатам диспансеризации и выявленных хронических заболеваний у застрахованных граждан Пензенской области.

Ведущим преимуществом данного раздела информационного ресурса является контроль за своевременностью постановки застрахованных граждан на диспансерный учет, а также за соблюдением сроков посещения врача по диспансерному наблюдению.

### Информационное сопровождение застрахованных лиц при диспансерном наблюдении

*В информационном ресурсе добавлен дополнительный объем сведений с данными о присвоенной группе здоровья по результатам диспансеризации и выявленных хронических заболеваний у застрахованных граждан Пензенской области*

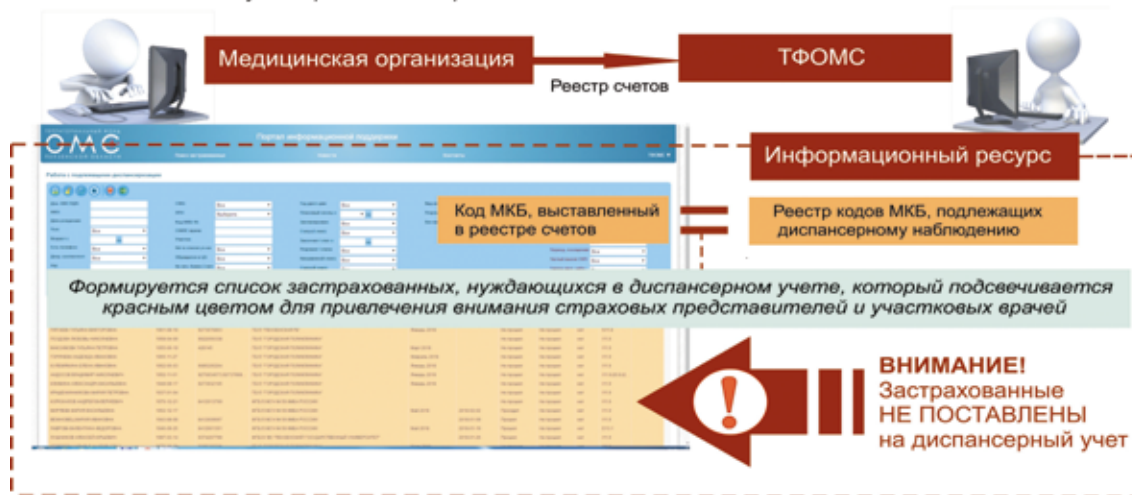


Рис. 4

С этой целью для МО разработан **функционал «Красная лампа»**, который содержит информацию о пациентах, выписавшихся из круглосуточного стационара с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом (рис. 4).

Еще добавлен **функционал «Желтая лампа»**. В нем содержится информация о лицах, которым по итогам проведения профилактических мероприятий (профосмотра, диспансеризации, в том числе углубленной) выставлены диагнозы заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению в соответствии с приказом МЗ РФ от 29.03.2019 № 173 «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», и не стоящих на диспансерном наблюдении.

наблюдением и не прошедшего диспансерный прием (осмотр, консультацию) на момент осуществления информирования, о необходимости прохождения диспансерного осмотра в текущем году в установленные сроки;

- предоставление сведений о способах первичного и повторного информирования СМО застрахованного лица;
- актуализация и предоставление сведений о застрахованных лицах, включенных в списки для проведения медицинского осмотра в рамках первого этапа диспансеризации;
- предоставление сведений о застрахованных лицах, направленных на второй этап диспансеризации, перечне дополнительных обследований и ос-

### Экспертное мнение:

Заместитель главного врача по поликлинической части ГБУЗ «Городская поликлиника» И.К. Мартина: *«Функционал «красная лампа» и «желтая лампа» служит подсказкой в работе с диспансерной группой, так как предоставляет уникальную возможность каждому врачу на своем участке устанавливать диспансерное наблюдение без нарушений требований нормативных документов, а значит, действовать во благо здоровья пациента».*

Информационный ресурс обеспечивает:

- обновление сведений о застрахованных лицах, прошедших профилактический медицинский осмотр, в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смерти населения;
- обновление сведений о застрахованных лицах, начавших прохождение диспансеризации;
- обновление сведений о застрахованных лицах, завершивших первый этап диспансеризации;
- обновление сведений о застрахованных лицах, направленных на второй этап диспансеризации;
- обновление сведений о застрахованных лицах, завершивших второй этап диспансеризации;
- размещение сведений об индивидуальном информировании застрахованных лиц;
- предоставление сведений о датах первичного и повторного информирования СМО застрахованного лица, находящегося под диспансерным

мотров врачами-специалистами, назначенных застрахованным лицам к выполнению на втором этапе диспансеризации для уточнения диагноза заболевания, а также сведений о застрахованных лицах, направленных на диспансерное наблюдение.

Указанная выше информация, поддерживаемая в актуальном состоянии, может использоваться страховыми представителями в режиме онлайн при рассмотрении обращений граждан.

Функционал позволяет просматривать и скачивать размещенные МО графики работы лечебных учреждений, включая режим работы отделений (кабинетов) для прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе в вечерние часы и в субботу, а также выездных мобильных бригад с указанием адресов их работы (рис. 5).

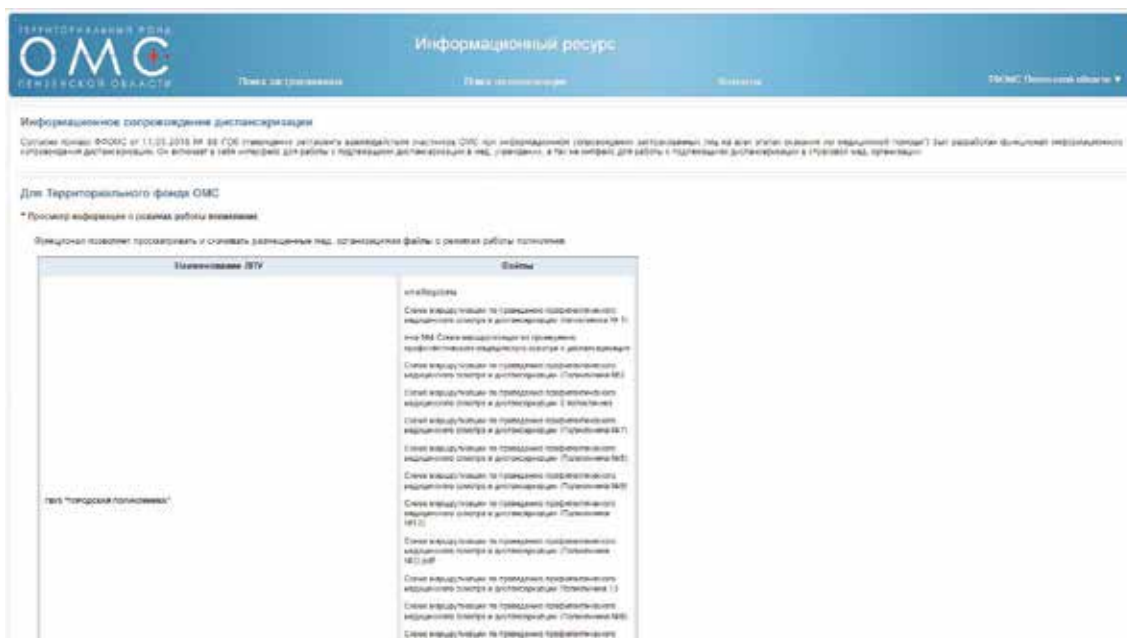


Рис. 5

### Регистр лиц, имеющих ЗНО, дополнен сведениями о лицах, имеющих подозрение на онкопатологию

В соответствии с действующими нормативными документами в режиме онлайн на информационном ресурсе ТФОМС Пензенской области ведется индивидуальная история страховых случаев застрахованного лица с онкологическими заболеваниями (рис. 6).

Данное направление дополнено персонифицированным списком застрахованных лиц, у которых выявлено подозрение на онкологическое заболевание. Работа страховых представителей по телефону с каждым пациентом обеспечивает, в том числе, исполнение предельных сроков ожидания при подозрении на онкологическое заболевание, консультаций онкологов и проведение лабораторно-диагностических исследований, предусмотренных территориальной программой ОМС. В отдельных случаях – выявлять лиц, которые не были информированы врачом о наличии подозрений на онкопатологию, или которые не хотят проходить лечение.

Формирование индивидуальной истории страховых случаев застрахованного лица с онкологическим

заболеванием, а также с подозрением на онкологическое заболевание происходит на основе:

- сведений реестров-счетов на оплату медицинской помощи на всех этапах ее оказания, по случаям подозрения на онкологическое заболевание или установленного диагноза онкологического заболевания, по впервые выявленным заболеваниям или продолжающегося лечения;
- результатов работы страховых представителей непосредственно с застрахованным лицом, имеющим онкологическое заболевание или подозрение на него.

Информационный ресурс позволяет получить сведения и отчеты о застрахованных гражданах со злокачественным новообразованием (ЗНО):

- сведения по впервые выявленным ЗНО;
- сведения по впервые выявленным ЗНО (МКБ в разрезе стадий);
- сводный отчет взятых на диспансерный учет;
- сводный отчет по людям с подозрениями;
- пролеченные ЗНО по уровням КСГ;
- пролеченные ЗНО по полу и возрастам;
- пролеченные ЗНО по стадийности;

