



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

05

Встреча
Михаила Мишустина
с председателем
Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования
Ильей Баланиным

10

Илья Баланин
обсудил с директорами
ТФОМС цифровизацию,
профилактику
и доступность
медицинской помощи

26

Директор ТФОМС
Кемеровской области –
Кузбасса Игорь Пачгин:
Цифровизация ОМС –
от амбициозных планов
к повседневной практике





ISSN 2221-9943

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

03/26



«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 3 (123), 2026

Научно-практический журнал

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА

И.В. Баланин – председатель ФОМС, к.э.н.

Заместитель председателя редакционного совета

А.С. Третьяченко – заместитель председателя ФОМС

Главный редактор

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

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

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

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

А.Л. Линденбрaten – д.м.н., профессор Российской
медицинской академии непрерывного профессионального
образования

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, к.м.н.

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

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

ISSN 2221-9943

Учредитель:

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»
Номер подписан в печать 16.06.2026

Отпечатано в типографии «Роликс»
Адрес типографии: 117105, г. Москва, Нагорный пр., д. 7, стр. 5
Тираж: 1121 экз. Номер заказа: 172611
Дата выхода журнала: 30.06.2026
Формат: 205 x 275 мм. Объем: 72 полосы

Адрес редакции:

ООО «Издательство «Офтальмология»
127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А.
Тел.: (499) 488-87-03

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

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

© «Обязательное медицинское страхование
в Российской Федерации», 2026

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 «Урал-Пресс-Периодика» – 36347

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

Приветственное слово председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Ильи Баланина	4
--	---

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Встреча Михаила Мишустина с председателем Федерального фонда обязательного медицинского страхования Ильей Баланиным	5
--	---

Илья Баланин обсудил с директорами ТФОМС цифровизацию, профилактику и доступность медицинской помощи.	10
--	----

Председатель ФОМС поручил территориальным фондам ОМС и страховым медицинским организациям усилить взаимодействие	11
---	----

ГОД ЕДИНСТВА НАРОДОВ РОССИИ

Память в сердце, помощь – делом: сотрудники территориальных фондов ОМС встретили День Победы.	12
--	----

<i>М.А. Зайцева, Т.В. Пашечко, А.И. Лукашенко</i> О практике сопровождения ветеранов специальной военной операции в получении медицинской помощи на территории Брянской области	16
---	----

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Директор ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса Игорь Пачгин: Цифровизация ОМС – от амбициозных планов к повседневной практике	26
---	----

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

<i>В.А. Шелякин, И.М. Сартаков</i> Система менеджмента качества как инструмент управленческой зрелости: опыт ТФОМС Свердловской области	34
--	----

ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

<i>Д.В. Борисов, А.В. Устюгов</i> Роль экспертизы качества медицинской помощи страховой медицинской организации в судебной защите прав застрахованных по ОМС	45
--	----

<i>Ю.А. Брудастов, Д.В. Толстов, С.В. Плехов, В.Ю. Головин</i> Маркеры неэффективной диспансеризации в реестрах счетов в системе обязательного медицинского страхования	52
--	----

<i>А.А. Старченко, Д.В. Альперович, Е.И. Ковалева, А.В. Устюгов</i> Медицинская реабилитация пострадавших с последствиями боевой травмы – конституционная гарантия формирования здорового общества. Часть 3	57
--	----

Дорогие коллеги и друзья!

Система обязательного медицинского страхования за последние пять лет претерпела кардинальные изменения. Объем высокотехнологичной помощи вырос на 56,5%, профилактических мероприятий – в 3,6 раза, программ ЭКО – на 40,4%. В 2026 году расширены программы диспансеризации: добавлены исследования репродуктивного здоровья, анализ на липопротеин(а), услуги центров медицины здорового долголетия. Введен дистанционный мониторинг для пациентов с сахарным диабетом и артериальной гипертензией, искусственный интеллект теперь помогает при расшифровке ЭКГ и колоноскопии. Запущено неинвазивное пренатальное тестирование. В программу ОМС вошли 14 новых методов лечения, включая трансплантацию почки. Нормативы медицинской реабилитации увеличены – помощь получают не менее 1,8 млн человек.



Ключевая парадигма сегодняшнего этапа – переход от лечения болезней к управлению здоровьем. Предупреждение заболевания дешевле его лечения, и именно этот принцип лежит в основе развития отрасли. Доля здравоохранения в ВВП выросла с 2,8% в 2023 году до 3,15% в 2025 году, что подтверждает статус отрасли как драйвера экономики. С 1 января 2026 года новые регионы полностью интегрированы в систему ОМС: застраховано более 3,6 млн человек, финансирование достигнет почти 70 млрд рублей. Для участников СВО и их семей выстроена система индивидуального сопровождения – в 2025 году оказано более 1 млн случаев медицинской помощи ветеранам. В прошлом году диспансеризацию прошли свыше 100 млн человек, выявлено почти 31 млн заболеваний, из них 4 млн – на ранней стадии. Выявление предрисков позволяет отсрочить формирование заболеваний на 15 лет и более. По всей стране создаются центры здорового долголетия, где пациенты получают программы управления биологическим возрастом. Современная идеология – от лечения болезней к управлению привычками и формированию ответственного отношения к собственной жизни.

Цифры и факты – это лишь вершина айсберга. За каждым процентом роста, за каждым новым методом лечения, включенным в программу ОМС, стоит порой незаметный, но колоссальный по своей значимости труд. И здесь важно подчеркнуть: все эти достижения стали возможны благодаря слаженной работе каждого участника системы ОМС.

От всей души поздравляю вас с Днем медицинского работника! Ваши профессиональные знания и опыт – важнейший вклад в развитие отечественного здравоохранения, в обеспечение доступности и высокого качества медицинской помощи для граждан нашей страны.

Пусть профессиональная деятельность приносит вам истинное удовлетворение и радость, мотивирует на новые свершения. Желаю крепкого здоровья, благополучия и новых успехов!

Илья Баланин,
председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования

ВСТРЕЧА МИХАИЛА МИШУСТИНА С ПРЕДСЕДАТЕЛЕМ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИЛЬЕЙ БАЛАНИНЫМ



Обсуждались итоги работы фонда за прошедший период, в том числе нововведения программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, модернизация первичного звена, а также вопросы оказания медпомощи ветеранам специальной военной операции и организация системы обязательного медицинского страхования в новых регионах.

Из стенограммы:

М. Мишустин: Добрый день, Илья Валерьевич!

Сегодня мы с Вами обсудим, как обстоят дела в системе обязательного медицинского страхования. Президент подчеркивал, что в социальной политике здравоохранение занимает особое место. Именно через ваш фонд обеспечивается оказание бесплатной помощи пациентам, в том числе через программу государственных гарантий. Ее выполнение должно способствовать сохранению и укреплению здоровья

наших граждан, которым предоставляется возможность своевременно обратиться к врачу, в том числе для раннего выявления заболеваний, для лечения, включая получение специализированной и высокотехнологичной помощи. Причем по всей стране, в каждом российском субъекте.

Илья Валерьевич, расскажите о работе фонда в целом и по итогам I квартала.

И. Баланин: Уважаемый Михаил Владимирович!

Одно из ключевых направлений Федерального фонда обязательного медицин-

ского страхования – это контроль за доступностью бесплатной медицинской помощи, оказываемой застрахованным гражданам в рамках программы государственных гарантий.

Итоги реализации программы государственных гарантий коррелируют с национальными проектами, в первую очередь с национальным проектом «Продолжительная и активная жизнь», в котором установлен приоритет профилактических мероприятий и сохранения здоровья граждан. Так, за 2025 год 102,6 миллиона человек прошли профилактические осмотры и диспансеризацию. В том числе 1,5 миллиона человек прошли диспансеризацию по месту работы – это в два раза выше показателя 2024 года, что говорит о росте доступности профилактических мероприятий непосредственно на рабочем месте.

Кроме традиционной диспансеризации есть возможность пройти репродуктивную диспансеризацию. Такой возможностью в прошлом году воспользовались практически 16 миллионов человек. Это больше в 2,3 раза уровня 2024 года. По итогам репродуктивной диспансеризации 1,5 миллиона человек были направлены на дополнительное лечение. Данные показатели говорят о востребованности профилактических мероприятий со стороны наших граждан.

Кроме того, более 12 миллионов человек прошли обучение в школах для больных с хроническими заболеваниями, что позволило застрахованным гражданам контролировать свою болезнь.

В рамках реализации федеральных проектов по модернизации первичного звена

идет активное оснащение медицинских организаций необходимым диагностическим оборудованием. И за прошлый год дорогостоящие диагностические исследования прошли в первичном звене более 54 миллионов граждан. Это на 26% больше, чем в 2024 году.

Отдельно хочу отметить активное использование искусственного интеллекта при проведении диагностических исследований. По прошлому году в каждом четвертом случае диагностики в качестве второго мнения использовалась данная технология. И это, конечно, повышает качество заключений. Уверен, что применение данной технологии будет активно развиваться и в текущем году.

По стационарной медицинской помощи также хочу отметить хорошую, положительную динамику по выполнению программы государственных гарантий. Плановые сердечно-сосудистые хирургические вмешательства в прошлом году прошли 413 тысяч человек, что на 14% больше, чем в 2024 году, и это позволило в будущем компенсировать сосудистые катастрофы у данных пациентов.

Активно развивается направление медицинской реабилитации. Увеличиваются объемы онкологической помощи, что ежегодно приводит к росту продолжительности жизни граждан с данной патологией.

И значительно были увеличены объемы высокотехнологичной медицинской помощи благодаря решению Правительства по включению дополнительно новых 45 методов в объемы оказания помощи. 1,245 миллиона человек за прошлый год за счет средств обязательного медицинского страхования получили данный вид помощи. Это на 180 тысяч больше, чем годом ранее.

Уважаемый Михаил Владимирович, когда Правительство принимало программу государственных гарантий на 2026 год, Вы поддержали многие новеллы, которые были включены в эту программу на 2026 год.

Неинвазивное перинатальное тестирование. Почти 2 тысячи будущих мам прошли данное тестирование на ранних стадиях с целью выявления риска генетических заболеваний.

С начала текущего года при проведении диспансеризации дополнительно включено и предусмотрено программой государственных гарантий новое исследование – оценка липидного профиля. 5,6 миллиона исследований уже проведено за I квартал, что дает возможность выявлять риски развития сердечно-сосудистых заболеваний на начальных стадиях.

Еще одна достаточно значимая новелла – это дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с сахарным диабетом и артериальной гипертензией. Время такого дистанционного наблюдения, утвержденное в соответствии с медицинскими стандартами Министерством здравоохранения, составляет от 3 до 12 месяцев. За I квартал уже 5,8 тысячи случаев проведения дистанционного мониторинга, а в целом по году – не менее 2 миллионов.

Новелла, по которой активно сейчас идет информационная кампания, – это возможности посещения центров здоровья и центров медицины здорового долголетия. К этой работе мы подключили страховые медицинские компании для информирования застрахованных граждан о возможности пройти дополнительное обследование здоровья, выявить риски преждевременного старения и определить свой биологический возраст. И по итогам I квартала в центрах

здоровья и медицины здорового долголетия – 709 тысяч случаев оказания помощи.

Значительный вклад в доступность медицинской помощи вносят федеральные медицинские организации и наши ведущие национальные медицинские исследовательские центры.

В текущем году федеральными медицинскими организациями в соответствии с объемами, утвержденными Правительством, будет оказано 2,7 миллиона медицинских услуг, что на 200 тысяч больше, чем в прошлом году.

Отдельно хочу отметить, что мы контролируем экстерриториальность и возможность оказания помощи, чтобы ее получал каждый застрахованный гражданин, в каком бы удаленном населенном пункте он ни жил. И уровень экстерриториальности в национальных медицинских центрах по итогу 2025 года составил 63,6% с ростом на 2%. Причем каждый год этот показатель действительно улучшается.

В соответствии с Вашим решением в начале апреля впервые включили три персонифицированных метода лечения онкологии в программу государственных гарантий текущего года. За апрель уже отработали с разработчиками данных методов возможные объемы оказания помощи в текущем году...

М. Мишустин: CAR-T?

И. Баланин: Да, CAR-T-терапия, мРНК-вакцинация. И зарезервировали в бюджете фонда необходимые средства.

М. Мишустин: Когда мы посещали центр Воробьева, гематологический центр, подробно об этом также говорили. Очень положительные отзывы от пациентов.

И. Баланин: Средства на реализацию данного направления помощи у нас зарезервированы.

М. Мишустин: Илья Валерьевич, прошу Вас очень внимательно следить за тем, как в регионах идет выполнение президентского указа о повышении зарплат медиков. Труд этот нелегкий, жизненно важный, востребованный. Все обязательства перед врачами, фельдшерами, медсестрами должны выполняться в полном объеме.

Теперь о том, что делается для ветеранов специальной военной операции. Многие бойцы проходили серьезное лечение. После демобилизации им требуется медицинская реабилитация. И далее нужна будет не только диспансеризация, но и дополнительные исследования.

Насколько отлажена система оказания помощи участникам СВО?

И. Баланин: Уважаемый Михаил Владимирович, контроль за приоритетностью, качеством и своевременностью оказания медицинской помощи демобилизованным участникам СВО, отдельным категориям ветеранов боевых действий, безусловно, является приоритетом в деятельности федерального фонда.

С прошлого года организована работа по обмену данными между федеральным фондом, территориальными фондами, фондом «Защитники Отечества», медицинскими организациями, Социальным фондом России и структурными подразделениями. Как только появляется информация о возвращении ветерана к себе домой в регион, в любую из данных организаций эта информация сразу передается для организации в установленные сроки медицинской помощи ему. В первую очередь проводится необходимая углубленная диспансеризация с привлечением узких специалистов, с посещением и консультацией психолога.

В случае невозможности прибыть в организацию первичного звена здравоохранения предоставляется возможность в стационарных условиях пройти диспансеризацию либо получить необходимую медицинскую помощь на дому.

Кроме того, Федеральный фонд проводит ежемесячный мониторинг объемов медицинской помощи за счет всех источников финансирования: и бюджетов регионов, и фонда «Защитники Отечества», и Социального фонда. Но хочу отметить, что более 90% объемов медицинской помощи предоставляется за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования.

Важно также, что по итогу оказания медицинской помощи и прохождения профилактических мероприятий в случае необходимости оперативно предоставляется возможность получить дополнительную помощь в стационарных условиях с максимально возможным комфортом.

Федеральный фонд совместно со страховыми компаниями проводит опросы вернувшихся ребят, насколько они удовлетворены качеством оказания медицинской помощи. По итогу I квартала уровень удовлетворенности медицинской помощью составил 83%.

В текущем году в соответствии с программой государственных гарантий осуществляется также индивидуальное сопровождение не только самого участника СВО, но и супруги.

М. Мишустин: Очень важно, чтобы здесь была обратная связь с самими пациентами, чтобы наши защитники знали, куда и как обращаться за поддержкой, за консультацией.

И еще один серьезный участок работы фонда – это организация системы обяза-

тельного медицинского страхования в новых регионах.

Как идет эта работа в новых субъектах Российской Федерации?

И. Баланин: Уважаемый Михаил Владимирович, с 1 января обеспечена интеграция воссоединенных субъектов в систему обязательного медицинского страхования.

Несколько основных показателей. В прошлом году мы полностью завершили медицинское страхование жителей данных субъектов. Всем были оформлены полисы обязательного медицинского страхования. 232 медицинские организации оказывают медицинскую помощь застрахованным гражданам за счет средств обязательного медицинского страхования.

В территориальных программах бесплатного оказания медицинской помощи в текущем году предусмотрено на 44% больше ее объемов. В воссоединенные субъекты будет направлено 69,6 миллиарда рублей на оплату оказанной медицинской помощи, что на 20% больше уровня прошлого года.

Для реализации положений федерального закона мы провели большие подготовительные мероприятия. Были утверждены объемы медицинской помощи и рассчитаны в разрезе каждой медицинской организации, исходя из прикрепленного населения и возможностей медицинской организации. Разработаны и приняты тарифные соглашения, сформирована система защиты прав граждан.

Хочу отметить, что территориальные фонды в воссоединенных субъектах продолжают осуществлять функции страховых медицинских организаций и в полном объеме организован контроль качества медицинской помощи.

Также совместно с медицинскими организациями сформированы списки граждан, которые в текущем году должны пройти диспансеризацию. За I квартал уже 244 тысячи человек на территории Донецкой и Луганской народных республик, Запорожской и Херсонской областей прошли профилактические мероприятия.

В случае невозможности оказания медицинской помощи обеспечивается маршрутизация и сопровождение пациентов или в медицинские организации других субъектов, или в федеральные медицинские организации. Так, за I квартал 4 737 человек, застрахованных в данных субъектах, получили помощь в федеральных медицинских организациях.

А объемы высокотехнологичной помощи в самих субъектах за I квартал увеличились на 10%.

Таким образом, полностью обеспечено устойчивое функционирование системы обязательного медицинского страхования в воссоединенных субъектах.

М. Мишустин: Просьба держать на личном контроле ситуацию. Очень важно обеспечить системный подход к здравоохранению, чтобы люди получали качественную помощь.

