

Научно-практический журнал

06/22

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

03

Поздравление председателя
Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Ильи Баланина с Новым годом

05

Застрахованным в ОМС с 1 декабря
стали доступны цифровые полисы



ISSN 2221-9943

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

06/22

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

И.В. Соколова – заместитель председателя ФОМС

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

Учредитель:

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»
Номер подписан в печать 09.12.2022.

Отпечатано в типографии «Роликс»
Адрес типографии: 117105, Москва, Нагорный пр., д. 7, стр. 5
Тираж: 2000 экз. Номер заказа: 119755
Дата выхода журнала: 19.12.2022
Формат: 205 x 275 мм. Объем: 00 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



Уважаемые читатели, коллеги!

Примите мои искренние поздравления с Новым годом и Рождеством.



Скоро 2023 год вступит в свои права. Впереди – время новых дел, интересных проектов и достижений. Перед Федеральным и территориальными фондами ОМС, страховыми медицинскими организациями также стоят важные задачи, на решении которых мы будем сосредоточены.

В следующем году Федеральному фонду обязательного медицинского страхования исполнится 30 лет. За короткий по историческим меркам период в нашей стране создана инфраструктура, обеспечивающая конституционные права граждан на бесплатное получение доступной качественной медицинской помощи.

Для обеспечения доступности медицинской помощи необходимо продолжить развитие системы обязательного медицинского страхования, поэтому сегодня поставлена задача максимальной цифровизации системы обязательного медицинского страхования в сочетании с внедрением единой финансовой политики учета и распределения средств.

Политика Фонда 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 для обеспечения прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования.

Фонд продолжит укреплять взаимодействие с органами федеральной и региональной исполнительной и законодательной власти, федеральными и территориальными учреждениями здравоохранения, с территориальными фондами ОМС, страховыми компаниями и населением. При этом Фонд учитывает и возможные вызовы. Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 показала, что благодаря гибкости и прозрачности системы ОМС отечественное здравоохранение может в любой момент максимально оперативно и эффективно отражать угрозы жизни и здоровью российских граждан.

Реализуя все поставленные цели, мы сможем значительно повысить удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи в России, увеличить продолжительность жизни наших граждан.

От всего сердца желаю вам и вашим близким крепкого здоровья, хорошего настроения и всего наилучшего. Пусть всем вашим начинаниям сопутствует успех, а новый год будет счастливым.

Баланин Илья Валерьевич

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования

СОДЕРЖАНИЕ

Поздравление председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Ильи Баланина с Новым годом	3
---	---

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Застрахованным в системе ОМС с 1 декабря 2022 года стали доступны цифровые полисы	5
---	---

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования провел встречу с Фондом социального медицинского страхования Республики Казахстан	6
---	---

ОТРАСЛЕВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Председатель ФОМС Илья Баланин: Современная система ОМС ориентируется на превентивную медицину	7
--	---

Федеральный фонд ОМС: что изменится для пациентов в системе обязательного медицинского страхования в 2023 году	8
--	---

ФОМС представил основные новеллы в финансировании медицинской помощи на следующий год.	9
---	---

Специалисты ТФОМС приняли участие в семинаре для главных бухгалтеров	11
--	----

БЮДЖЕТ ФОМС

Президент Российской Федерации Владимир Путин подписал Федеральный закон от 5 декабря 2022 года № 468-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов»	12
---	----

<i>И.В. Соколова</i> Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов.	13
---	----

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

<i>О.В. Царева</i> Нововведения в подходах к учету и оплате медицинской помощи.	24
---	----

<i>Ю.В. Булавская</i> Обеспечение доступности специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в федеральных медицинских организациях	30
---	----

<i>И.Ю. Иванов</i> Результаты контрольных мероприятий, проведенных контрольно-ревизионным управлением Федерального фонда ОМС в 2022 году, и основные нарушения	36
---	----

<i>М.Д. Богатырева, Л.Б. Жданова</i> Всесторонняя защита застрахованных граждан. Проактивное информационное сопровождение при организации медицинской помощи.	40
---	----

ЛИДЕРЫ В СИСТЕМЕ ОМС

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области А.В. Данилов: Врач, ученый, организатор здравоохранения	52
--	----

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ОМС

<i>А.В. Данилов, О.А. Манерова, Е.В. Белозерова</i> Опыт дистанционного мониторинга артериального давления у больных с артериальной гипертензией на базе городской клинической поликлиники	58
---	----

КОНГРЕССЫ, ФОРУМЫ, КРУГЛЫЕ СТОЛЫ

XXIII Ежегодный Международный Конгресс «Информационные технологии в медицине»	66
---	----

РЕГИОНАЛЬНЫЕ НОВОСТИ

Кардиологи и кардиохирурги получили престижную экспертную премию «Врач с большой буквы» за спасение жизней кардиопациентов	72
--	----

ЗАСТРАХОВАННЫМ В СИСТЕМЕ ОМС С 1 ДЕКАБРЯ 2022 ГОДА СТАЛИ ДОСТУПНЫ ЦИФРОВЫЕ ПОЛИСЫ



Всем застрахованным в системе обязательного медицинского страхования, актуализировавшим свои данные о документах, удостоверяющих личность, с 1 декабря стали доступны цифровые полисы ОМС. Теперь для получения помощи в медицинской организации достаточно будет предъявить паспорт или свидетельство о рождении для детей до 14 лет.

«Ранее, чтобы получить медицинскую помощь (кроме экстренных случаев) по ОМС, было необходимо иметь при себе полис ОМС на бумажном носителе или в виде пластиковой карты. Введение цифрового полиса избавляет пациентов от лишней бумажной волокиты и делает получение медпомощи удобнее и доступнее. При этом ранее оформленные полисы ОМС на материальных носителях продолжают действовать и не требуют замены», – отметил председатель ФОМС Илья Баланин.

Все новорожденные граждане с 1 декабря 2022 года автоматически вносятся в регистр застрахованных лиц на основании свидетельства о рождении, выданного органами ЗАГС.

Лица, получившие гражданство Российской Федерации, с того же срока автоматически вносятся в регистр на основании сведений, переданных органами внутренних дел.

В связи с введением цифрового полиса утверждены и новые правила персонифицированного учета в системе ОМС, теперь данные о застрахованных лицах собраны в Едином регистре застрахованных лиц, что исключает дублирование информации, упрощает процесс оформления документов и повышает эффективность обмена данными между всеми участниками системы ОМС.

Информационные процессы погружены в Государственную информационную систему ОМС, где обеспечены их максимальная безопасность и защита всей цифровой инфраструктуры, а также данных всех ее участников.

В случае утери полиса ОМС на материальном носителе при необходимости гражданин может обратиться в свою страховую медицинскую организацию, которая выдаст выписку из Единого регистра со штрих-кодом.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПРОВЕЛ ВСТРЕЧУ С ФОНДОМ СОЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

10 ноября 2022 года, Москва



Председатель Федерального фонда ОМС Илья Баланин в рамках обмена опытом провел двусторонние консультации с Фондом СМС Республики Казахстан по вопросам организации системы обязательного медицинского страхования Республики Казахстан в формате ВКС.

Во встрече от ФОМС также приняли участие заместители председателя С.Г. Кравчук, И.В. Соколова и О.В. Царева; представители Минздрава России: директор Департамента экономики и цифровой трансформации здравоохранения К.П. Яблонский, заместитель директора Департамента экономики и цифровой трансформации здравоохранения А.А. Фомин и заместитель начальника отдела развития международного сотрудничества в сфере здра-

воохранения Департамента международного сотрудничества и связей с общественностью П.Н. Морозов.

От ФСМС Республики Казахстан во встрече приняли участие: Председатель Правления Айдын Жумабекович Ашуев, директор Департамента анализа и прогнозирования М.К. Фалеева, директор Департамента организации закупок медицинской помощи С.В. Пономарева, и.о. директора Департамента стратегии и корпоративного управления Т.А. Турмаганбе, директор Департамента тарифообразования Д.Е. Айтаурова, директор Департамента лекарственного обеспечения Г.У. Раймкулова.

Представители ФСМС осветили вопросы функционирования системы обязательного социального медицинского страхования в Республике Казахстан, порядок финансового обеспечения медицинской помощи, нормативное регулирование деятельности медицинских организаций.

Стороны обменялись мнениями по интересующим вопросам.

По итогам встречи принято решение продолжить взаимодействие и организовать двусторонние визиты с целью обмена опытом в сфере ОМС Российской Федерации и Республики Казахстан.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФОМС ИЛЬЯ БАЛАНИН: СОВРЕМЕННАЯ СИСТЕМА ОМС ОРИЕНТИРУЕТСЯ НА ПРЕВЕНТИВНУЮ МЕДИЦИНУ

Основной вектор развития системы обязательного медицинского страхования – повышение доступности и качества медицинской помощи. В последние годы система переориентируется на превентивную медицину, когда значительное внимание уделяется профилактическим мероприятиям и диспансеризации, а также выявлению заболеваний на ранних стадиях, сообщил в рамках XV Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медицина и качество – 2022» председатель ФОМС Илья Баланин.

К информированию пациентов о возможности прохождения профилактических мероприятий подключены страховые представители. В своей работе они сосредоточены в том числе на индивидуальном информировании и персональном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах профилактических мероприятий.

«В этом году охват информированием со стороны страховых медицинских организаций по диспансеризации и профилактике составил более 75 млн человек. Из них за 10 месяцев текущего года 41 млн человек действительно прошел профилактические мероприятия и диспансеризацию. Это очень хороший показатель, который мы достигли в этом году, но в следующем году у нас более амбициозные задачи», – отметил руководитель ФОМС.

Что касается защиты прав застрахованных лиц, то ФОМС проводит регулярный контроль за доступностью и качеством медицинской помощи. За семь месяцев текущего года, по сравнению с аналогичным периодом прошлого года, в рамках контроля



при проведении госпитализации отмечается сокращение случаев непрофильной госпитализации при острых сосудистых нарушениях и обеспечивается своевременный перевод пациента в профильное отделение медицинской организации.

Осуществление контрольно-экспертных мероприятий за назначением лекарственных препаратов онкопациентам приводит к уменьшению доли несвоевременного назначения лечения, а значит, повышает эффективность лечения, способствуя увеличению продолжительности и качества жизни.

При проведении контрольно-экспертных мероприятий ФОМС также обращает внимание на выполнение рекомендаций научно-исследовательских медицинских центров, что увеличивает возможность получения застрахованным лицам квалифицированной специализированной медицинской помощи.

По мнению председателя ФОМС, контроль за повышением объемов и финансового обеспечения территориальных программ при проведении контрольно-экспертных мероприятий в целом способствует сохранению устойчивости системы ОМС.

Также он отметил, что за 9 месяцев текущего года в территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации от застрахованных лиц поступило 3,8 млн обращений, что меньше аналогичного периода предыдущего года на 12,6%. Доля жалоб на медицинскую помощь составляет 0,7% (27,1 тыс.) от общего числа.

«Все обращения рассмотрены, из них обоснованными признаны 17,3 тыс. и практически все удовлетворены в досудебном порядке. Хочу сказать, что по большинству направлений количество жалоб снижается. Единственное направление, которое в этом году у нас приросло, – это на организацию работы медицинских организаций», – сообщил Илья Баланин.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОМС: ЧТО ИЗМЕНИТСЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 2023 ГОДУ



Заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Светлана Кравчук выделила несколько изменений для пациентов в системе ОМС в 2023 году. Выступление состоялось на пленарном заседании XIII Всероссийского конгресса пациентов «Вектор развития: пациент-ориентированное здравоохранение», который проходил с 23 по 27 ноября 2022 года.

По словам Светланы Кравчук, на 2023 год запланирован прирост финансирования медицинской помощи, предоставляемой бесплатно застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам, в размере более 280 млрд рублей.

«Приоритетом станет повышение доступности и качества услуг для граждан в амбулаторном звене, – отметила Светлана Кравчук. – Большое внимание будет уделено реабилитации пациентов. Это станет особенностью следующего года. Увеличится прохождение диспансеризации населением и не только в части профосмотров. Объем услуг диспансеризации вырастет, она станет более углубленной».

В базовой программе ОМС на 2023 год впервые будут установлены дополнительные нормативы на диспансерное наблюдение. Это позволит региональным властям и территориальным фондам ОМС четко планировать данную деятельность, в том числе с участием страховых медицинских организаций. Для пациентов, в том числе с хроническими заболеваниями, это повысит доступность медицинских услуг.

Пересматривается структура клинико-статистических групп (КСГ) для совершенствования системы оплаты специализированной медицинской помощи.

Светлана Кравчук рассказала, что на 20% увеличится доступность экстракорпорального оплодотворения (ЭКО): «Дополнительно 16 тысячам женщин станет доступна такая возможность». Это благоприятно отразится на показателях реализации Национального проекта «Демография».

Будет развиваться взаимодействие со страховыми медицинскими организациями и пациентским сообществом, в том числе за счет предоставления доступа к информационным ресурсам, которые формируются в системе ОМС.

ФОМС ПРЕДСТАВИЛ ОСНОВНЫЕ НОВЕЛЛЫ В ФИНАНСИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СЛЕДУЮЩИЙ ГОД



Заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Ольга Царева назвала основные изменения в оплате медицинской помощи в системе ОМС в 2023 году. Планируются прирост числа схем химиотерапии, увеличение тарифов на оплату хирургического лечения онкозаболеваний, расширение числа клинико-статистических групп для оплаты медицинской реабилитации.

В результате корректировки стоимости клинико-статистических групп (КСГ) на 2023 год «вилка» расчетной стоимости оплаты за законченный случай лекарственной терапии онкологического пациента в стационарах вырастет с 9,7–707,5 тыс. руб. в 2022 году до 9,9–918 тыс. руб. в 2023 году. Об этом сообщила заместитель председателя Федерального фонда ОМС (ФОМС) Ольга Царева на конгрессе «ФинЗдрав-2022».

Всего в 2023 году в системе ОМС для лечения онкопациентов будут использоваться 1 353 схемы лечения (в 2022 году – 1 284).

Так, после перегруппировки КСГ для оплаты лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у взрослых пациентов их количество увеличится с 17 до 19 позиций. Поводами для изменений стали включение в Перечень ЖНВЛП новых химиотерапевтических препаратов (пав-паклитаксел, алпелисиб, октреотид), уточнение перечня препаратов и схем с учетом клинических рекомендаций.

Дифференциация схем лекарственной терапии на 19 уровней позволит выбирать схему лекарственной терапии в зависимости от состояния пациента, а не с учетом экономической выгоды для медицинской организации, пояснила Царева. Таким образом предполагается снизить отклонение фактической стоимости лекарственной терапии от расчетной для схем стоимостью более 500 тыс. руб., в частности для отдельных схем лекарственной терапии с применением кабозантиниба, ниволумаба, ипилимумаба, пембролизумаба, уточнила она.

Планируется увеличение стоимости отдельных КСГ для оплаты хирургических методов лечения st 19.011 «Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)» с 44,4 до 69,1 тыс. руб.; st 19.017 «Операции при злокачественном новообра-

зовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 2)» с 68,3 до 115,3 тыс. руб., а также включение отдельных услуг в хирургические КСГ по профилю «Онкология», исключенных из перечня ВМП-I (например А16.15. 022 «Стентирование при опухолях поджелудочной железы»).

Вводится 25 новых КСГ для оплаты хирургических вмешательств по профилю «Онкология» (биопсия кости, биопсия печени под контролем УЗИ, биопсия предстательной железы, экстирпация лимфатических узлов, лимфаденэктомия шейная, подмышечная, шейная расширенная, паховая, эндоскопическое электрохирургическое удаление опухоли и пр.) с оплатой от 28,9 до 35,3 тыс. руб. за законченный случай. При этом в структуре тарифа будет закреплена обязательная доля зарплаты и прочих расходов.

Вводится новое понятие – «коэффициент сложности лечения пациента» (КСЛП) при оплате сопроводительной терапии при ЗНО у взрослых. Его цель – компенсировать повышенные затраты медорганизаций. Коэффициент может применяться при оплате сопроводительной терапии с использованием исчерпывающего перечня МНН при условии, если применение препарата не предусмотрено схемой лекарственной терапии. Расчетная стоимость КСЛП при проведении сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях – 16,4 тыс. руб. в стационарных условиях и 18 тыс. руб. в условиях дневного стационара.

КСЛП на оплату первого этапа медицинской реабилитации составит 18,7 тыс. руб. При этом медицинская организация должна будет соблюсти ряд условий: нахождение пациента на реанимационной койке или койке интенсивной терапии; начало реанимационных мероприятий не позднее 48 часов после поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии; общая длительность реабилитационных мероприятий должна быть не менее 5 суток; отделение ранней медицинской

реабилитации укомплектовано в объеме не менее 12 коек и в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации; продолжительность реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки.

Разработаны новые КСГ по профилю «Медицинская реабилитация» в стационарных условиях:

- st 37.024 «Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями ЦНС» (189,3 тыс. руб.);
- st 37.025 «Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы» (169,8 тыс. руб.);
- st 37.026 «Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями ЦНС и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (сестринский уход)» (100,2 тыс. руб.).

Таким образом, с 2023 года количество КСГ по профилю «Медицинская реабилитация» в стационарных условиях вырастет с 23 до 26.

В 2023 году выделяется по 20 КСГ в круглосуточном стационаре и в условиях дневного стационара для оплаты лечения с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов. Для отдельных КСГ повышены коэффициенты относительной затратоемкости (проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными штаммами, проведение экстракорпоральной мембранной оксигенации, оплата отдельных хирургических вмешательств по профилю «Офтальмология»).

СПЕЦИАЛИСТЫ ТФОМС ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ В СЕМИНАРЕ ДЛЯ ГЛАВНЫХ БУХГАЛТЕРОВ



30 ноября – 1 декабря 2022 года в г. Москве прошел семинар для главных бухгалтеров и руководителей финансовых служб территориальных фондов обязательного медицинского страхования «Вопросы управления государственными финансами в 2023 году в системе обязательного медицинского страхования».

В работе семинара приняли участие представители Минфина России: Светлана Викторовна Сивец, заместитель директора Департамента бюджетной методологии и финансовой отчетности в государственном секторе, Татьяна Васильевна Саакян, действительный советник Российской Федерации 3 класса, Станислав Сергеевич Бычков, заместитель директора Департамента бюджетной методологии и финансовой отчетности в государственном секторе, Юлия Михайловна Морозова, начальник отдела методологии отчетности в государственном секторе, Елена Александровна Леонтьева, начальник отдела методологии государственного (муниципального) финансового контроля, Татьяна Александровна Фетисова, ведущий эксперт отдела методологии отчетности в государственном секторе.

Открывая мероприятие, начальник Управления бухгалтерского учета и отчетности – главный бухгалтер ФОМС Оксана Николаевна Коваленко отметила положительный эффект по сохранению и развитию стабильности системы учета и отчетности в области ОМС, высокого уровня квалификации специалистов и по оперативному внедрению и исполнению новаций в вопросах учета средств бюджетов ТФОМС и ФОМС.

В ходе семинара основными темами для обсуждения стали вопросы правового регулирования

и исполнения бюджетов системы ОМС в 2022 году, новации 2023 года, порядка применения бюджетной классификации и ведения бюджетного учета территориальными фондами ОМС, актуальные вопросы формирования бухгалтерской отчетности за 2022 год и ее представления в 2023 году, практического применения федеральных стандартов, обязательных в 2023 году, изменения положений Инструкций по бухгалтерскому (бюджетному) учету, развития нормативной базы ведения бухгалтерского учета.

Также обсуждались вопросы развития системы финансового контроля и аудита в Российской Федерации, гармонизации контрольно-аудиторской деятельности в финансово-бюджетной сфере, квалификации финансовых нарушений и типовых нарушений при проверке организаций государственного сектора.

Особое внимание было уделено теме формирования учетной политики организациями бюджетной сферы в целях перехода на применение новых унифицированных электронных форм документов: новые правила, требования, порядок оформления документов в электронной форме, проблемные вопросы переходного периода, новые требования к аналитике, корреспонденции по отдельным хозяйственным операциям.

ПРЕЗИДЕНТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЛАДИМИР ПУТИН ПОДПИСАЛ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 5 ДЕКАБРЯ 2022 ГОДА № 468-ФЗ «О БЮДЖЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2023 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2024 И 2025 ГОДОВ»



В части доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования ожидается положительная динамика.

Президент России Владимир Путин подписал закон о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) на 2023–2025 годы. Соответствующий документ опубликован на официальном портале правовой информации.

Согласно документу, общий объем доходов бюджета ФОМС на 2023 год предусмотрен в сумме 3,135 трлн рублей, на 2024 год – 3,366 трлн рублей, на 2025 год – 3,591 трлн рублей. Объем расходов на 2023 год ожидается в размере 3,219 трлн руб-

лей, на 2024 год – 3,433 трлн рублей, на 2025 год – 3,612 трлн рублей.

В части доходов бюджета ФОМС ожидается положительная динамика. В 2023 году его размер увеличится по сравнению с предыдущим годом на 356 трлн рублей (на 12,8%), в 2024 году – на 587 трлн рублей (на 21,1%), в 2025 году – на 812 трлн рублей (на 29,2%).

Основным источником доходов бюджета ФОМС являются страховые взносы на ОМС, на долю которых приходится в 2023 году 85,7%, в 2024 году – 86,1%, в 2025 году – 86,4%.

БЮДЖЕТ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2023 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2024 И 2025 ГОДОВ

И.В. Соколова



Федеральный фонд обязательного
медицинского страхования

Федеральный закон от 05.12.2022 № 468-ФЗ утвердил бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов.

Бюджет разработан в соответствии с требованиями Бюджетного кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Основных направлений бюджетной и налоговой политики на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов.

Параметры бюджета Фонда рассчитаны по основным макроэкономическим параметрам прогноза социально-экономического развития Российской Федерации на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов от 2 сентября 2022 года, на основе базового варианта.

Основными прогнозными показателями для формирования бюджета Фонда являются фонд заработной платы, темп роста среднемесячной начисленной заработной платы, индекс потребительских цен.