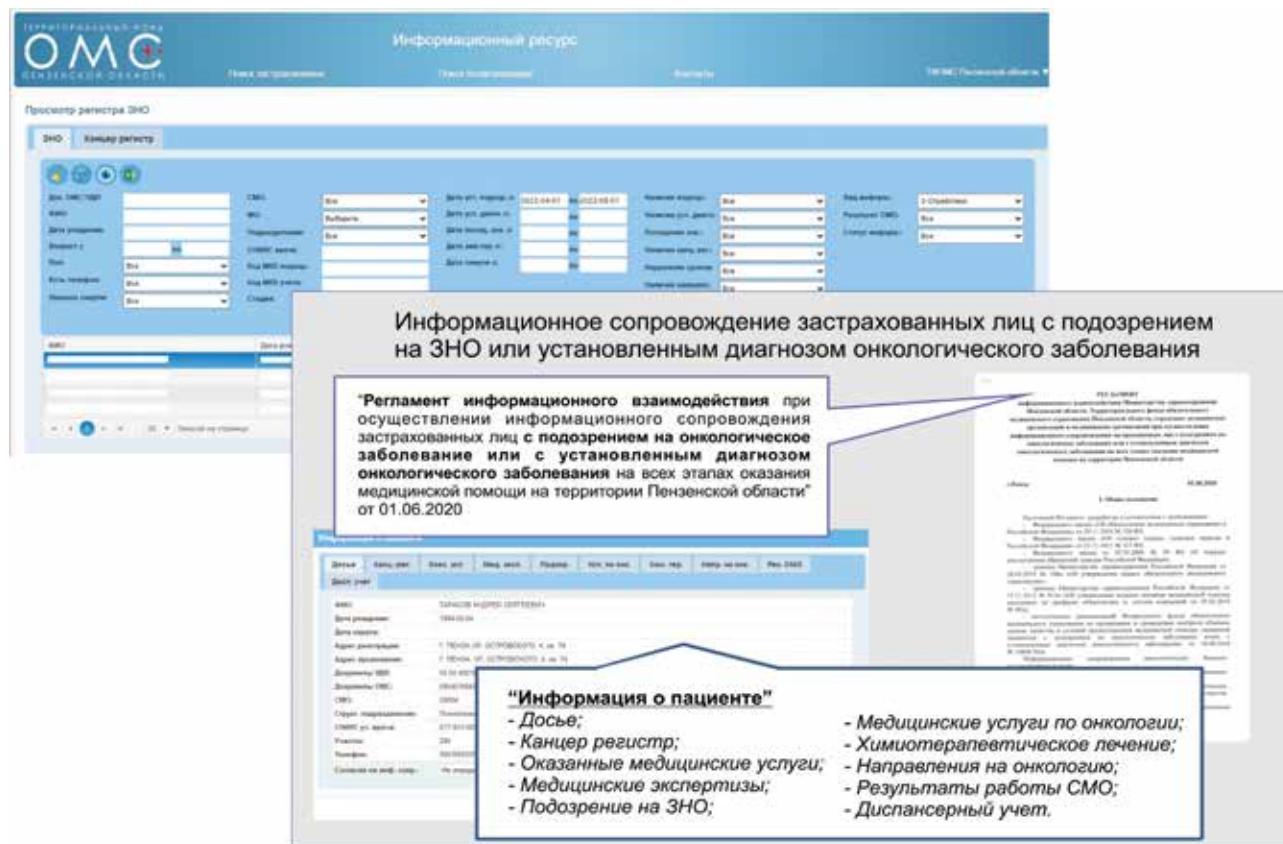


Рис. 6

- сводный отчет по принятым мерам;
- впервые выявленные ЗНО по месяцам.

### Учет медицинских экспертиз – удобный функционал для всех участников информационного обмена

Специалистами ТФОМС Пензенской области разработан современный и удобный функционал для всех участников информационного обмена – раздел «Экспертиза», который обеспечивает возможность проведения всех этапов экспертизы: от назначения эксперта, формирования актов экспертиз и их подписания квалифицированной электронной подписью со стороны эксперта и МО до оперативного просмотра результатов экспертизы, плана мероприятий по устранению нарушений, а также формирования протоколов разногласий. Кроме того, обеспечивается возможность проведения реэкс-

пертизы. В данном разделе размещены фильтры по систематизации экспертиз: по профилям оказания медицинской помощи, по условиям оказания медицинской помощи, кодам МКБ-10, по КСГ, ВМП и т.д.

Представители СМО в разделе «Экспертиза» имеют возможность работать со вкладками, с помощью которых группируют случаи экспертиз в тематики, определяют вид экспертизы, формируют задание врачу-эксперту (схема 2):

- **Вкладка «случаи»** (принятые к оплате случаи оказания медицинской помощи) – для МО отображаются принятые к оплате случаи оказания медицинской помощи только по своему учреждению, для СМО – только по своим застрахованным;
- **Вкладка «поводы»** (выбор поводов по целевым и тематическим экспертизам) – работа с фильтрами в режиме реального времени в разрезе МО, фор-

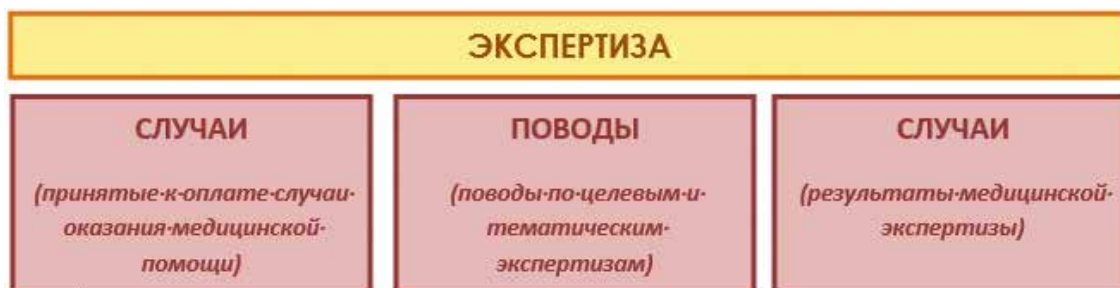


Схема 2

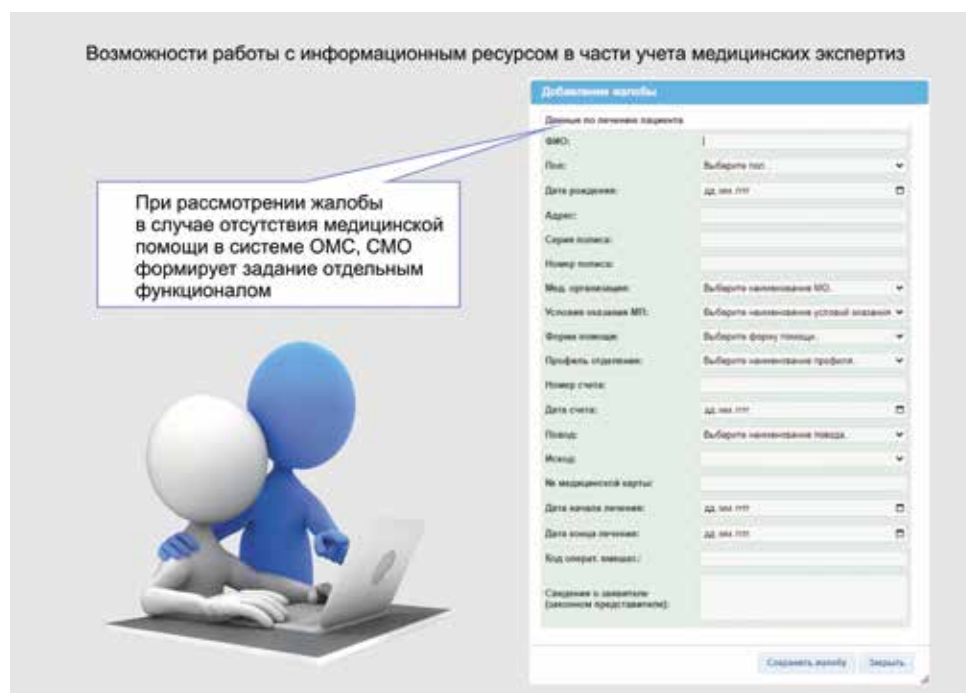


Рис. 7

мирование свода по поводам, группировка случаев в акты, формирование информации по жалобам. При рассмотрении жалоб на Информационном ресурсе в случае отсутствия медицинской помощи в системе ОМС, СМО формирует задание отдельным функционалом: вносит персональные данные застрахованного, условия оказания медицинской помощи, форму помощи, профиль отделения, номер медицинской карты и т.д. (рис. 7);

- **Вкладка «акты»** – группировка актов, определение типа экспертизы, формирование задания для конкретного врача-эксперта, возможность формирования экспертного заключения, подпи-

сания ЭЦП. В случае, если акт содержит дефекты качества медицинской помощи, МО не может подписать акт без формирования соответствующего Плана мероприятий. Одновременно реализована функция подписания акта экспертизы со стороны учреждения здравоохранения с разногласиями (рис. 8).

### «Телемедицина» – отдельный раздел Информационного ресурса

В целях реализации требований приказа Минздрава России от 28.01.2019 № 108н «Об утверждении Правил ОМС» в части применения МО методов

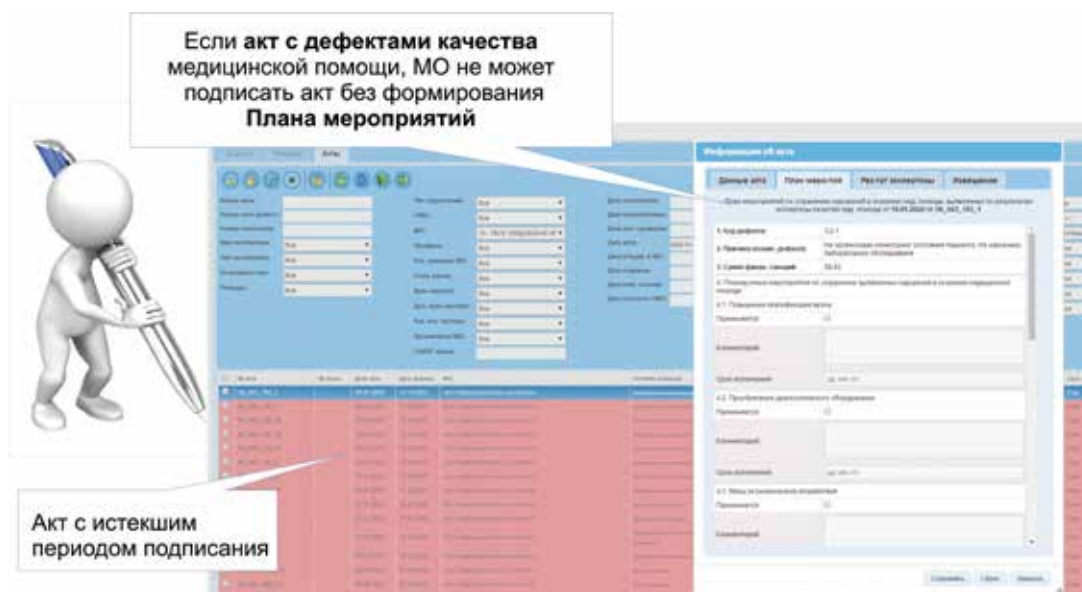


Рис. 8

### Экспертное мнение:

Директор филиала АО «МАКС-М» в г. Пензе, региональный представитель Всероссийского союза страховщиков на территории Пензенской области Д.А. Гагаринский:

*«Возможности информационного ресурса позволяют исключить файловый обмен информацией, бумажные носители для «бездефектных» актов, обеспечить контроль за сроками проведения экспертиз до момента их подписания медицинскими организациями, а также автоматически сформировать достоверную информацию из единого источника, включая таблицы 6, 8, 10 отчетной формы № 3ПЗ».*

профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении телемедицинских консультаций национальными исследовательскими центрами; приказа ФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при ОМС»; письма ФОМС от 05.08.2019 № 9710/30-1/и был разработан и согласован «Регламент информационного взаимодействия Министерства здравоохранения Пензенской области, ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Пензенской области», ТФОМС Пензенской области и СМО по осуществлению контроля выполнения МО рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров с применением телемедицинских

технологий» от 01.07.2019 (далее Регламент информационного взаимодействия).

В рамках Регламента информационного взаимодействия ГБУЗ «Территориальный центр медицины катастроф Пензенской области» в течение одного рабочего дня формирует и размещает на Информационном ресурсе заявки от МО на телемедицинскую консультацию, а также сведения о дате их проведения.

Государственные учреждения здравоохранения, подведомственные Министерству здравоохранения Пензенской области, в течение одного рабочего дня с даты проведения телемедицинских консультаций, размещают на Информационном ресурсе в разделе «Телемедицина» информацию о застрахованных лицах, в отношении которых были получены данные рекомендации.