ИЛЬЯ БАЛАНИН ОБСУДИЛ С ДИРЕКТОРАМИ ТФОМС ЦИФРОВИЗАЦИЮ, ПРОФИЛАКТИКУ И ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) Илья Баланин провел в Москве расширенное совещание Совета директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

В совещании приняли участие руководители территориальных фондов обязательного медицинского страхования и представители страховых медицинских организаций. Участники подвели итоги работы за 2025 год и первый квартал 2026 года, а также определили приоритетные направления развития системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

«Система ОМС сегодня – это не только финансовый механизм, но и цифровая экосистема, ориентированная на пациента. Наша задача – обеспечить бесшовность процессов: от тарифного соглашения до реальной доступности и качества медицинской помощи. Внедрение ГИС ОМС и усиление профилактической составляющей – те векторы, которые мы будем развивать и дальше», – сказал председатель ФОМС Илья Баланин.

В рамках региональной сессии были рассмотрены ключевые вопросы правоприменения, результаты контрольных мероприятий ФОМС, итоги внедрения государственной информационной системы ОМС, с учетом регионального опыта, а также анализ заключений на территориальные программы ОМС и проверки тарифных соглашений на 2026 год.

В ходе страховой сессии особое внимание уделили организации взаимодействия территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций при информировании граждан и их информационном сопровождении во время прохождения профилактических мероприятий.

Мероприятие завершилось обсуждением актуальных вопросов решений, направленных на повышение эффективности системы ОМС.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФОМС ПОРУЧИЛ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМ ФОНДАМ ОМС И СТРАХОВЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ УСИЛИТЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ



Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) Илья Баланин на совещании с представителями Всероссийского союза страховщиков, руководителями страховых медицинских организаций (СМО) и территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС) поручил усилить взаимодействие между участниками системы – это необходимо для обеспечения качественного сопровождения и защиты интересов застрахованных граждан.

«Наша общая задача – обеспечить качественное сопровождение застрахованных граждан через грамотное взаимодействие территориальных фондов и страховых медицинских организаций. Для активного привлечения застрахованных и формирования у них мотивации к ведению здорового образа жизни, своевременному прохождению профилактических мероприятий необходимо внедрять новые каналы коммуникации, сегодняшних форматов явно недостаточно», – подчеркнул Илья Баланин.

Участники совещания обсудили вопросы взаимодействия, а также поделились опытом сопровождения застрахованных лиц как на территории страхования, так и за ее пределами.

«Приоритет компании «СОГАЗ-Мед» заключается в проактивном сопровождении застрахованных лиц, услуги по ОМС должны быть доступны. Применение современных технологий и онлайн-ресурсов позволяют нам быть всегда на связи с застрахованными, обеспечивая надежную защиту их прав в системе ОМС», – отметил генеральный директор «СОГАЗ-Мед» Дмитрий Толстов.

Подводя итоги встречи, председатель ФОМС отметил важность объединения усилий ТФОМС и СМО для решения задач, направленных на обеспечение застрахованных качественной и доступной медицинской помощью и сопровождением со стороны представителей СМО.

ПАМЯТЬ В СЕРДЦЕ, ПОМОЩЬ – ДЕЛОМ: СОТРУДНИКИ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОМС ВСТРЕТИЛИ ДЕНЬ ПОБЕДЫ

К 81-й годовщине Победы в Великой Отечественной войне коллективы территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС) из разных регионов России объединили усилия в сохранении исторической памяти и поддержке тех, кто сегодня защищает Родину. Мероприятия, приуроченные к празднику, прошли по всей стране – от гуманитарных акций до «Бессмертного автополка». Патриотическая работа давно стала неотъемлемой частью жизни сотрудников системы ОМС.

Гуманитарная миссия: помощь фронту и мирным жителям

Поддержка военнослужащих в зоне специальной военной операции давно переросла в регулярную и осознанную необходимость. Сотрудники ТФОМС Республики Башкортостан отправили очередную партию помощи, в которую вошли медикаменты и технические средства для оснащения нового медицинского пункта.



ТФОМС Московской области на собранные личные средства закупили и передали жителям Брянска, пострадавшим от обстрелов, предметы первой необходимости: подушки, одеяла, полотенца, средства гигиены и электрочайники. «Наш коллектив – это люди с открытым сердцем», – отметила



председатель первичной профсоюзной организации Кристина Пилипенко.

ТФОМС Воронежской области направил лекарственную поддержку в 381-й казачий арtdивизион: антибиотики, обезболивающие, растворы для инъекций, перевязочные материалы и гемостатические губки.

«Ребятам на линии фронта очень важна наша поддержка. Это наш небольшой вклад в общее дело», – подчеркнул директор фонда Александр Данилов.



Герои рядом: встреча с ветераном СВО



В Самарском ТФОМС прошла встреча с ветераном СВО, кавалером ордена Мужества Андреем Растегаевым. Он поделился воспоминаниями о боевых буднях, провел параллели между Великой Отечественной войной и современной спецоперацией, а также отметил сакральное значение георгиевской ленточки. «Без крепкого тыла нет победы. Спасибо вам за ваш труд и неравнодушие!» – обратился ветеран к сотрудникам фонда.

Акции памяти: от «Окон Победы» до «Звезды Памяти»



Сотрудники ТФОМС Волгоградской области регулярно возлагают цветы к мемориалам, участвуют в акции «Бессмертный автополк», а Молодежный совет фонда шефствует над памятником 33 летчикам, погибшим в концлагере Дахау. В этом году

фондом была издана книга памяти с воспоминаниями сотрудников о родственниках – участниках войны. Трое коллег защищают Родину в зоне СВО, а сотрудники Заволжского филиала плетут маскировочные сети в волонтерских движениях «Народная сеть» и «Волжский ZOV». Кроме того, фонд перечислил средства на строительство мемориала участникам СВО у подножия Мамаева кургана.

Коллективы фондов по всей стране участвуют во всероссийских патриотических акциях.

- **«Окна Победы».** К акции, зародившейся в годы пандемии, присоединился ТФОМС Республики Мордовия. Сотрудники украсили окна портретами родственников-фронтовиков и государственной символикой.



- **«Стена памяти».** В ТФОМС Тюменской области организовали стену с портрета-



ми героев своих семей – тех, кто сражался на фронте и трудился в тылу. «Каждая фотография – это живая история», – говорят организаторы.

- **«Цветок Победы».** Сотрудники ТФОМС Республики Бурятия проехали на велосипедах к Мемориалу Победы, где состоялись митинг и возложение цветов к Вечному огню.



- **«Звезда Памяти».** Во Владимирской области сотрудники выстроились в фигуру красной пятиконечной звезды и с воздушными шарами в руках скандировали «Ура!» в рамках флешмоба «Наследники Победы».



- **«Бессмертный автополк».** В Мордовии и Ивановской области фотографии ветеранов разместили на автомобилях, чтобы «легендарные деды» бок о бок с сотрудниками решали повседневные задачи.

*«Мы не вправе предать, забыть,
принизить жертвенный подвиг,
совершенный во имя будущего.*

Мы помним! Мы гордимся!»

ТФОМС Республики Мордовия

«Красная гвоздика»



В Липецкой области сотрудники фонда поддержали акцию «Красная гвоздика», которая в 2026 году проходит уже в 11-й раз. Приобретая значки, жители страны направляют средства на медицинскую помощь ветеранам: слуховые аппараты, протезы, курсы реабилитации. В прошлом году сбор превысил 115 млн рублей.

Диктант Победы и семейные ценности



Сотрудники ТФОМС Ивановской области активно участвовали в «Диктанте Победы» и международной онлайн-игре «Наша Победа». В Херсонской области к подготовке праздника подключились дети сотрудников. Ребята рисовали плакаты и листовки, украшая стены фонда. «Патриотическое

воспитание – это не громкие слова. Это тихие семейные вечера за созданием плаката и пример родителей», – отмечают в фонде.



Сотрудники территориальных фондов по всей России желают ветеранам войны крепкого здоровья и долгих лет жизни. А всем нам – мирного неба над головой и процветания нашей великой державы. Вечная слава героям! С Днем Победы!

УДК 614.2

О ПРАКТИКЕ СОПРОВОЖДЕНИЯ ВЕТЕРАНОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ В ПОЛУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ

М.А. Зайцева, Т.В. Пашечко, А.И. Лукашенко



Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования
Брянской области

Реферат

Статья посвящена анализу практики Территориального фонда обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций Брянской области по мониторингу индивидуального информационного сопровождения и обеспечения содействия ветеранам специальной военной операции и членам их семей в получении медицинской помощи в первоочередном порядке. Рассмотрены ключевые вопросы по организации проведения диспансеризации и получения медицинской реабилитации ветеранами специальной военной операции, а также информационное сопровождение данной категории граждан на всех этапах оказания медицинской помощи. Проведен анализ работы с обращениями ветеранов специальной военной операции и членов их семей в рамках полномочий по защите прав застрахованных лиц, а также выявлены основные показатели удовлетворенности данной категории граждан в получении медицинской помощи и реабилитации, результаты которого служат основой для повышения доступности и качества услуг.

Ключевые слова:

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Брянской области, Государственный фонд поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества», страховые медицинские организации, информирование ветеранов СВО, информационное сопровождение, индивидуальное и публичное информирование, оценка качества оказываемых медицинских услуг, удовлетворенность медицинской помощью.

В систему обязательного медицинского страхования (ОМС) входит обеспечение соблюдения конституционных прав ветеранов боевых действий, принимавших участие в специальной военной операции (СВО), и членов их семей на получение бесплатной внеочередной медицинской помощи. Одной из важнейших задач Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Брянской области и страховых медицинских организаций (СМО) региона является информирование данной категории граждан о правах на получение бесплатной медицинской помощи в рамках программ ОМС.

Понимая всю значимость данного направления работы, начиная с 2024 года, на территории Брянской области осуществляется взаимодействие участников ОМС – ТФОМС Брянской области, СМО, медицинских организаций, Департамента здравоохранения Брянской области с Государственным фондом поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» (Фонд «Защитники Отечества») по вопросам содействия в организации оказания бесплатной медицинской помощи по ОМС участникам СВО и членам их семей.

В рамках информационного сопровождения участников СВО сотрудники ТФОМС Брянской области и страховые представители СМО на постоянной основе взаимодействуют с социальными координаторами Фонда «Защитники Отечества», принимая участие в общественных мероприятиях.

Основные направления по оказанию медицинской помощи ветеранам СВО:

- лечение предоставляется вне очереди;
- диспансеризация с дополнительными консультациями врачей-специалистов;

- медицинская реабилитация продолжительностью 30 суток и более;
- для тех, кто не может самостоятельно приехать, предусмотрен выезд медицинской бригады на дом;
- при необходимости организуется доставка ветерана СВО в медучреждение силами Фонда «Защитники Отечества»;
- консультации медицинского психолога;
- для жителей отдаленных регионов доступно наблюдение с использованием телемедицинских консультаций;
- зубное протезирование и льготное получение лекарств вне очереди за счет региональных бюджетов;
- приоритетное право на санаторно-курортное лечение.

Принимая во внимание основные направления оказания медицинской помощи ветеранам СВО, в 2024 году на заседании Координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере ОМС в Брянской области (Координационный совет) был рассмотрен вопрос об информационной поддержке ветеранов СВО и членов их семей при оказании медицинской помощи в рамках программы ОМС. В ходе встречи определено «якорное» медицинское учреждение, которым стал ГАУЗ «Брянский клинико-диагностический центр» с проведением комплексного медицинского обследования и дополнительным перечнем консультаций врачей-специалистов: врача-офтальмолога, врача-отоларинголога, врача-невролога, врача-уролога, врача-хирурга, медицинского психолога. Важным моментом в прохождении диспансеризации ветеранов СВО является взаимодей-



Заседание Координационного совета по защите прав застрахованных лиц

ствие медицинских работников ГАУЗ «Брянский клиничко-диагностический центр» с координаторами Фонда «Защитники Отечества», которые определяют даты, время, маршрутизацию прохождения диспансеризации в течение одного дня.

Совместным приказом Департамента здравоохранения Брянской области и ТФОМС Брянской области от 15.01.2026 № 34/271/1 «О проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, а также диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, ветеранов боевых действий (демобилизованным участникам СВО) на территории Брянской области в 2025 году» утвержден перечень медицинских организаций, участвующих в проведении профилактического осмотра и диспансеризации данной категории лиц, определены схема маршрутизации ветеранов СВО при проведении профилактических мероприятий и дополнительный перечень консультаций врачей-специалистов, а также транспортное обеспечение доставки ветеранов СВО из удаленных населенных пунктов в медицинские организации.



Благодаря отработанной маршрутизации прохождение профилактических мероприятий ветеранами СВО осуществляется в течение одного рабочего дня с привлечением врачей-специалистов и дополнительными методами обследования с учетом полученных травм и повреждений в медицинских организациях по месту жительства. Помимо этого, в каждой медицинской организации определено ответственное лицо из числа заместителей руководителей или заведующих отделениями за получение внеочередной медицинской помощи ветеранам СВО и членам их семей.

Содействие в прохождении профилактических мероприятий ветеранов СВО во внеочередном порядке является одним из значимых направлений работы СМО на территории Брянской области. Страховые представители сопровождают ветеранов СВО на всех этапах получения медицинской помощи, выступая связующим звеном между ветераном СВО и системой здравоохранения, обеспечивая ему своевременное оказание медпомощи в рамках Программы госгарантий.

В 2025 году СМО пригласили 879 ветеранов СВО для прохождения профилактических мероприятий и напомнили о необходимости вовремя проходить профилактические осмотры и диспансеризацию. Благодаря их активной работе 89% откликнулось на приглашение и прошли диспансеризацию.



Прохождение диспансеризации ветеранов СВО в ГАУЗ «Брянский клиничко-диагностический центр»

В первом квартале текущего года проинформировано 855 ветеранов СВО, 35% уже откликнулись на приглашение и обратились в медицинские организации для прохождения профилактических мероприятий.

По итогам 2025 года 816 ветеранов СВО прошли профилактические мероприятия, из них диспансеризацию 468 человек, диспансеризацию по оценке репродуктивного здоровья – 350, профилактический медицинский осмотр – 311, углубленную диспансеризацию – 5 человек, диспансерное наблюдение – 209 человек. Финансирование из средств ТФОМС Брянской области составило 1 635,5 млн рублей.

За 3 месяца текущего года уже 316 ветеранов СВО обратились в медицинские организации с целью прохождения профилактических мероприятий, из них 98 направлены на углубленное дообследование с проведением II этапа диспансеризации. Финансирование составило 815 тыс. рублей.

Специалисты ТФОМС совместно со страховыми представителями ежедневно осуществляют информационное сопровождение ветеранов СВО и членов их семей, защищая их права на получение бесплатной медицинской помощи. На «горячую линию» ТФОМС в 2025 году поступило 106 обращений от ветеранов СВО и членов их семей, в первом квартале этого года – 28 обращений. Каждое обращение отрабатывается во внеочередном порядке и держится на контроле сотрудниками ТФОМС и СМО.

Основными вопросами ветеранов СВО и членов их семей, обратившихся в Контакт-центр ТФОМС Брянской области, стали:

- уточнение актуальности данных полиса ОМС после прекращения военной службы – 39%;

- о порядке получения полиса ОМС – 18%;
- о местах нахождения и графике работы пунктов выдачи полисов ОМС страховых компаний (сотрудники СМО используют практику оформления полисов на дому без посещения офиса) – 16%;
- о возможности прохождения профилактических мероприятий – 8%;
- о порядке и условиях предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программы ОМС – 7%;
- о внеочередном порядке оказания медицинской помощи ветеранам СВО и членам их семей – 6%;

- о прохождении медицинской реабилитации, в том числе за территорией страхования – 4%;
- о получении направления в федеральный медицинский центр – 2%.

На основании вопросов, поступающих на «горячую линию» ТФОМС Брянской области от ветеранов СВО и членов их семей, принято решение о создании памятки «Медицинская помощь ветеранам СВО в системе ОМС».

Памятка распространяется среди ветеранов СВО социальными координаторами Фонда «Защитники Отечества» во всех муниципальных районах региона и в ходе



МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВЕТЕРАНАМ СВО В СИСТЕМЕ ОМС

Все виды медицинской помощи ветеранам СВО по полису ОМС осуществляются **во внеочередном порядке**, согласно программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

С ЧЕГО НАЧАТЬ?

- Возобновить или получить полис ОМС (в статусе военнослужащего, действие полиса приостанавливается: во время службы медицинская помощь оказывается в медицинских организациях, подведомственных Министерству Обороны РФ).
- Для этого необходимо обратиться в любую **страховую медицинскую организацию**, осуществляющую деятельность на территории Брянской области:

- ООО «АльфаСтрахование-ОМС»
☎ 8-800-555-10-01
- АО СП ООО «СК «Ингострах-М»
☎ 8-800-600-24-27
- АО «Страховая компания «Соглас-Мед»
☎ 8-800-100-07-02

- Выбрать **медицинскую организацию** для получения медицинской помощи.
- Ветеран СВО имеет право на консультирование медицинским психологом.