Для корреспонденции

Соколова Ирина Васильевна

Заместитель председателя Федерального фонда обязательного
медицинского страхования

Адрес: 127994, ГСП-4, Москва, ул. Новослободская, д. 37, корп. 4А

Тел.: +7 (495) 870-96-80 (доб. 1003)
E-mail: isokolova@ffoms.gov.ru

Изменение названных показателей характеризуется следующими данными:

Наименование показателя	2022 год	2023 год	Увеличение с прогнозом на предыдущие три года	2024 год	Увеличение с прогнозом на предыдущие три года	2025 год
Фонд заработной платы, млрд рублей	32 814	35 826	1 921	38 767	2 532	41 649
Темп роста среднемесячной начисленной заработной платы, %	111,6	108,7	2,2	107,7	1,1	107,0
Индекс потребительских цен, %	112,4	105,5	1,5	104,0	0,0	104,0

Фонд заработной платы увеличился в 2023 году на 1 921 млрд рублей, в 2024 году – на 2 532 млрд рублей по сравнению с прогнозом на предыдущие три года, что обеспечило высокий рост параметров бюджета Фонда на предстоящий бюджетный цикл.

Бюджет Фонда обеспечит интересы застрахованных граждан на получение гарантированного объема медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС, численность которых представлена ниже:

Численность застрахованных по ОМС на 01.01.2022 – 144,6 млн человек, в том числе:

- **работающее население – 63,7 млн человек,**
- **неработающее население – 80,9 млн человек.**

По сравнению с 1 января 2021 года общая численность застрахованных лиц уменьшилась на 475,0 тыс. человек (на 0,3%), в том числе работающего населения – на 50,8 тыс. человек (на 0,1%), неработающего населения – на 424,2 тыс. человек (на 0,5%).

Сформированные на базе прогнозных показателей и численности застрахованных по ОМС лиц основные параметры бюджета Фонда на 2023–2025 года приведены ниже:

Показатели	2022 год	2023 год	2024 год	2025 год
Остатки на начало года	104,4	182,1	98,2	30,5
Доходы, всего	2 779,2	3 135,4	3 366,0	3 591,9
Расходы, всего	2 801,1	3 219,3	3 433,7	3 612,0
Дефицит (–)	–21,9	–83,9	–67,7	–20,1

млрд рублей

Как видно, бюджет Фонда сбалансирован по всем трем годам, прогнозируемый дефицит обеспечива-

ется переходящими остатками на 1 января.

Доходы

Доходная часть бюджета Фонда на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов сформирована с учетом изменений налогового законодательства и Федерального закона от 30.11.2011 № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения», вступающих в силу с 1 января 2023 года.

Общий объем доходов бюджета Фонда в 2023 году предусматривается в сумме 3 135,4 млрд рублей, что на 356 млрд рублей, или на 12,8% больше 2022 года, на 2024 год – 3 366,0 млрд рублей (прирост 231 млрд рублей, 7,4% к 2023 году), на 2025 год – 3 591,9 млрд рублей (прирост 226 млрд рублей, 6,7% к 2024 году).

За три года доходы возрастут на 813 млрд рублей, или на 29%.

Основные составляющие доходов бюджета Фонда приведены ниже:

млрд рублей

Наименование	2022 год (392-ФЗ)	2023 год	темп роста, %	2024 год	темп роста, %	2025 год	темп роста, %
Доходы, всего	2 779,2	3 135,4	112,8	3 366,0	107,4	3 591,9	106,7
из них:							
Страховые взносы на ОМС, всего	2 447,8	2 686,4	109,7	2 896,6	107,8	3 104,9	107,2
в том числе:							
- работающего населения	1 634,0	1 788,2	109,4	1 932,7	108,1	2 077,2	107,5
- неработающего населения	813,8	898,1	110,4	963,9	107,3	1 027,7	106,6
Налоговые доходы	5,4	14,9	в 2,8 раза	15,5	104,0	16,1	104,0
Межбюджетные трансферты из федерального бюджета	326,0	429,4	131,7	448,0	104,3	463,5	103,5
Прочие неналоговые доходы		4,7		5,9	124,7	7,3	125,2

По доходам бюджета Фонда отмечается положительная динамика по страховым взносам на ОМС и налоговым доходам. В 2023 году их размер увеличится по сравнению с предыдущим годом на 248,1 млрд рублей (на 10,1%), в 2024 году – на 210,8 млрд рублей (на 7,8%), в 2025 году – на 208,9 млрд рублей (на 7,2%).

Основным источником доходов бюджета Фонда являются страховые взносы на ОМС, на долю

которых приходится в 2023 году 85,7%, в 2024 году – 86,1%, в 2025 году – 86,4%.

Размер страховых взносов на ОМС запланирован на 2023 год в сумме 2 686,4 млрд рублей, на 2024 год – 2 896,6 млрд рублей, на 2025 год – 3 104,9 млрд рублей. Указанный объем формируется из страховых взносов на ОМС работающего населения и страховых взносов на ОМС неработающего населения. Их соотношение складывается следующим образом:

Доля страховых взносов на работающее и неработающее население в 2021–2023 годах



Страховые взносы на ОМС работающего населения

Расчет страховых взносов на ОМС работающего населения для формирования бюджета Фонда на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов произведен с учетом вступающих в силу с 1 января 2023 года федеральных законов от 14.07.2022 № 239-ФЗ «О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации и статьи 18 и 19 Федерального закона «О проведении эксперимента по установлению специального налогового режима «Автоматизированная упрощенная система налогообложения» и № 264-ФЗ «О внесении изменений в Бюджетный кодекс Российской Федерации и о приостановлении действия пункта 1 статьи 145 Бюджетного кодекса Российской Федерации», предусматривающих введение единого тарифа страхового взноса для государственных внебюджетных фондов Российской Федерации.

Новое налоговое законодательство меняет два основных показателя, используемых для расчета страховых взносов на ОМС работающего населения:

- облагаемая база для исчисления страховых взносов;
- тариф страховых взносов.

Облагаемая база для исчисления страховых взносов с 2023 года устанавливается в пределах единой предельной величины базы для исчисления страховых взносов для всех государственных внебюджетных фондов Российской Федерации с тарифом в совокупном размере 30% и свыше установленной единой предельной величины базы – 15,1%.

Норматив отчислений от установленных совокупных тарифов в бюджет Фонда составляет 18,3%.

Основным прогнозным показателем для определения объема страховых взносов на ОМС работающего населения, поступающих в доход бюджета Фонда, является фонд заработной платы, размер которого по прогнозу социально-экономического развития Российской Федерации на 2023 год определен в сумме 35 826 млрд рублей, на 2024 год – 38 767 млрд рублей, на 2025 год – 41 649 млрд рублей. Для расчета поступлений страховых взносов на ОМС работающего населения использовались данные отчетности Федеральной налоговой службы за 2021 год по форме 8-СВ «О базе для начисления страховых взносов и структуре начислений по страховым взносам» и других форм налоговой отчетности.

Изменились показатели для расчета страховых взносов за работающее население, проектируемые главным администратором доходов – Федеральной налоговой службой: коэффициент собираемости в

расчетах принят на уровне 0,9987, коэффициент корректировки фонда заработной платы – 1,01, в том числе для определения облагаемой базы в пределах установленной предельной величины – в размере 0,903 и свыше установленной предельной величины базы – 0,107, тогда как в бюджете Фонда на 2022–2024 годы эти показатели составляли соответственно 0,9999 и 1,022.

Общий размер страховых взносов на ОМС работающего населения запланирован на 2023 год в сумме 1 788,2 млрд рублей, на 2024 год – 1 932,7 млрд рублей, на 2025 год – 2 077,2 млрд рублей. Прирост к предыдущему году составляет соответственно 154,2 млрд рублей (на 9,4%), 144,5 млрд рублей (на 8,1%) и 144,5 млрд рублей (на 7,5%).

Для основной категории плательщиков объем поступления страховых взносов на ОМС работающего населения в 2023–2025 годах рассчитан в пределах установленной единой предельной величины базы по тарифу 5,5%, свыше установленной единой предельной величины базы – 2,8%. По указанным плательщикам планируется собрать страховые взносы на ОМС в пределах установленной единой предельной величины базы в 2023 году в сумме 1 515,4 млрд рублей, в 2024 году – 1 639,8 млрд рублей, в 2025 году – 1 765,5 млрд рублей; свыше установленной единой предельной величины базы в 2023 году в сумме 105,3 млрд рублей, в 2024 году – 114,0 млрд рублей, в 2025 году – 122,6 млрд рублей.

Таким образом, от основной категории плательщиков в бюджет Фонда поступит страховых взносов в 2023 году – 1 620,7 млрд рублей, в 2024 году – 1 753,8 млрд рублей, в 2025 году – 1 888,1 млрд рублей.

Основная категория плательщиков формирует 91% общего объема страховых взносов на ОМС работающего населения.

Объем поступления страховых взносов на ОМС от плательщиков, применяющих в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах пониженные тарифы, предусматривается в пределах установленной единой предельной величины базы в 2023 году в сумме 117,4 млрд

рублей, в 2024 году – 127,0 млрд рублей, в 2025 году – 135,5 млрд рублей; свыше установленной единой предельной величины базы в 2023 году в сумме 15,5 млрд рублей, в 2024 году – 16,8 млрд рублей, в 2025 году – 18,0 млрд рублей.

В целом плательщиками с пониженными тарифами страховых взносов будет уплачено в бюджет Фонда в 2023 году – 133,2 млрд рублей, в 2024 году – 143,8 млрд рублей, в 2025 году – 153,5 млрд рублей, что составляет почти 7,5% от общего объема страховых взносов на ОМС работающего населения.

Для плательщиков, производящих выплаты в пользу прокуроров, сотрудников Следственного комитета Российской Федерации, судей федеральных судов, мировых судей объем поступления страховых взносов на ОМС работающего населения в 2023–2025 годах рассчитан по тарифу 5,1%. По указанным плательщикам предусматривается собрать страховые взносы в 2023 году в сумме 6,0 млрд рублей, в 2024 году – 6,5 млрд рублей, в 2025 году – 7,0 млрд рублей.

Поступление страховых взносов на ОМС в фиксированном размере от плательщиков, не производящих выплаты физическим лицам, рассчитано исходя из среднегодовой численности данной категории плательщиков за 2020 год в количестве 3,4 млн человек по данным Федеральной налоговой службы, совокупного фиксированного размера 45 842 рублей и норматива отчисления в Фонд – 19,8922%. Поступления в доход бюджета Фонда по данной категории плательщиков запланированы в 2023–2025 годах в сумме по 28,5 млрд рублей ежегодно.

Страховые взносы на ОМС неработающего населения

Размер страховых взносов на ОМС неработающего населения рассчитан с учетом изменений, внесенных в Федеральный закон от 30.11.2011 № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения».

Так, Федеральным законом от 05.12.2022

№ 473-ФЗ «О внесении изменения в Федеральный закон «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» изменен порядок расчета коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг в целях определения тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

По ранее действующей методике, утвержденной Федеральным законом от 30.11.2011 № 354-ФЗ, коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг на очередной финансовый год увеличивался на индекс потребительских цен по прогнозу социально-экономического развития Российской Федерации.

Новый Федеральный закон установил, что при расчете коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг учитывается не только прогнозный индекс потребительских цен, но и дополнительный показатель – темп роста среднемесячной начисленной заработной платы работников организаций в предшествующем календарном году.

При этом между данными показателями установлено соотношение 30 и 70 процентов, что обусловлено применением единых подходов при планировании субвенции бюджетам территориальных фондов ОМС и расчета страховых взносов на ОМС неработающего населения, зачисляемых в бюджет Фонда.

По новой методике расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения объем страховых взносов на 2023 год утвержден в размере 898,1 млрд рублей. Прирост платежа в целом по Российской Федерации по сравнению с действующей методикой в 2023 году составит 35,5 млрд рублей, или 4%.

При этом значительный рост субвенции многократно покрывает прирост платежа за неработающее население. Так, субвенция увеличится в 2023 году по сравнению с 2022 годом на 285,7 млрд рублей, или на 11,6%.

Предлагаемые изменения обеспечат дальнейший рост объемов медицинской помощи и ее доступность в интересах застрахованных лиц.

Общий объем страховых взносов на ОМС неработающего населения рассчитан, исходя из численности застрахованного по ОМС неработающего населения по состоянию на 1 января 2022 года в количестве 80,9 млн человек (по данным единого регистра застрахованных лиц, ведение которого осуществляется в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»), тарифа страховых взносов на ОМС неработающего населения в размере 18 864,6 рубля, коэффициентов дифференциации и коэффициентов удорожания стоимости медицинских услуг, установленных Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов».

Общий размер поступления страховых взносов на ОМС неработающего населения определен на 2023 год в сумме 898,1 млрд рублей, на 2024 год – 963,9 млрд рублей, на 2025 год – 1 027,7 млрд рублей с учетом коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг (соответственно 1,366, 1,466, 1,563).

Прирост к предыдущему году составляет соответственно 84,4 млрд рублей (на 10,4%), 65,8 млрд рублей (на 7,3%) и 63,8 млрд рублей (на 6,6%).

Межбюджетные трансферты из федерального бюджета

В бюджете Фонда предусматриваются межбюджетные трансферты из федерального бюджета на 2023 год в размере 429,4 млрд рублей, на 2024 год – 448,0 млрд рублей, на 2025 год – 463,5 млрд рублей. На их долю приходится 13% в общих доходах бюджета Фонда.

Распределение межбюджетных трансфертов характеризуется следующими данными:

млрд рублей

Наименование	2022 год (392-ФЗ)	2023 год	темп роста, %	2024 год	темп роста, %	2025 год	темп роста, %
Межбюджетные трансферты, всего	326,0	429,4	131,7	448,0	104,3	463,5	103,5
из них:							
- компенсация выпадающих доходов в связи с пониженными тарифами страховых взносов	47,5	149,4	в 3,1 раза	161,7	108,2	170,7	105,6
- финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями	140,0	140,0	100,0	140,0	100,0	140,0	100
- обеспечение нестраховых расходов	121,3	130,0	107,2	136,4	104,9	142,5	104,5
- на проведение медицинской реабилитации	9,2	10,0	108,7	10,0	100,0	10,4	103,8

В бюджет Фонда предоставляются межбюджетные трансферты на компенсацию выпадающих доходов в связи с пониженными тарифами страховых взносов, на софинансирование оказания медицинской помощи по профилю «Онкология», на высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, на оплату родового сертификата.

Кроме того, бюджету Фонда в целях выполнения Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 21.04.2021 предусмотрены, начиная с 2022 года, межбюджетные трансферты из федерального бюджета на проведение медицинской реабилитации.

Расчет выпадающих доходов бюджета Фонда в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на ОМС работающего населения произведен с учетом вступающих в силу с 1 января 2023 года положений федеральных законов от 14.07.2022 № 239-ФЗ и № 264-ФЗ, а также в соответствии с нормами статьи 20 Федерального закона от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» по данным отчетности Федеральной

налоговой службы по форме № 8-СВ о размерах облагаемой базы для начисления страховых взносов за 2021 год по категориям плательщиков, для которых установлен пониженный тариф в пределах установленной единой предельной величины базы и свыше установленной единой предельной величины базы.

При расчете межбюджетных трансфертов на компенсацию выпадающих доходов бюджета Фонда учтены дополнительные категории плательщиков страховых взносов, применяющие пониженные тарифы страховых взносов в соответствии со статьей 427 Налогового кодекса Российской Федерации – российские организации, зарегистрированные на территории Курильских островов, и организации, производящие вознаграждения в пользу обучающихся в профессиональных образовательных организациях.

Межбюджетный трансферт на компенсацию выпадающих доходов в условиях нового налогового законодательства возрастает более чем в 3 раза, на онкологию и медицинскую реабилитацию – соответствует параметрам федеральных проектов, входящих в национальный проект «Здравоохранение».

Налоговые поступления

Объем поступлений налога на профессиональный доход, налогов на совокупный доход, а также задолженности по отмененным налогам, сборам и иным обязательным платежам предусматривается на 2023 год в сумме 14,9 млрд рублей, на 2024 год – 15,5 млрд рублей, на 2025 год – 16,1 млрд рублей, объем которых подтвержден главным администратором доходов – Федеральной налоговой службой.

Прочие неналоговые поступления

Объем доходов бюджета Фонда от прочих неналоговых поступлений, которые не имеют системного (регулярного) характера, рассчитан в соответствии с Методикой прогнозирования поступлений доходов в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования, администрируемых Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, утвержденной приказом Фонда от 18.01.2022 № 7а, и планируется на 2023 год в сумме 4,7 млрд рублей, на 2024 год – 5,9 млрд рублей, на 2025 год – 7,3 млрд рублей.

Расходы

Расходные обязательства бюджета Фонда на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов обеспечивают цели и задачи развития здравоохра-

нения и ОМС, предусмотренные указами Президента Российской Федерации 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», национальным проектом «Здравоохранение», посланиями Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации, федеральными законами «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Распределение расходов бюджета Фонда осуществляется в соответствии с мероприятиями государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Расходы бюджета Фонда определены с учетом доходов на трехлетний период и предусматриваются на 2023 год в сумме 3 219,3 млрд рублей, на 2024 год – 3 433,7 млрд рублей, на 2025 год – 3 612,0 млрд рублей.

Прирост общих расходов к предыдущему году составит в 2023 году 418 млрд рублей, или 14,9%, в 2024 году – 214 млрд рублей, или 6,7%, в 2025 году – 178 млрд рублей, или 5,2%.

В 2025 году расходы возрастут против 2022 года на 811 млрд рублей, или на 29%.

Распределение расходов по отдельным направлениям характеризуется следующими данными:

млрд рублей				
Наименование	2022 год (392-ФЗ)	2023 год	2024 год	2025 год
Расходы, всего	2 801,1	3 219,3	3 433,7	3 612,0
в том числе:				
Субвенция на реализацию базовой программы ОМС	2 461,3	2 746,9	2 945,4	3 107,4
Финансовое обеспечение ФГУ на оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС	в НСЗ 154,4	163,6	172,6	182,1
Оплата ВМП, не включенной в базовую программу ОМС	112,5	120,3	126,5	132,8
Средства на оплату родового сертификата	14,3	15,2	15,3	15,1
Нормированный страховой запас	210,5*	170,4	171,1	171,9

* в том числе 154,4 млрд рублей на оказание федеральными медицинскими организациями медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС

Основной статьей расходов бюджета Фонда является субвенция, которая в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предоставляется в бюджеты территориальных фондов ОМС в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении переданных полномочий по организации ОМС на территориях субъектов Российской Федерации.

В структуре расходов бюджета Фонда на долю субвенций приходится более 86%.

В бюджете Фонда предусмотрена субвенция для распределения по субъектам Российской Федерации на 2023 год в размере 2 746,9 млрд рублей, на 2024 год – 2 945,4 млрд рублей, на 2025 год – 3 107,4 млрд рублей. Будет обеспечен ежегодный рост субвенции.

За последние 5 лет предусматривается наибольший рост субвенции. В 2023 году по сравнению с 2022 годом году ее прирост составит 285,7 млрд рублей, или 11,6%, в 2024 году – 198,4 млрд рублей (7,2%), в 2025 году – 162,0 млрд рублей (5,5%).

Общий объем субвенций, предоставляемых бюджетам территориальных фондов ОМС, определен по Методике, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования», на основе данных о численности застрахованных лиц на 1 января 2022 года, подушевого норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС, коэффициента дифференциации для каждого субъекта Российской Федерации и коэффициента корректировки по доле участия федеральных медицинских организаций в территориальной программе ОМС.

Планируемый размер субвенции обеспечит подушевой норматив финансового обеспечения базовой

программы ОМС на 2023 год в размере 15 823,6 рублей, на 2024 год – 16 966,6 рублей, на 2025 год – 17 899,76 рублей, который предусмотрен в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов. Указанные размеры подушевого норматива рассчитаны исходя из нормативов объемов медицинской помощи, входящей в базовую программу ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, запланированных в названной Программе и сформированных в том числе с учетом показателей прогноза социально-экономического развития Российской Федерации от 2 сентября 2022 года.

За счет субвенций обеспечивается реализация базовой программы ОМС, в рамках которой оказывается первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь и диспансеризацию, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь по установленному перечню.

Оплата указанной медицинской помощи осуществляется по тарифам, учитывающим расходы медицинских организаций, установленные частью 7 статьи 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Субвенция определена с учетом выполнения целевых показателей по заработной плате врачей и среднего медицинского персонала, установленных Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597, в той доле, которая покрывается средствами ОМС.

Следует учесть, что в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р при оценке соотношения заработной платы отдельных категорий работников, определенных Указом Президента Российской

Федерации, и средней заработной платы в регионе учитывается вся заработная плата, полученная работником за счет всех источников.

Доля средств ОМС в фонде оплаты труда врачей составляет 79,8%, среднего медицинского персонала – 83,0%, которая учтена при определении расходов на заработную плату в составе субвенции.

Фонд заработной платы младшего медицинского персонала, руководителей и иных работников медицинских организаций увеличен с 1 октября, а прочие расходы медицинских организаций – с 1 января на индекс потребительских цен (в 2023 году – на 5,5%, в 2024 и 2025 году – на 4%).

В результате появится возможность выравнивания заработной платы в стационарах и поликлиниках.

Также размер субвенции обеспечивает:

- финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения;
- увеличение предельного значения коэффициента ценовой дифференциации бюджетных услуг для регионов Дальнего Востока (Республика Саха (Якутия), Камчатский край, Магаданская область, Чукотский автономный округ) и Ненецкого автономного округа с 5,5 до 6,5. Данная мера обеспечит увеличение размера субвенции для названных регионов в 2023 году на 4,6 млрд рублей, в 2024 году – на 4,9 млрд рублей, в 2025 году – на 5,2 млрд рублей. Указанные расходы предусмотрены за счет средств ОМС. В целях реализации указанного решения принято постановление Правительства Российской Федерации от 24 ноября 2022 года № 2130;
- в целях выполнения Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 21 апреля 2021 года объем субвенции предусматривает мероприятия по медицинской реабилитации застрахованных лиц, перенесших COVID-19, которые учтены в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов.

С учетом эпидемиологической ситуации на указанные цели в 2023–2025 годах предусматривается на 2023 и 2024 годы по 10,0 млрд рублей, на 2025 год – 10,4 млрд рублей. Указанные расходы предусмотрены за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджету Фонда.