ТФОМС Пензенской области в течение одного рабочего дня после получения сведений о наличии телемедицинских консультаций определяет на Информационном ресурсе поводы для СМО в целях проведения очной экспертизы, которые, в свою очередь, в течение двух рабочих дней проводят медико-экономическую экспертизу.

Кроме того, ежемесячно на Информационном ресурсе, по итогам МЭК, ТФОМС Пензенской области обновляет сведения по принятым к оплате случаям лечения, в рамках которых пациентам была оказана телемедицинская консультация, после чего данные сведения становятся доступны СМО в целях проведения экспертной оценки в рамках экспертизы качества медицинской помощи.

На основании результатов проведенных экспертиз Информационный ресурс позволяет формировать федеральную отчетную форму «Отчет НМИЦ. Результаты проведения СМО контрольно-экспертных мероприятий по случаям оказания МО субъектов РФ МП с применением рекомендаций медицинских работников НМИЦ при проведении телемедицинских консультаций/консилиумов».

### Прикрепление к МО – полная синхронизация данных

Участниками информационного обмена данными о прикрепленном населении являются ТФОМС Пензенской области, МО, имеющие прикрепленное население в части получения первичной медико-санитарной помощи, и СМО, действующие на территории Пензенской области. МО ведут учет прикрепленного населения в ЕГИСЗ Пензенской области. Взаимодействие между участниками процесса и синхронизация

данных осуществляются посредством сервисов информационного обмена, функционирующих на Информационном ресурсе. Сведения о прикреплении используются:

- при выписке направлений;
- при обработке реестров счетов за оказанные медицинские услуги;
- для отправки в центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц;
- для исключения дублирующих записей и двойного финансирования.

На информационном ресурсе реализованы следующие возможности:

#### Для МО:

1. Прикрепление граждан к МО и медперсоналу участковой службы по заявлению о выборе МО (не чаще 1 раза в год, с обязательным прикреплением копии заявления).
2. Обеспечение оперативного изменения информации о прикреплении к врачу и среднему медицинскому персоналу участковой службы при необходимости (новый врач в штате, смена врача на участке, реструктуризация участков и т.п.).
3. Открепление от МО граждан, снятых с учета в региональном сегменте единого регистра застрахованных как умерших или выбывших с территории страхования, а также имеющих недействительные полисы ОМС.
4. Обеспечение контроля за соответствием данных ЕГИСЗ Пензенской области аналогичной информации на Информационном ресурсе.
5. Передача в СМО сведений о прикреплении граждан согласно договорам на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

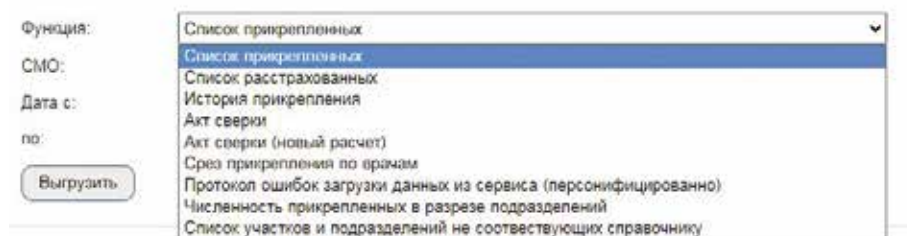


Рис. 9

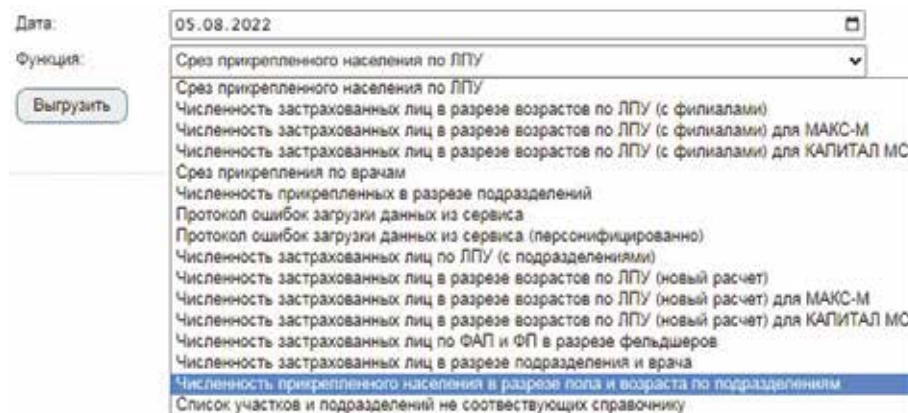


Рис. 10



Рис. 10

#### 6. Выгрузка сводных отчетов (рис. 9).

##### Для СМО:

1. Обеспечение контроля по состоянию на 1-е число отчетного месяца за сведениями о застрахованных в СМО лицах, прикрепленных к МО на Информационном ресурсе.

2. Выгрузка сводных отчетов (рис. 10).

##### Для ТФОМС:

1. Осуществление автоматизированного форматно-логического контроля полученных от МО данных, общий контроль за прикреплением всех застрахованных лиц к МО и врачам участковой службы, контроль ошибок прикрепления.

2. Внесение в Единый регистр застрахованных изменений данных о прикреплении застрахованных лиц в соответствии с информацией, полученной от МО.

3. Предоставление доступа к Информационному ресурсу для СМО и МО с разграничением прав доступа.

4. Ежемесячное размещение на Информационном ресурсе актов сверки численности застрахованных лиц, выбравших МО для оказания амбулаторной медицинской помощи в разрезе МО и СМО по состоянию на 1-е число месяца.

5. Выгрузка сводных отчетов (рис. 11).

В сфере ОМС используется большое количество информации, которая выступает одним из основных ресурсов, способных влиять на процесс управления пациентоориентированной моделью.

Информационный ресурс ТФОМС Пензенской области – гибкая система, быстро перестраивающаяся под конкретные задачи, обеспечивающая эффективную взаимосвязь между ее участниками по информационному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи с выстраиванием устойчивой коммуникации с гражданами.



УДК 614.2

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В РЕАЛИЗАЦИИ ЗАДАЧ РЕГИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «БОРЬБА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»

*В.М. Туруло, И.А. Тарутина, Н.Ю. Свириденко*



Туруло В.М.



Тарутина И.А.



Свириденко Н.Ю.

Территориальный фонд  
обязательного медицинского  
страхования Брянской области

### Реферат

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний умирают более 17 млн человек. Болезни системы кровообращения (БСК) занимают первое место среди причин смертности населения Российской Федерации. Ишемическая болезнь сердца и инсульт уносят больше всего человеческих жизней. С целью снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на национальном и региональном уровнях реализуется федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

### Ключевые слова:

*обязательное медицинское страхование, медицинская информационная система, федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», снижение смертности от болезней системы кровообращения.*

### Для корреспонденции

#### Туруло Виктор Михайлович

*Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования  
Брянской области*

Тел.: +7(4832) 30-41-00  
E-mail: tfomsbrk@yandex.ru

#### Тарутина Ирина Александровна

*Заместитель директора Территориального фонда обязательного медицин-  
ского страхования Брянской области*

Тел.: +7 (4832) 30-41-12  
E-mail: tfomsbrk@yandex

#### Свириденко Наталья Юрьевна

*Начальник управления информационных технологий Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования Брянской области*

Тел.: +7 (4832) 30-41-17  
E-mail: tfomsbrk@yandex

*Адрес: 241050, Брянск, ул. Софьи Перовской, д. 83*

Основной задачей реализации региональной программы Брянской области по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями является снижение смертности от БСК к 2024 году до 670,2 случая на 100,0 тыс. населения (рис. 1).

Уровень смертности от БСК в регионе выше, чем по РФ, и составлял в 2018 году 743,0 на 100 тыс. населения (в РФ – 573,6 на 100 тыс. населения). В 2019 году показатель смертности от БСК удалось снизить. На фоне ограничительных мероприятий, действующих на территории Брянской области в 2020–2021 годах, смертность от БСК увеличилась.

В структуре причин смерти от БСК в 2021 году первое место занимают цереброваскулярные заболевания, второе, с небольшой разницей, – хронические формы ишемической болезни сердца (рис. 2).

Для решения проблемы высокой смертности от БСК и с целью улучшения качества оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме (ОКС) и остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК), в Брянской области разработан блок медицинской информационной системы, позволяющий реализовать функции контроля над всеми этапами оказания медицинской помощи таким пациентам.

Во всех медицинских организациях Брянской области, работающих в системе обязательного медицинского страхования, внедрена и успешно функционирует медицинская информационная система «Мед-Комплит», разработанная компанией «Офисные технологии».

Все медицинские работники, использующие данную систему, имеют доступ в личный кабинет, где отражается информация о диспансерном учете, консультациях, вызовах скорой медицинской помощи и пр.

Руководителю Регионального сосудистого центра, функционирующего на базе ГАУЗ «Брянская областная больница № 1», а также главному внештатному кардиологу Департамента здравоохранения Брянской области – главному

врачу «ГАУЗ Брянский областной кардиологический диспансер» в личном кабинете «Мед-Комплит» доступна функция «Мониторинг сердечно-сосудистых заболеваний» (далее – ССЗ-Мониторинг) (рис. 3).

Мониторинг отображает всех выписанных/умерших пациентов с ОКС, ОНМК в рамках заданного периода. В списочной части отображается следующая информация:

- персональные данные пациентов;
- данные о вызовах скорой медицинской

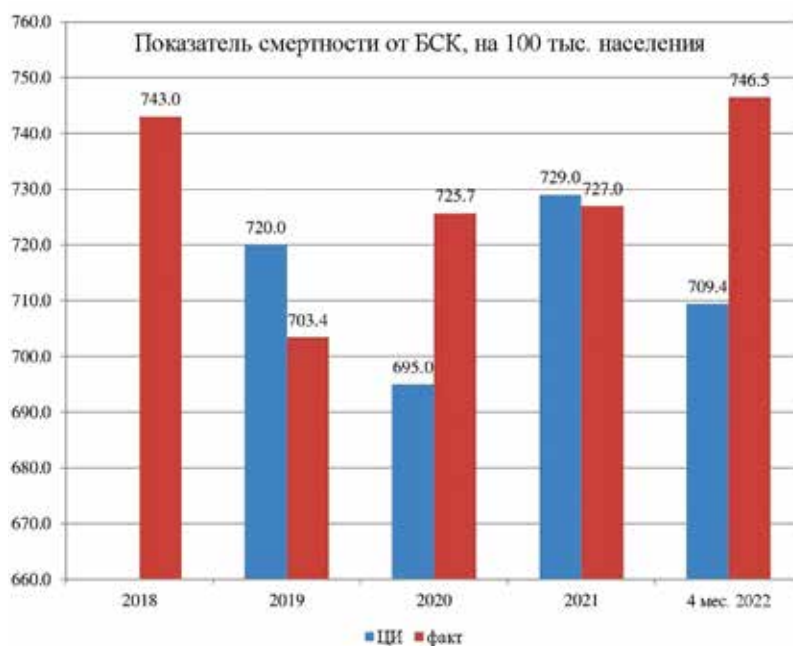


Рис. 1. Выполнение показателя смертности от БСК

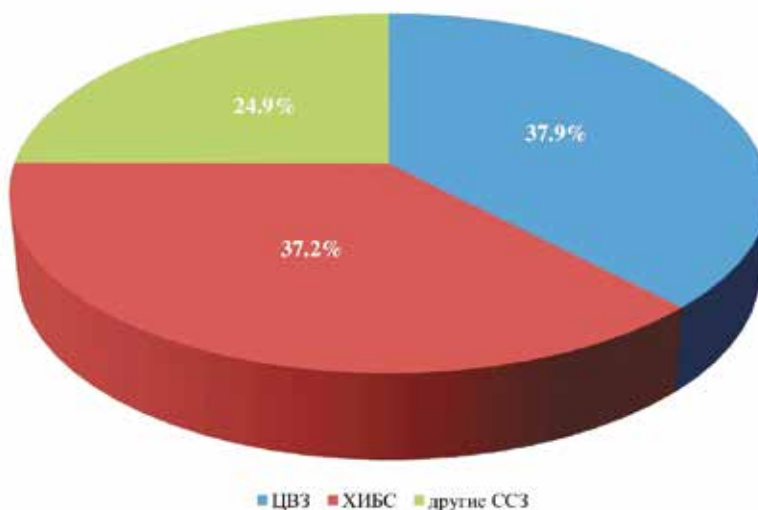


Рис. 2. Структура причин смерти от БСК в 2021 году

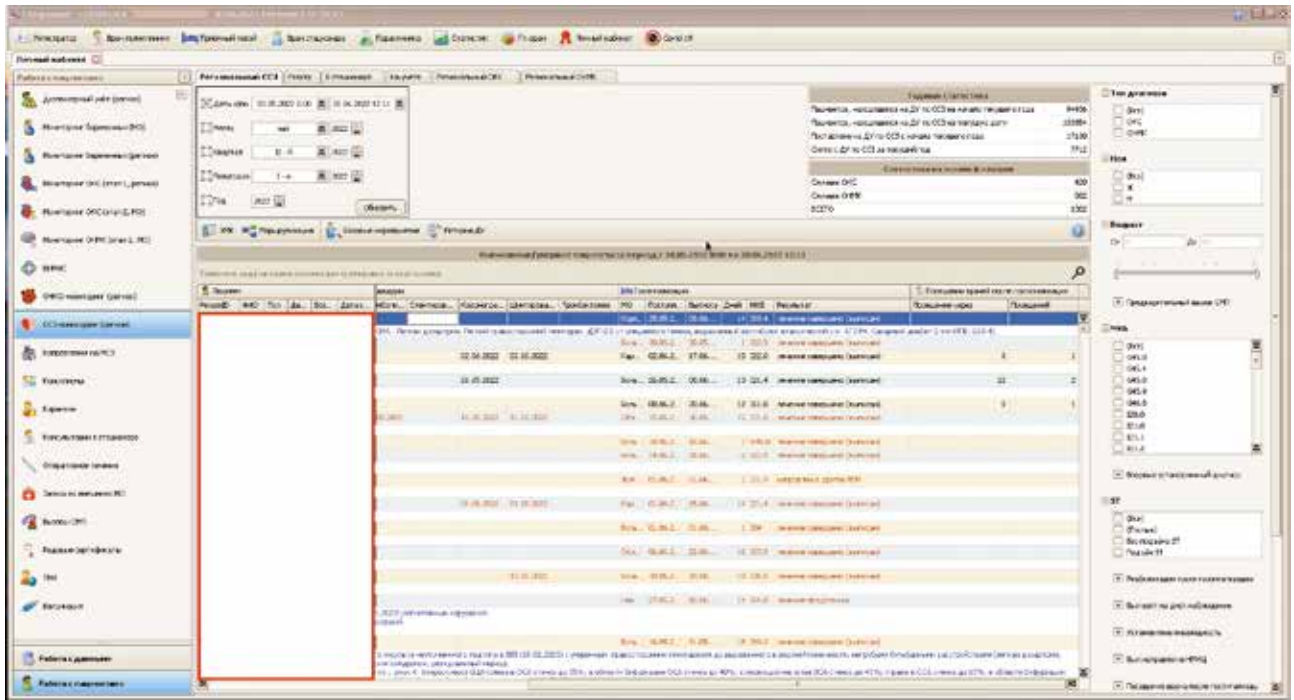


Рис. 3. ССЗ-Мониторинг

- сведения о госпитализации в «острый период» (наименование медицинской организации, дата поступления, дата выписки, количество проведенных койко-дней, код по МКБ-10, результат лечения);
- проводимые процедуры (тромболизис, тромбаспирация/тромбэкстракция, компьютерная ангиография);
- сведения о проведенных операциях (стентирование сонных артерий, открытая эндартэкто-

мия, вентрикулостомия, удаление внутримозговой гематомы);

- данные о прохождении реабилитации;
- посещения пациентом терапевта или невролога после госпитализации, в том числе и постановка на диспансерный учет.

Для удобства работы с данными пользователям доступны фильтры по всем вышеперечисленным параметрам.

Также выделены сведения по пациентам, сроки маршрутизации которых нарушены. Детальную маршрутизацию можно посмотреть в отдельном окне (рис. 4).



Рис. 4. Сведения о маршрутизации пациента

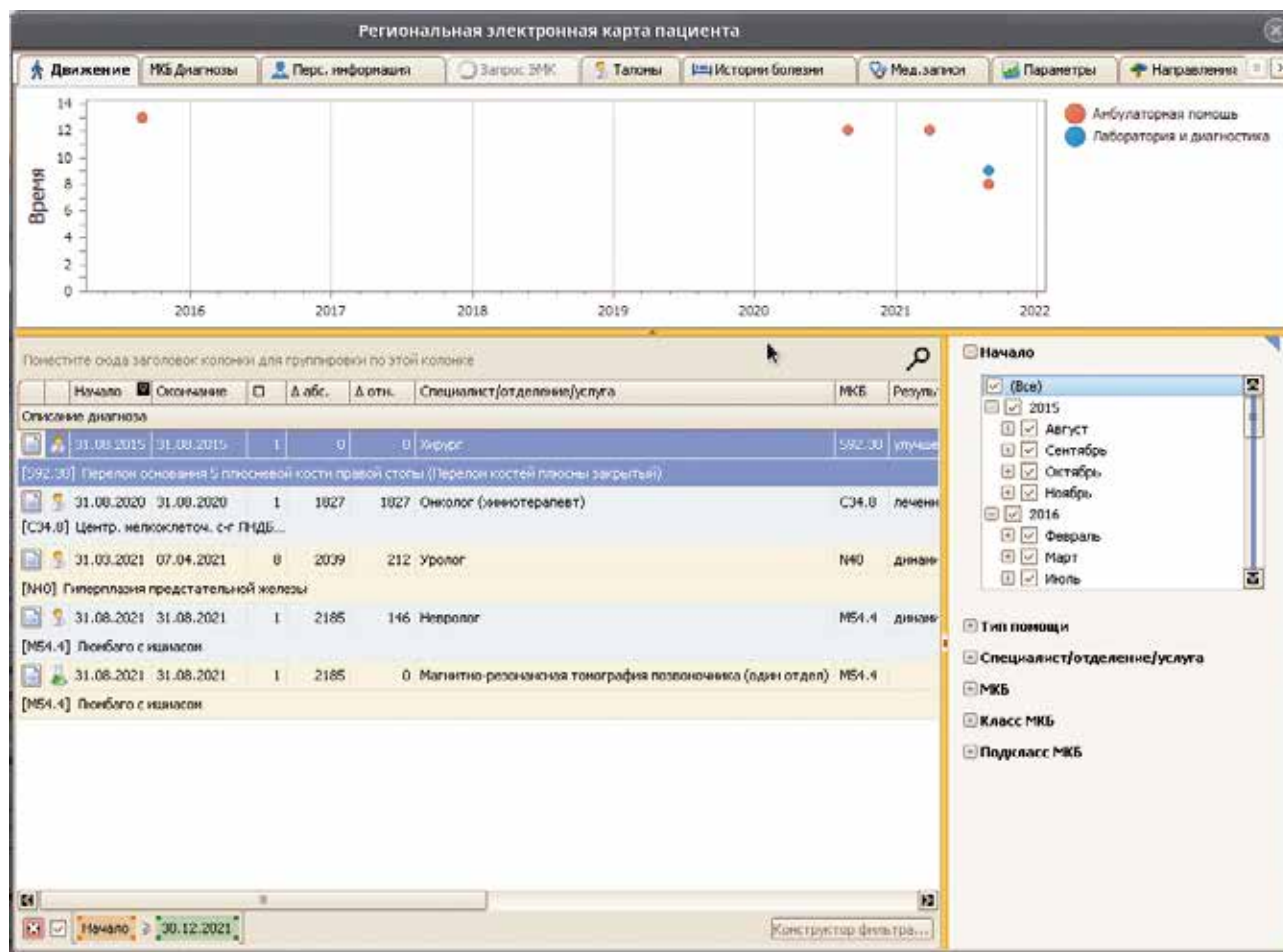


Рис. 5. История обращений пациента за медицинской помощью

По каждому пациенту можно запросить электронную медицинскую карту (как региональную, так и локальную в рамках данной медицинской организации). Информация о движении пациента отображается как структурированно, так и в виде диаграммы (рис. 5).

По каждому пациенту доступна информация о «базовых» мероприятиях: сбор анамнеза пациента, проведенные лабораторно-диагностические исследования, полученные консультации специалистов, сведения о госпитализации, проведенные консилиумы, информация о льготных рецептах (рис. 6).

В разделе «реестр пациентов» находится сводная информация, для удобства отбора данных также предусмотрены различные критерии (рис. 7).

В данном разделе отражены сведения о наличии или отсутствии инвалидности и о диспансерном учете.

Пользователям доступна информация о пациентах, находящихся на лечении в стационаре в медицинских организациях Брянской области, в виде таблицы и диаграммы (рис. 8).

В виде диаграммы представлена информация об изменениях показателей артериального давления и холестерина по каждому пациенту в период его лечения (рис. 9).

Пользователям доступна сводная информация для проведения анализа:

- количество пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по сердечно-сосудистым заболеваниям на начало текущего года и на текущую дату;
- количество пациентов, поставленных на диспансерный учет по сердечно-сосудистой патологии с начала текущего года;
- количество пациентов, снятых с диспансерного учета за текущий год.