В каждой медицинской организации выделен медицинский работник, координирующий предоставление ветерану СВО медицинской помощи во внеочередном порядке.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

- В течение 1 месяца после получения информации о прибытии ветерана СВО ему организуется проведение диспансеризации в поликлинике.
- Проведение дополнительных обследований и консультаций врачей-специалистов, назначенных по результатам диспансеризации осуществляется в течение **3 рабочих дней** в случае проживания ветерана СВО в городском населенном пункте и в течение **10 рабочих дней** - в сельской местности или в отдаленном населенном пункте.
- В случае невозможности прибытия участника СВО в медицинскую организацию ему организуется выезд медицинской бригады для проведения необходимых обследований.
- Если участник СВО нуждается в постоянном динамическом наблюдении и проживает в отдаленном населенном пункте, наблюдение может быть организовано с использованием телемедицинских технологий.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Это комплекс мероприятий, которые помогают полностью или частично восстановить нарушенные функции организма после заболеваний или травм.

- Ветераны СВО могут проходить медицинскую реабилитацию, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.
- При наличии показаний ветераны СВО могут проходить длительную медицинскую реабилитацию (30 суток и более).




Между ТФОМС Брянской области и Фондом «Защитники Отечества» заключено соглашение по вопросам содействия в организации оказания бесплатной медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в том числе медицинской реабилитации ветеранам СВО.

КОНТАКТ-ЦЕНТР ТФОМС БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ:
8-800-222-11-77

ФИЛИАЛ ФОНДА «ЗАЩИТНИКИ ОТЕЧЕСТВА» В БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ:
8 (4832) 77-28-38

Памятка для застрахованных граждан «Медицинская помощь ветеранам СВО в системе ОМС»



Распространение памяток



проведения информационно-профилактических акций специалистами ТФОМС Брянской области и СМО.

Помимо этого, специалистами ТФОМС Брянской области разработан информационный видеоролик для ветеранов СВО и членов их семей о возможности прохождения медицинской реабилитации, который постоянно транслируется в залах ожидания медицинских организаций региона, а также в телевизионном эфире на телеканале «Брянская Губерния». На «Дорожном радио» вышли аудиоматериалы «О сопровождении ветеранов СВО», «О получении медицинской реабилитации ветеранам СВО». В печатных СМИ опубликована статья «Оказание медицинской помощи ветеранам СВО» в газете «Брянские факты» от 4 декабря 2025 года.

Реализация мероприятий по повышению информированности данной категории граждан продолжается, включая участие координаторов Фонда «Защитники Отечества».

Медицинская реабилитация – один из ключевых этапов возвращения к нормальной жизни после получения травмы. Основой медицинской реабилитации является комплекс мероприятий, направлен-

ных на полное восстановление нарушенных функций организма либо на снижение риска возможной инвалидности, на улучшение качества жизни, сохранение работоспособности и создание условий для социальной интеграции в общество. Главная задача участников системы ОМС заключается в том, чтобы ветераны СВО получили качественную, комплексную медицинскую помощь, в том числе медицинскую реабилитацию, и имели возможность быстро вернуться к привычной и активной жизни.

Прохождение медицинской реабилитации возможно как в амбулаторных, так и стационарных условиях на базе следующих медицинских организаций: ГАУЗ «Брянская городская поликлиника № 1», ГАУЗ «Брянская городская больница № 1», ГБУЗ «Выгоничская центральная районная больница», ГБУЗ «Брянская городская больница № 8», ГАУ «Медицинский центр г. Жуковки», ГБУЗ «Юдиновский реабилитационный центр», Брянский филиал ФГУП «Московское протезно-ортопедическое предприятие», а также на базе санаториев: ГАУЗ «Санаторий «Домашово» для детей с родителями» и АНО «Реабилитационный центр – санаторий «Дугино» Смоленской области.



Ветераны СВО проходят реабилитацию в ГАУ «Медицинский центр г. Жуковки»



Отделения медицинской реабилитации оснащены медицинским оборудованием для физиотерапии и механотерапии, реабилитационными системами, кабинетами для проведения лечебной физкультуры и массажа. Медицинскими организациями в рамках реабилитационных мероприятий предоставляется помощь медицинских психологов, которая включена в программу ОМС и набирает популярность среди ветеранов СВО, нуждающихся в реабилитации. Психологическая помощь оказывается индивидуально и на групповых занятиях, помимо этого, проводятся семейные психологические тренинги, нацеленные на улучшение внутрисемейных отношений, восстановление взаимопонимания, снижение напряженности между ветеранами и членами их семей. С целью снижения психоэмоциональной напряженности, предотвращения конфликтов и кризисных ситуаций проводится целый ряд процедур: антистрессовые массажи, телесно-ориентированная терапия, иппотерапия, расслабляющие водные процедуры, умеренные физические и тепловые нагрузки.

По состоянию на 1 апреля 2026 года медицинскую психологическую помощь получили 38 участников СВО, а также 24 члена их семей.

Например, на базе отделения реабилитации ГАУЗ «Брянская городская больница № 1» реабилитация проводится для пациентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата при повреждениях ЦНС и периферической нервной системы, нуждающихся в реабилитационных мероприятиях логопеда и психолога. Брянский филиал ФГУП «Московское протезно-ортопедическое предприятие» Минтруда России проводит реабилитацию для пациентов с выраженными нарушениями опорно-двигательного аппарата, ГБУЗ «Брянская городская больница № 8» – для пациентов неврологического профиля, ГАУ «Медицинский центр г. Жуковки» – для пациентов неврологического и травматологического профиля.

За 2025 год программу медицинской реабилитации прошли 32 ветерана СВО, из них 7 человек в амбулаторных условиях, 21 – в стационарных условиях, 4 – в дневном стационаре. Финансирование составило 2 851,9 млн рублей.

По итогам первого квартала 2026 года уже 15 ветеранов СВО получили медицинскую реабилитацию в рамках системы ОМС, из которых 3 человека в амбулаторных условиях, 9 – в стационарных условиях, 3 – в дневном стационаре на общую сумму 767,4 тыс. рублей.

Оценка качества оказываемых медицинских услуг – это многомерный процесс, одним из следствий которого является удовлетворенность пациентов. Социологические опросы ветеранов СВО являются важнейшим элементом получения обратной связи, которая служит основой для принятия совместных решений с медицинскими организациями, направленных на повышение доступности и качества оказания медицинской помощи.

В 2025 году удалось провести опрос среди 434 ветеранов СВО, а в первом квартале 2026 года – среди 157 ветеранов СВО. Страховые представители, проводя опросы среди данной категории граждан, уточняют своевременность и качество оказания помощи в медицинских организациях региона. Отдельное внимание уделяется контролю за прохождением диспансеризации и медицинской реабилитации. Анализ опроса показал, что процент удовлетво-

ренности медицинской помощью в целом за 2025 год составил 68,6%, а в первом квартале этого года – 76,7%, что на 8,1% выше.

Основные показатели удовлетворенности в амбулаторных условиях приведены в диаграмме ниже (рис. 1).

По результатам опроса ветераны СВО достаточно высоко оценили предоставление медицинской помощи в амбулаторных условиях. Прохождение диспансеризации нашло отражение в опросе за 2025 год: 12,6% респондентов ответили, что прошли диспансеризацию в течение месяца после прибытия, а 68,6% прошли диспансеризацию, но позже. Однако за первый квартал этого года ситуация поменялась, и 48,1% ветеранов СВО ответили, что прошли диспансеризацию в течение месяца после прибытия, и только 40,6% ответили, что прошли диспансеризацию после приглашения от страхового представителя.

Удовлетворенность при организации реабилитации в амбулаторных условиях за 2025 год составила 90%, в условиях круглосуточного стационара – 84%. В первом



Рис. 1. Основные показатели удовлетворенности ветеранов СВО медицинской помощью в амбулаторных условиях

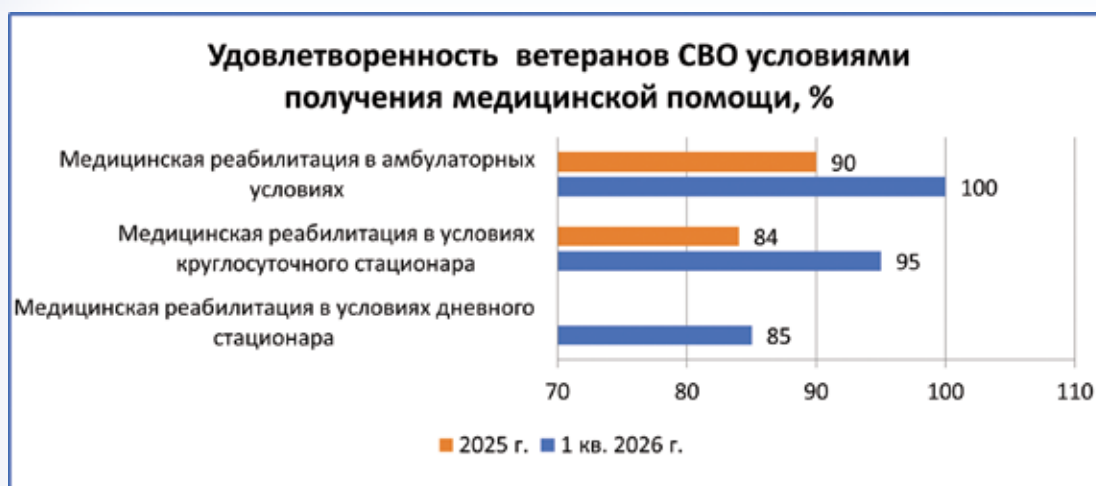


Рис. 2. Доля удовлетворенности ветеранов СВО условиями получения медицинской реабилитации

квартале 2026 года в амбулаторных условиях – 100%, в условиях круглосуточного стационара – 95%. Помимо этого, опрос проведен в условиях дневного стационара, оценка составила 85%. Анализ удовлетворенности предоставления реабилитационных мероприятий высоко оценен ветеранами СВО.

Результаты удовлетворенности медицинской реабилитацией в стационарных

и амбулаторных условиях представлены в диаграмме (рис. 2).

В рамках мониторинга показателей анкетирования удалось выявить удовлетворенность ветеранов СВО, получивших медицинскую реабилитацию в амбулаторных и в стационарных условиях в 2025 году (рис. 3) и в первом квартале 2026 года (рис. 4.)

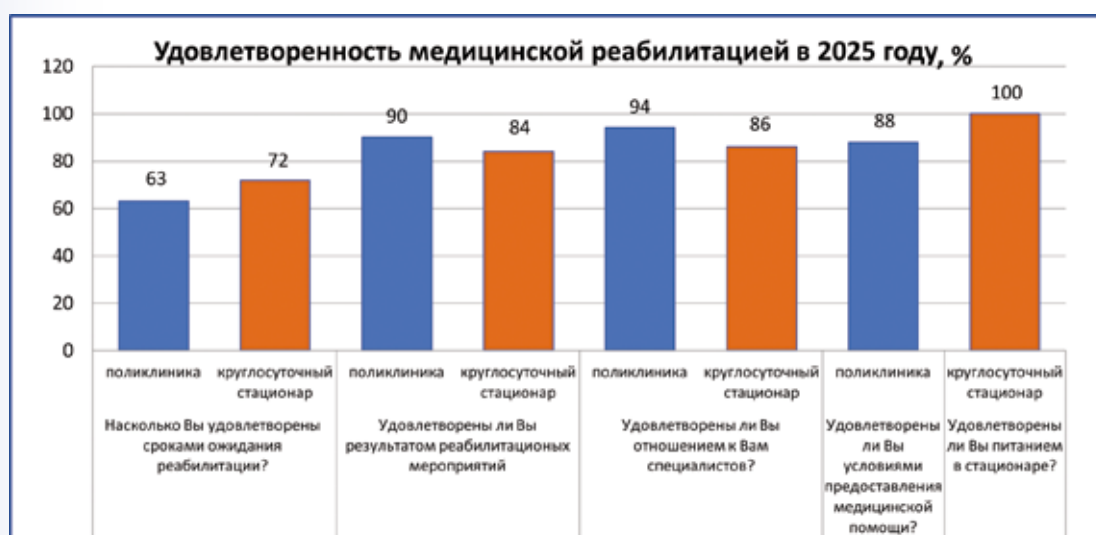


Рис. 3. Распределение ответов по удовлетворенности ветеранов СВО медицинской реабилитацией в 2025 году



Рис. 4. Распределение ответов по удовлетворенности ветеранов СВО медицинской реабилитацией в первом квартале 2026 года

Проведенный анализ результатов опроса показал, что показатели эффективности работы и отношение медицинского персонала к ветеранам СВО высокие как в стационарных условиях, так и в амбулаторных. Практика проведения анкетирования будет продолжена.

Все участники взаимодействия на территории Брянской области продолжают уделять большое внимание вопросам по оказанию содействия ветеранам СВО и членам их семей для получения доступной и качественной медицинской помощи в рамках системы ОМС.

Для корреспонденции

Зайцева Маргарита Анатольевна

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области

Тел.: +7 (4832) 30-45-45
E-mail: tfomsbrk@yandex.ru

Пашечко Татьяна Васильевна

Начальник отдела защиты прав застрахованных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области

Тел.: +7 (4832) 30-41-34
E-mail: tfomsbrk@yandex.ru

Лукашенко Александра Ивановна

Ведущий консультант отдела защиты прав застрахованных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области
Адрес: 241050, Брянск, ул. Софьи Перовской, д. 83

Тел.: +7 (4832) 30-41-37
E-mail: lai@tfomsbrk.ru

ДИРЕКТОР ТФОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССА ИГОРЬ ПАЧГИН: ЦИФРОВИЗАЦИЯ ОМС – ОТ АМБИЦИОЗНЫХ ПЛАНОВ К ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ



Процесс масштабной цифровой трансформации системы обязательного медицинского страхования, запущенный Постановлением Правительства РФ № 901, вступает в решающую фазу. 2025 год стал поворотным для системы ОМС Кузбасса, так как регион вошел в число пилотов по внедрению Федеральной подсистемы персонифицированного учета медицинской помощи (ФПУМП).

О том, как Кемеровская область справляется с вызовами цифровизации, с какими трудностями сталкиваются участники процесса и что изменится для врачей и пациентов в ближайшем будущем, рассказывает директор ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса Игорь Пачгин.

– Игорь Вадимович, в 2025 году Кузбасс наряду с Республикой Марий Эл стал пилотной площадкой для внедрения подсистем ГИС ОМС, и в частности, Федеральной подсистемы персонифицированного учета медицинской помощи (ФПУМП). Скажите, что из запланированного удалось реализовать в первую очередь?

– Да, 2025 год стал для нас годом масштабных преобразований (и испытаний). Статус пилотного региона обязывал ТФОМС не просто наблюдать за развитием событий, а стать непосредственным участником поэтапного формирования будущего облика подсистемы ФПУМП. Мы получили уникальную возможность первыми протестировать методологические и технологи-

ческие подходы к унификации процессов контроля достоверности, полноты и актуальности сведений при организации персонафицированного учета и формировании счетов на оплату оказанной медицинской помощи.

Основой для нашей работы стало Соглашение об организации информационного взаимодействия, заключенное 8 сентября 2025 года между Федеральным фондом ОМС и Правительством Кузбасса. Это соглашение запустило сложный механизм интеграции. В первую очередь мы сфокусировались на организационных вопросах. Приказом Минздрава Кузбасса от 09.09.2025 № 1390 была создана межведомственная рабочая группа, куда вошли представители регионального минздрава, территориального фонда ОМС, Кузбасского областного медицинского информационно-аналитического центра им. Р.М. Зельковича, страховых медицинских организаций и медицинских организаций. Это позволило нам оперативно выработать единую стратегию по реализации пилотного проекта.

Ключевым документом, который определил наши конкретные шаги, стала «дорожная карта», подписанная 6 октября 2025 года. В ней были обозначены основные мероприятия по внедрению ФПУМП, которые в настоящее время уже выполнены. Так, мы в кратчайшие сроки обеспечили подачу заявок на выдачу учетных сведений для доступа к тестовой (ПД15) и промышленной (ПД20) площадкам ФПУМП, настроили сетевую связанность с промышленной площадкой подсистемы, загрузили регионозависимые справочники и плановые показатели деятельности медицинских организаций. Параллельно шло развертывание сервисов Федерального единого регистра застрахо-

ванных лиц (ФЕРЗЛ) и ФПУМП непосредственно в медицинских организациях. Нам приходилось контролировать процесс передачи структурированных электронных финансовых документов (СЭФД) через региональные медицинские информационные системы (МИС) и через графический интерфейс.

Оглядываясь назад, могу сказать, что это был чрезвычайно интенсивный период работы, который потребовал от нас максимальной мобилизации усилий и умения находить нестандартные решения.

Технология пилота: первые шаги и «ручной режим»

– Все ли медицинские организации региона были готовы к такой масштабной трансформации?