На финансовое обеспечение специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, оказываемой федеральными медицинскими организациями, предусмотрено на 2023 год 163,6 млрд рублей, на 2024 год – 172,6 млрд рублей, на 2025 год – 182,1 млрд рублей. К предыдущему году объем средств увеличится соответственно на 9,3 млрд рублей (на 7%), на 9,0 млрд рублей (на 5,5%), на 9,5 млрд рублей (на 5,5%).

Указанный объем средств позволит повысить доступность указанной медицинской помощи больным со сложными и тяжелыми случаями заболеваний, независимо от места их проживания, доведя ее объем до 60% от общего объема оказываемой специализированной медицинской помощи согласно Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

С 2023 года объемы финансового обеспечения на указанные цели предусматриваются по отдельной целевой статье расходов. Объемы финансового обеспечения определены с увеличением темпа роста подушевого норматива на оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, оказываемой федеральными медицинскими организациями, и с учетом включения новых методов высокотехнологичной медицинской помощи с использованием ряда уникальных методов лечения, применяемых при сердечно-сосудистой хирургии и трансплантации органов.

За счет указанных средств планируется выполнить свыше 2 млн случаев госпитализаций.

На оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу

ОМС, в бюджете Фонда запланированы обособленные целевые средства с учетом увеличения на темп роста заработной платы и индекс потребительских цен по прогнозу социально-экономического развития Российской Федерации на 2023 год в сумме 120,3 млрд рублей, на 2024 год – 126,5 млрд рублей, на 2025 год – 132,8 млрд рублей. Это позволит оплатить более 350 тыс. законченных случаев лечения.

Каждый год объем средств на указанные цели будет прирастать: в 2023 году на 7,8 млрд рублей (на 6,9%), в 2024 году – на 6,2 млрд рублей (на 5,2%), в 2025 году – на 6,3 млрд рублей (на 4,9%).

В рамках демографической политики в 2023–2025 годах предусмотрено предоставление межбюджетных трансфертов из бюджета Фонда бюджету Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, а также проведение профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни в 2023 году – 15,2 млрд рублей, в 2024 году – 15,3 млрд рублей, в 2025 году – 15,1 млрд рублей с учетом прогнозируемого уровня рождаемости.

В бюджете Фонда зарезервировано средств нормированного страхового запаса на 2023 год в сумме 170,4 млрд рублей, на 2024 год – 171,1 млрд рублей, 2025 год – 171,9 млрд рублей.

Нормированный страховой запас Фонда сформирован в объеме, необходимом для обеспечения сбалансированности системы обязательного медицинского страхования в текущих условиях.

За счет нормированного страхового запаса Фонда будет также осуществляться софинансирование расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала в целях устранения кадрового дефицита и на денежные выплаты стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения.

При этом в целях повышения эффективности использования средств, предоставляемых из бюджета Фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала, изменена Методика их распределения, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 29.10.2022 № 1936.

В частности, изменен порядок расчета прогнозного значения годового прироста численности врачей и среднего медицинского персонала, учитывающий уровень фактического их трудоустройства, а также при наличии остатков средств в бюджетах территориальных фондов обязательного медицинского страхования на указанные цели, с 1 июля года их перечисление из бюджета Фонда приостанавливается.

В результате межбюджетные трансферты из бюджета Фонда на 2023 год распределены по регионам в сумме 6 млрд рублей для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда 18 тыс. врачей и 20 тыс. среднего медицинского персонала, планируемых к принятию на работу в 2023 году.

Кроме того, для исключения рисков недостаточности распределенных средств по субъектам Российской Федерации сформирован 20-процентный резерв в размере 1,5 млрд рублей.

Исполнение бюджета Фонда в заданных параметрах обеспечит выполнение поставленных задач в сфере обязательного медицинского страхования и будет способствовать повышению качества и доступности медицинской помощи каждому гражданину, предоставляемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов.

УДК 614.2

НОВОВВЕДЕНИЯ В ПОДХОДАХ К УЧЕТУ И ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

О.В. Царева

Федеральный фонд обязательного
медицинского страхования

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 ОМС.

Порядок и сроки рассмотрения тарифных соглашений установлены приказом Минздрава России от 12.02.2021 № 80н «Об утверждении порядка и сроков рассмотрения тарифных соглашений, заключаемых в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязатель-

ном медицинском страховании в Российской Федерации», подготовки заключения Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования и его типовой формы». 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 Федеральный фонд ОМС подготавливает заключение.

Заключение Федерального фонда ОМС является основанием для внесения субъектами РФ изменений в тарифные соглашения.

В большинстве случаев тарифные соглашения при их первичном предоставлении в Федеральный

фонд ОМС содержат какие-либо несоответствия установленным требованиям. По результатам совместно проводимой работы тарифные соглашения приводятся в соответствие базовой программе ОМС.

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.

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), выполнения плана вакцинации населения, уровня охвата пациентов, имеющих хронические заболевания, риск прежде-

временной 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.

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.

Для корреспонденции

Царева Ольга Владимировна

Заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Адрес: 127994, ГСП-4, Москва, ул. Новослободская, д. 37, корп. 4А

Тел.: +7 (495) 870-96-80 (доб. 1101)
E-mail: otsareva@ffoms.gov.ru

В ноябре 2022 года в методику внесены корректировки по результатам анализа достижения показателей результативности за 9 месяцев. Были в том числе скорректированы пороговые значения, при которых медицинская организация получает стимулирующие выплаты с 50 и 70% достигнутых показателей на 40 и 60% достигнутых показателей.

Так, медицинским организациям, выполнившим более 40% 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 60% показателей, сумма выплат будет увеличена.

Также в ноябре 2022 года принято решение считать показатель результативности для медицинской организации достигнутым в случае, если результат показателя для указанной медицинской организации лучше, чем среднее значение указанного показателя по субъекту Российской Федерации. Таким

образом, методикой предусмотрена возможность стимулирования не только медицинских организаций, качество медицинской помощи в которых растет по сравнению с предыдущим периодом, но и медицинских организаций, занимающих лидирующие места по качеству медицинской помощи (по отдельным показателям) в субъекте Российской Федерации.

Новеллы оплаты

Федеральным фондом совместно с Минздравом России проводится постоянная работа по совершенствованию подходов к оплате медицинской помощи. В настоящее время рассматриваются вопросы о внесении с 2023 года отдельных изменений в модель оплаты медицинской помощи с использованием клинико-статистических групп (КСГ).

Рассматривается вопрос разгруппировки (рис. 1), выделения дополнительных КСГ и пересчет коэф-

НОВЕЛЛЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО КСГ В 2023 ГОДУ

Разгруппировка отдельных КСГ для оплаты: - случаев лечения хронического вирусного гепатита С с учетом фактических затрат на приобретение лекарственных препаратов - дорогостоящих схем лечения при злокачественных новообразованиях
Выведение в отдельную КСГ: - случаев проведения сопутствующей терапии для отдельных групп пациентов, получающих лекарственную терапию при ЗНО - услуги «Факозмульсификация с имплантацией интраокулярной линзы» - услуг, связанных с применением радиоактивного йода, с длительностью лечения менее 3 дней
Пересмотр коэффициентов затратоемкости КСГ: - для оплаты лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях и ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей - для оплаты экстракорпорального оплодотворения
Увеличение количества уровней КСГ до 4 для оплаты лечения с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов
Пересмотр коэффициентов затратоемкости с учетом фактических затрат «Операции при ЗНО», «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» и «Экстракорпоральная мембранная оксигенация»
Дополнение КСГ «Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и (или) иммуногистохимического исследования» иммунофенотипическим исследованием
Разгруппировка КСГ для оплаты случаев вакцинации детей до 2-х лет от респираторно-синцитиального вируса с учетом возраста и массы тела детей
Учет применения роботизированных систем медицинской реабилитации при формировании КСГ

Рис. 1. Новеллы оплаты медицинской помощи по КСГ в 2023 г.

НОВЕЛЛЫ В ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНМ МЕДИЦИСКОЙ ПОМОЩИ НА 2023 ГОД В ЧАСТИ ВМП И КСГ



Рис. 2. Новеллы в ПГГ на 2023 год в части ВМП и КСГ

фициентов затратоемкости некоторых КСГ, используемых для учета и оплаты медицинской помощи при ряде заболеваний (хроническом вирусном гепатите С, злокачественных новообразованиях и др.), экстракорпоральном оплодотворении, применении генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов, некоторых случаев вакцинации, а также введения в КСГ дополнительных методов диагностики и лечения.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи

Приказом Минздрава России от 30.05.2022 № 365н «О внесении изменений в порядок формирования перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 августа 2017 г. № 484н» (Зарегистрировано в Минюсте России 26.07.2022 № 69390) внесены изменения в Порядок формирования перечня видов

высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), которые предусматривают исключение методов лечения и видов ВМП в случае их дублирования в перечнях видов ВМП (раздел I и раздел II), а также в клинко-статистических группах.

В соответствии с решениями межведомственного совета при Минздраве России по формированию перечня видов ВМП с целью исключения дублирования с КСГ исключено 88 методов лечения в ВМП раздел I (рис. 2).

С целью уточнения формулировки и исключения дублирования с КСГ изменены наименования некоторых методов лечения ВМП раздела I по профилю «Онкология». 35 методов лечения исключено из ВМП2 и оставлено в КСГ.

Методы лечения с применением генно-инженерных биологических препаратов по профилям «дерматология», «гастроэнтерология», «ревматология», «педиатрия» конкретизированы и предусматривают только инициацию или замену генно-инженерных биологических лекарственных препаратов. В резуль-

НОВЕЛЛЫ В ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНМ МЕДИЦИСКОЙ ПОМОЩИ НА 2023 ГОД В ЧАСТИ ПЕРЕВОДА МЕТОДОВ ВМП

В соответствии с решениями межведомственного совета при Минздраве России по формированию перечня видов ВМП в Перечни видов ВМП (Раздел I и Раздел II) внесены изменения:

18 методов исключено из КСГ и перенесено из ВМП2 в ВМП1

ПРИМЕР: «удаление опухоли полости носа видеоэндоскопическое»; «резекция костей верхнего плечевого пояса с реконструктивно-пластическим компонентом»

80 методов оставлено в ВМП2 и исключено из КСГ

ПРИМЕР: «кохлеарная имплантация при двусторонней нейросенсорной потере слуха»; «поднакостничная экзентерация орбиты с сохранением век»

Произведен комплексный пересмотр по профилю «офтальмология», включая переименование, объединение и удаление методов

Разгруппировка на 3 метода в зависимости от количества стентов методов «баллонная вазодилатация с установкой 1 - 3 стентов в сосуд (сосуды)» (группа 42) и «баллонная вазодилатация и (или) стентирование с установкой 1 - 3 стентов в сосуд с применением методов внутрисосудистой визуализации и (или) в сочетании с оценкой гемодинамической значимости стеноза по данным физиологической оценки коронарного кровотока (ФРК или МРК) при ишемической болезни сердца» (группа 43)

Из ВМП вне ОМС переведен 1 метод ВМП: имплантация эндопротеза с одновременной реконструкцией биологической оси конечности (гонартроз)

Проиндексированы нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП, включенной в базовую программу ОМС, проиндексированы по сравнению с 2022 годом в части оплаты труда и в части приобретения медикаментов и прочих расходов в соответствии с макроэкономическими показателями, представленными Минэкономразвития России в среднесрочном прогнозе социально-экономического развития Российской Федерации до 2025 года (базовый вариант)

Рис. 3. Новеллы в ПГГ на 2023 г. в части перевода методов ВМП

тате, инициация лечения по указанным профилям будет исключена из модели КСГ.

Из ВМП в ОМС в специализированную медицинскую помощь переведен 1 метод ВМП: имплантация эндопротеза сустава.

Кроме того, в Перечни видов ВМП (раздел I и раздел II) внесены изменения (рис. 3).

Осуществлен комплексный пересмотр по профилю «офтальмология», включая переименование, объединение и удаление методов.

Произведена разгруппировка на 3 метода в зависимости от количества стентов методов «баллонная вазодилатация с установкой 1–3 стентов в сосуд (сосуды)» (группа 42) и «баллонная вазодилатация и (или) стентирование с установкой 1–3 стентов в сосуд с применением методов внутрисосудистой визуализации и (или) в сочетании с оценкой гемодинамической значимости стеноза по данным физиологической оценки коронарного кровотока (ФРК или МРК) при ишемической болезни сердца» (группа 43).

Из ВМП вне ОМС переведен 1 метод ВМП: имплантация эндопротеза с одновременной реконструкцией биологической оси конечности.

Проиндексированы нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП, включенной в базовую программу ОМС.

Использование средств нормированного страхового запаса для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала

Приказом Минздрава России от 21.04.2022 № 273н «Об определении видов медицинских организаций, которым предоставляются средства нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования на цели, указанные в пункте 4 части 6 статьи 26 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ

«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», и видов оказываемой ими медицинской помощи в целях предоставления указанных средств» расширен перечень видов медицинских организаций, которым предоставляются средства нормированного страхового запаса (НСЗ) территориального фонда ОМС для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медперсонала (рис. 4).

С выходом приказа финансовые средства смогут получать областные, краевые, республиканские и окружные больницы, консультативно-диагностические центры, диспансеры, женские консультации, родильные дома, медико-санитарные части, поликлиники.

Это существенно повысит возможности медицинских организаций по привлечению в отрасль новых специалистов.



Рис. 4. Использование средств НСЗ ТФОМС для софинансирования труда врачей и среднего медперсонала

УДК 614.2

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ФЕДЕРАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Ю.В. Булавская



Федеральный фонд обязательного
медицинского страхования

Начиная с 2021 года Федеральный фонд обязательного медицинского страхования напрямую оплачивает специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, оказываемую в стационарных условиях и условиях дневного стационара по перечню заболеваний, состояний, предусмотренных базовой программой ОМС, ме-

дицинским организациям, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти.

В 2021 году в базовой программе ОМС участвовали 319 федеральных медицинских организаций (ФМО), в 2022 году – 295 и по состоянию на 30 июня

Начиная с 2021 года Федеральный фонд обязательного медицинского страхования напрямую оплачивает специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, оказываемую в стационарных условиях и условиях дневного стационара по перечню заболеваний, состояний, предусмотренных базовой программой ОМС, медицинским организациям, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти.

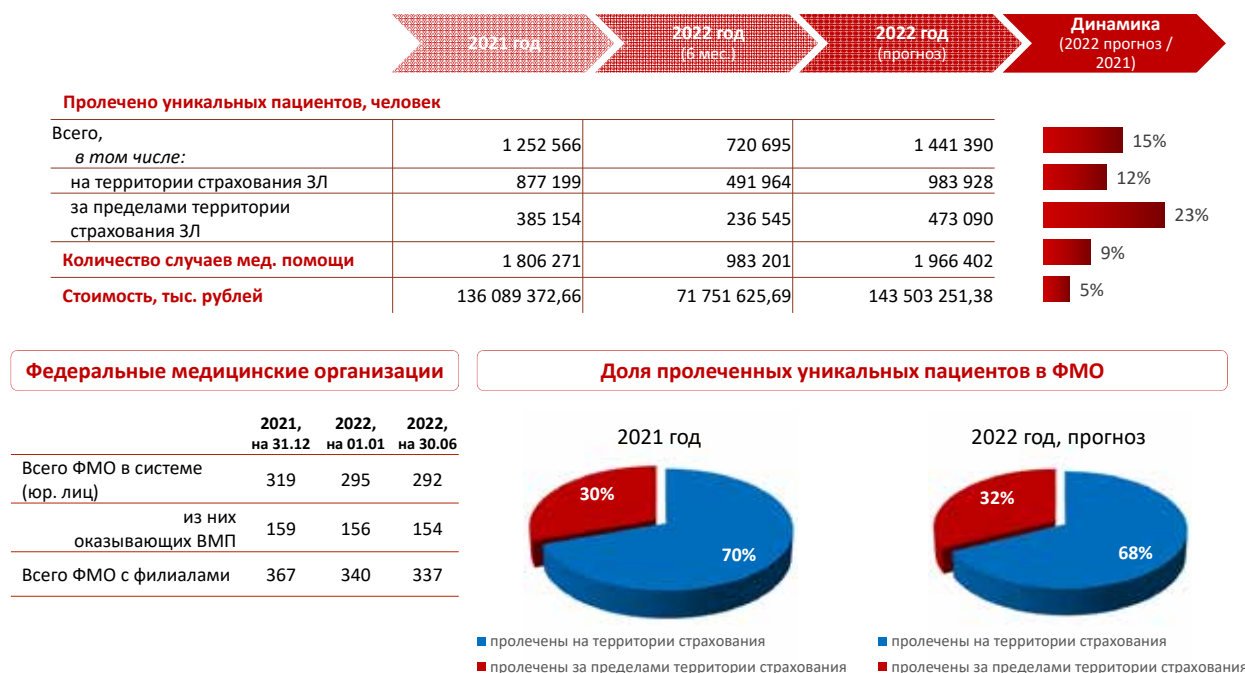


Рис. 1. Медицинская помощь в федеральных медицинских организациях

2022 года – 292 ФМО. Из них 159 оказывали высокотехнологичную помощь в 2021 году, в 2022 году – 154.

В 2021 году в ФМО было пролечено 1,2 млн уникальных пациентов, прогноз на 2022 год составляет 1,4 млн пациентов. Было оплачено в 2021 году 1,8 млн случаев лечения на сумму 136 млрд руб., за первое полугодие 2022 года уже оплачено 983 тыс. случаев лечения на 72 млрд руб.

На рисунке 1 представлена прогнозная динамика по увеличению числа пациентов на 15%, в том числе пролеченных на территории страхования на 12%,

за пределами территории страхования на 23%.

По количеству случаев лечения прогнозируется рост на 9% и по общей стоимости медицинской помощи – предварительно на 5%.

Исходя из представленных данных, можно сказать, что поток пациентов в ФМО растет, но при этом снижается средняя стоимость одного случая лечения: с 75,3 тыс. руб. в 2021 году до прогнозных 72,9 тыс. руб. в 2022.

Если посмотреть на географическую расположенность ФМО на территории Российской Федерации,

Для корреспонденции

Булавская Юлия Викторовна

Заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Адрес: 127994, ГСП-4, Москва, ул. Новослободская, д. 37, корп. 4А

Тел.: +7 (495) 870-96-80 (доб. 1030)
E-mail: ybulavskaya@ffoms.gov.ru

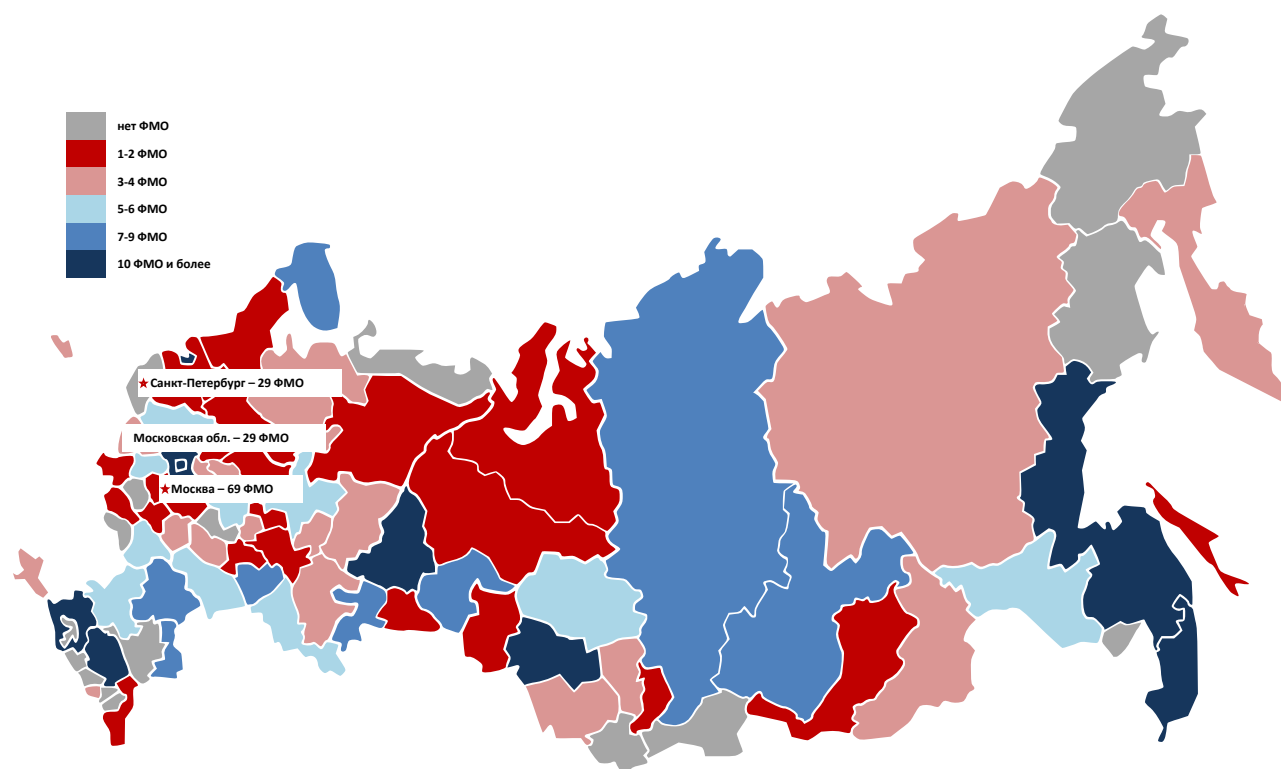


Рис. 2. Количество федеральных медицинских организаций по субъектам РФ

то можно увидеть неоднородность распределения федеральных центров (рис. 2). Есть регионы, в которых исторически сосредоточено наибольшее количество ФМО. Это Москва, Московская область, Санкт-Петербург и 16 регионов, где в 2022 году ФМО не участвуют в базовой программе ОМС.

Специализированную медицинскую помощь, не выезжая за пределы субъекта страхования, пациенты получают в 72% случаев. Высокотехнологичную медицинскую помощь – в 56% случаев. Это повлияло в том числе на объемы межтерриториальных расче-

тов между субъектами Российской Федерации. В 2020 году объем исходящего потока межтерриториальных расчетов был чуть более 101 млрд руб., в 2021 году он снизился на 14,6 млрд руб.