The screenshot shows a web application window titled "Медицинская организация". Below the title bar, there is a section "Сведения о пациенте" (Patient Information) with the following fields:

Возраст	Дата рождения	Группа крови	Образование	Телефон
62 года				

Below these fields are text input areas for "Адрес проживания" (Residence address) and "Адрес регистрации" (Registration address). There is also a large empty text area labeled "Информация" (Information). Below the patient information section, there are several expandable menu items:

- Анамнез (4)
- Диагностика (14)
- Консультации специалистов (4)
- Консилиумы
- Информация о госпитализациях (1)
- Информация о льготных рецептах (6)

Рис. 6. Информация о пациенте

The screenshot shows a window titled "Условия" (Conditions) for filtering patient data. It contains several sections with radio buttons and dropdown menus:

- Medical Organization:** Radio buttons for "Все пациенты", "Вновь поставленные", "В стационаре", and "В мед. организации".
- Medical Organization:** A dropdown menu for selecting the organization.
- Dates:** Radio button "Даты с/по" with date range "30.06.2022 0:00" to "30.06.2022 23:59".
- Month:** Radio button "Месяц" with dropdown "июнь" and "2022".
- Quarter:** Radio button "Квартал" with dropdown "II - й" and "2022".
- Semester:** Radio button "Полугодие" with dropdown "I - е" and "2022".
- Year:** Radio button "Год" with dropdown "2022".
- Patients:** Radio buttons for "все", "на учете с", and "сняты с".
- Under Control:** Radio buttons for "не важно", "у любого", and "у меня".
- Diagnoses:** Radio buttons for "все", "ОКС", "ОНМК", and "кардиомониторинг".

At the bottom, there are "Сохранить" (Save) and "Отменить" (Cancel) buttons.

Рис. 7. Критерии отбора информации для формирования реестра пациентов

Таким образом, ССЗ-Мониторинг позволяет специалистам, отвечающим за организацию оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, иметь доступ к данным каждого пациента, перенесшего ОКС или ОНМК, как на этапе стационара, так и после его выписки, с целью контроля своевременности и качества оказания медицинской помощи. Также программа дает возможность проводить анализ по группам пациентов с различными показателями в максимально короткие сроки и корректировать деятельность медицинских организаций, в которых допускаются

дефекты при оказании медицинской помощи этим категориям больных.

В личный кабинет дежурных врачей Регионального сосудистого центра добавлен функционал «Описание ЭКГ» (рис. 10). Функционал создан с целью помощи медицинским работникам первичного звена, в том числе и персоналу бригад скорой медицинской помощи, в части диагностики острых заболеваний и состояний сердечно-сосудистой системы.

При появлении в системе данных нового исследования, для их своевременной обработки, врач получает звуковое уведомление в интерфейсе

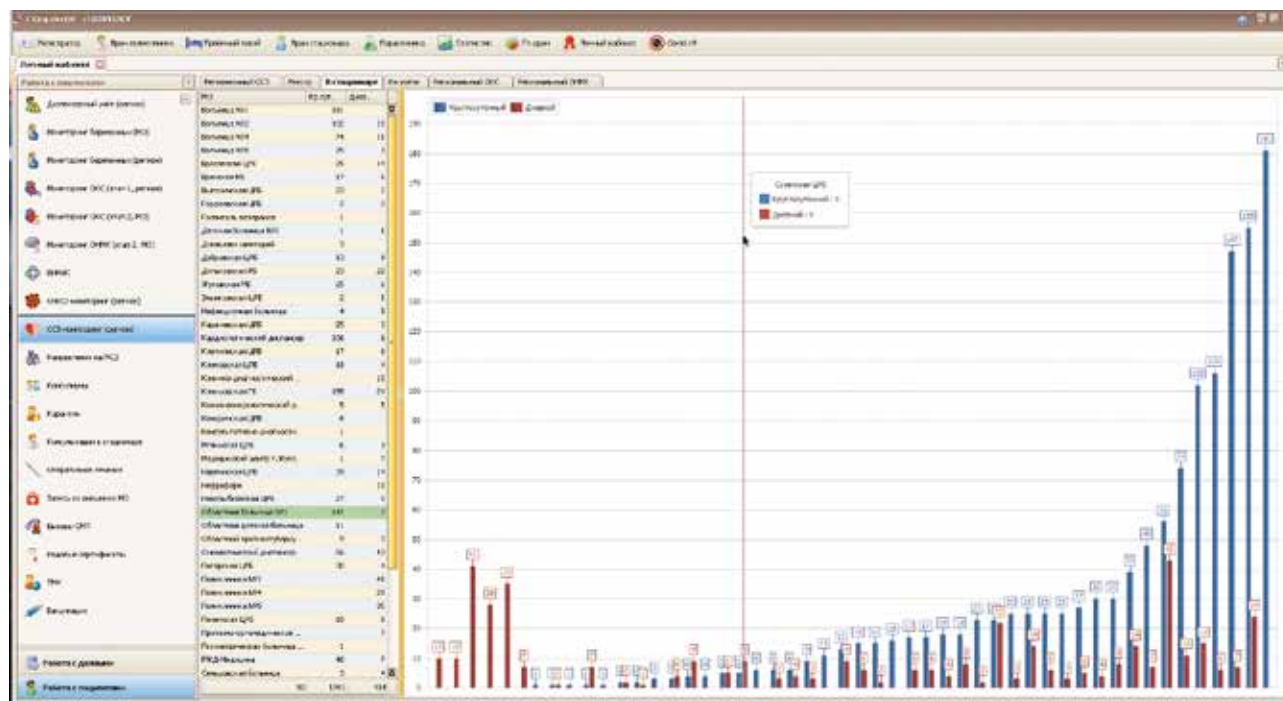


Рис. 8. Информация о пациентах, находящихся на лечении в стационарах области

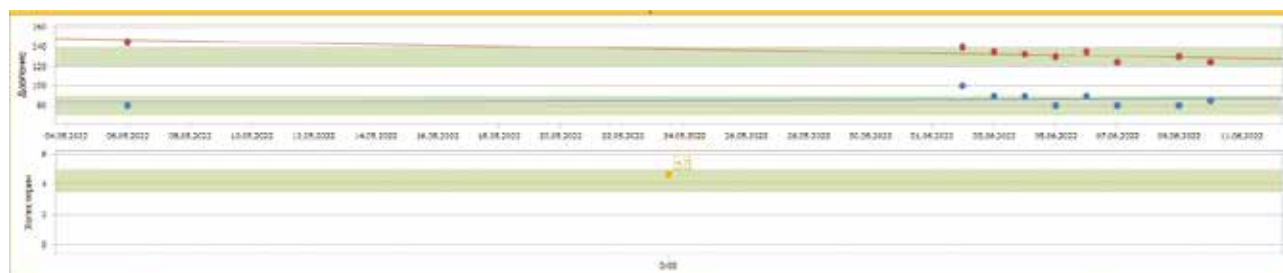


Рис. 9. Отражение динамики показателей по пациенту

программы, а также на телефон. Дежурный врач функциональной диагностики осуществляет расшифровку и описание переданных дистанционно данных электрокардиограммы, после чего просмотр результатов доступен исполнителю.

Функционал работает круглосуточно в режиме реального времени и позволяет максимально сократить количество ошибок в диагностике ОКС в момент первого контакта медицинского работника с пациентом. Это помогает исключить ошибки в маршрутизации пациентов и сократить время довоза для дальнейшего максимально эффективного применения высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

С целью соблюдения преемственности оказания медицинской помощи пациентам, перенесшим ОКС в амбулаторных условиях, в личном кабинете врача поликлиники доступен «Мониторинг ОКС (2-й этап)» (рис. 11, 12). Здесь отображается информация о выписанных пациентах, прикрепленных к медицинской организации, с диагнозом ОКС.

Доступна необходимая информация для контроля пациента с ОКС в плане реабилитации и оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Для удобства врачей изменения показателей артериального давления и холестерина по времени представлены графически. Также на диаграмме по каждому показателю отображается линия тренда регрессии, позволя-



Рис. 10. Функционал «Описание ЭКГ»

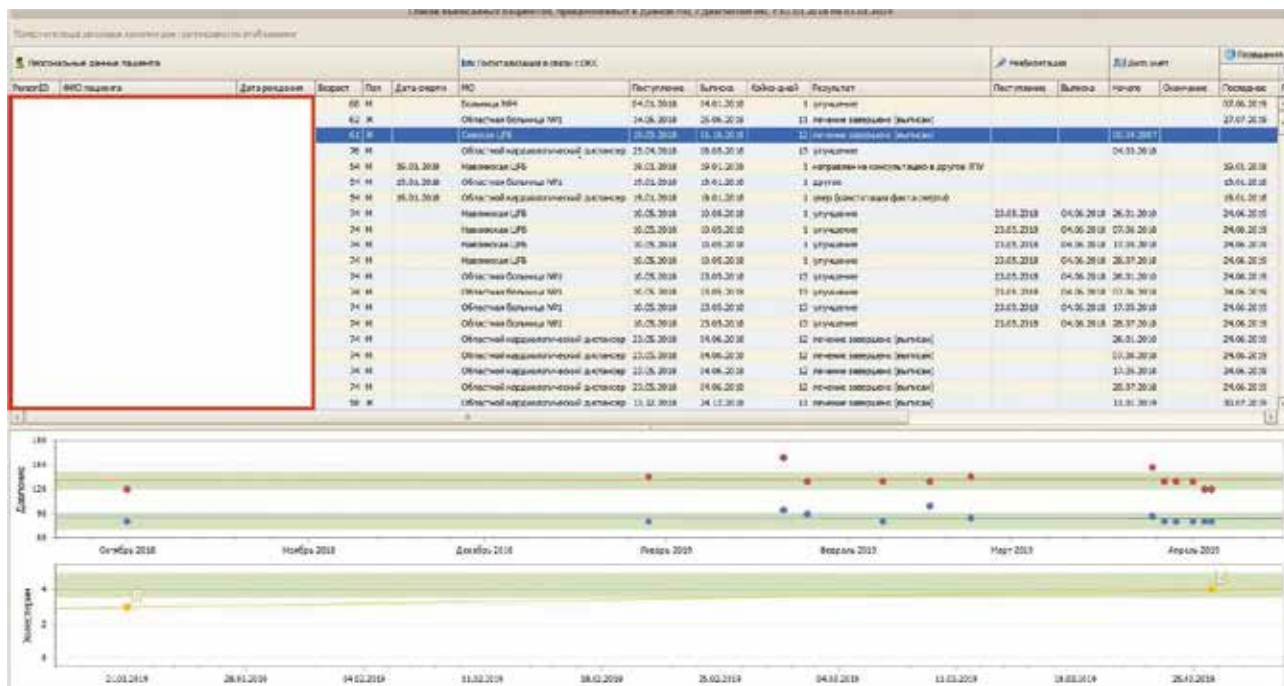


Рис. 11. Мониторинг ОКС (2-й этап)