– Сейчас уже можно констатировать: с 2026 года в пилотном проекте участвуют все 115 медицинских организаций, реализующих территориальную программу ОМС (ТПОМС) в Кузбассе. Это очень разнородный перечень медорганизаций: 5 организаций федерального подчинения, 61 частная и 49 государственных медицинских организаций. Мы видели, что уровень технической и кадровой готовности у всех разный, поэтому внедрение шло поэтапно.

На первом этапе Федеральный фонд ОМС предоставил всем пользователям техническую возможность направлять сведения для персонафицированного учета медицинской помощи в ФПУМП через личный кабинет медицинской организации. Но здесь мы столкнулись с первой и, наверное, типичной для любого начинания проблемой: при направлении заявок на предоставление доступа для каждого пользователя, кото-

рый будет работать в подсистеме ГИС ОМС, многие медорганизации предоставляли несоответствующие адреса электронной почты. Требования системы заключались в использовании только корпоративной, персонифицированной электронной почты в доменной зоне .ru, исключая такие общедоступные сервисы, как, например, @yandex.ru, @mail.ru или @gmail.com. Этого вполне можно было бы избежать при более внимательном изучении Методических рекомендаций ФОМС.

Поэтому для успешного начала работы в ФПУМП мы настоятельно рекомендуем всем участникам процесса внимательно ознакомиться с Методическими рекомендациями по внедрению подсистемы ГИС ОМС¹ на сайте Федерального фонда ОМС в разделе: «Документы»/«Информационное взаимодействие в сфере ОМС»/«Пилотирование ПУМП». Это, без преувеличения, основа основ.

– Переход на новые рельсы всегда сопряжен с изменением привычных технических процедур. Расскажите, как выстроено взаимодействие медицинских организаций с платформой «ГосТех»? Какие требования предъявляются к документам и цифровым подписям?

– Очень важный вопрос, потому что именно на стыке информационных систем чаще всего возникают технические сложности. ГИС ОМС развернута на единой цифровой платформе Российской Федерации «ГосТех». Чтобы медицинская организация или стра-

ховая компания могли с ней взаимодействовать, региону необходимо обеспечить сетевую связанность своей МИС, информационных систем страховых медицинских организаций с этой платформой.

Для каждой организации на имя ответственного лица выдается учетная запись для передачи данных – ПТУЗ (программно-технический узел защиты). При этом действует жесткий принцип: «одна организация – один ПТУЗ». Это позволяет четко идентифицировать источник данных и обеспечить безопасность каналов связи.

Вопрос информационной безопасности и юридической значимости – один из краеугольных. Поэтому при формировании и обмене документами в информационной системе используются только усиленные электронные подписи – либо квалифицированные, либо неквалифицированные, но сертификат ключа проверки которых создан и используется в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем. Это гарантирует, что документ, поданный на оплату, имеет юридическую силу, и мы всегда точно знаем, кто именно его сформировал и завизировал.

Что касается самих документов, то здесь мы тоже перешли на четкие стандарты. В ФПУМП медицинские организации работают с тремя видами СЭФД, которые охватывают все основные виды помощи:

- АМБ – для амбулаторно-поликлинической помощи (его основа – это хорошо известный медикам талон амбулаторного пациента ТАП025/у);
- СТС – для стационарной помощи (на базе формы Ф066/у);
- СМП – для скорой медицинской помощи (форма Ф110/у).

¹ Технологическая инструкция подключения пользователей размещена в подсистеме «Документы ОМС» (ДОМС) по адресу: <https://gisoms.ffoms.gov.ru>.



Рисунок. Схема взаимодействия подсистем ГИС ОМС

Унификация этих форм позволяет системе «понимать» содержание документа, автоматически проверять его и рассчитывать стоимость без участия человека. Это и есть та самая прозрачность, к которой мы стремимся.

– Игорь Вадимович, Вы упомянули о разной степени готовности медицинских организаций к внедрению ФПУМП. Этот фактор как-то повлиял на выбор способов передачи данных?

– Безусловно, повлиял. Государственные медицинские организации, обладая более развитыми медицинскими информационными системами, получили возможность передавать СЭФД путем прямой интеграции с ГИС ОМС. Это более быстрый и автоматизированный путь.

Однако особенность нашего опыта заключается в том, что частные и федеральные медицинские организации, а это 57% медицинских организаций региона, на начальном этапе были подключены к ФПУМП через графический интерфейс личного кабинета. По сути, это был ручной ввод информации по каждому случаю оказания

помощи. И именно этот ручной режим стал для нас своеобразной лакмусовой бумажкой: он позволил детально, на уровне каждой строчки, разобрать причины ошибок формирования СЭФД и расчета стоимости оказанной медицинской помощи. Мы увидели «узкие места», которые при полностью автоматизированном информационном обмене могли остаться незамеченными, продолжали бы накапливаться и в будущем создали бы серьезные проблемы.

От корректных справочников к достоверной оплате

– Расскажите более детально о причинах возникновения ошибок. Насколько критичным оказалось качество загруженной справочной информации для корректной работы ФПУМП?

– Это, пожалуй, ключевой вывод первого этапа. ФПУМП – это система, требующая абсолютной чистоты и актуальности данных во всех смежных подсистемах – не только ГИС ОМС (рисунок), но и ЕГИСЗ, а также в региональных справочниках ФПУМП.

Стоимость медицинской помощи в ФПУМП рассчитывается не абстрактно, а с привязкой к конкретному дню, конкретному медицинскому работнику и подразделению медицинской организации. В момент формирования счета система проверяет подлинность информации о медработнике в Федеральном реестре медицинских работников (ФРМР), наличие данной штатной единицы в структурном подразделении медицинской организации на дату оказания помощи, соответствие лицензии и профиля медицинской помощи, клинико-статистические группы (КСГ) – уровню медицинской организации.

Поэтому достоверное формирование стоимости СЭФД и финансирование оказанной медицинской помощи в полном объеме возможны только при своевременном и корректном обновлении данных в подсистемах ЕГИСЗ – Федеральном реестре медицинских организаций (ФРМО) и ФРМР. Прежде всего, это касается изменений в штатном расписании, движений медицинских работников по отделениям/кабинетам, сведений об организационно-штатной структуре и о структурных подразделениях медицинской организации. На первоначальном этапе объем ошибок, связанных с неактуальными сведениями в ФРМО и ФРМР, составлял более 40%. Это стало для нас серьезным сигналом о необходимости усиления работы в этом направлении в медицинских организациях.

Не менее важна и работа самого территориального фонда ОМС. Для единообразия ввода в подсистему необходимой справочной информации Федеральным фондом ОМС были предоставлены специальные шаблоны для заполнения. В эти таблицы вручную вносятся сведения о структурных подразделениях медицинской организации,

о плановых объемных и финансовых показателях медицинских организаций, которые утверждены решениями комиссии по разработке ТПОМС. Своевременно обновляются справочники тарифов независимого каталога медицинских услуг (ТНКТУ) в соответствии с тарифами, утвержденными Тарифным соглашением в системе ОМС. Данные федерального группировщика КСГ также переносятся в указанные шаблоны, включая сведения о коэффициентах оплаты по КСГ, алгоритме оплаты прерванных случаев, вариантах применения коэффициентов сложности лечения пациентов. Отдельно формируются шаблоны с данными о подушевых нормативах амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи, утвержденных к ним коэффициентах, коэффициентах специфики к объему финансирования каждого фельдшерского пункта. Это огромный объем работы, от качества выполнения которой напрямую зависит корректность расчетов.

– Отдельный блок вопросов всегда вызывает тарификация медицинских услуг, прежде всего, дорогостоящих сложных диагностических исследований. С какими нюансами столкнулся регион при переходе на единые стандарты?

– Действительно, формирование СЭФД по отдельным лабораторным, инструментальным диагностическим исследованиям и медицинским услугам для проведения взаиморасчетов стало одной из самых сложных задач.

В своей работе участники системы здравоохранения привыкли использовать коды номенклатуры услуг согласно приказу Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». Однако в ФПУМП амбулатор-

ные услуги и диагностические исследования кодируются по справочнику основ ТНКТМУ – тарифы независимого каталога. Соответствие кодов основ ТНКТМУ и кодов номенклатуры услуг приведено в Приложении 2.13 к Методическим рекомендациям.

Внедрение ТНКТМУ позволяет унифицировать учет медицинской помощи по всем субъектам РФ, обеспечивая тарификацию на основе тарифа независимого каталога, не исключая возможности статистического учета по номенклатуре медицинских услуг.

Однако основная проблема заключается в том, что многие утвержденные в регионе тарифы являются модификацией основной услуги, закодированной как основа ТНКТМУ. Контрастирование и анестезия, используемые при выполнении основной услуги, вносятся в ФПУМП как коэффициент индексации – код модификатора. И эта непростая задача заполнения справочников ФПУМП ложится на плечи территориального фонда ОМС.

Возьмем, к примеру, внесение информации о тарифе на компьютерную томографию позвоночника с контрастированием. В ФПУМП это будет выглядеть так: код основы ТНКТМУ 1.01636 (по Приложению 2.13 соответствует коду номенклатуры A06.03.058), код модификатора *#ContrastingCTorMRScan=='1'* – так кодируется введение внутривенного контрастного вещества, и рассчитывается коэффициент отношения тарифа с контрастированием к тарифу основной услуги.

И таких нюансов масса: аналогично нужно закодировать применение технологий искусственного интеллекта, работу мобильной бригады, оказание помощи в выходной

день, различные цели посещений (неотложная помощь, все виды профилактических мероприятий) и многие другие услуги, особенности тарифообразования которых отражены в Тарифном соглашении региона.

Эта работа по кодированию каждого утвержденного тарифа проводится в ручном режиме на этапе подготовки к внедрению подсистемы ФПУМП. И чем сложнее и разнообразнее тарифная политика в регионе, тем выше трудоемкость такой работы. К тому же процесс переноса таких справочников с тестового контура на промышленный через систему управления заявками «Интрасервис» (СУЗ) занимает длительное, зачастую около недели, время. В связи с тем, что обновление информации происходит с задержкой в несколько дней, иногда возникают сложности при формировании СЭФД, появляются ошибки расчета стоимости.

Проблемы, которые мы решаем сегодня

– Какие «болевые точки» внедрения ФПУМП Вы могли бы выделить как наиболее острые для медицинских организаций и самого фонда?

– Помимо проблемы с актуализацией справочников ФРМО/ФРМР, которые должны быть заполнены своевременно, до момента оказания медицинской помощи, есть еще несколько системных моментов, с которыми могут столкнуться и другие субъекты Российской Федерации.

Во-первых, при оплате стационарной медицинской помощи коэффициенты уровня/подуровня медицинской организации должны быть определены для соответствующих структурных подразделений в ФРМО.

Во-вторых, могут возникнуть сложности с подключением филиалов медицинской организации, которые не являются отдельными юридическими лицами, но самостоятельно формируют СЭФД.

В-третьих, для правильного определения тарифа необходимо соблюдать порядок заполнения СЭФД. Прежде всего, это касается внесения информации по профилактическим мероприятиям, стоматологической помощи, учета необходимого кода модификатора. Однако на начальном этапе внедрения подсистемы медицинские организации еще не знакомы с интерфейсом ФПУМП, не всегда знают, как корректно заполнить документ, чтобы система определила нужный код основы ТНКУ и учла все необходимые коды модификаторов.

В процессе внедрения ФПУМП территориальный фонд ОМС тоже столкнулся с технологическими ограничениями. Например, нам недостаточно инструментов контроля ввода СЭФД, формирования счетов и проведения медико-экономического контроля. Отсутствует возможность общей оценки причин снятий на медико-экономическом контроле (МЭК), приходится индивидуально работать с каждым отдельным СЭФД.

К тому же в настоящее время нет инструментов для работы со сведениями о тяжелых несчастных случаях на производстве, которые поступают из Социального фонда России. Не реализован функционал для поиска этих случаев в общем массиве информации об оказанной медицинской помощи для снятия их с оплаты в системе ОМС.

Многие проблемы мы обсуждаем и решаем в рабочем порядке – на совещаниях с Федеральным фондом ОМС, разработчиками ГИС ОМС и региональных МИС. Для оперативного устранения ошибок по расчету в си-

стеме ФПУМП сотрудники МИС, ТФОМС, СМО и медицинских организаций оформляют соответствующие заявки в службу технической поддержки через систему управления заявками «Интрасервис»².

Взгляд в будущее: прозрачность, аналитика и новые возможности

– Несмотря на возникающие трудности, процесс внедрения подсистемы продолжается. На Ваш взгляд, какие перспективы открывает перед региональным здравоохранением полноценный запуск ФПУМП?

– Очевидно, что цифровая трансформация – главный драйвер дальнейшего развития системы ОМС. Председатель Федерального фонда ОМС Илья Валерьевич Баланин справедливо отметил, что именно ГИС ОМС становится «ядром» цифрового контура российского здравоохранения. И наша задача – сделать так, чтобы это ядро работало корректно и без сбоев.

Внедрение Федеральной подсистемы персонифицированного учета медицинской помощи кардинально меняет философию оплаты медицинской помощи, взаиморасчетов между медицинскими организациями и контроля в системе ОМС. В первую очередь, это создание единого информационного пространства, когда данные о каждом случае оказания медицинской помощи хранятся централизованно в одной системе, исключаются факты дублирования информации и неизбежные ошибки ручного вво-

² Для получения доступа к системе участники проекта направляют официальный запрос на его предоставление на адрес электронной почты support_it@ffoms.gov.ru с указанием наименования организации, информации о пользователе, адреса электронной почты, контактного телефона. В ответ высылаются логин и пароль для входа в личный кабинет СУЗ.

да. Это не только упрощает консолидацию данных, но и закладывает основу для формирования достоверной отчетности, аналитики и прогноза на ее основе, снижения трудозатрат всех участников системы.

– Игорь Вадимович, какие ключевые преимущества внедрения ФПУМП Вы можете назвать уже сейчас?

– Первое, что хотелось бы отметить: в ФПУМП расчет стоимости оказанной медицинской помощи выполняется в момент формирования СЭФД, то есть медицинская организация может видеть итоговый тариф очень быстро, уже на этапе ввода данных.

К тому же, в ФПУМП формирование реестра счетов будет проводиться по единым алгоритмам. Это и единый МЭК при формировании счета, и унификация платежных документов для всех плательщиков, и формирование счетов для межтерриториальных расчетов. В перспективе появится возможность в режиме реального времени мониторить выполнение плановых показателей медицинской помощи.

Внедрение интеллектуального контроля качества медицинской помощи позволит централизованно управлять процессом проведения экспертиз, точно направлять усилия экспертов именно туда, где это действительно нужно, предоставляя им на время проверки полный доступ к структурированным электронным медицинским документам (СЭМД).

Кроме того, система открывает возможности для глубокого учета: от формирования реестра направлений на оказание медицинской помощи на основе данных реестра электронной медицинской документации ЕГИСЗ и сведений, переданных в СЭФД, и привязки конкретных талонов

на специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь из подсистем ЕГИСЗ к соответствующим направлениям до детального учета лекарственных средств и медицинских изделий, вплоть до конкретной упаковки с расчетом ее стоимости.

Появятся новые сервисы для врачей и пациентов. Для практикующего врача это означает доступ к полной цифровой истории пациента – от результатов обследований до назначенного лечения непосредственно в момент приема больного, что должно положительно отразиться на качестве и преемственности оказания медицинской помощи.

Результаты аналитической работы Федерального фонда ОМС будут доступны и на региональном уровне. Территориальные фонды ОМС совместно с органами управления здравоохранением субъекта смогут видеть четкую картину выполнения тех или иных целевых показателей. Это позволит не просто констатировать факты, а принимать взвешенные управленческие решения и более точно планировать территориальную программу госгарантий.

В настоящее время в Кузбассе продолжается интенсивный процесс перехода участников системы ОМС на работу в ФПУМП, количество ошибок при формировании СЭФД и счетов неуклонно снижается, вопросы к разработчикам системы сужаются и принимают все более специализированный характер. Накопленный нами практический опыт, умение действовать оперативно и сообща – это фундамент для возведения усовершенствованной, эффективной и прозрачной системы здравоохранения региона. Будем рады, если опыт Кузбасса поможет другим регионам пройти этот путь быстрее и увереннее.

УДК 614.2

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА КАК ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ: ОПЫТ ТФОМС СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В.А. Шелякин, И.М. Сартаков



Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования
Свердловской области

Реферат

Внедрение системы менеджмента качества в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) – задача, далекая от шаблонных решений. Если в производстве или сфере услуг сертификация по ISO 9001 (ГОСТ Р ИСО 9001-2015) давно стала управленческой нормой, то для территориальных фондов ОМС (ТФОМС) ситуация принципиально иная: опыт и лучшие практики здесь пока отсутствуют. Одной из сложностей, блокирующих внедрение, является оценка влияния системы менеджмента качества на эффективность деятельности фонда, ведь здесь нет конкретного продукта или услуги, качество которых можно было бы измерить. Данная особенность формирует дефицит смыслового обоснования необходимости внедрения системы, что в свою очередь повышает сопротивление изменениям персонала. Результат деятельности ТФОМС создается через сложное взаимодействие нормативного регулирования, финансового обеспечения, контроля качества медпомощи, защиты прав застрахованных, цифрового развития и сопровождения и десятков иных процессов. Именно поэтому решение ТФОМС Свердловской области по внедрению полноценной системы менеджмента качества стало не формальным проектом, а большой работой по описанию, оценке собственной деятельности и концептуальному проектированию целеполагания.