Так, в 13 регионах объем межтерриториальных расчетов снизился более чем на 30% в 2021 году по отношению к 2020 году. Например, в Калужской области – на 72%, в Пензенской – на 57%, в Саратовской – на 55% и в городе Байконуре – на 54%.

Однако в 17 регионах отмечается рост объемов межтерриториальных расчетов. Среди них Респу-

Специализированную медицинскую помощь, не выезжая за пределы субъекта страхования, пациенты получают в 72% случаев. Высокотехнологичную медицинскую помощь – в 56% случаев. Это повлияло в том числе на объемы межтерриториальных расчетов между субъектами Российской Федерации. В 2020 году объем исходящего потока межтерриториальных расчетов был чуть более 101 млрд руб., в 2021 году он снизился на 14,6 млрд руб.

Характеристика (по данным 6 мес. 2022 года)	Профили медицинской помощи
профили, по которым 80% и более случаев лечения оказаны ЗЛ на территории страхования	акушерство и гинекология; инфекционные болезни (в том числе COVID)
профили, по которым 70-79% случаев лечения оказаны ЗЛ на территории страхования	абдоминальная хирургия; дерматовенерология; детская хирургия в период новорожденности; кардиология; комбустиология; неврология; нейрохирургия; оториноларингология; прочее; пульмонология; стоматология детская; терапия; урология; челюстно-лицевая хирургия
профили, по которым 60-69% случаев лечения оказаны ЗЛ на территории страхования, а 31-40% за пределами территории страхования	аллергология и иммунология; гастроэнтерология; гематология; колопроктология; медицинская реабилитация; нефрология (без диализа); ревматология; сердечно-сосудистая хирургия; травматология и ортопедия; хирургия; эндокринология
профили, по которым 45-59% случаев лечения оказаны ЗЛ за пределами территории страхования	детская урология-андрология; онкология; офтальмология; торакальная хирургия
профили, по которым более 55% случаев лечения оказаны ЗЛ за пределами территории страхования	детская кардиология; детская онкология; детская эндокринология; неонатология; педиатрия

Наиболее востребованные профили (случаев лечения)



Наименее востребованные профили (случаев лечения)



Рис. 3. Оказанная медицинская помощь по профилям лечения

блика Тыва (131%), Ленинградская область (72%), Удмуртская Республика (71%) и город Севастополь (71%).

В 2022 году, по прогнозам, наибольшая доля пролеченных в ФМО жителей от числа всех застрахованных в субъекте будет у Чукотского автономного округа (3,3%), Томской области (2,9%), Калужской области (2,4%), Мурманской области и Санкт-Петербурга (по 2%), Ленинградской области (1,8%), Московской области (1,7%), жителей Москвы, Ульяновской и Саратовской областей, а также Республики Северная Осетия – Алания – по 1,6%. По 1,5% жителей – в Иркутской области и Красноярском крае.

Наиболее востребованными профилями оказанной медицинской помощи в 2022 году стали: офтальмология, онкология, акушерство и гинекология, сердечно-сосудистая хирургия и медицинская реабилитация. Менее востребованными оказались детская

кардиология, аллергология и иммунология, детская хирургия, детская стоматология и комбустиология (рис. 3).

В 85% случаев пациенты получают медицинскую помощь, не выезжая за пределы субъекта страхования: по акушерству и гинекологии, а также инфекционным болезням (в том числе COVID-19). А за пределами страхования оказываются детская кардиология, детская онкология, детская эндокринология, неонатология и педиатрия.

Программой государственных гарантий (ПГТ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов определены средние нормативы объема медицинской помощи и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по видам и условиям оказания медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС для оказания медицинской помощи ФМО.

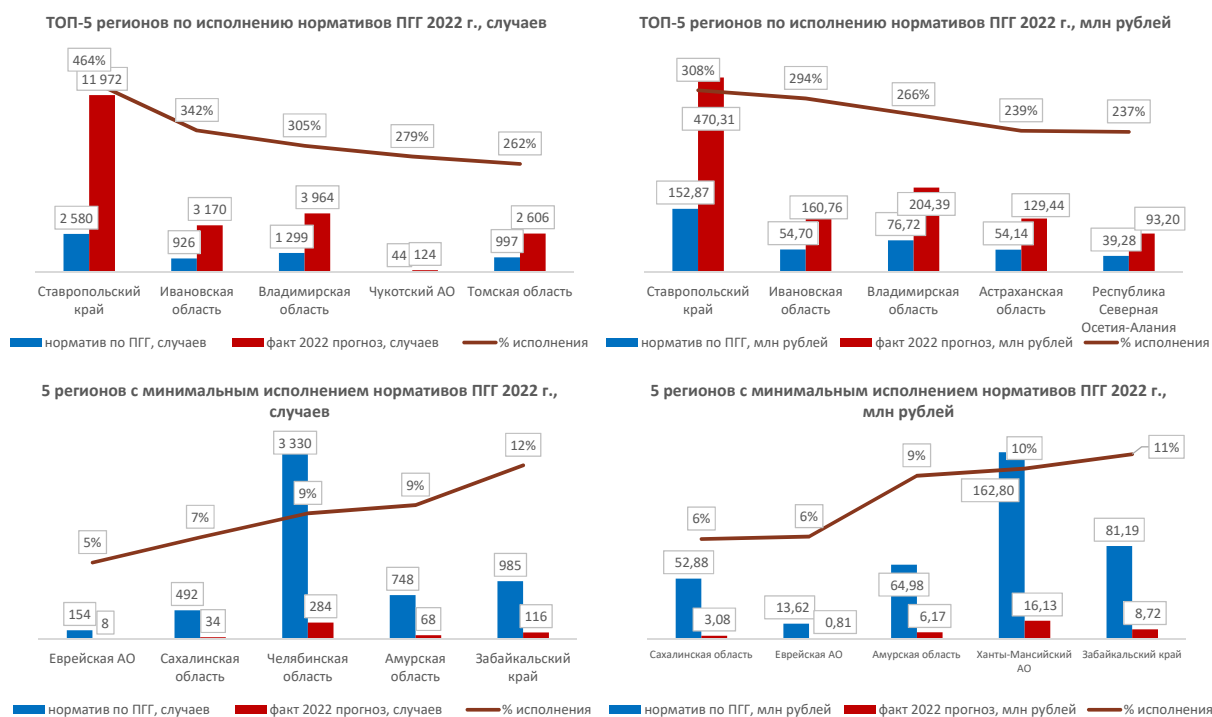


Рис. 4. Фактические объемы оказанной медпомощи в условиях круглосуточного стационара по профилю «медицинская реабилитация»

При анализе фактических объемов оказанной медицинской помощи в 2022 году, исходя из прогноза, мы видим долю исполнения нормативов ПГГ в разрезе всех субъектов.

Так, норматив ПГГ оказания медицинской помощи в ФМО в условиях дневного стационара на жителя субъекта перевыполнен в Санкт-Петербурге (в 4 раза по случаям и в 3,5 раза по финансовым затратам), в Калужской области (в 3 раза по случаям и в 4 раза по финансовым затратам), в Хабаровском крае (в 3 раза по случаям и по финансовым затратам).

Низкое исполнение норматива – в Алтайском крае (5% случаев и 12% финансовых затрат), Курганской области (8% случаев и 11% финансовых затрат) и Республике Алтай (11% случаев и 3% финансовых затрат).

Что касается круглосуточного стационара, то в Томской области зафиксировано перевыполне-

ние в 2,7 раза по случаям и в 2 раза по финансовым затратам, в Калужской области – в 2,4 раза по случаям и в 2 раза по финансовым затратам и в Санкт-Петербурге – в 2 раза по случаям и 1,7 раза по финансовым затратам.

Меньше всех исполнение норматива в условиях круглосуточного стационара показала Республика Хакасия – 27% случаев и 25% финансовых затрат от норматива ПГГ.

В части онкологии в условиях дневного стационара перевыполнение отмечено в Ульяновской области (в 5 раз по случаям и 4,6 раза по финансовым затратам) и Санкт-Петербурге (в 4,8 раза по случаям и в 5 раз по финансовым затратам). Низкое исполнение норматива – в Еврейской автономной области (3% случаев и 2% финансовых затрат).

Онкология в круглосуточном стационаре выглядит следующим образом: Калужская область – перевыполнение норматива в 3 раза по случаям и по фи-

нансовым затратам, Московская область – в 2,5 раза по случаям и по финансовым затратам, город Санкт-Петербург – в 2,4 и 1,9 раза соответственно.

Минимальное выполнение норматива – в Республике Татарстан, Пермском крае, Иркутской области и Забайкальском крае: от 9 до 11% случаев и от 11 до 15% финансовых затрат.

По профилю «медицинская реабилитация» (рис. 4) перевыполнение отмечено у Ставропольского края, Ивановской и Владимирской областей

от 3 до 4 раз по случаям и до 3 раз по финансовым затратам. Недовыполнили норматив Еврейская автономная область, Забайкальский край, Амурская и Сахалинская области: от 5 до 12% случаев и от 6 до 11% финансовых затрат.

И в завершение – ЭКО. Перевыполнение норматива – у Ивановской области (в 15 раз по случаям и в 10 раз по финансовым затратам) и 0% исполнения – у Алтайского края, Амурской области, Еврейской автономии и Республики Алтай.

Согласно Приказу Минздрава России от 23.12.2020 № 1363н **«Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования»** медицинскими показаниями для оказания специализированной медицинской помощи в ФМО являются:

- нетипичное течение заболевания и (или) отсутствие эффекта от проводимого лечения;
- необходимость применения методов лечения, не выполняемых в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы ОМС;
- высокий риск хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием коморбидных заболеваний;
- необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств;
- необходимость дополнительного обследования в диагностически сложных случаях и (или) в случаях комплексной предоперационной подготовки у пациентов с осложненными формами заболевания и (или) коморбидными заболеваниями для последующего лечения;
- необходимость повторной госпитализации по рекомендации ФМО.

В 2022 году Федеральный фонд обязательного медицинского страхования будет уделять особое внимание соблюдению регионами указанного порядка.

УДК 614.2

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННЫМ УПРАВЛЕНИЕМ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОМС В 2022 ГОДУ, И ОСНОВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

И.Ю. Иванов

Федеральный фонд обязательного
медицинского страхования

В 2022 году Федеральный фонд обязательного медицинского страхования провел проверки в 20 субъектах Российской Федерации. Из них 19 проверок территориальных фондов ОМС (ТФОМС), 18 проверок филиалов страховых медицинских организаций (СМО), 20 проверок медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь застрахованным лицам с онкологическими заболеваниями.

В результате контрольных мероприятий выявлено нецелевое использование медицинскими организациями средств ОМС в размере 60,1 млн руб. в следующих случаях:

- расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) свыше 100 тыс. руб. за единицу;
- оплата расходов на проведение ремонта и материалов для проведения капитального ремонта;
- оплата случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара с заболеванием, не включенным в базовую программу ОМС;
- оказание медицинской помощи пациентам, не застрахованным в системе ОМС;
- оплата за счет средств ОМС «выкупной стоимости имущества» по договору лизинга свыше 100 тыс. руб.;
- выплата заработной платы работникам, осуществляющим деятельность за счет средств бюджета субъекта;
- средства нормированного страхового запаса направлены на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала, не оказывающих помощь в соответствии с территориальной программой ОМС;
- использование средств нормированного страхового запаса на дополнительное профессиональ-

Для корреспонденции

Иванов Игорь Юрьевич

Начальник контрольно-ревизионного управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Адрес: 127994, ГСП-4, Москва, ул. Новослободская, д. 37, корп. 4А

Тел.: +7 (495) 870-96-80 (доб. 1300)
E-mail: ivanov@ffoms.gov.ru

ное образование медработников по программам повышения квалификации;

- использование средств субвенций на повышение квалификации врачей-экспертов, которые не являлись штатными сотрудниками территориального фонда;
- оплата услуг по добровольному страхованию автотранспортных средств (КАСКО);
- невосстановление в бюджет Федерального фонда ОМС средств ОМС прошлых лет, использованных медицинской организацией не по целевому назначению, которые были возвращены в бюджет территориального фонда по результатам контрольных мероприятий.

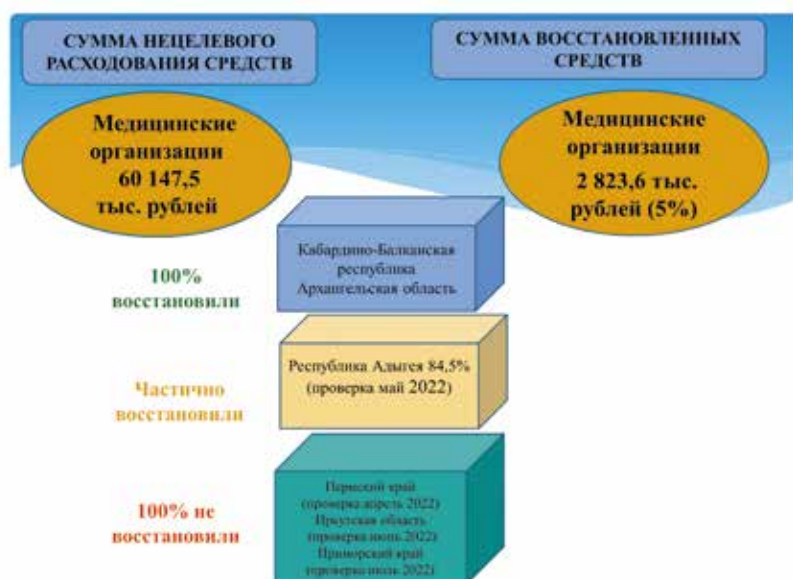
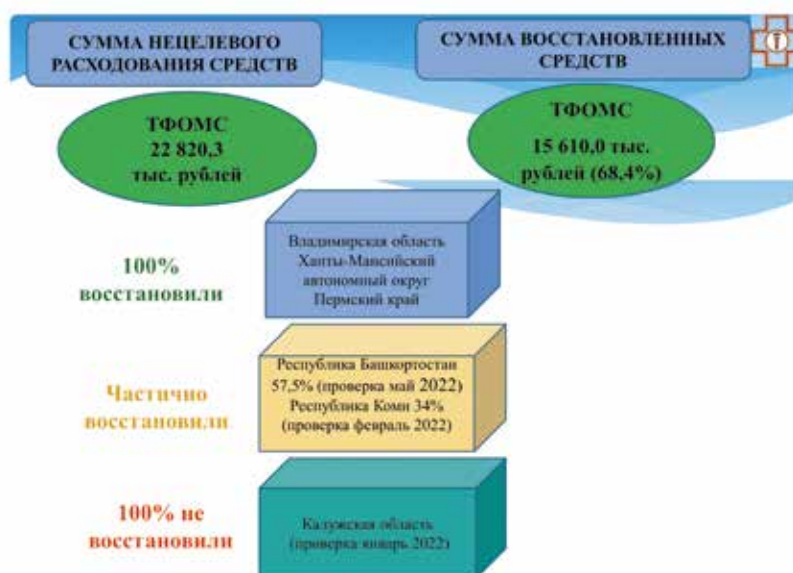
По итогам проверок выявлено 22,8 млн руб. таких средств, а также средств ОМС, использованных территориальными фондами не по целевому назначению. К 1 сентября 2022 года восстановлено в Федеральный фонд ОМС 15,6 млн руб., или 68,4%.

По итогам проверок, проведенных Федеральным фондом ОМС в соответствии с порядком, утвержденным Приказом ФОМС от 26.03.2021 № 255н, ТФОМС обязаны провести внеплановые проверки с целью подтверждения выявленных нарушений и с дальнейшим применением соответствующих штрафных санкций.

Разделы программы проверок, которые чаще всего затрагивают нарушения:

1. Реализация обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации

- Недостаточный контроль за внесением в Региональный сегмент Единого регистра застрахованных лиц страховыми медицинскими органи-



зациями сведений о застрахованных лицах (все ТФОМС).

- Нарушение ведения официальных сайтов в сети «Интернет» ТФОМС и исполнительных органов государственной власти субъекта РФ в части информации по ОМС (большинство субъектов).
- Нарушения в работе Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

- Выставление счетов за оказанную медицинскую помощь застрахованному лицу с признаками деффектов, соответствующих перечню оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи.

2. Управление средствами ОМС

- В Законе о бюджете территориального фонда на текущий год не учтены средства остатков, поступившие от штрафов, пени за использование не по целевому назначению СМО и МО, на лицевых счетах ТФОМС по состоянию на начало года.
- Заявки на предоставление средств для финансирования расходов на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала из средств нормированного страхового запаса медицинскими организациями направлялись в территориальный фонд с превышением сроков (от 2 до 7 дней).
- СМО не информировали ТФОМС о принятых мерах по исключению из оплаты за счет средств ОМС случая оказания медицинской помощи застрахованному лицу непосредственно после тяжелого несчастного случая на производстве, в отношении которого Фонд социального страхования РФ принял решение об оплате (должны информировать не позднее 3 дней со дня принятия мер).
- Превышались установленные сроки оплаты ТФОМС счетов при осуществлении расчетов с медицинскими организациями за медицинскую помощь гражданам, застрахованным на территории других субъектов РФ.

3. Обеспечение прав граждан в сфере ОМС

- Не производились соответствующие денежные выплаты стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических

Нарушения	Субъекты Российской Федерации
<i>Управление средствами обязательного медицинского страхования</i>	
В Законе о бюджете территориального фонда на текущий год не учтены средства остатков, поступившие от штрафов (пени) за использование не по целевому назначению СМО и МО, на лицевых счетах ТФОМС по состоянию на начало года	Челябинская область
Заявки на предоставление средств для финансирования расходов на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала из средств НСЗ медицинскими организациями направлялись в территориальный фонд с превышением сроков	Ставропольский край
СМО не информировали ТФОМС о принятых мерах по исключению из оплаты за счет средств ОМС случая оказания медицинской помощи застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, в отношении которого Фондом социального страхования РФ принято решение об оплате	Челябинская область Владимирская область
Превышались установленные сроки оплаты ТФОМС счетов при осуществлении расчетов с медицинскими организациями за медицинскую помощь гражданам, застрахованным на территории других субъектов РФ	Челябинская область Приморский край

заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических осмотров населения (большинство проверенных ТФОМС).

- Не в полном объеме проводились целевые и мультидисциплинарные экспертизы качества медицинской помощи: в случаях первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей; в случаях летальных исходов (при остром коронарном синдроме, остром нарушении мозгового кровообращения, внебольничных и госпитальных пневмониях и т.д.).
- Представлены недостоверные данные и нарушены сроки предоставления отчетной формы № 3ПЗ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования».
- В информационном ресурсе у большинства субъектов РФ отсутствует:
 - ◆ информация о планах-графиках проведения профилактических медосмотров на текущий год с поквартальной/помесячной разбивкой в разрезе терапевтических, фельдшерских участков;
 - ◆ информация о графике работы медицинской организации, отделений (кабинетов) для прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также выездных мобильных бригад с указанием адресов их работы;

- ◆ сведения о медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного и дневного стационара в части выполнения объемов медицинской помощи, о количестве свободных мест для госпитализации, о застрахованных лицах, госпитализированных за день по направлениям в разрезе профилей.

4. Осуществление контроля за деятельностью СМО и медицинских организаций в сфере ОМС

- Невыполнение планов контрольно-ревизионной деятельности ТФОМС.
- Нарушения при организации проверок в части оформления приказов на проведение проверок, периодичности проверок.

5. Деятельность медицинской организации

В 2022 г. проверялись медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь застрахованным лицам с онкологическими заболеваниями – онкологические диспансеры, центры, отделения в стационарах. Были выявлены нарушения при списании лекарственных препаратов; доставка биоматериала для молекулярно-генетических исследований в медицинскую организацию, выполняющую исследование, проводилась силами самих пациентов. Также при проведении сверки данных в реестрах счетов, медицинских картах и журналах учета процедур по случаям оказания медицинской помощи с применением химиотерапевтических лекарственных препаратов выявлен ряд несоответствий требованиям законодательства.

6. Деятельность страховых медицинских организаций

- Не выполнены в полном объеме внеплановые медико-экономические экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП).

Нарушения	Субъекты Российской Федерации
<i>Осуществление контроля за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования</i>	
Невыполнение планов контрольно-ревизионной деятельности ТФОМС	Кабардино-Балкарская Республика
Нарушения при организации проверок: - нарушение оформления приказов на проведение проверок; - не соблюдена периодичность проведения плановых комплексных проверок; - не осуществлен полный охват периодов проверки.	Мурманская область Ставропольский край Республика Адыгея Пермский край Калужская область
В отдельных случаях медицинские организации не возвращали средства, использованные не по целевому назначению, в бюджет территориального фонда, а восстанавливали на свои лицевые счета, открытые для учета операций со средствами обязательного медицинского страхования	Кабардино-Балкарская Республика

- Целевые (внеплановые) ЭКМП летальных исходов проводились экспертами качества медицинской помощи по специальности, не соответствующей заболеванию и профилю отделения, в некоторых случаях не проводились совсем.
- Заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи предоставлялись СМО в территориальный фонд с нарушением сроков и кратности, установленных договором о финансовом обеспечении.
- Не проводилось списание испорченных, недействительных и не востребованных полисов ОМС и временных свидетельств.
- Не соблюдались сроки направления актов сверки расчетов в адрес территориального фонда.
- В Региональном сегменте Единого регистра застрахованных лиц СМО вносились недостоверные или неполные сведения о застрахованных лицах в части информации о гражданстве, о дате выдачи документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, также недостоверные сведения об имени и отчестве застрахованного лица. Документы не были заменены в срок 14, 20, 45 лет. Много нарушений к оформлению документов у иностранных граждан (все проверенные СМО).

УДК 614.2

ВСЕСТОРОННЯЯ ЗАЩИТА ЗАСТРАХОВАННЫХ ГРАЖДАН. ПРОАКТИВНОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

М.Д. Богатырева, Л.Б. Жданова



Богатырева М.Д.



Жданова Л.Б.

Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Алтайского края

Реферат

Вопросам обеспечения застрахованных граждан доступной и качественной медицинской помощью в системе обязательного медицинского страхования с каждым годом уделяется все более пристальное внимание, и механизмы защиты прав граждан при оказании медицинской помощи непрерывно совершенствуются. В статье представлены основные направления деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края и страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование на территории Алтайского края по всем основным направлениям защиты прав застрахованных. Отражены вопросы формирования пациентоориентированной модели в работе страховых представителей и основные направления по информационному сопровождению застрахованных граждан. Представлен анализ обращений, в том числе динамика обращений за разъяснениями и информирования о профилактических мероприятиях.

Ключевые слова:

обеспечение и защита прав застрахованных, информационное сопровождение застрахованных граждан, контакт-центр в сфере ОМС, обращения, информационно-разъяснительная работа, профилактические мероприятия, экспертиза, страховые представители, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края.

Для корреспонденции

Богатырева Марина Джоновна

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края, представитель Федерального фонда обязательного медицинского страхования в Сибирском федеральном округе

Тел.: +7 (3852) 63-29-79
E-mail: general@tfoms22.ru

Жданова Людмила Борисовна

Заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края

Тел.: +7 (3852) 63-62-87
E-mail: general@tfoms22.ru

Адрес: 656049, Барнаул, Красноармейский пр-т, д. 72

В Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Алтайского края система обеспечения и защиты прав застрахованных граждан в сфере обязательного медицинского страхования начала свое развитие уже в 90-е годы. Работа эта выполнялась тогда специалистами отдела ОМС, а это были врачи с достаточно большим стажем работы, они обеспечивали защиту прав застрахованных, но уровень информированности и знаний застрахованных о своих правах, возможностях при получении бесплатной медицинской помощи был крайне низким. Обращения были единичными.

В 2002 году в структуре фонда ОМС создан отдел по защите прав застрахованных. Работа расширилась, ставились и решались новые задачи. Развивались основные базовые направления, по которым и сегодня осуществляется деятельность по защите прав граждан – это работа с обращениями, информационно-разъяснительная и экспертная работа.

С годами у каждого жителя края появился полис ОМС, дающий право на получение бесплатной медицинской помощи в рамках Программы ОМС, уровень информированности значительно вырос, поток обращений увеличился. Вопросы по обращениям застрахованных, связанные с нарушением

прав и законных интересов граждан, решались специалистами отдела по защите прав застрахованных Территориального фонда ОМС Алтайского края и СМО, которые помогали гражданам реализовать свое право на бесплатную медицинскую помощь.

С принятием Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» взят курс на выстраивание пациентоориентированной системы обязательного медицинского страхования, что дало новый импульс в развитие тех новых норм, которые появились в Федеральном законе. Также поэтапно вносились соответствующие изменения в Правила обязательного медицинского страхования, касающиеся порядка информационного сопровождения застрахованных граждан на всех этапах оказания им медицинской помощи.

Наряду с деятельностью, связанной с рассмотрением обращений граждан, поступающих в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации, в Алтайском крае в числе первых регионов Российской Федерации начала развиваться служба страховых представителей в медицинских органи-



Деятельность страховых медицинских организаций находится под постоянным контролем со стороны фонда. В настоящее время в рамках ОМС сформирована пациентоориентированная модель защиты прав застрахованных, представленная командой специалистов территориального фонда и трехуровневой службой страховых представителей страховых медицинских организаций



Контакт-центр обеспечивает 24/7 консультативную помощь по телефонам «горячей линии», ежегодно принимая до 60 тысяч обращений

зациях. В начале пути работа проводилась специалистами – представителями Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края во всех городах и районах Алтайского края непосредственно в медицинских организациях, в первую очередь в поликлиниках, имеющих прикрепленное население. Создание такой службы позволило оперативно решать возникающие у застрахованных лиц вопросы, связанные с оказанием медицинской помощи, и выстроить конструктивное взаимодействие с медицинскими организациями по вопросам обеспечения прав граждан в период оказания медицинской помощи.

С 2014 года информационное сопровождение застрахованных лиц при оказании медицинской помощи, регламентированное Правилами обязательного медицинского страхования, предусматривало

не только работу с поступающими обращениями застрахованных граждан, но и обеспечение страховыми медицинскими организациями контроля сроков ожидания оказания плановой специализированной медицинской помощи и профильности госпитализации застрахованных лиц по направлению лечащего врача.

Годом наиболее важных изменений, касающихся совершенствования механизмов защиты прав застрахованных граждан, для системы ОМС стал 2016 год – когда в рамках исполнения Поручения Президента Российской Федерации началось формирование трехуровневого института страховых представителей страховых медицинских организаций, начал перестраиваться алгоритм защиты прав застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования, которым предусмотрено информационное со-

провожение застрахованных граждан на всех этапах оказания медицинской помощи.

В данной модели для каждого уровня страховых представителей четко определен функционал, и в комплексе служба страховых представителей охватила все направления – от работы колл-центра до экспертизы качества медицинской помощи и обеспечила полное информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

В настоящее время все поступающие обращения в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Алтайского края и к страховым представителям страховых медицинских организаций регистрируются в едином электронном журнале, что позволяет в режиме реального времени проводить контроль за своевременностью и полнотой консультаций, оценивать время ожидания ответов операторов и качество их работы, контролировать своевременность, полноту и качество рассмотрений письменных обращений.

Информирование застрахованных лиц о необходимости прохождения профилактических мероприятий, опросы застрахованных лиц о качестве и доступности медицинской помощи, предоставление по устным обращениям застрахованных лиц информации по вопросам обязательного медицинского страхования (типовые вопросы), переадресация вопросов, требующих рассмотрения иными специалистами страховой медицинской организации, – все это осуществляется страховым представителем страховой медицинской организации, являющимся специалистом контакт-центра.

Страховые представители предоставляют по устным обращениям застрахованных лиц информацию консультативно-справочного характера по вопросам обязательного медицинского страхования о:

- медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, режиме их работы;
- праве выбора (замены) и порядке выбора (замены) страховой медицинской организации, медицинской организации и врача;
- порядке получения полиса;
- видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ;
- прохождении, в том числе в вечерние часы и в субботу, профилактических медицинских

осмотров, диспансеризации, в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смерти населения, а также о возможности дистанционной записи на медицинские исследования;

- прохождении диспансерного наблюдения застрахованными лицами, включенными в группы диспансерного наблюдения при наличии оснований согласно порядкам и срокам проведения диспансерного наблюдения, установленными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья, в том числе онкологическими больными.

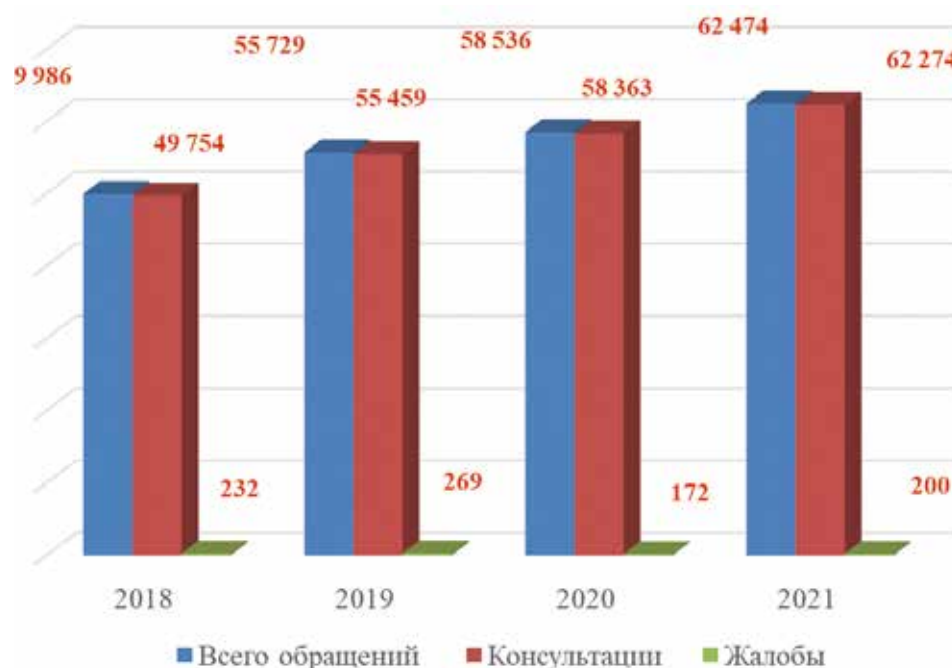
Работа с обращениями граждан, обеспечение организации информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, формирование списков лиц, подлежащих диспансеризации, и лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, организация индивидуального информирования застрахованных граждан о необходимости прохождения профилактических мероприятий и диспансерной явки, мониторинг и анализ результатов профилактических мероприятий, в том числе профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, подготовка предложений для медицинских организаций по организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризации осуществляются страховым представителем страховой медицинской организации.

Рассмотрение жалоб застрахованных лиц, включая организацию экспертизы качества оказанной им медицинской помощи и обеспечение при наличии индивидуального согласия информационного сопровождения застрахованных граждан при организации оказания медицинской помощи, в том числе обеспечение индивидуального информирования и сопровождение застрахованных граждан по результатам профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, информационная работа с застрахованными гражданами о необходимости своевременного обращения в медицинские организации в целях предотвращения ухудшения состояния здоровья и формирование приверженности к лечению осуществляются страховым представителем страховой медицинской организации, являющимся специалистом-экспертом.

Активная информационно-разъяснительная работа, проводимая участниками системы обязательного медицинского страхования, ведет к увеличению год от года числа обращений справочно-консультативного характера. Обращения консультативного

характера, поступающие по телефонам «горячей линии» Территориального фонда обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций, составляют 99% от общего количества поступающих обращений в Контакт-центр.

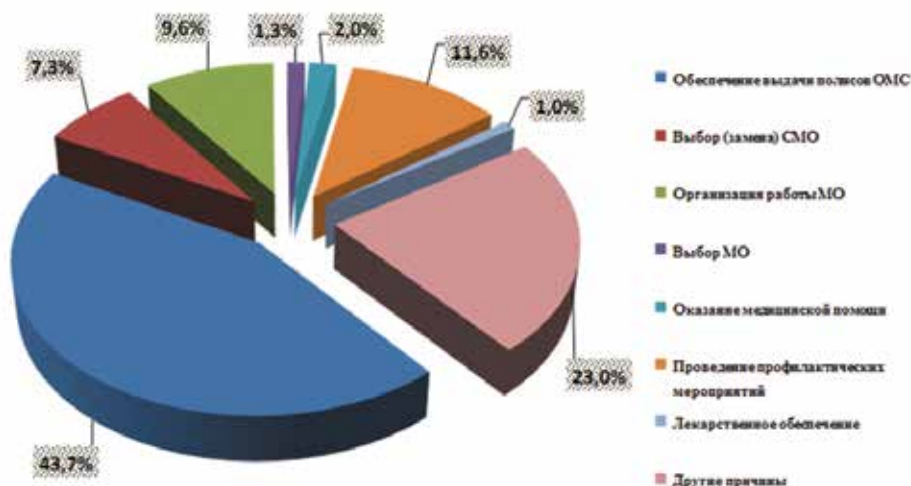
Структура обращений, поступивших в Контакт-центр за 2018–2021 гг.



Динамика обращений за разъяснениями



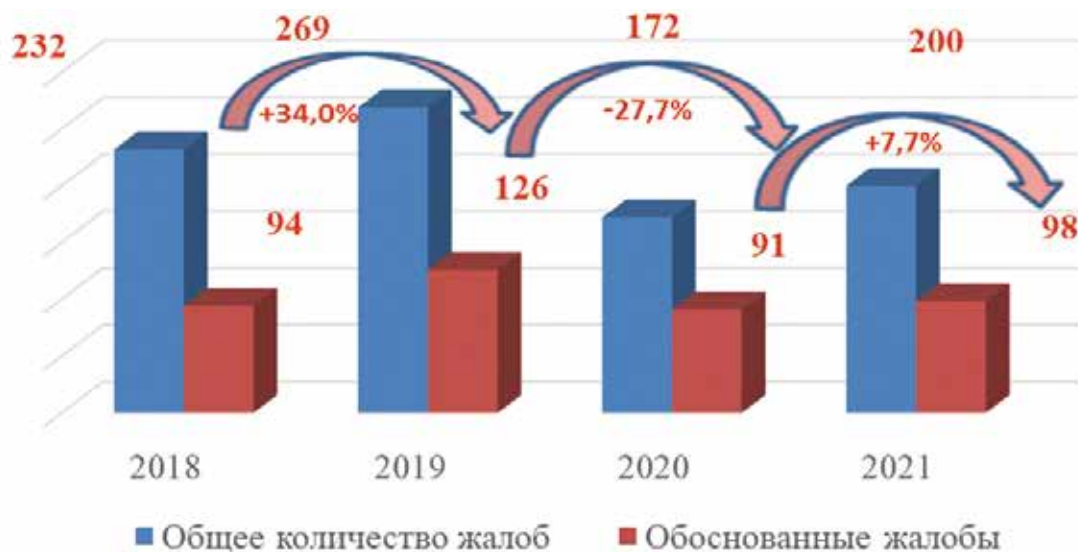
Структура обращений за разъяснениями



Обращения, связанные с восстановлением нарушенных прав и законных интересов граждан (жалобы), занимают в общем числе обращений 0,3%.

Все обоснованные жалобы разрешаются в досудебном порядке.

Динамика жалоб за 2018–2021 гг.

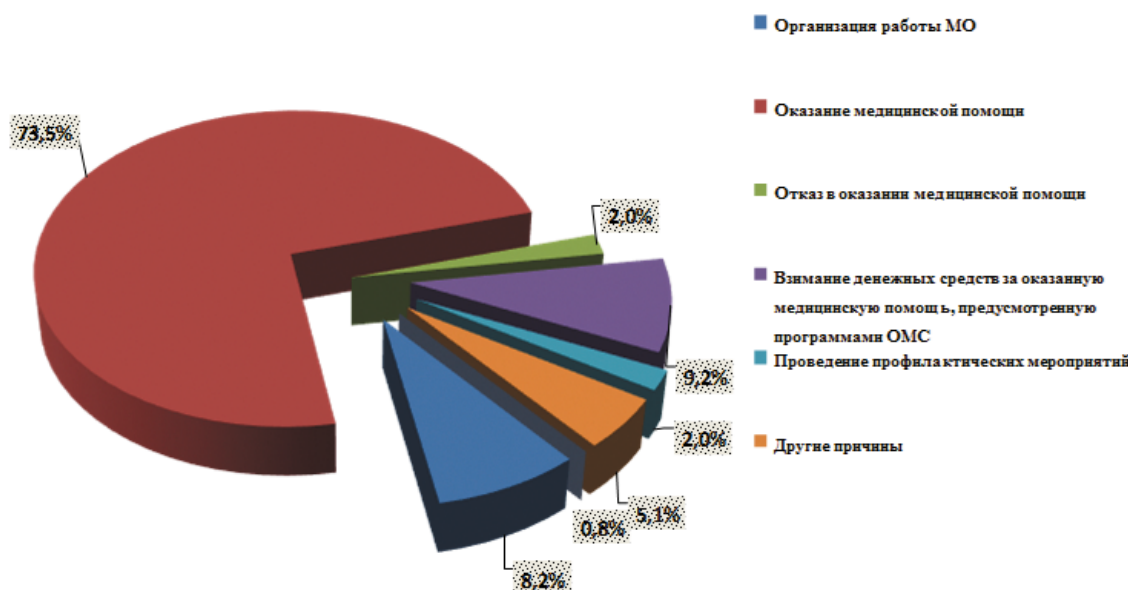


Структура обоснованных жалоб:

- оказание медицинской помощи – 73,5%;
- организация работы медицинской организации – 8,2%;
- взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС – 9,2%;

- отказ в оказании медицинской помощи по программе ОМС – 2,0%;
- проведение профилактических мероприятий – 2,0%;
- другие причины – 5,1%.

Структура причин обоснованных жалоб за 2021 год



Со становлением института страховых представителей получило активное развитие превентивное направление – индивидуальное информирование о необходимости прохождения каждым человеком профилактических мероприятий – профилактического медицинского осмотра, диспансеризации, а также регулярного диспансерного наблюдения гражданами, имеющими хронические неинфекционные заболевания.

Достижение национальной цели – увеличение ожидаемой продолжительности жизни граждан России до 78 лет – во многом определяется именно эффективностью оказания первичной медико-санитарной помощи и в первую очередь своевременностью выявления факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их диагностикой, профилактикой, стабилизацией и минимизацией рисков обострений. Возможно это только при регулярном проведении диспансеризации, профилактического медицинского осмотра и качественном диспансерном

наблюдении с установленной периодичностью. Проактивное индивидуальное информирование застрахованных лиц позволяет увеличить полноту охвата указанными профилактическими мероприятиями.

Работа по информационному сопровождению застрахованных лиц при проведении профилактических мероприятий развивается год от года, применяются новые подходы, призванные сделать данное



Страховые представители индивидуально информируют о необходимости пройти диспансеризацию, напоминают о визите к врачу для диспансерного наблюдения

направление защиты прав застрахованных граждан максимально эффективным.

Для осуществления информационного сопровождения территориальным фондом обязательного медицинского страхования создано единое цифровое пространство для всех участников – информационный ресурс, на котором и ведется вся работа.

Страховые медицинские организации и медицинские организации имеют доступ к информационному ресурсу и используют информацию, размещенную на указанном ресурсе, для осуществления сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи. В целях обеспечения полноты охвата профилактическими мероприятиями населения Алтайского края формирование списков осуществляется совместно медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями. При этом сведения о застрахованных лицах для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, а также о находящихся под диспансерным наблюдением непрерывно актуализируются.

В числе застрахованных лиц, имеющих хронические заболевания, особое внимание при организации индивидуального информирования уделяется категориям граждан, страдающим хроническими неинфекционными заболеваниями по перечню определенных нозологических форм, представляющих наибольший риск для пациентов по развитию жизнеугрожающих состояний, таким как: пациенты с ишемической болезнью сердца, в том числе имеющие в анамнезе острый коронарный синдром (ОКС), чрескожные вмешательства, коронарное шунтирование, радиочастотную абляцию, по прошествии 12 месяцев после события, и коморбидными заболеваниями, т.е. имеющие кроме ИБС еще одно и более сопутствующее заболевание, повышающее риск сердечно-сосудистой смерти (сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, острые



Посты страховых представителей непосредственно в медицинских организациях помогают оперативно решать возникающие ситуации

нарушения мозгового кровообращения в анамнезе, в том числе в сочетании с фибрилляцией предсердий, хронической сердечной недостаточностью, хронической болезнью почек); пациенты с артериальной гипертензией и коморбидными заболеваниями, имеющие кроме артериальной гипертензии еще одно и более сопутствующее заболевание, повышающее риск сердечно-сосудистой смерти; пациенты после острых событий (ОКС, ОНМК), а также после сложных высокотехнологичных хирургических вмешательств, нуждающиеся в реабилитации и длительной вторичной профилактике.

Соответствующее поручение дано Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицин-



Одним из действенных каналов информирования по различным вопросам обязательного медицинского страхования и оказания бесплатной медицинской помощи являются школы правовой грамотности. Встречи проводят специалисты отдела по защите прав застрахованных ТФОМС Алтайского края и страховые представители

ского страхования с целью снижения смертности и повышения ожидаемой продолжительности жизни.

Также в настоящее время при индивидуальном информировании особое внимание уделено гражданам, не посещавшим поликлинику более двух лет. Страховые представители проводят активную работу по мотивированию данной категории к прохождению профилактических мероприятий.

Страховые представители ежемесячно осуществляют индивидуальное информирование застрахованных лиц по указанным спискам с использованием различных форм – СМС-сообщения и сообщения в мессенджерах, телефонные звонки, включая автодозвон, письма. Каждый человек информируется один раз и один раз повторно, при неявке на профилактические мероприятия.