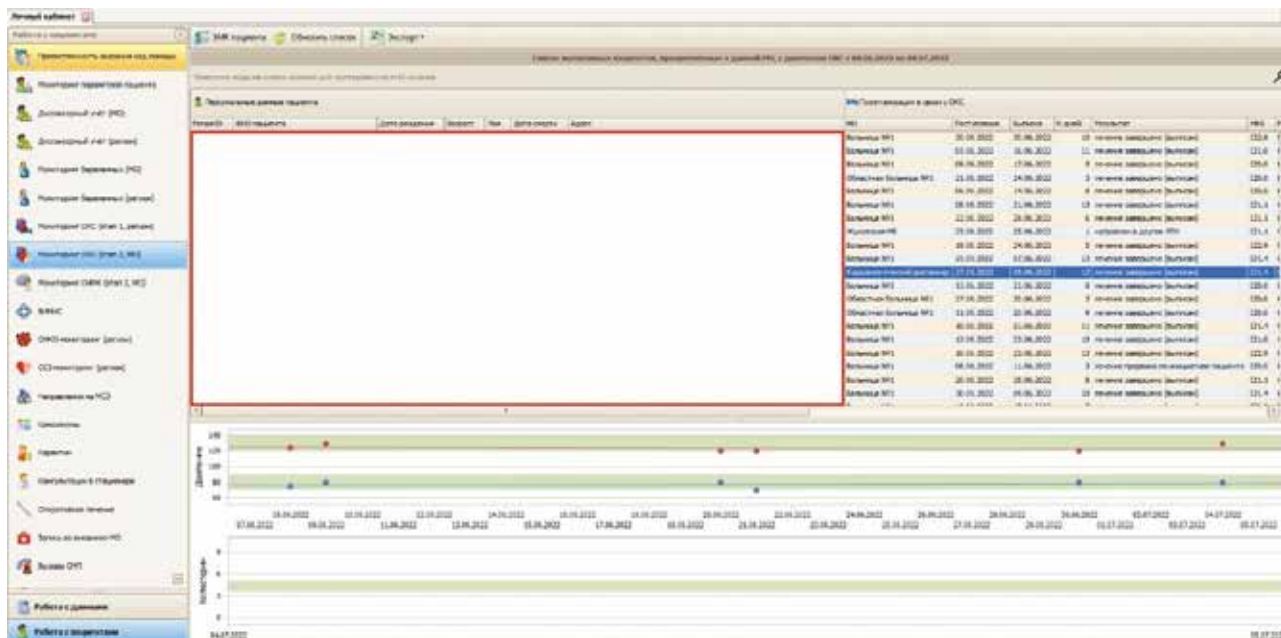


Рис. 12. Мониторинг ОКС (2-й этап)

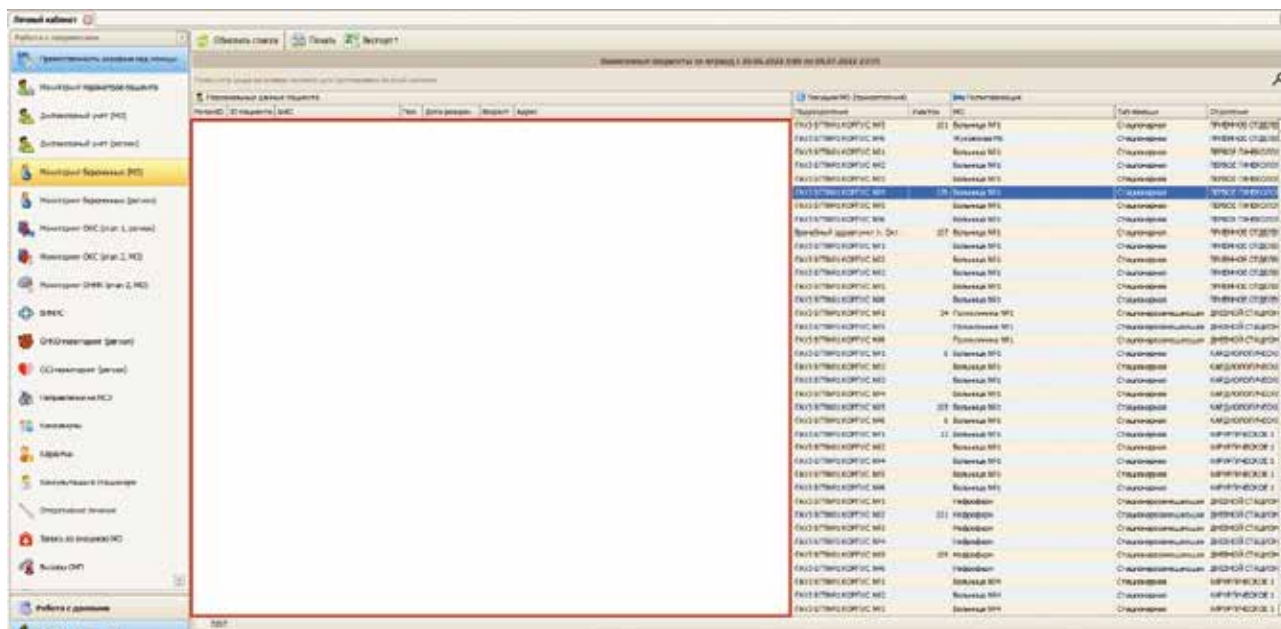


Рис. 13. Раздел «Преемственность»

ующая прогнозировать динамику изменения значений давления и холестерина, тем самым предупреждая появление осложнения у пациентов с ОКС. Здесь же осуществляется контроль над охватом диспансерным наблюдением пациентов, перенесших ОКС, и своевременностью их диспансерного наблюдения.

Подобный функционал для работы с пациентами, перенесшими ОНМК, в настоящий момент находится в разработке.

В разделе «Преемственность» (рис. 13) медицинской информационной системы реализован функционал, позволяющий организатору здравоохранения



The screenshot displays a complex data table with multiple columns. Key columns include: 'Идентификационный номер пациента' (Patient ID), 'Дата рождения' (Date of birth), 'Пол' (Gender), 'Дата постановки диагноза' (Date of diagnosis), 'Медицинская организация' (Medical organization), 'Дата госпитализации' (Date of hospitalization), 'Дата постановки на диспансерный учет' (Date of registration for ambulatory care), and 'Дата последнего посещения' (Date of last visit). The data rows represent individual patients, with their personal information and medical history details.

Рис. 14. Мониторинговая информационная система ТФОМС Брянской области

первичного звена (заместителю главного врача, заведующему поликлиникой, заведующему отделением) в ежедневном режиме получать доступ к данным пациентов, которые были выписаны из круглосуточного или дневного стационара всех медицинских организаций региона с любым диагнозом. Помимо персональных данных пациентов, места стационарного лечения, дат госпитализации и диагноза, с которым пациент проходил лечение, лечащий врач имеет возможность проверить, прошел ли пациент медицинскую реабилитацию (при необходимости), определить факт постановки каждого пациента на диспансерный учет по соответствующему коду МКБ-10 и дату последнего посещения с целью диспансерного наблюдения.

Кроме того, персонифицированная информация о пациентах, выписанных из медицинских организаций области по поводу ОКС или ОНМК и не состоящих на диспансерном учете, еженедельно направляется сотрудниками территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) в медицинские организации, имеющие прикрепленное население, с целью организации диспансерного наблюдения. Списки формируются методом сопоставления в информационной системе ТФОМС данных о фактах госпитализации пациентов по поводу ОКС или ОНМК и данных по диспансерному наблюдению.

Такой разносторонний контроль позволил увеличить охват диспансерным наблюдением пациентов, перенесших ОКС и ОНМК, с 58,9% в 2019 году до 79,8% за 6 месяцев 2022 года.

В ТФОМС Брянской области организован доступ к информации о диспансерном наблюдении застрахованных лиц, внесенной в медицинскую информационную систему «Мед-Комплит» медицинскими организациями (рис. 14). Обновление доступа к информации происходит 1 раз в сутки. Для анализа доступна следующая информация:

- персональные данные пациента;
- медицинская организация постановки на диспансерный учет;
- вид постановки на диспансерный учет;
- данные врача, поставившего на диспансерный учет;
- дата постановки на диспансерный учет;
- код диагноза по МКБ-10;
- группа диспансерного наблюдения;
- данные о посещениях пациента;
- информация о снятии с диспансерного учета.

Благодаря этому у сотрудников ТФОМС есть возможность проводить подробный анализ информации в разрезе медицинских организаций и профилей оказания медицинской помощи с целью выявления проблем в организации диспансерного наблюдения



Рис. 15. Выполнение показателя смертности от инфаркта миокарда



Рис. 16. Выполнение показателя больничной летальности от инфаркта миокарда

жителей Брянской области, подлежащих диспансерному наблюдению в соответствии с действующими нормативными документами.

Результаты анализа используются на еженедельных видеоселекторных совещаниях с медицинскими

организациями, а также для подготовки расширенных заседаний координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования Брянской области, посвященных организации профилактических мероприятий. На совещаниях присутствуют главные врачи и заведующие поликлиниками всех медицинских организаций области. Это позволяет определить дефекты в организации диспансерного наблюдения, в том числе за пациентами с сердечно-сосудистым заболеванием.

Реализация контроля над оказанием медицинской помощи при ОКС позволила снизить уровень непрофильной госпитализации при ОКС с 1,2% в 2019 году до 0,8% в 2021 году. За 4 месяца 2022 года уровень непрофильной госпитализации пациентов с ОКС составил 0,6%. Показатель смертности от инфаркта миокарда снизился с 48,6 на 100 тыс. населения в 2018 году до 34,4 на 100 тыс. населения за 4 месяца 2022 года (рис. 15), уровень больничной летальности от инфаркта миокарда, соответственно, с 18,3 до 11,6% (рис. 16).

Таким образом, медицинские информационные системы при соответствующей эффективной интеграции позволяют осуществлять контроль над организацией оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Использование инструментов информационной системы помогает в достижении требуемого уровня показателей регионального проекта, главной целью которого является сохранение жизней людей, страдающих болезнями системы кровообращения.

УДК 614.2

## ОТ ЭКСПЕРИМЕНТА К СОЦИАЛЬНОМУ ИНСТИТУТУ: ЭВОЛЮЦИЯ ОМС ПРИВЕЛА К РАЗВИТИЮ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Д.Ю. Кузнецов



Всероссийский  
союз страховщиков

### Реферат

В материале рассмотрены основные этапы развития системы ОМС в России в течение нескольких десятилетий с акцентом на то, что и каким образом менялось для пациентов, а также описана роль страховых медицинских организаций в системе ОМС и их вклад в профилактику социально значимых заболеваний и развитие национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография». В материале отражены особенности пациентоориентированной модели как основного направления работы для российского здравоохранения и страховщиков, в частности, описана наиболее оптимальная по мнению СМО, модель внедрения цифровых технологий как одна из составляющих пациентоориентированного здравоохранения, а также то, какие задачи должна решить автоматизация процессов. В качестве резюме рассмотрены основные возможные изменения качественных характеристик в системе ОМС в будущем.