Ключевые слова:

система менеджмента качества (СМК), территориальный фонд ОМС (ТФОМС), процессный подход, проектное управление, внутренний аудит, управленческая практика, вовлеченность персонала, непрерывное улучшение, ГОСТ Р ИСО 9001-2015.

Введение

Опираясь на методологию ГОСТ Р ИСО 9001-2015, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Свердловской области (далее – Фонд) в течение последних 6 лет осуществляет планомерное развитие системы менеджмента качества (СМК). За этот период организацией сформирована уникальная практика адаптации требований стандарта к специфике системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и внедрены все ключевые принципы: ориентация на потребителя, лидерство, взаимодействие персонала, процессный подход, улучшение, принятие решений на основе свидетельств, менеджмент взаимоотношений. В настоящей статье представлены анализ опыта, оценка достигнутых результатов и планы развития принципов, следование которым привело к наиболее значительным изменениям в деятельности Фонда.

Принцип 1. Лидерство

Реализация системы менеджмента качества в ТФОМС Свердловской области инициирована в 2021 году (приказ от 08.02.2021 № 51). С начала реализации проекта и на всех этапах развития системы высшее руководство демонстрирует неизменную приверженность выбранному курсу. Личная вовлеченность руководства в решение возникающих сложностей и публичная трансляция значимости СМК стали ключевым фактором жизнеспособности системы.

Однако в стандарте лидерство рассматривается не только как административная поддержка, но и как инструмент формирования единого ценностно-целевого пространства организации. Если проводить аналогию с физическими процессами,

то успешное лидерство выступает своего рода «магнитным полем», которое упорядочивает вектор усилий каждого сотрудника, обеспечивая их фокусировку на общих целях и ценностях.

Внедрение стандарта в Фонде не потребовало изменения направления движения и позиционирования организации, однако поставило задачи по их формализации и поиску эффективных инструментов доведения ключевых смыслов до коллектива. С этой целью разработан и внедрен регламент процесса «А0.1 Управление политикой и целями». В текущей редакции «Политики в области качества» закреплены следующие фундаментальные ориентиры организации:

- **Миссия:** «Опережать ожидания, создавая устойчивые ценности для системы ОМС и отечественного здравоохранения».
- **Главная ценность:** «Здоровье граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию».
- **Стратегическая цель:** «Лидерство среди регионов России в части эффективного управления средствами ОМС».

Для закрепления этических моделей поведения и поддержания корпоративных ценностей в Фонде формализован ряд вспомогательных процессов, каждый из которых утвержден руководителем и регламентирован: «А0.7.2.1 Корпоративная культура», «А0.7.2.2 Противодействие коррупции», «А0.7.2.3 Работа с ветеранами Фонда», «А5.4.2.2 Организация и контроль системы обучения», «А5.4.2.3 Организация и контроль системы мотивации персонала». Каждый из этих процессов заслуживает отдельного рассмотрения, так как именно они создают ценностный фундамент организации.

Опыт ТФОМС Свердловской области позволил выделить три основные группы сложностей, требующих постоянного внимания лидерского состава:

1. Психологический барьер: сопротивление изменениям, затронувшее в том числе часть руководящего звена. Преодоление этого фактора требует постоянной системной и открытой работы по разъяснению практических эффектов от внедряемых новаций.

2. Дисциплина процессов: недостаточная эффективность на отдельных участках, вызванная неисполнением регламентов или несовершенством внедренных порядков. Это требует от владельцев процессов постоянной критической оценки и готовности к оперативной коррекции подходов.

3. Стратегическая неопределенность: тенденции унификации и централизации процессов системы ОМС на федеральном уровне создают риск потери части функционала территориальных фондов в долгосрочной перспективе. В этих условиях лидерская роль руководства заключается в поиске альтернативных смыслов и долгосрочных ориентиров, обеспечивающих устойчивость внутренней мотивации коллектива.

Принцип 2. Процессный подход

Внедрение СМК в ТФОМС Свердловской области изначально позиционировалось руководством не как инструмент для формального прохождения сертификационного аудита, а как механизм построения нового управленческого каркаса. Фундаментом этой архитектуры стал процессный подход, главная управленческая ценность которого заключается в обеспечении абсолютной прозрачности и порядка. Такая прозрачность формируется для всех сотрудников

вне зависимости от занимаемой должности, а четкое понимание механизмов создания результатов позволяет Фонду непрерывно оптимизировать как саму систему, так и итоги ее функционирования.

С учетом специфики деятельности Фонда, организационная структура характеризуется большим количеством сложных, взаимосвязанных друг с другом процессов. В период до внедрения СМК понимание работы всей организации или отдельного подразделения базировалось преимущественно на накопленном опыте сотрудников. Регламентирующая база формировалась разрозненно: необходимость разработки документов диктовалась в первую очередь внешними стимулами, а написание внутренних порядков и инструкций не было систематизировано. В рамках развертывания СМК управление процессным ландшафтом было обеспечено через инкорпорирование специализированных процессов: «А0.8.2 Управление реестром процессов» и «А0.8.1 Документирование процессов». Процесс А0.8.2 регламентирует алгоритм ведения самого реестра процессов, в то время как А0.8.1 устанавливает единые требования, порядок и методологию описания любого процесса внутри организации.

На практике реестр процессов представляет собой структурированную электронную таблицу, выполняющую функцию оглавления всей деятельности организации. В ней зафиксированы все идентифицированные процессы Фонда, закреплены руководители и исполнители, а также релевантная регламентирующая документация (*табл. 1*).

Реестр поддерживается в актуальном состоянии ответственным специалистом и открыт для всех сотрудников. Указание для каждого процесса уровня иерархии позволяет

Часть реестра процессов ТФОМС Свердловской области

[illegible]

Методология процессного подхода кардинально трансформировала принципы кадрового менеджмента: сегодня должностные инструкции каждого специалиста формируются непосредственно на базе реестра процессов. Вместо традиционного абстрактного перечисления прав и обязанностей, инструкция содержит строгий перечень процессов, в которых сотрудник выступает руководителем, и процессов, где за ним закреплена роль исполнителя. Документ дополняется обязательным приложением – Положением о руководителе процесса, детализирующим управленческие функции и задачи этой роли. Главная цель данной практики – создание прозрачной и бескомпромиссной системы распределения ответственности.

В текущей конфигурации архитектура реестра процессов стартует с девяти процессов первого уровня: А0 Управление организацией, А1 Обеспечение функционирования и развития ОМС, А2 Контрольно-ревизионная деятельность, А3 Медико-экспертная деятельность, А4 Финансово-экономическая деятельность, А5 Организационное обеспечение, А6 Бухгалтерский учет, А7 Информационно-техническое обеспечение, А8 Правовое обеспечение. Глубина детализации этих макропроцессов в отдельных случаях достигает пяти-шести уровней и останавливается только на том этапе, где возможно формирование конкретного алгоритма в виде инструкции или регламента. Такая глубокая детализация не является избыточной. В условиях высокой нормативной насыщенности она критически снижает зависимость итогового результата от субъективного опыта конкретного исполнителя; детально описанная деятельность по всем

процессам делает Фонд менее уязвимым к кадровым изменениям. Из 188 процессов, объективно требующих документального оформления, на сегодняшний день утверждены регламентами и инструкциями обеспечены 111.

Существенным нововведением стала трансформация самого формата регламентирования процессов. Отказавшись от классических массивов текстовых документов, Фонд перешел к формированию регламентов в виде электронных таблиц, идеологически близких к формату реестра процессов. Такой документ содержит хронологическую последовательность всех выполняемых процедур с их группировкой по иерархическим уровням и точным указанием ответственных лиц и участников.

Данный формат обеспечивает сквозную видимость цепочки создания ценности, позволяет мгновенно вникнуть в суть алго-

ритма (оставив на экране только верхне-уровневые блоки) и оперативно отфильтровать задачи конкретного исполнителя. Для каждого шага жестко прописаны сроки, ответственные, входы и выходы, конечные адресаты результата и применяемое программное обеспечение. Это имеет первостепенное значение для межфункциональных процессов, где пересекаются зоны ответственности различных подразделений, филиалов, а также внешних контрагентов – медицинских и страховых организаций. Четкая алгоритмизация нивелирует такие управленческие риски, как размытие ответственности, неясность сроков и использование ресурсов.

Показательным примером применения нового подхода служит регламент «А3.1.1.3 Управление проведением экспертизы качества медицинской помощи» (табл. 2, 3). Документ описывает весь порядок процесса от подготовки к проведению экспертизы и запроса первичной документации до мониторинга и контроля результатов.

Таблица 2

Часть регламента экспертизы качества медицинской помощи (первый уровень декомпозиции)

Регламент А3.1.1.3 "Управление проведением ЭКМП"									
Ур.	№	Сроки	Осн. подразделение	Ответственный за исполнение	Краткое описание действия	Адрес результата	Результат	Место размещения/Имя документа/результат	Исполнитель/Специализированная ячейка (ЕЗ)
1	1	В соответствии с Положением о Территориальном Центре	ОСНО-ММБ, ЭМБ, ОАБ, ОАБ, ОАБ, ОАБ, ОАБ	Выполнение ОСНО-ММБ А3.1.1.1	Подготовка к проведению ЭКМП (формирование ПД, получение ПМД)	ОСНО-ММБ	1. ПД 2. ПМД для проведения ЭКМП		
1	2	Высланы	ОСНО-ММБ	Главный специалист ОСНО-ММБ А3.1.1.2	Определение специальности и подбор врача-эксперта	ОСНО-ММБ	ПМД, утвержденная по актуальному ЭКМП	ИАС-АМ, АБ	ИАС-АМ, АБ
1	3	В соответствии с Положением о Территориальном Центре	ОСНО-ММБ	Главный специалист ОСНО-ММБ А3.1.1.3	Проведение экспертизы				
1	4	В течение 10 рабочих дней с момента получения от МО первичной документации ЭКМП	ОСНО-ММБ	Главный специалист ОСНО-ММБ А3.1.1.4	Направление Заключений ЭКМП в СМО для формирования документов на финансовое удержание (поиск ЭКМП на претензии МО)	СМО	1. Заключение в СМО 2. Заключение ЭКМП, направленное в СМО	1. ИАС-АМ 2. СМД "Заключение ЭКМП"	1. ИАС-АМ 2. СМД "Заключение ЭКМП"
1	5	В соответствии с Положением о Территориальном Центре	ОСНО-ММБ	Главный специалист ОСНО-ММБ А3.1.1.5	Формирование и направление документов на финансовое удержание (первичная ЭКМП, МТР, или ЭКМП)	Финансовый отдел МО, УС/ОФ, Ф-10, СМД	Документы на финансовое удержание, оформленные	1. ИАС-АМ 2. СМД "Документы на финансовое удержание"	1. ИАС-АМ 2. СМД "Документы на финансовое удержание"
1	6	Завершено	ММБ	Выполнение ММБ А3.1.1.6	Мониторинг результатов ЭКМП, проведенной СМО	ИД СМО, МО	1. Выявление несоответствия СМО требованиям ЭКМП 2. Сопоставление результатов ЭКМП с требованиями ИД СМО 3. Сопоставление результатов ЭКМП с требованиями ИД СМО	1. СМД "Выявление несоответствия СМО требованиям ЭКМП" 2. ИАС-АМ, АБ 3. ИАС-АМ, АБ	1. СМД "Выявление несоответствия СМО требованиям ЭКМП" 2. ИАС-АМ, АБ 3. ИАС-АМ, АБ

Таблица 3

Регламент экспертизы качества медицинской помощи (развернутый)

Регламент А3.1.1.3 "Управление проведением ЭКМП"									
Ур	№	Срок	Орг. подразделения	Организационный состав	Краткое описание действий	Адресат результатов	Результат	Место реализации / Канал передачи результатов	Исполняющее подразделение/ Исполнитель
1	№1	В соответствии с Порядком Контроля	ОСКО/ОМП, ЗМО, ОАД/С, ОМБ/С, ОМБ/С	Ведущий ОСКО/ОМП, А3.1.1.3	Подготовка к проведению ЭКМП (формирование ПЗ, получение ПМД)	ОСКО/ОМП	1. ПЗ 2. ПМД для проведения ЭКМП		
2	А3.1.1	В сроки, установленные порядком ТФОМС	ОСКО/ОМП, ЗМО, ОАД/С	Ведущий ОСКО/ОМП, А3.1.1.3	Тематическая ЭКМП	СМО	1. Рассмотрение СЗ от пациентов и проведение ЭКМП; 2. ПМД для проведения ЭКМП	1. ИАС в Месте для мед. документации СМД "Доклад ЭК"	СМД "Доклад ЭК", ИАС АМО, АМЗ
3	А3.1.1.1	В сроки, установленные порядком ТФОМС	СМО	Зам. председателя СМД, А3.1.1.3 Ведущий, участвующий А3.1.1	Принятие решения о проведении	ЗМО СМО ОСКО/ОМП	Расхождение "Доклад ЭК" / Пациент и проведение ЭКМП	СМД "Доклад ЭК"	1. СМД "Доклад ЭК" 2. ИАС АМО, АМЗ
4	А3.1.1.2	В сроки, установленные документацией учреждения, тематической ЭКМП	ЗМО ОАД/С	Ведущий ЗМО, А3.1.1.3	Отбор случаев для проведения и отправка в СМО в ОСКО/ОМП	ОСКО/ОМП СМО	1. Отправка случаев для отбора 2. Проверка отбора случаев	ИАС АМО, АМЗ	1. На основании письма ТФОМС, МДР, МДР СД и других актов медицинского учета формируются списки для проведения тематической экспертизы, представляются материалы случая, решения 2. ЗМО отбирает случаи для проведения ЭКМП 3. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 4. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 5. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 6. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 7. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 8. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 9. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 10. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 11. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 12. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 13. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 14. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 15. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 16. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 17. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 18. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 19. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 20. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 21. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 22. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 23. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 24. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 25. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 26. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 27. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 28. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 29. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 30. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 31. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 32. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 33. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 34. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 35. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 36. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 37. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 38. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 39. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 40. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 41. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 42. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 43. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 44. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 45. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 46. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 47. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 48. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 49. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 50. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 51. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 52. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 53. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 54. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 55. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 56. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 57. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 58. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 59. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 60. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 61. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 62. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 63. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 64. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 65. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 66. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 67. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 68. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 69. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 70. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 71. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 72. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 73. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 74. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 75. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 76. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 77. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 78. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 79. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 80. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 81. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 82. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 83. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 84. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 85. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 86. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 87. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 88. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 89. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 90. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 91. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 92. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 93. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 94. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 95. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 96. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 97. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 98. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 99. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы 100. ЗМО осуществляет отбор случаев для проведения экспертизы
5	А3.1.1.3	В течение 3 рабочих дней с момента получения данных от ЭКМП	ОСКО/ОМП	Ведущий, участвующий ОСКО/ОМП, А3.1.1.3	Формирование ПЗ в ИАС и направление его в филиал ТФОМС	Филиал	1. ПЗ 2. Сопроводительная документация	1. СМД "Доклад ЭК" 2. ИАС	1. ИАС АМО, АМЗ 2. СМД "Доклад ЭК" 3. ИАС "Доклад ЭК"

Вместе с тем, анализируя достигнутый уровень зрелости процессного управления, Фонд выделяет три стратегических направления для дальнейшего совершенствования. Во-первых, развитие ответственности и мотивации руководителей процессов. Несмотря на формально осуществленную передачу полномочий, практический аудит выявляет значительную разницу в активности руководителей по оптимизации вверенных им процессов, что требует внедрения дополнительных механизмов вовлечения и мотивации. Второе направление связано с повышением регулярности и объективности оценки операционной деятельности Фонда – продолжается работа по разработке измеримых показателей результативности (KPI) для всех ключевых процессов, а также внедрение процедуры их мониторинга в рутинную деятельность руководителей. Третьим ключевым вектором остается укрепление контроля исполнения регламентов, направленное на минимизацию зазора между утвержденными документированными процедурами

и фактической операционной практикой сотрудников.

Принцип 3. Улучшение

Функционирование СМК в ТФОМС Свердловской области базируется на постулате стандарта: «Успешные организации постоянно нацелены на улучшение». Для перевода этой декларации в плоскость реальной управленческой практики Фонд сформировал схему непрерывного совершенствования, интегрированную в процессную модель. Архитектура этой схемы опирается на комплекс регламентированных процессов: «А0.2.2 Управление проектами», «А0.4.2.1 Анализ результативности функционирования СМК», «А0.4.2.2 Внутренний аудит СМК», «А0.4.2.3 Внутренний финансовый аудит», «А0.5 Управление несоответствиями и отклонениями», «А0.6 Управление рисками и возможностями». Внедрение данных процессов позволило перевести работу по выявлению системных сбоев, устранению их корневых причин и поиску точек роста в управляемый и измеримый формат.