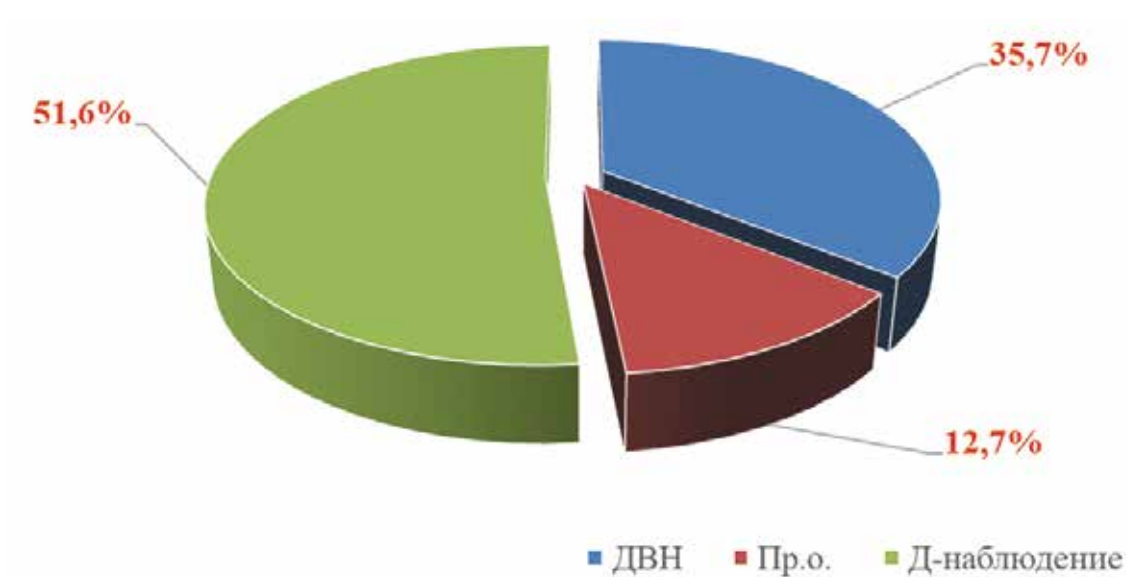


Страховые представители в крае тесно взаимодействуют со всеми ведомствами социальной направленности, обеспечивая и приближая информационную помощь для населения

Информирование застрахованных лиц о профилактических мероприятиях



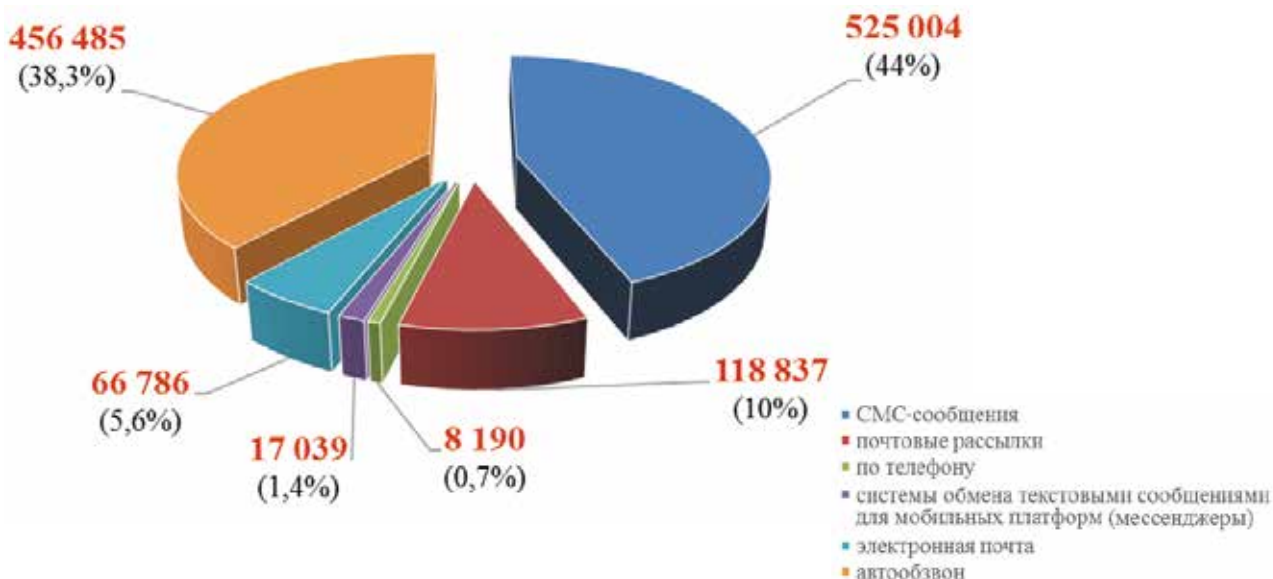
Профилактические мероприятия



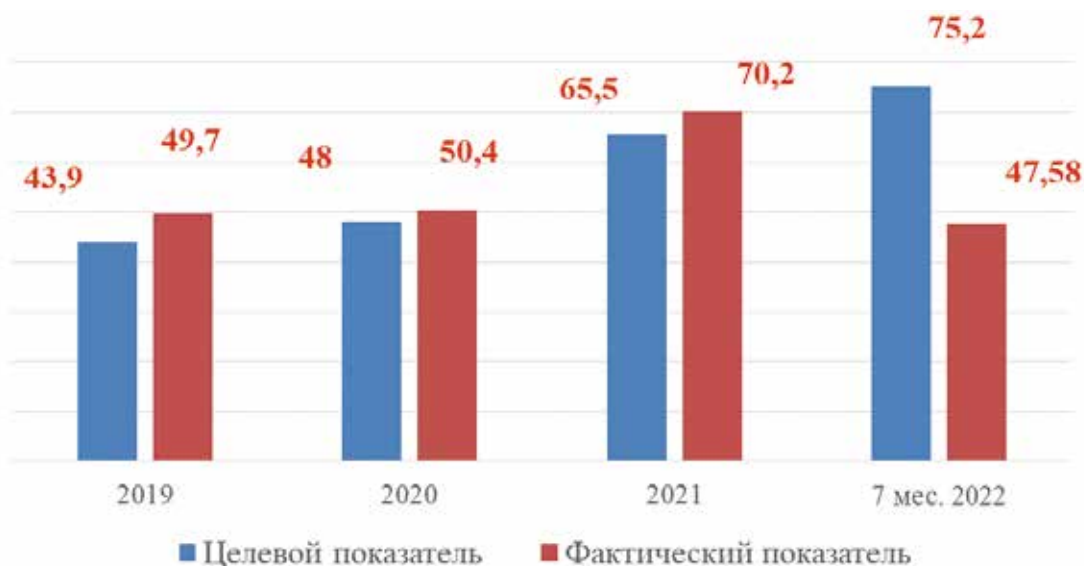
Доля застрахованных лиц старше 18 лет, проинформированных страховыми представителями о праве на прохождение профилактического медицинского осмотра ежегодно, является одним из по-

казателей Федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» Национального проекта «Здравоохранение», реализуемого в Российской Федерации с 2019 года.

Формы информирования



Доля застрахованных лиц старше 18 лет, проинформированных страховыми представителями о праве на прохождение профилактического медицинского осмотра ежегодно, %



Страховые представители организуют ведение учета застрахованных лиц, включенных в списки для проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, но не обратившихся в медицинскую организацию для их прохождения.

Кроме того, страховые представители проводят телефонные опросы граждан, как прошедших профилактические мероприятия, так и не посетивших поликлинику, в целях оценки удовлетворенности доступностью и качеством проведения профосмотров, уточнения причин, по которым человек не желает

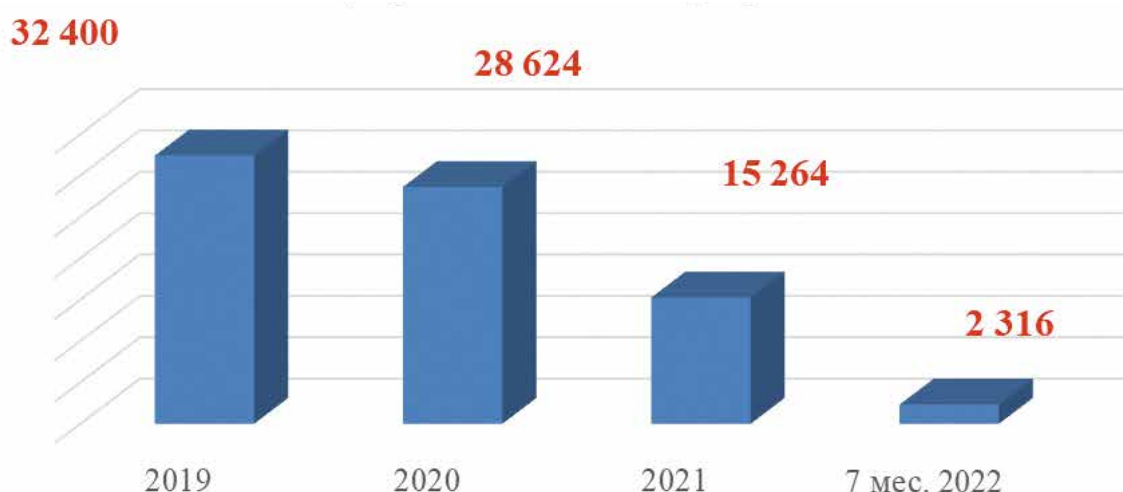
обращаться в медицинскую организацию. В дальнейшем результаты опросов рассматриваются совместно с медицинскими организациями.

Не остаются без внимания застрахованные лица, приглашенные страховыми представителями в поликлинику, и во время визита в медицинскую организацию, получая помощь и поддержку страхового представителя, в том числе по вопросам маршрутизации при прохождении профосмотра и диспансеризации.

На основании совместного с медицинскими организациями обсуждения результатов рассмотрения обращений граждан к страховому представителю

в медицинской организации, а также результатов проведенных телефонных опросов, при необходимости вносятся корректировки в логистику, маршрутизацию при прохождении профмероприятий в конкретных медицинских организациях. О положительных результатах совместной проработки вопросов организации, включая маршрутизацию при прохождении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, свидетельствует уменьшающееся количество вопросов и требующих вмешательства ситуаций, возникающих у пациентов в период оказания медицинской помощи.

Количество обращений к страховым представителям в медицинских организациях по вопросам проведения профилактических мероприятий



В перспективе развития данного направления защиты прав застрахованных граждан на федеральном уровне – формирование единого информационного поля сведений о застрахованных и единой базы показателей для обеспечения эффективной работы

института страховых представителей страховых медицинских организаций в рамках информационного сопровождения застрахованных лиц при проведении профилактических мероприятий.

ДИРЕКТОР ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ А.В. ДАНИЛОВ: ВРАЧ, УЧЕНЫЙ, ОРГАНИЗАТОР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



«Я сам работать люблю, и другим покоя не даю. У меня все системно. Нас учили в семье ответственно к делу относиться, быть лидером во всем», – так говорит о себе директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области Александр Данилов.

Характер любого человека, его принципы, мировоззрение, желание усовершенствовать мир вокруг себя формируются в детстве. В родительском доме, на школьном дворе, на футбольной площадке, на берегу кристально чистой речки, что несет свои воды через душистое разнотравье лугов и полей. В разговорах с дедами, родителями, которые и в боях, и в труде всегда были в числе первых.

Александр Данилов родился в центре маленького сельскохозяйственного района, в небольшом селе Репьевка Воронежской области, основанном в XVII веке на землях князя Репнина. Историю своей малой родины знает не хуже маститых краеведов. В рабочем кабинете – флаг Репьевского района с гербом, единственным в Воронежской области прошедшим процедуру геральдического утверждения. В центре его – репейник, давший, по одной из версий местных историков, название привольно растекшемуся вдоль реки Потудань селу.

Родители Александра Данилова – оба заслуженные работники Российской Федерации, каждый в своей сфере деятельности. Приехали в Репьевку в далекие 60-е годы прошлого столетия. Папа – Валентин Иванович, родом из города Грязи соседней Липецкой области, окончил Воронежский ветеринарный институт, был парторгом курса. Больше 40 лет проработал в Репьевском районе главным ветеринарным врачом. Награжден почетным званием «Заслуженный ветеринарный врач Российской Федерации». До сей поры репьевцы вспоминают его добрым словом. Дед, герой войны и коллективизации, возглавлял первую в стране механизированную

Сегодня ТФОМС Воронежской области является экономическим стержнем регионального здравоохранения.

бригаду в Грязях. Маме – Любви Ионовне, заслуженному учителю Российской Федерации – сегодня 88 лет. С отличием окончив два педагогических вуза, она всю жизнь проработала в Репьёвской средней школе завучем по учебной работе. Сначала преподавала географию и немецкий язык, а потом – математику.

«Мама родом из Рязанской области, ее отец в Великую Отечественную был политруком, вернулся с двумя орденами Красной Звезды: за Сталинград и Кенигсберг, в котором после войны служил комендантом. Сестра младше меня на три года, так же как и я, посвятила себя медицине. К слову, мои дочери продолжают династию. Старшая уже стала врачом, младшая учится в Первом Московском государственном медицинском университете имени И.М. Сеченова», – рассказал Александр Данилов.

Лидерские качества у Александра Данилова начали проявляться еще в школе. Учеба давалась легко. Возглавлял учебный комитет школы, окончил районную детско-юношескую спортивную школу по волейболу, был вратарем районной команды по футболу и хоккею, коллекционировал значки и марки, играл на ударных в ансамбле «Верность» репьевского дома культуры. В 77-м как лучшего ученика района его направили во Всесоюзный пионерский лагерь «Артек». Во время походов на Аю-Даг собрал коллекцию минералов камней, которая до сих пор хранится дома. Но ближе к выпускным классам родители увидели в сыне тягу к биологии, химии. Тогда же было принято решение о поступлении в мединститут.

В 1980 году, набрав 24 балла из максимальных 25, Александр Данилов стал студентом Воронежского медицинского института. Признается, что учился на совесть. Занимался в кружках патологической анатомии, хирургии, акушерства и гинекологии, работал в профсоюзной организации вуза, возглавлял институтскую жилищно-бытовую комиссию.

«С третьего курса начал готовить себя в хирурги, – рассказывает Александр Валентинович. – К пятому волей судьбы попал на заседание студенческого научного общества, где мне досталась тема «Дифференциальная диагностика заболеваний малого таза», а через год мне предложили заняться оперативной гинекологией.

Из трех сотен однокурсников только 30 – самых лучших – взяли в акушеры-гинекологи. Клиническую ординатуру проходил на базе мединститута по линии третьего главного управления при Минздраве России. Во время учебы работал дежурником в больнице скорой медицинской помощи».

В 1988 году Данилова направили в город Нововоронеж врачом-ординатором по оказанию экстренной помощи в медсанчасть Главного управления медико-биологических и экстремальных проблем при Министерстве здравоохранения СССР. Жил в общежитии, работал и в гинекологии, и дежурником. Был комсоргом медсанчасти. В октябре 1992 года вместе с начальником медсанчасти Г.Н. Ролдугиным отправился на совещание в Москву, где обсуждали введение в жизнь закона о медицинском страховании.

«Перед тем совещанием только что вернулся со специализации, которая давала мне возможность заниматься гинекологической пластикой, оперировал в Боткинской больнице, – продолжает Александр Данилов. – Но мне всегда было интересно постигать что-то новое, поэтому работа в системе ОМС стала важнее хирургии. Я понимал, что ОМС – это будущее здравоохранения, возможность развития отрасли и мотивации всех ее участников к повышению эффективности медицинской помощи. Привлека-

ли масштаб задач, новизна, вера в то, что новая система позволит успешно интегрировать совершенно нерыночную отрасль, которой являлось на тот момент здравоохранение, в рыночные условия хозяйствования. ОМС отводилась роль дополнительного к бюджету источника средств, способного обеспечить рыночную рентабельность медицинских услуг. А конкуренция между страховщиками должна была способствовать эффективности использования ресурсов и качеству медицинских услуг».

23 марта 1993 года решением Совета народных депутатов Нововоронежа был создан первый в Воронежской области городской

фонд ОМС, который и возглавил Александр Валентинович. Впоследствии «первенец» стал филиалом, а Александр Данилов – директором Нововоронежского филиала территориального фонда ОМС. На эту должность Александра Данилова пригласил первый



исполнительный директор ТФОМС Воронежской области Борис Соломахин, хорошо знавший экономику регионального здравоохранения и его кадры.

В 1995 году Александра Данилова как медика и человека, знающего систему ОМС, новый глава ТФОМС Воронежской области Петр Чесноков назначил своим заместителем по медицинским вопросам.

Из биографической справки А.В. Данилова: «В 90-х руководил разработкой региональных стандартов медицинской помощи, создавал систему вневедомственного контроля качества медицинских услуг и защиты прав граждан, работал над теоретическим обоснованием многоуровневой системы оказания медицинской помощи и практическим внедрением прогрессивных способов ее оплаты на основе первой региональной модели клинко-статистических групп. Участвовал в создании региональной медицинской информационной системы, объединяющей все функции медицинских и страховых организаций на базе информационного ресурса ТФОМС».

Равняться в те времена было не на кого. Многие отработывались на региональном уровне. Особенностью воронежской региональной модели ОМС стала высокая степень ее информатизации. В течение первых двух лет фондом была создана корпоративная сеть, сформированы информационные базы, разработаны программные средства для автоматизации управленческих процессов. Опыт работы фонда Воронежской области изучали рабочие группы и делегации 86 регионов России. Разработки региона брались за основу при составлении федеральных методик. В составе рабочих групп Федерального фонда ОМС воронежцы участвовали в создании отечественной модели ОМС. Воронежский фонд совместно с Воронежским институтом высоких технологий одним из первых занялся разработкой программных средств для учета страхователей и страховых взносов. Благодаря высокому качеству этот программный продукт был рекомендован к использованию ФОМС, и до передачи контрольных функций фондов в ФНС система автоматизированного контроля за сбором средств на ОМС «Fond_ms» с успехом применялась в 26 территориальных фондах. Программный комплекс ТФОМС Воронежской области для автоматизации процессов дополнительного лекарственного обеспечения «АЛОН» был награжден золотой медалью в Москве на выставке ВВЦ «Информационные технологии в медицине».

Разработка ТФОМС Воронежской области «Система взаимодействия ТФОМС со страховыми органи-

зациями на базе рабочей станции Моторола» также была внедрена ФОМС в 7 регионах России. К 1996 году воронежскому фонду выдали 6 сертификатов на программные средства Федерального фонда ОМС.

Дальнейшее развитие информационной технологии проводится по программе информатизации Воронежской области. Для повышения оперативности информационного обмена продолжается дальнейшее развитие корпоративной сети ОМС, обеспечивающей передачу информации с помощью модемов. В 2004 году фонд начал работу по переводу корпоративной сети на технологию Интернет. Наличие технологии автоматизированной обработки информации позволяет фонду существенно улучшить возможность медико-экономического анализа на региональном уровне. В рамках программы информатизации здравоохранения области по комплексной информатизации деятельности ЛПУ фонд проводит работы совместно с долгосрочным партнером – Воронежским институтом высоких технологий (ВИВТ). В 2003 году получен сертификат ФОМС на систему «Взаиморасчеты», включающей подсистему сбора и подготовки медико-экономической информации для ЛПУ и подсистему анализа и обработки этой информации на региональном уровне. На выставке «Медицина для вас – 2004» программный комплекс «Взаиморасчеты» разработки ИЦ ТФОМС был удостоен диплома и золотой медали.

В должности первого заместителя исполнительного директора фонда Александр Валентинович проработал 10 лет, затем возглавил Управление организации ОМС фонда.

В январе 2009 года Александр Данилов принял решение полностью посвятить себя преподавательской деятельности в качестве доцента кафедры общественного здоровья, экономики и управления в здравоохранении Института дополнительного профессионального образования Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко. Накопленный опыт требовал научного переосмысления и теоретического обобщения. Организаторам здравоохранения Александр Валентинович читал лекции о подходах к формированию программы госгарантий, принципах тарифообразования и способах оплаты медицинской помощи в сфере ОМС.

Точкой отсчета для начала новой эпохи ОМС можно считать 29 ноября 2010 года, когда был подписан новый закон об обязательном медицинском страховании.



«Закон был призван создать экономическую базу, организационные и правовые условия для формирования пациентоориентированной модели ОМС. Централизация страховых взносов, выравнивание условий финансирования региональных систем ОМС, внедрение федеральных тарифов, переход на одно-канальное финансирование, единый полис и многое другое позволили избавиться от накопившихся проблем, которые мешали дальнейшему поступательному развитию системы ОМС, служили поводом для ее обвинений в неэффективности», – так оценивает этот этап в жизни отрасли человек, который никогда не прерывал с ней своей связи.

В сентябре 2010 года Данилова пригласили первым заместителем начальника Региональной дирекции медицинского обеспечения на Юго-Восточной железной дороге ОАО «РЖД» (ЮВДЗ). Опыт, приобретенный в ТФОМС, позволил в течение трех лет экологично, без изменения функциональной структуры ЮВДЗ, в первую очередь на основе автоматизации бизнес-процессов, перестроить управленческую модель, которая была крайне малоэффективна,

усовершенствовать ключевую составляющую системы – связи между ее элементами внутри и внешними партнерами. В частности, успешно развивались процессы участия дорожных больниц и поликлиник в реализации территориальных программ ОМС Воронежской, Белгородской, Тамбовской областей. Дважды в высшей судебной инстанции – Верховном суде РФ – были выиграны процессы по искам к Управлению здравоохранением Липецкой области о наделении объемами медицинской помощи дорожной больницы в г. Ельце. Опыт работы в фонде помог и здесь: в 90-х воронежцы первыми в стране включили в систему ОМС негосударственные медицинские организации.

В свою очередь, годы работы в иной по отношению к системе ОМС «системе координат» принесли бесценный опыт и знания будущему директору ТФОМС. Дали понять, как важно, продолжительно работая внутри одной, пусть хорошо знакомой, но сложной и многомерной системы, помнить, что она – отражение знаний множества самых разных людей и точек зрения. Знания людей, давно

знакомых с ОМС с позиций практического здравоохранения или участвующих «предметную область» в виде научных моделей, в жизни Александра Данилова объединились с прежним жизненным опытом и дали ему способность к принятию самых сложных решений. В июне 2014 года постановлением правительства Воронежской области Данилова назначили на должность директора Территориального фонда ОМС Воронежской области.

С этого времени модернизация региональной системы ОМС получила новый импульс. Воронежский фонд ОМС вернул себе передовые позиции в сфере информатизации. Усовершенствуются подходы к ведению персонифицированного учета застрахованных лиц в сфере ОМС. В 2014 году Воронеж присоединяется к пилотному проекту ФОМС по использованию электронных полисов ОМС. Внедряет собственный программный комплекс «Автоматизированная поддержка контроля реестров счетов, реэкспертизы МЭЭ, ЭКПМ». В 2016 году создает на площадке ТФОМС Единый контакт-центр для работы с обращениями застрахованных лиц в сфере ОМС.

«За 30 лет работы воронежский фонд ОМС смог не только вывести медицину из кризиса 90-х годов прошлого столетия, но и стать экономическим стержнем регионального здравоохранения, – говорит Александр Данилов. – Сегодня меняется парадигма российского здравоохранения, а значит, и наши приоритеты. И если раньше основной нашей задачей было обеспечение финансовой стабильности здравоохранения, то сегодня это защита прав граждан на бесплатную, качественную медицинскую помощь. В вопросах финансирования мы переносим «центр тяжести» с оплаты лечения на профилактику заболеваний. Особое внимание уделяется информационному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи, индивидуальному сопровождению пациентов



с хроническими неинфекционными заболеваниями под контролем страховых представителей».

Все эти годы Александр Данилов продолжает учиться. В 1998 году с красным дипломом оканчивает МГУ имени М.В. Ломоносова по специальности «Менеджмент в социальной сфере». Через год Александр Валентинович защищает кандидатскую диссертацию в НИИ имени Н.А. Семашко по теме «Научно-методические основы применения подушевых нормативов финансирования лечебно-профилактических учреждений». С 1997 года является ассистентом, а с 2004 года –

доцентом кафедры общественного здоровья, экономики и управления в здравоохранении Института дополнительного профессионального образования Воронежского государственного медицинского университета. В 2010 году ему присваивают ученое звание доцента. В это же время проходит курсы повышения квалификации в Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ по дополнительной программе «Управление в сфере здравоохранения», профессиональную переподготовку по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в ВГМУ имени Н.Н. Бурденко. В 2022 году защищает



докторскую диссертацию по теме «Научное обоснование использования инновационных организационных технологий для повышения эффективности управления медицинскими организациями на региональном уровне». К этому времени опубликовано более 150 научных трудов. С 1 сентября 2022 года избран по конкурсу профессором кафедры общественного здоровья, экономики и управления в здравоохранении ВГМУ. Эту сторону своей профессиональной жизни он в первую очередь рассматривает как дополнительную возможность для популяризации ОМС, своего рода «трибуну», с которой о проблематике ОМС можно говорить на языке объективных экономических законов, в контексте научного знания.