### Ключевые слова:

*обязательное медицинское страхование, страховые медицинские организации, институт страховых представителей, социальный институт, здравоохранение, реформа ОМС, пациентоориентированное здравоохранение, клиентский путь, цифровизация медицины, национальные проекты, качество оказания медицинской помощи, защита прав застрахованных лиц.*

### Для корреспонденции

**Кузнецов Дмитрий Юрьевич**

*вице-президент Всероссийского союза страховщиков*

Тел.: +7 (495) 956-55-23

E-mail: kuznetsovjdj@ins-union.ru

*Адрес: 115093, Москва, ул. Люсиновская, д. 27, стр. 3, офис 225*

Граждане России уже давно ассоциируют обязательное медицинское страхование (ОМС) с чем-то незыблемым, практически вечным. Сложно и не без проблем, но за три десятилетия работы государство смогло выстроить крепкую систему, ставшую для россиян устойчивым базисом и социальной опорой. Ведь что бы ни происходило в жизни, любой житель нашей страны уверен, что бесплатное лечение ему гарантировано Конституцией. И по-другому быть не может.

Сегодня ОМС – самый крупный из всех сегментов страхования. Система охватывает 145 млн человек, из которых 63,8 млн – работающие граждане.

### Эксперимент во имя пациента

О страховой медицине в нашей стране известно со времен Российской империи. Многие ее элементы использовались и в бытность Советского Союза, но окончательно система начала формироваться лишь в 90-х годах, несмотря на то что страна переживала тяжелейший социально-экономический кризис. Уровень жизни населения стремительно падал. Здравоохранение, как и многие другие социальные институты в этот период, требовало кардинальной трансформации.

28 июня 1991 года впервые в истории России был принят закон № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», который в условиях тотального хаоса помог упорядочить государственное здравоохранение. Благодаря этому, по убеждению многих экспертов, удалось избежать краха в отличие от других отраслей экономики. Создание ОМС помогло здравоохранению определить свой, независимый от государственного бюджета, источник финансирования.

Сформированный внебюджетный фонд аккумулировал в основном деньги работодателей, которых обязали регулярно отчислять взносы на медицинское страхование своих сотрудников. Отчисления за неработающее население были возложены на органы муниципальной власти. И, что важно, в системе появились независимые контролеры порядка расходования аккумулируемых средств.

Тем не менее непростая экономическая ситуация в стране тормозила полноценную интеграцию медицинского страхования, медленно выстраивалась организационная структура, многие функции участников системы дублировались, становление системы ОМС в регионах шло с большими проблемами. Социальная сфера переживала сложный период перехода фактически от эксперимента к внедрению абсолютно новой финансовой модели в управлении здравоохранением.

Лишь с годами законодательная база системы ОМС окончательно сформировалась, закрепились полномочия основных участников.

### Очередной виток реформ

Новая эпоха в истории ОМС началась в 2011 году, когда был принят новый Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», положивший начало очередному этапу реформ и предпосылкам пациентоориентированного здравоохранения, в центре которого были пациент и его интересы. Закон ввел ряд важных нововведений, в том числе полис ОМС единого образца, позволяющий застрахованному получать бесплатную медпомощь в любом российском регионе и даже за пределами своего постоянного места жительства и, что важно, открыл выход на рынок ОМС частным клиникам.

Заработало так называемое одноканальное финансирование, при котором все деньги аккумулировались преимущественно в одном источнике – системе ОМС – и уже оттуда поступали в медучреждения. Принцип «деньги идут за пациентом», предполагающий оплату средств лечебно-профилактических учреждений по итогам оказанной медпомощи конкретному застрахованному лицу, стал базовым, ввел прозрачную систему финансовой мотивации, предоставив пространство для свободной конкуренции и государственным, и частным клиникам. Это было одним из ключевых факторов, за счет которого качество бесплатного для гражданина медицинского обслуживания в России стало улучшаться.

## УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В 2021 ГОДУ

### Общий уровень удовлетворенности

Удовлетворенность медицинской помощью, полученной гражданами в 2021 году, низка – лишь 29,3% удовлетворены медицинской помощью в той или иной степени, 35,1% не удовлетворены.



Диаграмма 1. Насколько вы удовлетворены медицинской помощью, оказанной вам по полису ОМС в 2021 году? (Граждане)

С 2016 года начал действовать институт страховых представителей, который, с одной стороны, сделал консультационную помощь более доступной и усилил защиту прав застрахованных граждан, с другой – помог улучшить маршрутизацию пациентов. Отныне информирование осуществлялось по стандартам, а каждый случай обращения пациента в страховую медицинскую организацию (СМО) разбирался детально и глубоко с полным пониманием сути вопроса и привлечением при необходимости компетентных врачей-экспертов. Можно сказать, что с этого времени страховщики стали восприниматься реальными помощниками для пациентов и настоящими персональными защитниками их интересов.

В этой связи неудивительно, что авторитет страховых компаний год от года укрепляется. Всё очевиднее для большинства жителей становится роль страховщиков в системе ОМС. По итогам социологического исследования<sup>1</sup>, проведенного в 2021

<sup>1</sup> Общероссийское комплексное социологическое исследование «Мониторинг жалоб и обращений пациентов в связи с проблемами получения медицинской помощи в системе ОМС», Всероссийский союз пациентов, 2021 год.

году, 46% его участников считают, что до СМО проще «достучаться», чем до любых других инстанций, когда права пациента на бесплатную медпомощь нарушаются.

Растет количество обращений в СМО. Если в 2017 году в СМО поступило порядка 1,5 млн обращений граждан, то уже в 2018-м их число удвоилось, превысив 3,5 млн. В 2020 году страховщики вновь зафиксировали прирост – до 4 млн. При этом 98% из общего количества, как правило, тут же разрешаются, а около 90% конфликтных ситуаций с медицинскими организациями удается урегулировать в досудебном порядке.

К сожалению, доверие граждан бесплатной медицине по-прежнему остается на невысоком уровне. По данным Всероссийского союза пациентов, в 2021 году лишь 29,3% опрошенных экспертами в той или иной степени были удовлетворены медуслугами, 35% пациентов не довольны и почти столько же нейтральны в своих оценках, в чем-то одобряя качество медпомощи по ОМС, а в чем-то критикуя его. Самыми частыми причинами недовольства граждан

## ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ГРАЖДАН О ВОЗМОЖНОСТЯХ ЗАЩИТЫ ПРАВ НА БЕСПЛАТНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

Диаграмма 2. Куда вы посоветуете обратиться человеку, права которого на получение медицинской помощи нарушены? (Граждане)



Основными субъектами решения проблем, возникающих при нарушении их прав на получение бесплатной медицинской помощи, граждане по-прежнему видят наиболее достижимые для них инстанции – руководителя медицинской организации или представителя страховой компании (59,3% и 45,8%).

На последнем месте по числу упоминаний о том, куда возможно обратиться при нарушении прав на получение медицинской помощи, оказался Уполномоченный по правам человека или по правам ребенка (2,5% опрошенных).

являются отказ в выдаче направления на инструментальные исследования при наличии устных рекомендаций врача, а также продолжительное (более 14 дней) ожидание приема узкого специалиста после записи к нему.

Этот тезис можно подкрепить другой статистикой, которая подтверждает огромный объем работы страховщиков, связанный с жалобами пациентов. По данным Всероссийского союза страховщиков, в 2021 году СМО провели независимую экспертизу 29 млн случаев лечения по ОМС и выяснили, что в 15% медпомощь оказывалась с нарушениями. В большинстве ситуаций имели место серьезные ошибки и дефекты в лечебно-диагностическом процессе, которые могли как отяготить течение патологии пациента, так и способствовать развитию нового заболевания.

### Не количеством, а качеством

Пациентоориентированная медицина, о которой последние годы много говорят, – не просто термин

из госдокладов. Во Всероссийском союзе страховщиков эту модель называют новой парадигмой развития современного здравоохранения, курс на которую был взят последнее десятилетие.

Частью этой концепции является внедрение «клиентского пути» в системе ОМС, то есть логически выстроенной цепочки этапов оказания медпомощи с приёмами специалистов, врачебными манипуляциями, исследованиями и возможными прогнозируемыми показателями результатов лечения на каждом из этапов. Встраиваясь в этот маршрут сопровождения пациента, страховщики выполняют не только свои привычные задачи по информированию застрахованных, но и отслеживают, насколько пациент соблюдает рекомендации врача, придерживается ли назначений, какие обследования проходит и т.д.

И самое главное – целевые показатели успешности лечения при пациентоориентированной модели строятся не только вокруг клинических проявлений заболевания, но также ощущений и самочувствия



больного. Очевидно, что при таких подходах шансы на полное излечение возрастают, а риски допущения фатальных ошибок снижаются.

### Оцифруем медицину

Цифровизация – это не только требование времени и огромные ресурсы, но и очень важная составляющая пациентоориентированного подхода.

Стратегия цифровой трансформации, как справедливо заметил Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко, предполагает цифровую зрелость всех медицинских организаций, органов исполнительной власти и региональных информационных систем.

И сегодня, когда бумажный полис уже почти в прошлом, а основная информация о пациенте хранится в электронном виде, страховщики предлагают свои алгоритмы оцифровки процессов и активно участвуют в обсуждении цифровой трансформации российского здравоохранения. Внедрение удобных сервисов поддержки застрахованных должно помочь сократить дистанцию во взаимодействии между па-

циентами, страховщиками и другими участниками ОМС, но это лишь небольшая часть будущей цифровой структуры.

Глобально новые технологии и автоматизация позволят исключить все рутинные операции в работе врача, минимизируя их трудозатраты и высвобождая ценное время для лечебно-диагностического процесса, оптимизировать ресурсы медицинских организаций, аккумулировать нужную информацию в структурированных электронных медицинских документах. Для страховщиков же цифровые инструменты позволят оптимизировать процесс контроля качества оказываемых пациентам медицинских услуг, оценивать критерии их доступности и своевременности получения.

Переоценить значимость автоматизации процессов сложно, но целиком полагаться на искусственный интеллект было бы слишком недальновидно и излишне оптимистично. Внедрение цифровых технологий в сферу здравоохранения предполагает разумный баланс машинных алгоритмов и человеческого труда.

Например, внедрение сервиса анализа данных об оказанной медпомощи поможет СМО при необходимости своевременно организовать направление пациентов на профосмотры, обеспечить постановку на диспансерное наблюдение, диагностику и лечение, при этом программное обеспечение обработает и проанализирует большой массив данных, а уже специалисты займутся проактивной информационной работой с пациентами.

### За рамками привычного функционала

За несколько десятилетий работы СМО доказали свой статус полноправных участников системы ОМС, функции которых сегодня значительно шире, чем предусматривалось на заре зарождения системы в 90-х годах. Seriously возросла их роль в профилактике и ранней диагностике онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, которые являются основными причинами смертности в России. В разгар пандемии и в условиях мобилизации всего здравоохранения СМО наряду с ведомствами и органами власти помогали выполнять главную задачу по сохранению здоровья и жизни людей.

Страховые представители и сегодня продолжают активно бороться с последствиями COVID-19, привлекая переболевших граждан к прохождению углубленной диспансеризации и дальнейшей реабилитации.

Ощутим вклад СМО в развитие нацпроектов «Здравоохранение» и «Демография» и ряда федеральных проектов, которые сегодня меняют условия оказания медпомощи, доступность к технологиям для пациентов, поэтому критически важно реализовывать их в срок и с достижением всех ключевых показателей.