Трансформация системы аудита и работы с несоответствиями

Инновационным элементом управленческой практики Фонда стала модель перекрестного внутреннего аудита: руководители и сотрудники филиалов проверяют функционирование процессов в дирекции, а руководители и сотрудники дирекции проверяют функционирование процессов в филиалах. Организация, внедрение и реализация данного процесса – непростая задача. Подготовка к проверке требует от проверяющих предварительного детального изучения регламентирующих документов проверяемых процессов, а проведение проверки и представления выявленных нарушений – психологической нейтральности и беспристрастности. Несмотря на высокую трудоемкость, данный подход показал высокую эффективность: помимо превентивного выявления рисков, он способствует профессиональному развитию кадров, формирует и укрепляет горизонтальные связи, а также повышает вовлеченность персонала в процессы улучшений.

Формализация работы с отклонениями предполагает, что любое несоответствие, зафиксированное в ходе внешнего или внутреннего аудита, подлежит обязательной фиксации и аналитической проработке ответственным специалистом. Ключевым управленческим результатом этого этапа стало формирование плана мероприятий, направленных на нивелирование не просто локального симптома нарушения, а непосредственно корневой причины его возникновения. Перевод этого логически обоснованного, но высоко трудоемкого алго-

ритма в повседневную практику ожидаемо столкнулся с сопротивлением персонала, что потребовало от руководства постоянного внимания к работе по устранению несоответствий. Для методичного преодоления этого барьера и обеспечения контроля работу с несоответствиями технически упростили и приблизили к сотрудникам: сегодня все выявленные несоответствия и разработанные предупреждающие действия регистрируются и направляются ответственным на проработку в системе электронного документооборота (СЭД). При этом статус реализации корректирующих и предупреждающих мероприятий оказывает прямое влияние на итоговые показатели исполнительской дисциплины соответствующих подразделений.

Изменением в корпоративной культуре стал отказ от использования внутреннего аудита как инструмента «поиска виновных». Сегодня это аналитический механизм обнаружения несоответствий, поиска и реализации эффективных корректирующих действий (табл. 4).

Таблица 4

Результаты внешнего и внутреннего аудита процессов системы менеджмента качества

Год	Всего выявлено / устранено	Внутренний аудит выявлено / устранено	Внешний аудит (инспекционный, сертификационный) выявлено / устранено
2022	187 / 187	162 / 162	25 / 25
2023	72 / 68	58 / 54	14 / 14
2024	125 / 107	117 / 99	8 / 8
2025	149 / 86	142 / 79	7 / 7

Постоянное улучшение через проектное управление

Архитектура системы непрерывных улучшений Фонда базируется на формализованном процессе проектного управления со среднесрочным горизонтом планирования,

рассчитанным на один год. В рамках новой управленческой парадигмы Фонд строго определил понятие самого проекта: в портфель включаются исключительно ресурсоемкие, ограниченные во времени задачи, нацеленные на конкретный и измеримый результат. Триггерами для запуска таких инициатив служат объективные потребности организации – необходимость минимизации зарегистрированных рисков, оптимизация процессов или реализация новых возможностей, а также трудоемкая работа по устранению корневых причин выявленных несоответствий.

Безусловно, проектная деятельность осуществлялась в организации и до внедрения СМК, однако именно регламентация перевела эту работу в управляемый, системный формат.

Ядром нового подхода стал единый реестр проектов (комплексный план). Этот инструмент консолидирует исчерпывающую информацию о всех проектах: закреплённые роли (руководитель, исполнители), уровень приоритетности, детализированный перечень задач, выделенные ресурсы, сроки и текущий статус исполнения.

Важный фактор обеспечения информационной прозрачности – сегодня любой сотрудник Фонда имеет свободный доступ к комплексному плану, материалам проектов и их статусам. Управленческий ритм поддерживается регламентированным порядком контроля, который включает еженедельный краткий срез статусов и развернутую полугодовую отчетность подразделений.

Поскольку подавляющее большинство инициатив требует взаимодействия специалистов из разных структурных подразделе-

ний, возникла потребность в легитимизации матричного управления. Для обеспечения руководителей проектов реальными административными полномочиями и четкого разграничения зон ответственности было разработано Положение о руководителе проекта, которое теперь интегрируется в качестве обязательного приложения к должностной инструкции каждого сотрудника (как и Положение о руководителе процесса).

Практическая организация учета и мониторинг проектной деятельности выступили в роли объективного аудита управленческой среды. Система обнажила дисбаланс между объемом запланированных улучшений и имеющейся ресурсной базой, остро поставив задачу жесткой приоритизации инициатив. Кроме того, внедрение плановой модели сделало очевидным главный вызов для проектной работы Фонда – существенное влияние непрогнозируемого объема срочных и внеплановых задач на ритмичность достижения долгосрочных целей.

Динамика выполнения проектного плана (табл. 5) наглядно иллюстрирует процесс «управленческого взросления» Фонда.

Формальная сопоставимость количественных показателей 2022 года с данными последующих периодов не должна вводить в заблуждение: на этапе первичной адаптации к СМК сотрудники нередко классифицировали как «проекты» текущие, незначительные задачи. К 2025 году корпоративный подход к проектному управлению достиг необходимого уровня методологической зрелости. И хотя фактическое исполнение намеченного проектного плана сегодня достигает лишь уровня 50% – что является объективным следствием постоянного давления отвлекающих внеплановых поручений и жестких ресурсных ограничений, – каче-

ственная структура портфеля кардинально изменилась. Иницилируемые мероприятия стали концептуально более емкими, содержательными и сфокусированными на обеспечении реальных системных улучшений в операционной деятельности Фонда.

Эволюция корпоративной культуры и оценка приверженности

Трансформация управленческой модели охватила весь штат Фонда, составляющий 240 сотрудников, при этом полноценная интеграция филиальной сети в контур СМК еще продолжается. Закономерно, что на начальных этапах внедрения система воспринималась коллективом преимущественно как дополнительная административная нагрузка. Такая реакция является типичной для любых организационных изменений, повышающих прозрачность процессов и делающих персональные результаты работы «видимыми». Опрос 54 сотрудников на основе адаптированной методики Мейера выявил преимущественно ценностно-нормативную приверженность.

Сотрудникам Фонда были заданы 7 вопросов, с каждым из которых они должны были согласиться по шкале от 1 до 5, где 1 – совершенно не согласен, а 5 – полностью согласен:

1. Я понимаю, каким образом система менеджмента качества помогает выполнять задачи Фонда, в том числе повышает качество и доступность медицинской помощи в системе ОМС.
2. Я испытываю гордость от того, что работаю в организации, где действует сертифицированная СМК.
3. Я считаю своим профессиональным долгом строго соблюдать регламенты и иные процедуры, установленные СМК.
4. Я регулярно руководствуюсь документами СМК (регламентами, планом, реестром процессов) при выполнении повседневных обязанностей.
5. Руководство Фонда на деле демонстрирует приверженность принципам СМК (открыто обсуждает результаты, выделяет ресурсы, поощряет улучшения).
6. Если бы я перестал соблюдать требования СМК, это серьезно осложнило бы мою работу, взаимодействие с коллегами и оценку моего труда.
7. В целом я считаю действующую в Фонде СМК необходимой и полезной для нашей деятельности.

Наиболее высокий уровень согласия зафиксирован по утверждению о профессиональной обязанности соблюдать регламенты и процедур СМК: средний балл – 4,30, медиана – 5, доля респондентов, выразивших согласие, составила 83,3%. Также высоко оценена реальная приверженность руководства принципам СМК: среднее – 4,20 при стандартном отклонении 0,96, доля положительных ответов – 83,3%. Полезность действующей СМК признали 68,5% опрошенных (средний балл – 3,93, медиана – 4).

Вместе с тем опрос высветил зону развития. Наиболее низкие значения получены по утверждению, что несоблюдение требований СМК серьезно осложнило бы работу и взаимодействие: среднее – 3,09, медиана – 3, доля положительных ответов – лишь 38,9%. Распределение здесь самое неоднородное: 31,5% выбрали оценки 1–2, еще 29,6% – нейтральную 3 (рисунки).

Это указывает на то, что практико-инструментальный компонент приверженности выражен слабее. Сотрудники принимают систему как ценность и профессиональную норму,

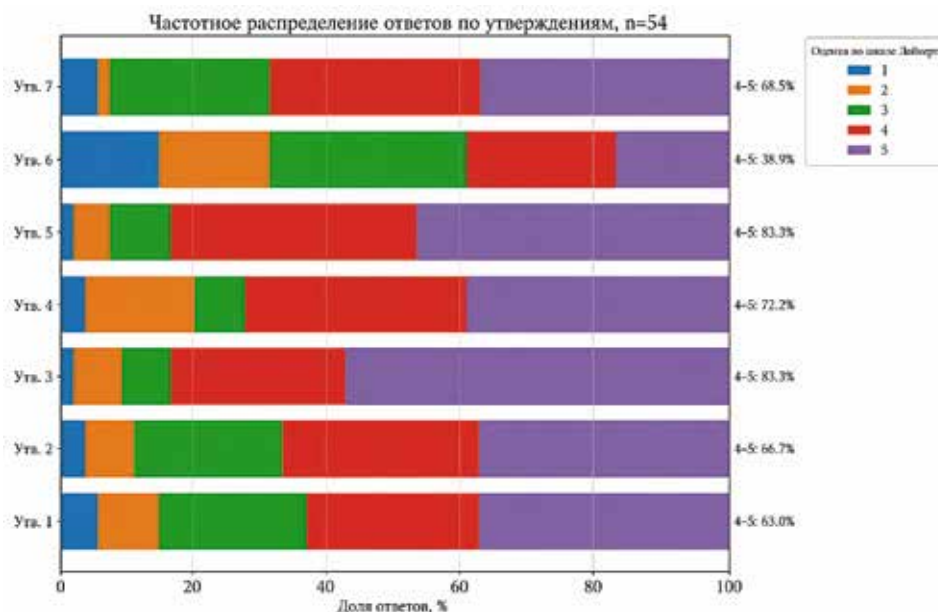


Рисунок. Частотное распределение ответов по утверждениям

видят поддержку руководства, но пока не все ощущают прямую связь между соблюдением требований СМК и выполнением собственных функций. Следующий этап должен быть направлен не на убеждение в важности качества, а на демонстрацию прикладных эффектов СМК в повседневной работе.

Сегодня лишь часть деятельности в системе автоматизирована на базе системы электронного документооборота, логика развития требует перехода к более глубокой цифровизации. Идеальная целевая модель видится как полная миграция процессного и проектного управления в специализированную цифровую среду. В такой экосистеме сотрудник должен видеть не абстрактный регламент, а единый список со всеми процессными, проектными и внеплановыми задачами, сроками, ответственными на смежных этапах, маркерами рисков и показателями результативности (KPI). Руководитель, в свою очередь, должен получить инструмент, позволяющий увидеть полную, объективную, актуальную картину

деятельности организации на любом уровне декомпозиции для реализации в полной мере принципа стандарта «принятие решений, основанных на свидетельствах». Таким образом, ближайшей задачей становится увеличение «прикладной» ценности СМК для сотрудников и руководителей организации.

Принцип 4. Ориентация на потребителя. Горизонты развития системы

В период 2021–2026 гг. СМК Фонда прошла масштабную эволюцию: от формального издания приказа до создания разветвленного процессного ландшафта, практики перекрестных аудитов и интеграции СМК в ядро принятия корпоративных решений. Главным итогом этого пятилетия стало новое видение деятельности учреждения как сложной, но упорядоченной архитектуры взаимосвязанных процессов. Организации удалось обеспечить прозрачность зон ответственности, выявить и устранить

избыточные процессы и документы, а также качественно усилить матричное взаимодействие между подразделениями.

Практический опыт ТФОМС Свердловской области доказывает, что внедрение СМК в государственном внебюджетном Фонде не просто возможно, но и высокоэффективно, если рассматривать систему как методический инструментарий для повышения управленческой зрелости. Качество в данном контексте интерпретируется как способность организации устойчиво и прозрачно выполнять свою макрозадачу: управлять средствами ОМС так, чтобы в центре архитектуры решений неизменно оставались государственные гарантии, права застрахованных граждан и экономическая стабильность региональной системы здравоохранения.

Решение этой макрозадачи оказывает сильнейшее влияние на конечного бенефициара – застрахованное лицо, однако это влияние не прямое и система оценки качества этого влияния отсутствует. При этом главной ценностью Фонда является «Здоровье граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию». Ориентируясь на долгосрочные перспективы, Фонд рассма-

тривает возможность следующего важного шага в повышении эффективности создания этой ценности: возможность совместного с Министерством здравоохранения Свердловской области внедрения модели эффективности и качества государственного управления (модель ЭКГУ). Фундаментом для такой межведомственной синергии должны выступить принципы менеджмента качества, стандарты социальной ответственности и человекоцентричности (ГОСТ Р ИСО 26000-2012), а также методы глубокой организационной самооценки.

В этой модели концепция человекоцентричности транслируется не только на пациента, но и на построение осмысленной рабочей среды, где сотрудники четко осознают социальный вес своего вклада. Формулировка миссии и стратегических целей Фонда в неразрывной связке с региональным Минздравом представляет собой управленческую задачу совершенно нового уровня. Ее практическое решение призвано обеспечить каждому сотруднику ясное понимание того, как его ежедневная операционная работа влияет на реальные демографические и медицинские показатели региона, одновременно максимизируя результативность взаимодействия ведомств, объединенных единой миссией.

Для корреспонденции

Шелякин Валерий Александрович

Директор ТФОМС Свердловской области, к.э.н.

Тел.: +7 (343) 233-50-00

E-mail: public@oms66.ru

Сартаков Иван Михайлович

Представитель руководства по качеству, начальник управления информационно-технического обеспечения ТФОМС Свердловской области

Тел.: +7 (343) 362-90-27

E-mail: sartakov@oms66.ru

Адрес: 620102 Свердловская обл., Екатеринбург, ул. Московская, д. 54

УДК 614.2

РОЛЬ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В СУДЕБНОЙ ЗАЩИТЕ ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ОМС

Д.В. Борисов^{1, 2}, А.В. Устюгов¹



¹ ООО «Капитал
Медицинское Страхование»

² Российская академия
народного хозяйства
и государственной службы
при Президенте
Российской Федерации

Реферат

Статья посвящена практическому значению экспертизы качества медицинской помощи, которую проводит страховая медицинская организация, для разрешения гражданских дел о возмещении морального вреда пациенту и его близким. На примере рассмотренных судами двух гражданских дел авторы разбирают, в каких ситуациях суду достаточно заключения страховой медицинской организации; показано, как материалы страховой экспертизы становятся опорой судебного решения даже там, где судебно-медицинская экспертиза прямой причинной связи не подтвердила.

Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, экспертиза качества медицинской помощи, судебно-медицинская экспертиза, страховая медицинская организация, моральный вред, защита прав пациента.

Защита прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС) приобрела в последние годы особую остроту в связи с устойчивым ростом числа жалоб и исков по делам о ненадлежащем оказании медицинской помощи и увеличением размеров взыскиваемой судами компенсации морального вреда родствен-

никам пациентов¹. По данным Федерального фонда ОМС (ФОМС)², за 9 месяцев 2025 года при экспертизе качества меди-

¹ Судов меньше, компенсации больше: как изменился характер «медицинских» споров // Информационный юридический портал «Сфера» URL: <https://legalacademy.ru/sphere/post/sudov-menshe-kompensacii-bolshe-kak-izmenilsya-harakter-meditsinskih-sporov> (дата обращения: 25.05.2026).

² В 2025 году ФОМС выявил почти 3 млн нарушений в ходе МЭЭ // Vademecum URL: <https://vademec.ru/news/2026/01/19/v-2025-godu-ffoms-vyyavil-pochti-3-mln-narusheniy-v-khode-mee/> (дата обращения: 25.05.2026).

цинской помощи (ЭКМП) выявлено более 1,8 млн нарушений, количество ЭКМП выросло более чем на 400 тыс. случаев относительно 2024 года. Принятие Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 15.11.2022 № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» (ППВС № 33) закрепило презумпцию вины медицинской организации и существенно расширило круг лиц, имеющих право требовать компенсацию морального вреда.

Правовая природа экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования и ее отличие от судебно-медицинской экспертизы

Страховая медицинская организация (СМО) в силу части 7 статьи 14 и статьи 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Федеральный закон № 326-ФЗ) уполномочена осуществлять контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. ЭКМП определена как выявление нарушений при оказании медицинской помощи, включая оценку своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата (часть 6 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ). Эксперт качества медицинской помощи – это врач-специалист с высшим образованием, действующим свидетельством об аккредитации или сертификатом, стажем работы по специальности не менее 10 лет, прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности и включенный

в Единый реестр экспертов качества медицинской помощи.

В отличие от судебно-медицинской экспертизы (СМЭ), регулируемой Федеральным законом от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» и направленной, прежде всего, на установление характера и тяжести вреда здоровью, причин смерти и наличия прямой причинно-следственной связи, ЭКМП ориентирована на оценку соответствия медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и клиническим рекомендациям. Таким образом, СМЭ и ЭКМП выполняют различные, но взаимодополняющие функции в доказывании по делам о защите прав застрахованных.