За свой многолетний труд Александр Валентинович награжден Почетными грамотами Федерального фонда ОМС, нагрудным знаком ФОМС «10 лет обязательного медицинского страхования»,



Почетным знаком «За заслуги перед Воронежской государственной медицинской академией имени Н.Н. Бурденко», Почетной грамотой Ассоциации работников здравоохранения Воронежской области, Нагрудным знаком «За заслуги перед Воронежским здравоохранением», Благодарностью губернатора Воронежской области, Почетной грамотой Правительства Воронежской области, Нагрудным знаком «За заслуги перед Воронежской областью», Почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации.

«Вопросы лидерства и личной эффективности я не отделяю от вопросов непрерывного образования, – делится своим взглядом на будущее системы ОМС директор ТФОМС Воронежской области Александр Данилов. – ОМС – наукоемкая сфера. Убежден, что ее будущее, потенциал ее устойчивого развития зависят от человеческого потенциала. Образование является ключевым механизмом его сохранения и приумножения. Поэтому необходимым условием профессионального успеха и карьерного роста я считаю постоянное обновление своих профессиональных знаний и компетенций».



В выходные дни успешный руководитель Александр Данилов превращается в простого туриста, выбирая активный отдых с палаткой вдали от городской суеты. Вместе с семьей и друзьями ловит рыбу на утренней зорьке, ведет неспешные беседы, поет под гитару у костра. И фиксирует на фотокамеру хрупкую, первозданную красоту окружающего его мира.

УДК 614.2

ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОГО МОНИТОРИНГА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА БАЗЕ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

А.В. Данилов¹, О.А. Манерова², Е.В. Белозерова³



Данилов А.В.



Манерова О.А.



Белозерова Е.В.

¹Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Воронежской области

²ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)

³БУЗ Воронежской области
«Воронежская городская клиническая
поликлиника № 1»

Реферат

Изучение возможностей интегрированной системы дистанционного мониторинга пациентов с гипертонической болезнью и в условиях городской поликлиники представляет как научный, так и практический интерес.

Основным результатом проведенного исследования явилась оценка изменения уровня артериального давления у пациентов на фоне коррективки назначенного ранее лечения. В условиях городской поликлиники наблюдались 892 пациента с установленным диагнозом «артериальная гипертензия». Тестовая группа из 438 пациентов была оснащена устройствами дистанционной передачи данных об артериальном давлении и частоте сердечных сокращений. В контрольную группу входило 454 пациента. За 6-месячный период наблюдения у пациентов тестовой группы среднее систолическое и диастолическое артериальное давление составило $125,5 \pm 5,1$ и $72,8 \pm 3,3$ мм рт.ст. соответственно. Участвующие в исследовании пациенты сделали меньше очных приемов по сравнению с пациентами контрольной группы. Сократилось общее время консультаций для пациентов тестовой группы. Удобство удаленного сбора показаний артериального давления и интеграции этих показаний в рутинную клиническую помощь имело решающее значение для успеха внедрения технологии дистанционного мониторинга. Дистанционный мониторинг при гипертонической болезни пациентов может быть внедрен в обычную первичную медицинскую помощь в масштабе городской поликлиники с небольшим влиянием на рабочую нагрузку врача и приводит к снижению артериального давления пациентов.

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, телемедицинские технологии, гипертоническая болезнь, артериальное давление, диспансерное наблюдение, мониторинг.

Цифровизация здравоохранения предполагает использование информационно-коммуникационных технологий в целях повышения качества медицинской помощи для более эффективного наблюдения пациентов за их здоровьем и управления системой здравоохранения. Информационно-коммуникационные технологии обеспечивают существенное преимущество в процессе достижения целей здравоохранения, являются приоритетными для развития системы регионального здравоохранения.

Наиболее популярным применением телемедицины в динамическом наблюдении и ведении пациентов с гипертонической болезнью является мониторинг артериального давления, который позволяет передавать значения артериального давления и различную клиническую информацию от пациентов участковому врачу. Многочисленные рандомизированные контролируемые исследования задокументировали увеличение доли пациентов, достигших целевых цифр артериального давления в сочетании с повышением приверженности к лечению, переходом с монотерапии на применение комбинированных антигипертензивных препаратов, с возможностью дистанционного консультирования со стороны врача.

Решения в области телемедицины занимают ключевую позицию в лечении гипертонической

болезни, обладают огромным потенциалом в плане улучшения качества оказываемой помощи, увеличения шансов на благоприятное течение заболевания, повышения эффективности мероприятий по профилактике осложнений болезней системы кровообращения, а также снижения смертности населения от них, особенно в трудоспособном возрасте. Это достигается путем автоматического обмена медицинской информацией между пациентами и медицинскими работниками, чтобы обеспечить управление процессом лечения на расстоянии.

Конкретным применением телемедицины является дистанционный мониторинг различных жизненно важных параметров пациентов, имеющих хронические заболевания. В настоящее время наиболее распространенным способом предоставления услуг телемедицины является Интернет, использующий мобильные устройства в рамках замкнутого цикла, называемого Интернетом медицинских вещей [5].

Использование телемедицинских технологий в БУЗ Воронежской области «Воронежская городская клиническая поликлиника № 1» (ВГКП № 1) рассматривается в качестве наиболее перспективного направления профилактики осложнений гипертонической болезни и включает в себя раннее выявление,

Для корреспонденции

Данилов Александр Валентинович

E-mail: idf-dav@omsvrn.ru

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области, доктор медицинских наук, профессор Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко

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

Манерова Ольга Александровна

E-mail: manerova_o_a@staff.sechenov.ru

Доктор медицинских наук, профессор ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Адрес: 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Белозерова Елена Владимировна

E-mail: mail@gp1.zdrav36.ru

Главный врач БУЗ Воронежской области «Воронежская городская клиническая поликлиника № 1», кандидат медицинских наук, доцент Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко

Адрес: 394036, Воронеж, пр-т Революции, д. 10

систематическое динамическое наблюдение, качественное диспансерное наблюдение, первичную профилактику артериальной гипертензии (АГ). Исследования ряда авторов [3, 4] показывают, что первичная профилактика может продлить жизнь пациентов, снижая вероятность инфаркта миокарда и инсульта. В то же время цель ведения пациента с гипертонической болезнью – уменьшение риска развития сердечно-сосудистых катастроф и смерти от них (третичная профилактика), для чего требуется:

- снижение артериального давления до заданного уровня;
- коррекция всех модифицируемых факторов риска;
- лечение сопутствующих заболеваний.

В клинических рекомендациях по АГ у взрослых [1, 6] предписано динамическое наблюдение пациентов с АГ с учетом многофакторной профилактики факторов риска развития осложнений, позволяющее существенно уменьшить средний уровень систолического и диастолического артериального давления, а также показан дополнительный эффект влияния на отдельные факторы риска в зависимости от уровня артериального давления.

Цель исследования – организация дистанционного мониторинга артериального давления в рамках диспансерного наблюдения пациентов, страдающих АГ, оценка эффективности применения такого мониторинга путем сравнения показателей тестовой и контрольной групп пациентов.

Достижение цели исследования предполагало постановку и решение следующих задач:

- изучить тенденции динамики основных статистических показателей, характеризующих оказание медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения (на примере ВГКП № 1);
- выявить факторы, определяющие эффективность динамического наблюдения пациентов с АГ на амбулаторно-поликлиническом этапе;
- оценить эффективность применения дистанционного мониторинга артериального давления у пациентов, страдающих гипертонической болезнью, в рамках диспансерного наблюдения пациентов на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Объектами исследования являлись две группы пациентов в возрасте старше 18 лет с АГ в количестве 892 человек, состоящие на диспансерном наблю-

дении у врачей – терапевтов участковых и врачей общей практики городской поликлиники.

Материалы и методы

С целью реализации сформулированных задач был проведен статистический анализ демографических показателей населения, прикрепленного к ВГКП № 1. К врачебному участку городской поликлиники прикреплено около 2 000 человек, из них около 700 подлежат диспансерному наблюдению, причем подавляющее большинство (54,3%) из них – пациенты с повышенным уровнем артериального давления. Среди зарегистрированных пациентов с гипертонической болезнью – 78% в возрасте старше 60 лет, в том числе 57,6% женщин и 20,4% мужчин. Среди женщин с АГ работающие составляют – 18,3%, неработающие пенсионеры – 63,1%, инвалиды – 18,6%. Среди мужчин, обращающихся за медицинской помощью в территориальную поликлинику по поводу АГ, 25% пациентов имеют статус работающих, 37,4% являются неработающими пенсионерами, 37,6% – инвалидами.

Основная масса обращений в поликлинику с поводом АГ приходится на врачебный прием (48,6%), вторым по частоте является активное посещение пациентов с АГ (29,1%); вызовы на дом составляют 16,9%. На долю диспансерных осмотров приходится незначительная часть обращений в поликлинику. В основном больные обращаются в связи с АГ к участковому терапевту (76,6%). В то же время у 23,4% больных проблемы, связанные с повышением артериального давления и риском развития гипертонической болезни, были обнаружены на приеме у врачей других специальностей, а также при проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

При анализе факторов риска и других патологических состояний, выявленных в ходе проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, профилактических медицинских осмотров, отмечены факторы риска развития болезней системы кровообращения, в том числе АГ (рис. 1).

Обращает на себя внимание недостаточное количество посещений в поликлиники с целью диспансерного наблюдения, хотя сложившаяся структура диспансерной группы пациентов, состоящих на учете в медицинской организации, наглядно отражает, что лидирующие позиции занимают болезни системы кровообращения (40%), в том числе АГ, болезни органов пищеварения (11%), замыкают

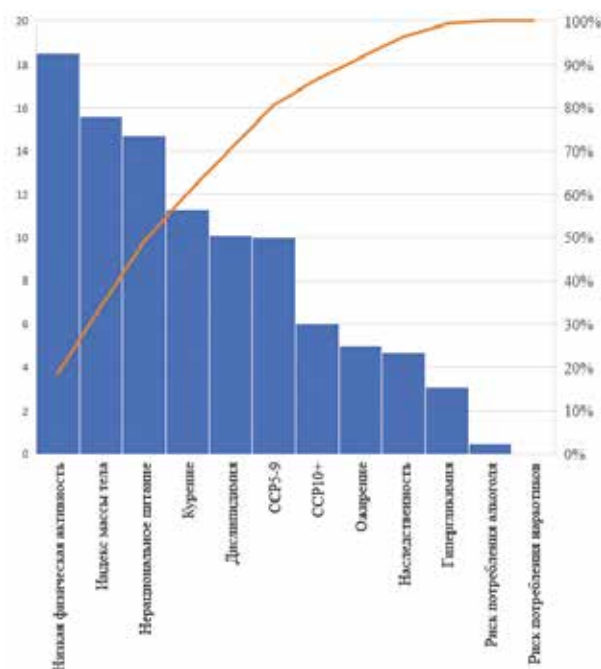


Рис. 1. Факторы риска развития болезней системы кровообращения, выявленных при проведении диспансеризации населения в поликлинике ВГКП № 1

тройку лидеров болезни органов дыхания (10%), с онкологическими заболеваниями на диспансерном учете состоит около 6% (рис. 2).

Отражением качества диспансерного наблюдения пациентов с гипертонической болезнью в поликлинике являются динамика и структура обращений за неотложной помощью. Несмотря на уменьшение за анализируемый период общего количества вызовов в связи с повышением артериального давления в 1,4 раза, в структуре неотложной помощи больным преобладают вызовы с гипертоническими кризами (около 60%). Доля случаев с АГ в общей структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности остается стабильной и составляет 4,7–6,5% при средних сроках пребывания на больничном листе за анализируемый период 11,1–13,2 дня.

В структуре первичного выхода на инвалидность как причина инвалидности болезни системы кровообращения занимают одно из ведущих мест (до 43,4%). Основными причинами выхода на инвалидность являются: нарушение мозгового кровообращения и сочетание АГ с ишемической болезнью сердца. Остается высоким удельный вес смертности от болезней системы кровообращения среди причин смертности населения (36,8–40,1% за трехлетний период наблюдения).

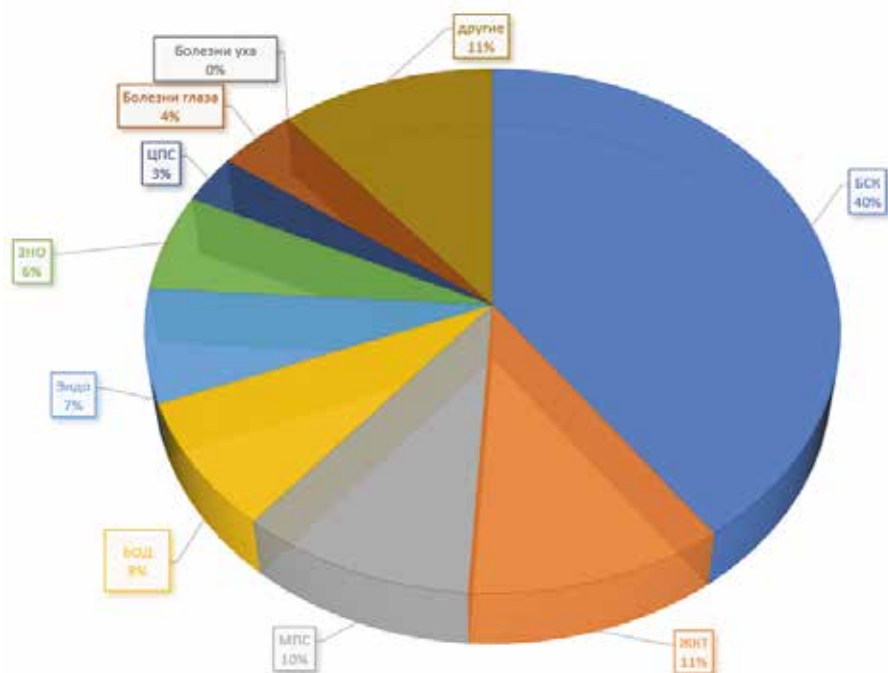


Рис. 2. Структура заболеваний диспансерной группы пациентов, прикрепленных к поликлинике ВГКП № 1

Для оценки качества проводимого диспансерного наблюдения больных с гипертонической болезнью в поликлинике были сформированы две однородные группы взрослых пациентов с установленным диагнозом АГ, отобранных из числа обратившихся в поликлинику в связи с ухудшением состояния или пришедших на диспансерный осмотр. Все пациенты этих групп имели сопутствующие заболевания, и каждому была определена степень тяжести состояния. Группа для охвата дистанционным мониторин-

гом пациентов с АГ состояла из 438 человек. Группа, которая наблюдалась в рамках диспансерного наблюдения по классической технологии, включала 454 человека. Детально характеристики достаточно однородных групп пациентов до начала исследования отображены в *таблице 1*.

Исследование одобрено этическим комитетом Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н. Бурденко.

Таблица 1

Характеристика пациентов, участвующих в исследовании

Пациенты тестовой и контрольной групп	Классификация по тяжести заболевания	Диагноз	Код МКБ-10	Количество пациентов по возрастным категориям			
				трудоспособный возраст		старше трудоспособного возраста	
				м	ж	м	ж
I. Артериальная гипертензия без ассоциированных заболеваний	I–I	АГ без поражения органов-мишеней	I10	11	18	4	11
	I–II	АГ с поражением органов-мишеней	I11–I13	11	55	54	70
	I–III	Вторичная АГ	I15	12	9	5	13
II. Артериальная гипертензия с ассоциированными заболеваниями	II–IV	АГ и ИБС (стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда)	I11–I13, I20–I25	13	15	40	74
	II–V	АГ и ЦВБ (ТИА, перенесенный инсульт)	I11–I13, I60–I67, I69	13	29	16	111
	II–VI	АГ и сахарный диабет	I11–I13, E10–E14	16	29	21	40
	II–VII	АГ и комбинированные ассоциативные заболевания	I11–I13, I20–I25, I60–I69, E10–E14	14	35	43	110
Итого пациентов, в т.ч. работающих	892/272			90/49	190/116	183/35	429/72

Примечание. ИБС – ишемическая болезнь сердца; ЦВБ – цереброваскулярная болезнь; ТИА – транзиторная ишемическая атака.

Проведено клиническое исследование больных. Возрастные характеристики пациентов, прошедших обследование, следующие: median=64; IQR=56–70; min=22, max=88; n=892. Большинство из обследованных больных имели поражение органов-мишеней. Степень риска развития осложнений закономерно увеличивалась с возрастом, достигая максимума у больных старше 66 лет, среди которых высокий и очень высокий риск имели 97% пациентов.

Среди факторов риска сердечно-сосудистых осложнений как у мужчин, так и у женщин наиболее часто встречались малоподвижный образ жизни (у мужчин – 90,1%, у женщин – 82,9%) и стрессы (у мужчин – 74,5%, у женщин – 83,7%). Индекс массы тела (ИМТ) >25 кг/м² выявлен у 63,6% мужчин и 67,7% женщин; при этом женщины имели ИМТ >30 кг/м² достоверно чаще, чем мужчины (соответственно 30,9 и 16,3% больных). 18,2% обследованных

мужчин и 1,7% женщин курили. У 259 пациентов (29%) уровень холестерина в сыворотке крови был повышен и колебался от 5,3 до 8,9 ммоль/л (в среднем $6,5 \pm 1,4$ ммоль/л). Уровень холестерина более 6,5 ммоль/л отмечен у 26 больных (3%). Факторы риска не были выявлены у 6% больных. Один фактор присутствовал у 42,5% больных, у мужчин чаще – курение, у женщин – повышенная масса тела или ожирение. Наличие двух факторов риска выявлено у 39,5% больных, чаще встречалась комбинация повышенного ИМТ и дислипидемии. Одновременное наличие трех и более факторов риска (возраст мужчин старше 55 лет или женщин старше 65 лет, холестерин более 6,5 ммоль/л, курение, наследственность) отмечалось у 11% больных, четыре и более факторов риска – у 1%.

Таким образом, на терапевтическом участке (участке врача общей практики) в поликлинике наблюдаются преимущественно пациенты с II–III стадией гипертонической болезни, множественным поражением органов-мишеней, наличием сочетания модифицируемых факторов риска и высоким/очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений АГ.

В соответствии с задачами исследования было проведено уточнение состояния больных с АГ в поликлинике. Из 892 анализируемых случаев измерение роста и массы тела с определением ИМТ было выполнено у 15,1% больных, исследование периферических сосудов – у 7,6% пациентов, ортостатическая проба – у 4,1% больных из числа лиц пожилого возраста и пациентов, страдающих сахарным диабетом. Практически всем больным с АГ проведены такие методы исследования, как клинический анализ крови, анализ мочи, ЭКГ (97,7%), исследование сосудов глазного дна (90,1%), рентгенография органов грудной полости (86%), консультации невролога (72,1%).

В ходе исследования была проанализирована частота выявления участковыми терапевтами факторов риска сердечно-сосудистых осложнений таких как: курение; ИМТ >25 кг/м²; холестерин более 6,5 ммоль/л; отягощенный семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний; сахарный диабет; стрессы. Наличие стресса было выявлено при первичном обследовании у 73,8% пациентов.

В рамках оценки состояния заболеваний АГ в поликлинике была проанализирована адекватность назначаемой антигипертензивной терапии и тактики ведения больных на терапевтическом участке. Оценка производилась экспертным методом у па-

циентов с АГ, особое внимание обращали на пациентов, не достигших целевого уровня артериального давления. Из 892 обследованных больных немедикаментозная терапия была рекомендована в 20,3% случаев, в том числе: рекомендации по уменьшению влияния психоэмоциональных перегрузок даны 7,8% больных, по ограничению соли – 20,8%, по нормализации массы тела – 3,4%, по увеличению физической активности – 0,8% больных. Рекомендации по немедикаментозной терапии давались преимущественно пациентам с низким и средним риском, существенно реже – пациентам высокого риска, что отражает устаревший подход по преимущественному применению немедикаментозной терапии на начальных стадиях АГ.

Всем больным была назначена медикаментозная терапия. Монотерапию получали 539 человек (60% обследованных больных). Медикаментозная терапия двумя лекарственными препаратами проводилась у 39% больных с АГ, тремя препаратами – у 5,3% пациентов, как правило, после консультации кардиолога или госпитализации.

Далее обе группы находились под диспансерным наблюдением в течение полугода. При этом пациенты первой, тестовой, группы, имеющие смартфоны, были оснащены тонометрами с функцией дистанционной передачи данных об артериальном давлении и частоте сердечных сокращений. Вторая, контрольная, группа наблюдалась в рамках «классической» медицинской технологии.