В этой связи вопрос о сохранении и совершенствовании существующей страховой модели не требует дальнейших дискуссий. Развитие классических страховых принципов, без всяких сомнений, позволит улучшить работу по защите прав пациентов, усилить экспертизу, более системно и комплексно управлять маршрутизацией пациентов.

Как полноправные участники системы, СМО могут и должны влиять на формирование тарифов, участвовать в перераспределении объемов помощи в пользу наиболее эффективных медицинских организаций, стимулировать конкуренцию между лечебными учреждениями, участвовать в составлении их рейтингов и давать пациентам прямые рекомендации по выбору клиник. С этих позиций мы приблизимся к рискованной модели здравоохранения, когда страховщики будут брать на себя ответственность за риски переплаты за медицинскую помощь, а в случае экономии получают право распоряжаться частью средств.

Учитывая это, вполне вероятно, что СМО могут стать крепкой основой для формирования полноценного института защиты прав пациентов с масштабной системой аудита качества медпомощи, которая должна преследовать не только цели контроля и наложения санкций, но и вдумчивого анализа ошибок нашего здравоохранения. При этом одним из ключевых направлений практической и понятной всем деятельности СМО станет системная работа с застрахованными, страдающими хроническими заболеваниями, повышение их мотивации к правильному образу жизни, рациональному потреблению медпомощи, что повысит устойчивость системы благодаря эффективному управлению медицинскими рисками.



## НОВЫЕ КАДРОВЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ

### Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Смоленской области



**Никонов Константин Владимирович**, 1973 года рождения, назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области на основании распоряжения Администрации Смоленской области от 27.06.2022 № 914-р/адм.

К.В. Никонов в 1996 году окончил Московский энергетический институт (технический университет) по специальности «оптико-электронные приборы и системы», квалификация – инженер.

С 1996 по 2003 год – главный специалист, методист, преподаватель организатор Молодежного центра профессионально-технического образования.

С 2003 по 2008 год – работа на руководящих должностях в коммерческих организациях.

С 2008 по 2012 год – помощник депутата Государственной Думы Федерального Собрания РФ.

С 2012 по 2013 год – советник Губернатора Смоленской области – руководитель Секретариата Губернатора Смоленской области Аппарата Администрации Смоленской области.

С 2013 по 2017 год – начальник Департамента Смоленской области по внутренней политике.

С 2017 по 2020 год – заместитель Губернатора Смоленской области.

С 2020 по 2021 год – первый заместитель Губернатора Смоленской области.

С 14 января 2022 года по 26 июня 2022 года – и.о. директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Смоленской области.

Награжден Благодарственным письмом Президента Российской Федерации, Благодарностью Президента Российской Федерации, Почетной грамотой Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, Благодарственным письмом Губернатора Смоленской области, Почетной грамотой Администрации Смоленской области.

## «СОЦИАЛЬНЫЙ ДЕСАНТ» В СЛАВГОРОДЕ

На базе Центра занятости населения г. Славгорода для работодателей различных форм собственности состоялось выездное мероприятие «Социальный десант». В рамках мероприятия работала консультативная площадка для населения: школы правовой грамотности, лекции по трудоустройству, а также велся прием граждан по вопросам реабилитации и оформления инвалидности.



уделяя особое внимание диспансеризации, которая остается на сегодняшний день эффективным способом своевременного выявления заболеваний», – рассказали представители ООО «СМК PESO-Мед» в Алтайском крае.

Также в мероприятии приняли участие представители Министерства социальной защиты Алтайского края, КГБУСО «Краевой кризисный центр для муж-



Страховые представители Алтайского филиала ООО «СМК PESO-Мед» присоединились к «десанту» и провели для присутствующих лекции на темы: права и обязанности застрахованных по ОМС; профилактические мероприятия для работников в рамках программы ОМС; служба страховых представителей и механизм решения спорных вопросов, возникающих при получении бесплатной медицинской помощи.

Отдельно представители компании остановились на таких важных темах, как диспансеризация, углубленная диспансеризация после перенесенной коронавирусной инфекции, диспансерное наблюдение у терапевта или узких специалистов.

Все участники лекций не только получили развернутые ответы на вопросы о системе обязательного медицинского страхования, но и памятки с актуальной информацией.

«Социальный десант» показал, насколько важна и востребована у населения информация о возможностях с полисом ОМС. Задача таких встреч и выступлений – как можно шире осветить вопросы ОМС,



чин», КГБУСО «Центр социальной реабилитации инвалидов и ветеранов боевых действий», КГБУСО «Кризисный центр для женщин», АРОО «Рубикон» (Алтайская региональная общественная организация адаптации бывших осужденных «Рубикон») и другие организации.

## СТРАХОВЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ ПРИСОЕДИНИЛИСЬ К РАБОТЕ МОБИЛЬНОГО КОМПЛЕКСА «ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ»

Ежегодно страховые представители Краснодарского филиала «АльфаСтрахование – ОМС» совместно с краевой больницей НИИ-ККБ № 1 выезжают в отдаленные уголки Кубани в составе мобильного медицинского комплекса «Диспансеризация». Такие выезды направлены на раннее выявление и профилактику конкретных заболеваний, таких как онкологические, сердечно-сосудистые, сахарный диабет и т.д. среди сельских жителей. Автопоезд «Диспансеризация» прибывает в отдаленные станицы и казачьи хутора каждую неделю на 3–4 дня для оказания медицинской профилактической помощи местному населению.

5–7 июля страховые представители филиала с бригадой краевых врачей-специалистов организовали для жителей

Тимашевского и Староминского районов проведение всех исследований в рамках первого этапа диспансеризации. Специалистами филиала была проделана большая подготовительная работа по информированию застрахованных о важности своевременной профилактики и ранней диагностики, приглашению их посетить профильных врачей в рамках мобильного медицинского комплекса «Диспансеризация». Во время мероприятий страховые представители

объяснили гражданам, что входит в первый этап диспансеризации, организовали им комфортную и понятную навигацию при прохождении обследований. Местные жители смогли пройти УЗИ, ЭКГ, флюорографию и маммографию, измерить артери-



альное давление, сдать анализы крови на глюкозу и холестерин.

Страховые представители рассказали посетителям, как важно своевременно обращаться за медицинской помощью. Также специалисты компании помогли местным жителям освоить сервис «Линия помощи»: показали, как работает онлайн-приемная, с какими вопросами можно обращаться и чем страховые представители компании могут помочь.

## ВОРОНЕЖСКИЙ ФИЛИАЛ «СОГАЗ-МЕД» ОРГАНИЗОВАЛ КОНФЕРЕНЦИЮ ДЛЯ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

30 июня в Воронеже по инициативе компании «СОГАЗ-Мед» была проведена конференция «Роль страховых представителей: лучшие региональные практики». Участниками стали руководители и сотрудники Территориального фонда обязательного медицинского страхования, Департамента здравоохранения, медицинских организаций, страховых медицинских компаний Воронежской области. Основной темой дискуссии стало повышение эффективности взаимодействия страховых представителей с медицинскими организациями при реализации задач по увеличению охвата населения профилактическими мероприятиями.

Для участия в конференции Воронеж посетил заместитель генерального директора АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Сергей Валентинович Плехов. Выступая перед участниками, он рассказал



о целях и задачах института страховых представителей и результатах работы «СОГАЗ-Мед», в том числе в Воронежской области.

Положительным опытом компании в реализации проектов по индивидуальному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи и работы с обращениями граждан поделились начальник управления клиентского сервиса и развития «СОГАЗ-Мед» Марьям Фикретовна Садыкова и исполнительный директор по защите прав застрахованных «СОГАЗ-Мед» Татьяна Эдуардовна Тулякова.

Начальник Управления организации обязательного медицинского страхования ТФОМС Воронежской

области Исаенкова Евгения Александровна в своем докладе отметила, что качество информационного сопровождения застрахованных лиц зависит от разных аспектов: обеспечения работы Единого информационного ресурса ТФОМС Воронежской области, четкой работы контакт-центра, организации деятельности страховых представителей и применения различных механизмов информирования граждан о правах в системе ОМС.

Главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике областного департамента здравоохранения Юлия Анатольевна Шарапова рассказала, как на практике осуществляется взаимодействие страховых представителей и медицинских организаций при проведении профилактических мероприятий. Особое внимание было уделено подходам к проведению диспансерного наблюдения приоритетных групп пациентов. Главный врач Воронежской городской клинической поликлиники № 7 Наталья Александровна Крысенкова привела примеры успешного взаимодействия со страховыми представителями из опыта возглавляемой ею поликлиники.

Директор Территориального фонда ОМС Воронежской области Александр Валентинович Данилов отметил, что подобная конференция проведена в регионе впервые, и подчеркнул важность и своевременность ее организации.

В конце встречи директор Воронежского филиала «СОГАЗ-Мед» Юлия Вениаминовна Бессарабова поблагодарила участников конференции за уделенное время и ежедневную работу во благо застрахованных.



## «АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ – ОМС» ПОЛУЧИЛА ЗОЛОТОЙ ЗНАК «КУЗБАССКОЕ КАЧЕСТВО» ЗА СЕРВИС «ЛИНИЯ ПОМОЩИ»

«АльфаСтрахование – ОМС» получила почетный золотой знак «Кузбасское качество» регионального конкурса «Лучшие товары и услуги Кузбасса 2022» за сервис «Линия помощи». В состав конкурсной комиссии вошли представители Роспотребнадзора, областной администрации и исполнительных органов власти, а также члены Кузбасской Торгово-промышленной палаты. Экспертное жюри оценивало 129 заявок от лучших товаропроизводителей и представителей сферы услуг Кемеровской области – Кузбасса.



Специалисты Кузбасского филиала «АльфаСтрахование – ОМС» 30 лет обеспечивают доступность

и качество медицинской помощи жителям Кемеровской области – Кузбасса, выступая независимым экспертом в области аудита качества оказанной медицинской помощи и защитником прав и интересов застрахованных в системе ОМС. Сегодня более 2,4 млн жителей Кузбасса доверяют решать чувствительные проблемы по сохранению собственного здоровья компании «АльфаСтрахование – ОМС».

Для решения проблем с доступностью и качеством медицинской помощи для застрахованных в компании «АльфаСтрахование – ОМС» работает онлайн-приемная «Линия помощи». Это сервис с интуитивно понятной формой для заполнения, которая доступна с любого гаджета. Заполняя форму, пациент получает пошаговые подсказки о том, как правильно сформулировать суть проблемы, какую информацию направить, какая помощь страховой компании может понадобиться.

Сервис «Линия помощи» поможет пациенту в том случае, если он сомневается в качестве оказанной медпомощи и ему необходима консультация или содействие в ее своевременном получении. Страховые представители лично подключатся к решению вопроса с медицинскими организациями и добьются того, чтобы права пациента были восстановлены.

Если у застрахованного лица возникли сложности с получением медицинской помощи, ему необходимо позвонить на круглосуточную горячую линию СК «АльфаСтрахование – ОМС»: 8(800) 555-10-01 или заполнить онлайн-форму обращения на сайте «Линия помощи»: <https://helpline.alfastrahoms.ru/>