Вместе с тем застрахованные лица недостаточно осведомлены^{3,4} о ключевой роли СМО в реализации их прав. В современных спорах⁵ о ненадлежащем оказании медицинской помощи в системе ОМС все более заметную роль играют не только СМЭ, назначаемые судом, но и ЭКМП, проводимые СМО. Если ранее заключение страхового эксперта чаще воспринималось как внутренний инструмент контроля в системе ОМС, то в настоящее время оно нередко становится главным доказательством, способным повлиять на ход судебного разбирательства, определить предмет доказывания и подтвердить нарушение прав пациента либо его родственников. Именно в этом проявляется одна из наиболее значимых

³ Право на здоровье: под защитой или под вопросом? // ВЦИОМ URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/pravo-na-zdorove-pod-zashchitoy-ili-pod-voprosom> (дата обращения: 20.05.2026).

⁴ Качество медицинских услуг: запрос на жесткий контроль // ВЦИОМ URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/kachestvo-meditsinskikh-uslug-zapros-na-zhestkij-kontrol> (дата обращения: 20.05.2026).

⁵ Аналитический обзор судебных решений по искам пациентов к медицинским организациям // Журнал «Общественное здоровье» URL: <https://ph.elpub.ru/jour/article/view/152> (дата обращения: 25.05.2026).



Рис. 1. Различия правовой природы, целей и компетенций ЭКМП и СМЭ

тенденций развития правовых механизмов защиты застрахованных лиц в системе ОМС.

Специфика медицинских споров состоит в особой сложности доказывания, где пациент и его родственники обычно не обладают специальными знаниями и не могут самостоятельно оценить правильность диагноза, своевременность лечения, обоснованность выбранной тактики, а также влияние допущенных нарушений на исход заболевания. По этой причине центральное место в подобных делах занимают экспертные заключения СМО. СМЭ традиционно рассматривается как главный способ установления медицинских обстоятельств дела, включая характер заболевания, качество действий врачей, наличие дефектов медицинской помощи и причинную связь между этими дефектами и наступившими последствиями, однако практика⁶ показывает, что одной СМЭ во многих случаях недостаточно для всестороннего и справедливого разрешения спора.

Это связано с тем, что СМЭ не всегда позволяет полноценно оценить организационную

сторону оказания помощи, как, например, соблюдение маршрутизации пациента, своевременности перевода в медицинскую организацию более высокого уровня, преемственности между этапами лечения, полноты диагностического поиска, соблюдение порядков оказания помощи и т.д. ЭКМП, проводимая СМО, позволяет увидеть именно эти нарушения в их практическом выражении, поэтому ее значение в механизме защиты прав застрахованных по ОМС объективно возрастает (рис. 1).

Особая ценность экспертизы качества состоит в том, что она проводится в рамках уже существующей системы защиты прав застрахованного лица, где пациент или его родственники вправе обратиться в СМО с жалобой на качество оказанной помощи, после чего СМО проводится целевая экспертиза качества медицинской помощи.

В результате выявляются конкретные дефекты, дается профессиональная оценка, а к медицинской организации могут применяться финансовые санкции. Уже на этой стадии создается важная доказательственная база, которая в дальнейшем может использоваться

⁶ Апелляционное определение Омского областного суда от 29.05.2024 № 33-3179/2024, Апелляционное определение Омского областного суда от 01.02.2023 № 33-691/2023.

в суде. Таким образом, экспертиза качества приобретает двойное значение, она служит и средством контроля в системе ОМС, и инструментом защиты субъективных прав пациента.

Алгоритм действий страховой медицинской организации по защите прав застрахованных

Алгоритм действий СМО выглядит следующим образом: (1) прием обращения застрахованного лица или его законного представителя; (2) истребование медицинской документации на экспертизу; (3) назначение целевой/мультидисциплинарной ЭКМП с привлечением профильных экспертов из Единого реестра; (4) оформление заключения ЭКМП с указанием конкретных кодов дефектов и нарушенных клинических рекомендаций; (5) направление заключения в медицинскую организацию для возможного представления протокола разногласий; (6) применение финансовых санкций;

(7) информирование застрахованного о результатах; (8) досудебное урегулирование претензий; (9) при инициировании пациентом судебного спора – представление заключений ЭКМП в суд и вступление в дело в качестве третьего лица, не заявляющего самостоятельных требований (рис. 2).

Представленный алгоритм действий СМО по защите прав застрахованных лиц демонстрирует, что роль СМО не сводится к формальному контролю объемов и сроков оказания медицинской помощи, а включает в себя последовательное сопровождение пациента на всех этапах разрешения конфликта. Важным является то, что уже на стадии приема обращения и истребования медицинской документации закладывается основа будущей доказательственной базы, а качество работы специалистов СМО на этом этапе напрямую влияет на перспективы как досудебного урегулирования, так и возможного судебного спора.

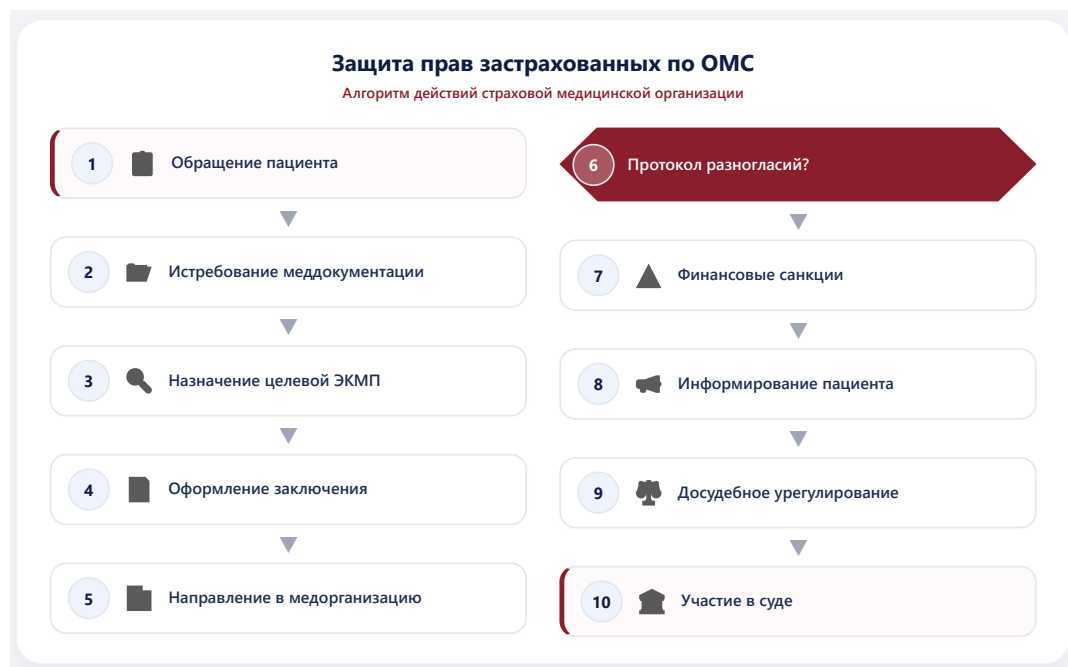


Рис. 2. Алгоритм действий СМО по защите прав застрахованных

Проведение экспертизы качества медицинской помощи позволяет не только выявить дефекты оказания помощи, но и структурировать их в терминах конкретных нарушенных клинических рекомендаций и порядков оказания медицинской помощи, что делает выводы экспертизы понятными для суда и других участников процесса.

Существенное значение имеет и этап взаимодействия с медицинской организацией, что стимулирует внутренний аудит оказанной помощи и нередко приводит к добровольному устранению части нарушений либо к признанию допущенных дефектов. Применение финансовых санкций влечет для медицинской организации экономические последствия и тем самым подчеркивает, что выводы экспертов СМО имеют не только теоретический, но и практический характер. Информирование застрахованного о результатах экспертизы способствует повышению его правовой грамотности, позволяет сформировать реалистичные ожидания относительно объемов и способов возможной компенсации и тем самым снижает риск эскалации конфликта. Досудебное урегулирование претензий на основе материалов экспертизы качества медицинской помощи во многих случаях позволяет достичь компромисса между пациентом и медицинской организацией без обращения в суд, что экономит ресурсы всех участников и снижает нагрузку на судебную систему. В тех же ситуациях, когда спор все же переходит в суд, участие СМО в качестве третьего лица и представление заключений ЭКМП обеспечивают необходимый баланс между интересами пациента и медицинской организации, позволяя суду опираться на всесторонний и объективный анализ качества оказанной помощи. В совокупности это придает алгоритму действий СМО системный харак-

тер и превращает его в устойчивый механизм реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и получение медицинской помощи надлежащего качества.

Судебная практика

Показателен пример, связанный с иском сына пациентки, умершей от распространенного гнойного перитонита на фоне болезни Крона⁷. После смерти матери истец обратился с требованиями о компенсации морального вреда к трем медицинским организациям, полагая, что при оказании помощи были допущены существенные нарушения. В качестве третьего лица в деле участвовала СМО. По обращению сына было проведено семь экспертиз качества медицинской помощи, в том числе мультидисциплинарных. В ходе этих экспертиз были установлены дефекты, связанные с невыполнением и ненадлежащим выполнением диагностических и лечебных мероприятий, нарушением преемственности, несвоевременным переводом пациентки в медицинскую организацию более высокого уровня, а также необоснованным назначением цефтриаксона.

Важно отметить, что выводы СМО не остались лишь результатом внутреннего контроля. По итогам проведенных экспертиз к медицинским организациям были применены финансовые санкции, которые были оплачены без разногласий. Это обстоятельство имеет существенное значение, поскольку свидетельствует о фактическом признании медицинской организацией выявленных дефектов. При рассмотрении дела суд первой инстанции назначил СМЭ. Ее выводы полностью совпали с выводами экспертиз качества, проведенных СМО. В результате именно ма-

⁷ Апелляционное определение Омского областного суда от 29.05.2024 № 33-3179/2024.

териалы страховой экспертизы легли в основу не только мотивировочной части решения суда, но и во многом предопределили предмет доказывания для СМЭ. Иск был удовлетворен частично, а в пользу истца взыскана компенсация морального вреда в общей сумме 1,7 млн рублей. Апелляционная инстанция оставила решение без изменения.

Этот пример показывает, что экспертиза качества медицинской помощи может играть не вспомогательную, а определяющую роль в судебном споре. По существу, СМО сформировала исходную профессиональную оценку ситуации, а СМЭ подтвердила ее правильность. Для защиты прав родственников умершего пациента это особенно важно, поскольку именно они чаще всего сталкиваются с наибольшими трудностями в сборе доказательств, получении медицинской документации и формулировании обоснованных претензий к нескольким медицинским организациям одновременно.

Не менее значим второй пример. Пациентка, поступившая в родильный дом для родоразрешения путем кесарева сечения, впоследствии предъявила иск о компенсации морального вреда в размере 1,5 млн рублей⁸. По делу была проведена СМЭ, которая не установила прямой причинной связи между дефектами оказания медицинской помощи и неблагоприятными последствиями. В рамках прежнего, более формального подхода такая ситуация могла бы привести к отказу в иске либо к присуждению минимальной компенсации. Однако в материалах дела имелось заключение экспертизы качества медицинской помощи, проведенной СМО. В нем были зафиксированы несвоевременное и ненадлежащее выполнение диагностических и лечебных

мероприятий, а также недооценка степени тяжести состояния пациентки.

Апелляционная инстанция, ссылаясь на ППВС № 33 и письмо ФОМС от 05.05.1998 № 1993/36.1-и «О методических рекомендациях «Возмещение вреда (ущерба) застрахованным в случае оказания некачественной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования»⁹, прямо указала, что отсутствие доказательств прямой причинно-следственной связи не может явиться основанием для отказа истцу в удовлетворении требований. Иначе говоря, суд признал, что само по себе нарушение права пациента на качественную и своевременную медицинскую помощь уже способно причинить нравственные страдания, заслуживающие компенсации. В результате размер компенсации был увеличен со 100 000 до 300 000 рублей именно на основании выводов экспертизы качества. Данный пример имеет принципиальное значение, поскольку подтверждает самостоятельную доказательственную силу заключения СМО даже в тех случаях, когда СМЭ не устанавливает прямую медицинскую причинную связь.

Выводы и предложения

Оба рассмотренных в статье случая позволяют сделать важный общий вывод: экспертиза качества медицинской помощи в ОМС фактически превратилась в один из действенных механизмов защиты прав застрахованных. Ее значение проявляется сразу в нескольких направлениях. Во-первых, ЭКМП позволяет выявить дефекты оказания медицинской помощи еще до начала судебного разбирательства. Во-вторых, она формирует профессиональную доказательственную базу

⁸ Апелляционное определение Омского областного суда от 01.02.2023 № 33-691/2023.

⁹ Документ признан подлежащим применению в части, не противоречащей действующему законодательству (письмо ФОМС от 26.04.2012 № 3021/80-1/и).

для пациента и его родственников. В-третьих, помогает суду оценить не только клиническую, но и организационную сторону дела. Наконец, она способствует признанию того, что нарушение права на качественную медицинскую помощь само по себе может служить основанием для компенсации морального вреда. При этом удовлетворение иска уже не ставится в прямую зависимость от того, подтвердили ли эксперты наличие причинно-следственной связи между дефектом помощи и наступившим вредом. Определяющую роль в формировании данного подхода сыграло в том числе Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации № 33.

Отсутствие у СМО устойчивого процессуального статуса создает риски при рассмотрении дел о защите прав застрахованных лиц. Формально СМО привлекается к участию в деле в качестве третьего лица, однако вопрос о таком привлечении решается судом по своему усмотрению, что приводит к отсутствию единообразного подхода в субъектах Российской Федерации. В одних регионах представители страховой организации активно участвуют в судебных заседаниях, в других – СМО даже не извещают о процессе.

В результате пациент оказывается в неравном положении перед медицинской организацией, располагающей квалифицированными юристами и возможностью привлечь собственного главного врача в качестве свидетеля. Для исправления данной ситуации представляется необходимым по аналогии с обязательным участием прокурора в делах о возмещении вреда жизни и здоровью гражданина закрепить правило об обязательном привлечении СМО к участию в делах, связанных с защитой прав застрахованных по ОМС, в качестве третьего лица, не заявляющего самостоятельных требований.

Не менее важно законодательно разграничить предметы СМЭ и экспертизы качества медицинской помощи. В настоящее время суды зачастую адресуют судебно-медицинским экспертам вопросы, не входящие в их компетенцию, что ведет к затягиванию процессов, порочности заключений и системным основаниям для оспаривания доказательств. Целесообразно закрепить следующее правило: соответствие порядкам оказания медицинской помощи и клиническим рекомендациям оценивает эксперт качества, а вред, его тяжесть и причинную связь (при необходимости) – судебно-медицинский эксперт.

Для корреспонденции

Борисов Даниил Вячеславович

*Руководитель Службы юридической практики ООО «Капитал МС»,
аспирант ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства
и государственной службы при Президенте Российской Федерации»*

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

Устюгов Антон Владимирович

Заместитель генерального директора ООО «Капитал МС», к.м.н.

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

Адрес: 115035, Москва, Кадашевская набережная, д. 30

МАРКЕРЫ НЕЭФФЕКТИВНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В РЕЕСТРАХ СЧЕТОВ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



Брудастов
Юрий Авенерович
Исполнительный директор
по экспертизе медицинской
помощи страховой компании
«СОГАЗ-Мед», д.м.н.



Толстов
Дмитрий Валерьевич
Генеральный директор
страховой компании
«СОГАЗ-Мед», к.б.н.



Плехов
Сергей Валентинович
Заместитель генерального
директора страховой
компании «СОГАЗ-Мед»,
к.ф.н.



Головин
Виталий Юрьевич
Главный аналитик
Управления методологии
экспертной деятельности
страховой компании
«СОГАЗ-Мед»

Введение

Представленные в настоящей работе сведения продолжают обзор результатов сплошного предиктивного анализа реестров счетов на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) [1–3]. Целью такого анализа в данном случае явилась оценка распространенности маркеров неэффективности диспансеризации взрослого населения (ДВН) в реестрах счетов, в том числе при декомпозиции данных до уровня регионов и отдельных медицинских организаций. Подобные масштабные сравнительные исследования сегодня возможны только в информационных системах (базах данных) крупнейших страховых медицинских организаций и в отечественной литературе публикуются впервые.

В качестве маркеров неэффективности ДВН авторы использовали показатели невыявления ранее установленных хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), являющихся основными причинами смертности населения РФ.

Авторы придерживаются мнения о существенно большей ценности такой информации для пациентов, по сравнению с процессными показателями, например, сведениями об охвате населения ДВН, поскольку эти сведения характеризуют неоднородность результативности и эффективности первичного звена здравоохранения как меру неоднородности реализации права граждан РФ на получение качественной медицинской помощи и/или меру ограничения ее доступности.