В ходе исследования прием и обработка данных об измеренных значениях артериального давления при проведении дистанционного мониторинга проводились с помощью медицинской информационной системы «Квазар», установленной в ВГКП № 1. Рассматриваемая система позволяет автоматизировать процесс анализа поступающих в систему данных (значение артериального давления и частота сердечных сокращений), которые записываются в персональной электронной медицинской карте пациента и отображаются в приложении, установленном на автоматизированном рабочем месте врача. Внесение результатов измерений артериального давления в систему проводилось 2 раза в день, независимо от самочувствия пациента. Таким образом, была реализована возможность автоматизированного внесения результатов дистанционного мониторинга артериального давления в электронную медицинскую карту пациента. Дистанционная передача данных об артериальном давлении

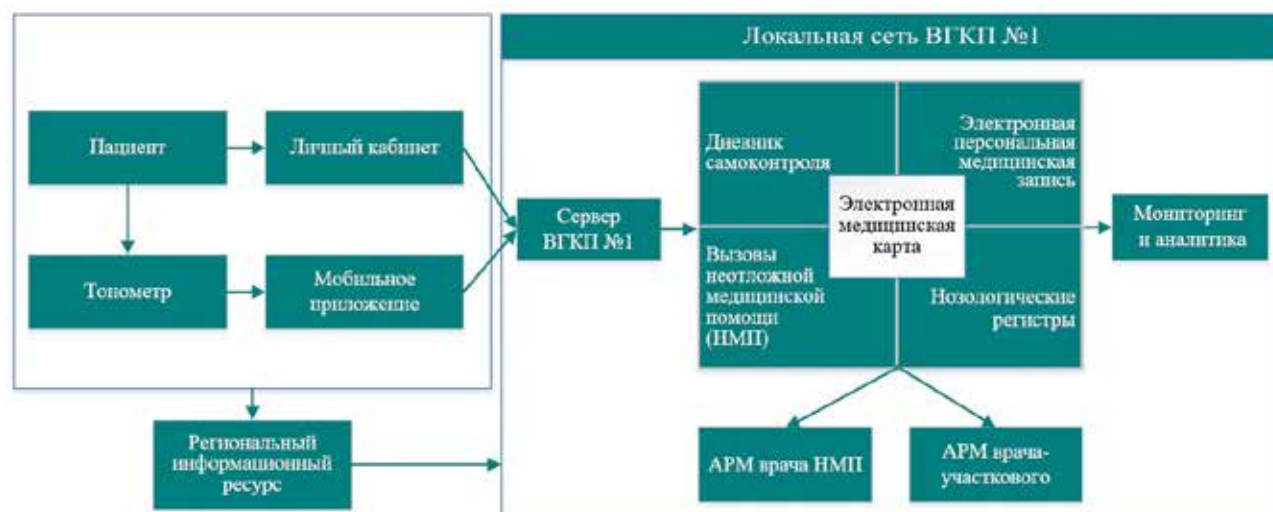


Рис. 3. Схема дистанционного мониторинга артериального давления пациентов, наблюдаемых в поликлинике ВГКП № 1

и частоте сердечных сокращений организована с применением Bluetooth-тонометров A&D UA-911BT-C через мобильное приложение медицинской информационной системы «Квазар».

Организация взаимодействия подсистем при дистанционной передаче данных об артериальном давлении и реализации функций дистанционного мониторинга артериального давления показана на рисунке 3.

Результаты измерений артериального давления обобщали в кабинете неотложной медицинской помощи. При этом автоматически определяются те пациенты, у которых превышены целевые показатели артериального давления и, соответственно, становится возможным в режиме онлайн принятие врачом решений по корректировке лечения, оказанию неотложной медицинской помощи пациенту либо его консультированию.

Выгрузки сведений из электронной медицинской карты пациента, участвующего в дистанционном мониторинге артериального давления, а также графики суточного колебания систолического, диастолического, среднего артериального давления, отражались в виде комбинированной экранной формы на автоматизированном рабочем месте врача-кардиолога.

Результаты

В ходе исследования собраны и проанализированы изменения артериального давления по истечении 6 месяцев как в тестовой, так и в контрольной группе, определена доля пациентов, достигших целе-

вых показателей артериального давления, в обеих группах.

Так, доля пациентов, достигших целевых показателей артериального давления, в тестовой группе с учетом начального уровня и измерениями через 6 месяцев после включения в группу оказалась значительно выше, чем в контрольной. Были рассчитаны среднее значение, медиана, стандартное отклонение, минимум и максимум на основе этих различий артериального давления у пациентов, стратифицированных по возрасту и полу.

Основные сводные статистические данные были вычислены в целом и стратифицированы по возрасту, полу и начальному систолическому артериальному давлению. Для анализа данных использовалось программное обеспечение SPSS Statistics версии 24. За период исследования средний уровень систолического и диастолического артериального давления у пациентов тестовой группы составил $125,5 \pm 5,1$ и $72,8 \pm 3,3$ мм рт.ст. (табл. 2).

Соответственно, увеличилась доля лиц, достигших целевых значений артериального давления, с 14,5 до 38% ($p < 0,001$), с 17,9 до 53% увеличилась доля лиц, приверженных лечению ($p = 0,044$). На 20,5% увеличилась доля лиц, которым назначены два и более антигипертензивных препарата ($p = 0,091$), а количество необоснованных визитов пациентов в поликлинику уменьшилось с 7 до 4% ($p < 0,001$). На 4,3% сократилось количество вызовов бригады неотложной медицинской помощи по поводу повышения артериального давления ($p = 0,034$).

Таблица 2

**Среднее артериальное давление
для тестовой и контрольной групп:
исходный уровень и через 6 месяцев**

Группа	Исходные значения	Значения после 6 месяцев
Тестовая группа (n=438)	153,2±14,3	125,5±5,1
Контрольная группа (n=454)	153,1±14,0	142,5±15,4
Тестовая группа (n=438)	85,5±10,0	72,8±3,3
Контрольная группа (n=454)	86,0±10,3	84,6±10,9

В ходе исследования выявлены преимущества метода дистанционного мониторинга артериального давления по сравнению с традиционным измерением, к которым относятся:

- возможность оценки артериального давления в обычной для больного обстановке;
- возможность динамического наблюдения за уровнем артериального давления как на этапе диагностики и подбора терапии, так и с целью коррективы назначенного ранее лечения гипертонической болезни;
- оценка эффективности проводимой терапии;
- возможность принятия врачебных решений в режиме реального времени о необходимости очного приема, оказания неотложной медицинской помощи, госпитализации в дневной стационар поликлиники или в круглосуточный стационар;
- снижение частоты визитов пациентов к врачу в поликлинику на фоне терапии, соответственно уменьшение расходов на обследование и лечение больных.

Ограничения включают в себя тот факт, что участниками исследования отобраны пациенты, которые были несколько моложе и более обеспечены, чем пациенты контрольной группы. Регулярность получаемых данных ограничена с точки зрения заданной полноты и точности анализа динамики артериального давления, но достаточная для принятия обоснованного решения врачом.

Заключение

Таким образом, можно сделать вывод о том, что активное дистанционное диспансерное наблюдение

больных гипертонической болезнью способствует увеличению доли пациентов, достигших целевых значений артериального давления, повышению их приверженности приему антигипертензивных препаратов, а также снижает экономические затраты здравоохранения, связанные с оказанием экстренной и неотложной помощи, госпитализации, временной нетрудоспособностью пациентов. При этом сокращается количество вызовов врача на дом по поводу «повышение артериального давления» и визитов пациента в поликлинику.

Данные об артериальном давлении пациентов, накопленные в ходе дистанционного мониторинга, представляют собой обучающую выборку для целей прогнозирования развития АГ с использованием моделей машинного обучения [2].

Использование в клинической практике дистанционного мониторинга артериального давления свидетельствует о его эффективности, а также показывает возможность обеспечения качественно нового уровня диспансерного наблюдения пациентов в поликлинике.

Список литературы

1. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2020 // Российский кардиологический журнал. – 2020. – № 25(3). – С. 149–218.
2. Белозерова Е.В., Данилов А.В., Исаенкова Е.А. и др. Прогнозирование развития гипертонической болезни с использованием моделей машинного обучения в подсистеме дистанционного кардиомониторинга // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 2. – С. 76–84.
3. Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогада С.В. и др. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского общества кардиологов/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии 2018 г. // Российский кардиологический журнал. – 2018. – № 12. – С. 131–42.
4. Манойлов А.Е., Фищенко В.И., Цыбин А.В. и др. Эпидемиология вызовов скорой медицинской помощи, связанных с повышением артериального давления // Скорая медицинская помощь. – 2019. – № 20 (1). – С. 18–22.
5. Omboni S. Connected Health in Hypertension Management // Frontier in Cardiovascular Medicine. – 2019. – № 6 (76). – pp. 1–17.
6. Unger T., Borghi C., Charchar F., et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines // Journal of Hypertension. 2020. – № 38(6). – pp. 982–1004.

XXIII ЕЖЕГОДНЫЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ»

13–14 октября 2022 года, Москва



В работе конгресса приняли участие представители федеральных ведомств, региональных координаторов цифрового здравоохранения, органов управления здравоохранением, территориальных фондов ОМС, руководители информационно-технических служб медицинских организаций, разработчики программного обеспечения медицинского назначения.

В процессе работы мероприятия состоялись тематические конференции, выставки профильных ИТ-решений, конкурсные программы, многочисленные секции.

13 октября в рамках XXIII Ежегодного Международного Конгресса «Информационные технологии в медицине» прошла секция «ИТ-решения для повышения эффективности управления средствами ОМС». Организатором и модератором секции выступила компания «Р.О.С.Т.У.» (группа компаний «Кейсистемс»).

Секция была посвящена актуальным на сегодняшний день вопросам цифровой трансформации системы ОМС, основная повестка мероприятия – обсуждение лучших практик внедрения современных цифровых решений в деятельность территориальных

фондов ОМС. Согласно заявленной программе были рассмотрены вопросы, связанные с автоматизацией процессов планирования в системе ОМС, импортозамещением, реализацией указа Президента РФ от 01.05.2022 № 250 «О дополнительных мерах по обеспечению информационной безопасности Российской Федерации», формированием оперативной аналитики и управленческой информации и др.

Практическим опытом использования соответствующих информационных систем поделились представители ТФОМС Свердловской и Ярославской областей.



Заместитель начальника управления информационно-технического обеспечения ТФОМС Свердловской области **И.Е. Голубева** рассказала о разработке программного продукта для автоматизации полного цикла формирования, реализации и мониторинга реализации территориальной программы ОМС силами ИТ-управления. Она пояснила, что программа автоматизирует процессы от сбора предложений от медицинских организаций до контроля за авансированием

за оказанную медицинскую помощь. Здесь же спикер отметила, что одной из проблем цифрового развития является, с одной стороны, отсутствие формализованной методологии, а с другой стороны, отсутствие баз централизованного хранения данных. Решение данного вопроса видится в применении комплексных, платформенных и централизованных программных продуктов, способных автоматизировать разные направления деятельности ТФОМС (рис. 1, 2).



Территориальный Фонд
Обязательного
Медицинского Страхования
Свердловской области

ПРОБЛЕМАТИКА И ЦЕЛЬ

Проблематика

Необходимость фиксации и контроля объемов по ТП ОМС в сжатые сроки в условиях ежемесячных изменений.

Доп. трудности

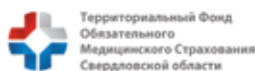
- 4,4 млн застрахованных
- 220 МО
- 4 СМО
- 197 Гб данных о медпомощи

(прирост 24Гб в год или 5,3 млн записей в месяц)

Цель

Автоматизация полного цикла разработки территориальной программы ОМС (внесения изменений).

Рис. 1

**ПРИЧИНЫ:**

1. Региональные особенности, исключающие возможность прямого применения федеральных нормативов,
2. Отсутствие формализации и централизованного хранения необходимых данных (структура МО, данные о маршрутизации пациентов)

СЛЕДУЮЩИЙ ШАГ - инициация создания:

- Единой системы управления структурой МО (интегрированная с ФРМО и ФРМР: структурные подразделения, коечный фонд, штатное расписание, учет мед. оборудования и т.д.)
- Единой платформы для управления маршрутизацией пациентов

Рис. 2



Иной пример, а именно создание программного продукта силами привлеченных разработчиков, продемонстрировала **Н.В. Шустрова** – заместитель начальника отдела тарифного регулирования, ценообразования и системного анализа ТФОМС Ярославской области. В регионе

внедряется система АИС «ОМС-СМАРТ», предназначенная автоматизировать процессы по разработке, реализации и мониторингу реализации территориальной программы ОМС. Кроме того, в программный продукт агрегируется информация по всем видам медицинской помощи, в том числе в привязке к фактическим данным, полученным из системы персонифицированного учета оказанной медицинской помощи, что позволяет повысить оперативность, эффективность и прозрачность принятия управленческих решений. Посредством программного продукта до медицинских организаций доводятся предельные

объемы медицинской помощи и осуществляется формирование планов-заданий и расчета финансового обеспечения по ним. Итогом данной работы является заключение и подписание договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС с медицинскими организациями.

Как отметила Н.В. Шустрова, после завершения отладочных работ по системе АИС «ОМС-СМАРТ» ТФОМС Ярославской области ожидает повышение эффективности межведомственного взаимодействия между участниками системы ОМС Ярославской области, возможность оперативной обработки большого объема информации, оперативный анализ, отчетность и аналитика, возможность оценки деятельности медицинских организаций Ярославской области (рис. 3,4).

Обсуждая опыт коллег, участники секции отметили, что в силу существующей глобальной проблемы миграции специалистов в ИТ-сфере использование программного обеспечения сторонних разработчиков является в настоящее время более эффективным и оправданным решением.



Рис. 3

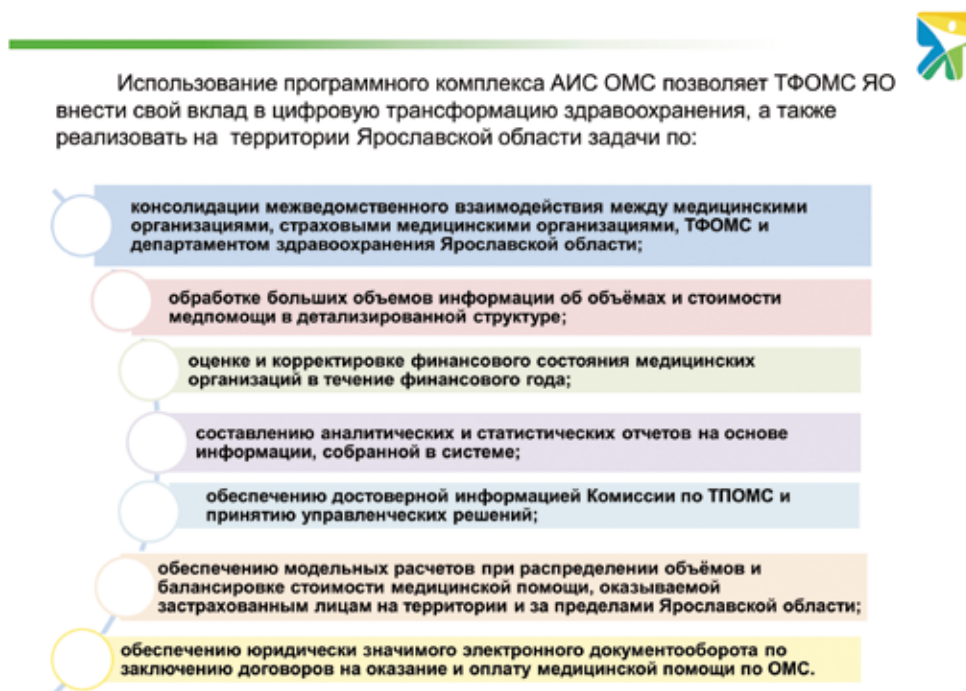


Рис. 4



Еще одним трудоемким и скрупулезным процессом деятельности ТФОМС является заключение договоров ОМС. Про автоматизацию процессов формирования, согласования и заключения договоров ОМС как инструмента решения данной задачи рассказал директор департамента цифровой трансформации ООО «Кейсистемс» **А.В. Петров**. В частности, он сообщил, что программное решение группы компании «Кейсистемс» позволяет не только формировать договор ОМС, но и согласовывать его согласно выстроенным бизнес-процессам, подписывать ЭП, а также обеспечивает долгосрочное хранение документов. При этом бизнес-процессы настраиваются индивидуально под схемы взаимодействия. Программный продукт создан на полностью импортозамещенных технологиях и имеет мобильную версию.

Следующий блок вопросов был посвящен автоматизации процессов по обработке и экспертизе счетов за оказанную медицинскую помощь. В этой части опытом построения эффективной автоматизированной среды поделился начальник информационно-аналитического отдела ООО «Медицина ИТ» **М.В. Довгань**. Он отметил, что системе реализованы

все требования законодательства в части проведения форматно-логического контроля и идентификации реестров счетов, проведения всех видов контроля, в том числе с использованием федеральных и региональных справочников.

Должное внимание было уделено вопросам информационной безопасности. Про возможности оперативного реагирования на изменения законодательства в части информационной безопасности рассказал руководитель проектов ООО «НПЦ «Кейсистемс-Безопасность» **А.А. Петренко**. Спикер пояснил, как программное обеспечение «Alfadoc» способно защитить объекты критической информационной инфраструктуры и оказать помощь при разработке необходимой и соответствующей требованиям ФСТЭК документации по защите персональных данных.

И, конечно же, одним из приоритетных вопросов для ТФОМС является поиск инструментов для формирования оперативной и произвольной аналитики. В этой части начальник отдела проектирования, сопровождения и внедрения ООО «Р.О.С.Т.У.» **А.И. Хисамутдинова** анонсировала новые наработки компании. В частности, речь шла про BI-систему

«Аналитика-СМАРТ», которая способна собирать и обрабатывать информацию из внешних источников, анализировать такую информацию и формировать управленческую аналитику, представляя ее в графическом виде. Кроме того, преимуществом использования такого программного продукта является простой и доступный механизм самостоятельного построения пользователей аналитических запросов к данным. Обширные средства визуализации (таблицы, диаграммы, карты, графики) позволяют представлять информацию в различных срезах, а веб-версия обеспечивает доступ без привязки к рабочему месту. Следует отметить, что доступ к данным определяется в зависимости от группы пользователей, следовательно, программный продукт может комплексно использоваться в деятельности ТФОМС руководителями разного уровня.

Также были затронуты вопросы информационного взаимодействия с Государственной информационной системой ОМС. Говоря о ГИС ОМС, стоит отметить, что в ходе пленарного заседания заместитель Министра



здравоохранения Российской Федерации **П.С. Пугачев** обозначил одной из приоритетных задач запуск сервиса по ведению единого регистра застрахованных лиц, который должен стать основой для формирования цифрового профиля пациента. Он подчеркнул, что необходимость вызвана наличием огромного числа ошибок на этапе валидации пациента, в том числе по причине наличия в регионах собственных требо-

ваний к форматно-логическому контролю при идентификации страховой принадлежности пациента, разных сроков по информационному взаимодействию и др.

Состоявшаяся секция «ИТ-решения для повышения эффективности управления средствами ОМС» вызвала интерес как со стороны территориальных фондов ОМС (приняли участие более 30 ТФОМС), так и со стороны медицинских организаций, а также разработчиков профильных программных продуктов. В силу актуальности темы и проявленного участниками интереса организация подобных тематических мероприятий запланирована для ежегодного проведения.



КАРДИОЛОГИ И КАРДИОХИРУРГИ ПОЛУЧИЛИ ПРЕСТИЖНУЮ ЭКСПЕРТНУЮ ПРЕМИЮ «ВРАЧ С БОЛЬШОЙ БУКВЫ» ЗА СПАСЕНИЕ ЖИЗНЕЙ КАРДИОПАЦИЕНТОВ



В 2022 году премию «Врач с большой буквы» получили 118 кардиологов и кардиохирургов стационаров Брянской, Кемеровской, Новгородской, Мурманской, Ростовской, Омской, Тюменской, Тульской, Тверской, Челябинской областей, Краснодарского края, Республики Башкортостан, ХМАО – Югры за спасение жизней пациентов с острыми формами ишемической болезни сердца (ИБС). Лауреаты были определены экспертной комиссией по нескольким критериям, включая количество случаев оказания медицинской помощи пациентам с острыми формами ИБС и соответствие проводимого лечения клиническим рекомендациям и стандартам.

Количество пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями увеличивается год от года – в 2021 году число больных, по данным Росстата, достигло 35,6 млн человек. В этом же году в России

около 1 млн человек погибли из-за осложнений болезней системы кровообращения. Причем 54,4% в структуре летальности от сердечно-сосудистых заболеваний – это ИБС. Именно она наносит самый сокрушительный урон. Почти половина больных ИБС узнают про болезнь после инфаркта миокарда, который требует срочного медицинского вмешательства.

«В этом году премия «Врач с большой буквы» посвящена врачам наших сердец. Тем, кто каждый день спасает жизни пациентов с острыми формами ишемической болезни сердца. За год хирурги проводят почти 300 тысяч операций по стентированию и шунтированию коронарных артерий и в 90% случаев возвращают пациентов к нормальной, повседневной жизни. И это не просто цифры, а спасенные жизни. Жизни наших родных и близких», – отметил в обращении к врачам и медицинскому сообществу генеральный директор компании «АльфаСтрахо-



вание – ОМС» Андрей Рыжаков на торжественной церемонии вручения премии.

«Это профессия не знает ни праздников, ни выходных. Счет при спасении жизней в ней идет даже не на часы – речь буквально о минутах. Сегодня мы благодарим за самоотверженный труд эндоваскулярных хирургов, которые восстанавливают кровоснабжение сердца, лечат последствия ишемии, снижают вероятность осложнений, и кардиологов, которые отвечают за наблюдение и медикаментозное лечение пациентов после инфаркта и операций на сердце», – обратился к лауреатам Григорий Павлович Арутюнов, профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный врач России.

Уже третий год «АльфаСтрахование – ОМС» при поддержке региональных министерств и департа-



ментов здравоохранения вручает лучшим врачам экспертную премию «Врач с большой буквы». Это профессиональная награда учреждена компанией для признания высоких стандартов качества работы врачей, чья деятельность оказала существенное влияние на улучшение здоровья населения. Лучших медиков определяет комиссия по результатам независимой экспертизы качества оказания медпомощи по ОМС.

В предыдущие годы профессиональную награду «Врач с большой буквы» уже получили 230 медиков из разных регионов России – за спасение пациентов в «красной зоне» в разгар коронавирусной пандемии и значимый вклад в реабилитацию пациентов после COVID-19.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

I. Рукопись

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

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

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

В работе необходимо указать:

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

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

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

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

II. Содержание

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

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

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

III. Ссылки

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

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

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

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

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

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

Примеры библиографических описаний:

Книга

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

Автореферат диссертации

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

Статья из сборника

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

Статья из журнала

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

Статья из зарубежного журнала

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

Сборник тезисов докладов международных конференций

Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft fur Radioonkologie: Abstractband. – Magdeburg, 2010. – 164 s.

IV. Иллюстрации

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

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

V. Авторские правки

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

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:

Россия, 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, 59а,
ООО «Издательство «Офтальмология».

Тел.: +7 (499) 488-87-03

E-mail: journal-oms@yandex.ru