Материалы и методы исследования

Основой для исследования явились реестры счетов на оплату медицинской помощи в системе ОМС в 55 субъектах РФ с общей среднепятилетней численностью застрахованных 38,4 млн человек.

Для определения частоты выявления тех или иных групп заболеваний по результатам ДВН проанализированы все случаи ДВН, включая все случаи профилактических медицинских осмотров (ПМО), связанные с застрахованными в АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» и оплаченные в системе ОМС в 2025 году.

Для определения маркеров невыявления ХНИЗ для всех лиц, прошедших ДВН в 2025 году, дополнительно анализировались ретроспективные данные обо всех случаях оказания медицинской помощи в 2024 году. К лицам с ранее установленными ХНИЗ отнесены пациенты, которым в предшествующем ДВН году не менее двух раз оказывалась медицинская помощь с соответствующим диагнозом ХНИЗ.

Из всех установленных при ДВН заболеваний маркеры невыявления ХНИЗ были определены для следующих групп диагнозов:

- 1) АГ – артериальная гипертония (I10–I15.9);
- 2) ИБС – ишемическая болезнь сердца, нарушения сердечного ритма, сердечная недостаточность (I20–I20.9; I25.1–I25.2; I47–I50);
- 3) ЦВЗ – цереброваскулярные заболевания (I65.2; I67–I67.9; I69–I69.4);
- 4) СД – сахарный диабет (E11–E14);
- 5) ХБОД – хронические заболевания органов дыхания (J40–J45.9; J47–J47.9).

Все подвергнутые анализу случаи невыявления ХНИЗ обобщены до уровня одного

пациента, соответственно, все приведенные ниже в тексте и таблицах данные о количестве и/или частоте диагнозов отражают количество лиц (пациентов).

Статистическая обработка результатов проводилась стандартными методами вариационной статистики [4].

Результаты

В 2025 году общее число оплаченных случаев ДВН (включая ПМО) в регионах «СОГАЗ-Мед» составило 15 771 432 человека. Для всех этих пациентов дополнительно был проведен ретроспективный анализ оказанной в 2024 году медицинской помощи.

Результаты анализа частоты маркеров невыявления ХНИЗ в разрезе регионов представлены в *таблице*.

Общее число пациентов с двумя и более случаями оказания медицинской помощи в предшествующем ДВН году с диагнозами группы АГ составило 4 141 695, из которых у 725 202 (17,5%) соответствующий диагноз по результатам ДВН в 2025 году не был установлен.

Для группы диагнозов ИБС аналогичные цифры составили 747 758 и 435 118, процент невыявления – 58,2%.

Для группы диагнозов СД – 969 955 и 464 660 соответственно с долей «промахов» 47,9%.

Для группы диагнозов ХБОД – 344 149 и 195 766 с долей «промахов» 56,9%.

Для группы диагнозов ЦВЗ – 773 790 и 518 489 с долей невыявленных случаев – 67,0%.

Совокупное число невыявленных диагнозов ХНИЗ (неуникальных пациентов) составило 2 339 235 из 6 977 347, т.е. совокупная доля «промахов» диспансеризации составила 33,5%. Наименьшая доля невыявленных ХНИЗ, показанная для группы диагнозов АГ, обусловлена высокой частотой АГ в популяции взрослых людей.

Таблица

Маркеры невыевления ХНИЗ по результатам диспансеризации

Регион	ДВН 2025	АГ 2024	АГ(-)	АГ(-)%	ИВС 2024	ИВС (-)	ИВС (-)%	СД 2024	СД (-)	СД (-)%	ХВОД 2024	ХВОД (-)	ХВОД (-)%	ЦВЗ 2024	ЦВЗ (-)	ЦВЗ (-)%
Амурская область	320 733	70 176	12 941	18,4%	15 330	9 326	60,8%	16 340	8 117	49,7%	5 973	3 299	55,2%	16 822	11 693	69,5%
Архангельская область	260 216	72 989	8 276	11,3%	10 920	6 543	59,9%	20 722	7 209	34,8%	7 130	3 576	50,2%	8 184	5 523	67,5%
Астраханская область	373 043	123 971	27 301	22,0%	14 021	10 954	78,1%	24 905	16 144	64,8%	7 333	4 713	64,3%	33 221	20 501	61,7%
Брянская область	75 264	22 884	1 870	8,2%	3 266	1 881	57,6%	5 647	4 846	85,8%	1 434	960	66,9%	2 105	1 719	81,7%
Волгоградская область	368 619	100 032	16 120	16,1%	16 789	7 173	42,7%	19 976	5 325	26,7%	4 192	2 202	52,5%	10 927	6 157	56,3%
Вологодская область	479 299	113 804	23 503	20,7%	17 701	11 171	63,1%	30 239	12 811	42,4%	9 800	5 009	51,1%	16 184	11 859	73,3%
Воронежская область	575 703	208 678	9 577	4,6%	27 597	12 690	46,0%	28 574	6 614	23,1%	8 493	3 676	43,3%	32 899	20 825	63,3%
г. Байконур	3 603	318	31	9,7%	44	9	20,5%	106	6	5,7%	12	2	16,7%	8	4	50,0%
г. Санкт-Петербург	980 319	244 948	60 146	24,6%	55 961	32 464	58,0%	50 152	27 866	55,6%	23 800	15 847	66,6%	69 305	41 672	60,1%
Еврейская АО	6 232	687	294	42,8%	157	132	84,1%	325	180	55,4%	108	79	73,1%	236	206	87,3%
Ивановская область	300 528	85 470	12 233	14,3%	7 865	6 301	80,1%	20 811	11 189	53,8%	3 856	2 570	66,6%	14 271	10 177	71,3%
Иркутская область	809 572	202 887	53 723	26,5%	36 999	25 272	68,3%	53 925	28 035	52,0%	20 809	12 525	60,2%	35 838	27 053	75,5%
Калининградская область	252 798	37 295	13 911	37,3%	9 004	7 329	81,4%	13 921	5 131	36,9%	2 778	2 055	74,0%	10 002	7 941	79,4%
Калужская область	202 800	47 158	5 970	12,7%	10 355	2 643	25,5%	15 520	1 112	7,2%	6 835	1 715	25,1%	15 845	6 447	40,7%
Камчатский край	71 845	15 830	3 144	19,9%	3 493	2 596	74,3%	4 823	2 913	60,4%	1 255	923	73,5%	2 421	1 952	80,6%
Кировская область	399 275	104 236	14 718	14,1%	14 110	11 059	78,4%	23 443	15 040	64,2%	8 617	5 312	61,6%	15 251	11 826	77,5%
Костромская область	62 838	17 998	1 607	8,9%	2 895	1 225	42,3%	4 166	961	23,1%	944	364	38,6%	2 598	1 628	62,7%
Краснодарский край	414 420	106 886	16 638	15,6%	12 259	9 080	74,1%	20 138	9 723	48,3%	4 900	3 380	69,0%	19 941	14 605	73,2%
Красноярский край	279 494	59 089	5 552	9,4%	15 807	9 102	57,6%	15 982	4 971	31,1%	6 694	3 352	50,1%	11 826	9 918	83,9%
Курская область	269 635	73 652	14 096	19,1%	10 524	6 723	63,9%	17 323	9 888	57,1%	6 272	4 101	65,4%	4 061	3 302	81,3%
Ленинградская область	333 003	84 138	15 053	17,9%	13 387	8 493	63,4%	18 897	8 289	43,9%	6 533	4 066	62,2%	12 559	8 755	69,7%
Липецкая область	196 968	40 437	3 199	7,9%	19 221	3 064	15,9%	9 270	911	9,8%	3 067	750	24,5%	6 252	3 077	49,2%
Магаданская область	46 020	7 825	1 811	23,1%	1 341	913	68,1%	2 412	1 390	57,6%	827	509	61,5%	1 016	887	87,3%
Московская область	945 185	275 332	66 190	24,0%	58 525	39 608	67,7%	78 524	37 730	48,0%	24 284	17 486	72,0%	54 535	41 545	76,2%
Мурманская область	128 773	29 266	7 746	26,5%	6 747	4 844	71,8%	9 543	3 926	41,1%	4 477	2 748	61,4%	4 056	3 111	76,7%
Нижегородская область	695 902	204 795	32 435	15,8%	54 266	30 810	56,8%	60 874	31 154	51,2%	22 727	13 165	57,9%	52 272	39 226	75,0%
Новгородская область	67 395	15 509	2 564	16,5%	3 311	1 881	56,8%	4 203	1 269	30,2%	1 164	559	48,0%	2 490	1 680	67,5%
Новосибирская область	459 863	121 120	22 778	18,8%	14 715	11 468	77,9%	23 682	14 252	60,2%	11 989	7 389	61,6%	18 335	14 818	80,8%
Омская область	285 193	83 716	15 932	19,0%	8 942	5 396	60,3%	16 855	4 786	28,4%	14 355	6 667	46,4%	8 071	5 516	68,3%

Окончание таблицы

Регион	ДВН 2025	АГ 2024	АГ(-)	АГ(-)%	ИБС 2024	ИБС (-)	ИБС (-)%	СД 2024	СД (-)	СД (-)%	ХБОД 2024	ХБОД (-)	ХБОД (-)%	ЦВЗ 2024	ЦВЗ (-)	ЦВЗ (-)%
Оренбургская область	432 891	125 205	20 157	16,1%	17 802	13 493	75,8%	26 629	20 673	77,6%	10 677	7 896	74,0%	26 654	19 467	73,0%
Орловская область	207 899	57 250	4 263	7,4%	7 330	4 126	56,3%	11 525	4 633	40,2%	3 677	1 843	50,1%	4 442	3 719	83,7%
Республика Адыгея	175 302	48 533	7 164	14,8%	6 482	4 345	67,0%	8 601	7 449	86,6%	1 353	898	66,4%	8 980	6 422	71,5%
Республика Башкортостан	198 606	47 653	869	1,8%	7 792	1 013	13,0%	11 123	120	1,1%	10 462	2 342	22,4%	23 413	4 060	17,3%
Республика Бурятия	208 923	46 004	10 596	23,0%	9 190	5 765	62,7%	15 237	6 834	44,9%	3 678	2 381	64,7%	11 355	7 702	67,8%
Республика Калмыкия	102 555	30 337	4 505	14,8%	4 083	2 402	58,8%	6 663	2 850	42,8%	1 834	849	46,3%	2 747	1 915	69,7%
Республика Коми	136 128	32 807	1 679	5,1%	4 376	1 226	28,0%	9 588	2 017	21,0%	3 169	848	26,8%	7 228	2 721	37,6%
Республика Марий Эл	262 268	73 627	6 724	9,1%	6 333	3 058	48,3%	16 701	5 380	32,2%	4 898	1 659	33,9%	15 493	7 580	48,9%
Республика Мордовия	168 832	49 153	8 285	16,9%	10 936	6 928	63,4%	9 798	5 655	57,7%	4 045	2 359	58,3%	4 510	3 447	76,4%
Ростовская область	199 611	47 363	10 102	21,3%	8 575	5 292	61,7%	11 040	4 546	41,2%	2 943	1 921	65,3%	6 189	4 993	80,7%
Рязанская область	402 231	125 061	13 069	10,5%	18 111	10 262	56,7%	21 669	10 624	49,0%	7 154	4 014	56,1%	28 874	17 895	62,0%
Саратовская область	565 868	121 284	32 631	26,9%	50 179	19 481	38,8%	31 258	25 404	81,3%	5 872	4 695	80,0%	24 386	16 651	68,3%
Сахалинская область	159 614	29 226	4 591	15,7%	7 273	4 067	55,9%	12 080	4 279	35,4%	4 448	2 654	59,7%	6 701	5 011	74,8%
Свердловская область	575 803	128 972	20 598	16,0%	20 926	11 325	54,1%	33 034	12 071	36,5%	14 497	6 583	45,4%	23 809	15 342	64,4%
Смоленская область	53 665	13 603	1 358	10,0%	6 317	1 081	17,1%	3 830	414	10,8%	1 583	368	23,2%	1 773	948	53,5%
Ставропольский край	264 163	67 788	12 366	18,2%	7 425	5 541	74,6%	13 083	9 411	71,9%	3 317	2 503	75,5%	13 732	9 600	69,9%
Тамбовская область	468 828	181 281	16 282	9,0%	28 675	18 742	65,4%	28 409	21 172	74,5%	7 565	4 935	65,2%	20 648	17 634	85,4%
Томская область	241 756	52 284	10 070	19,3%	15 151	6 964	46,0%	18 016	4 786	26,6%	7 757	3 257	42,0%	12 451	7 544	60,6%
Тюменская область	220 917	58 092	16 083	27,7%	6 363	5 355	84,2%	16 061	10 803	67,3%	5 319	3 572	67,2%	8 586	6 154	71,7%
Удмуртская Республика	120 095	19 082	7 120	37,3%	4 954	3 187	64,3%	7 416	3 742	50,5%	2 931	1 961	66,9%	4 135	3 242	78,4%
Ульяновская область	117 691	31 933	5 997	18,8%	5 675	3 055	53,8%	8 924	3 695	41,4%	3 091	1 563	50,6%	9 083	5 762	63,4%
Хабаровский край	521 114	119 287	24 491	20,5%	18 378	12 144	66,1%	20 537	8 377	40,8%	6 891	3 784	54,9%	17 992	10 831	60,2%
Ханты-Мансийский АО	77 241	16 949	2 060	12,2%	3 354	1 411	42,1%	5 413	1 476	27,3%	1 200	526	43,8%	1 813	1 059	58,4%
Челябинская область	58 417	13 824	3 543	25,6%	1 983	1 291	65,1%	2 527	1 147	45,4%	2 686	1 788	66,6%	2 158	1 336	61,9%
Ямало-Ненецкий АО	85 419	18 143	5 684	31,3%	2 622	1 907	72,7%	5 131	2 942	57,3%	992	628	63,3%	1 430	1 230	86,0%
Ярославская область	81 057	15 828	5 556	35,1%	1 921	1 507	78,4%	4 364	2 372	54,4%	1 452	940	64,7%	3 677	2 601	70,7%
Общий итог	15 771 432	4 141 695	725 202	17,5%	747 758	435 118	58,2%	969 955	464 660	47,9%	344 149	195 766	56,9%	773 790	518 489	67,0%

Примечания: ДВН 2025 – число лиц, прошедших ДВН в 2025 году; АГ 2024, ИБС 2024, СД 2024, ХБОД 2024, ЦВЗ 2024 – число лиц, прошедших ДВН в 2025 году, которым ранее был установлен диагноз соответствующего ХНИЗ; АГ(-) и АГ(-)% – абсолютное число и доля случаев выявления АГ по результатам диспансеризации; аналогично для ИБС(-)/ИБС(-)%, СД(-)/СД(-)%, ХБОД(-)/ХБОД(-)%, ЦВЗ(-)/ЦВЗ(-)%.

Важное наблюдение: анализ варьирования доли пациентов с ранее установленными ХНИЗ из числа прошедших ДВН указывает на существенно меньшие колебания этой доли по сравнению с колебаниями частоты «промахов» (коэффициенты вариабельности вдвое ниже). Это свидетельствует о том, что при прохождении ДВН в выборку пациентов попадает более или менее прогнозируемое число лиц с ранее установленными ХНИЗ, в то время как маркеры невыявления ранее установленных ХНИЗ в большей степени зависят от конкретных практик на местах. Эта закономерность еще более заметна при декомпозиции данных до уровня отдельных поликлиник.

Обсуждение

В целом результаты анализа распространенности маркеров невыявления ХНИЗ указывают на несколько, на наш взгляд, важных аспектов проблемы эффективности работы первичного здравоохранения.

Во-первых, доля «промахов» ДВН остается чрезвычайно высокой, составляя для АГ около 20%, для ИБС, СД, ХОБД и ЦВЗ – от половины до 2/3 случаев. Монетизация такой неэффективности указывает на значительные финансовые потери системы из-за неэффективности: при 2,34 млн «промахов» даже с учетом целевого значения коэффициента коморбидности, равного 1,3–1,5, и при средней стоимости ДВН в несколько тысяч рублей совокупные нерациональные расходы системы оцениваются нами в 70–80 млрд рублей ежегодно только в масштабах «СОГАЗ-Мед» и только на одном типе неэффективности.

Во-вторых, маркеры невыявления ранее установленных ХНИЗ являются не единственными признаками низкого качества ДВН. К подобным широко распространенным признакам относятся и такие феномены, как нулевая

или, наоборот, сверхвысокая результативность, аномальная однородность результатов, выраженные диспропорции в частоте выявляемых диагнозов, высокая частота малозначимых («мусорных») диагнозов, разрывы в преемственности скрининга и последующего наблюдения и целый ряд других маркеров. Поиск и фиксация таких признаков в реестрах счетов могут и должны стать стандартными процедурами предиктивного анализа реестров как этапа внешнего или внутреннего контроля.

Наконец, исследование причин описанной неэффективности неизбежно приводит нас к необходимости переосмысления того, что отрасль (система) должна дать врачам первичного звена (помимо планов и заданий) в условиях жесткого дефицита кадров и времени, недостаточной функциональности информационных систем и прогрессивного уничтожения «участковости» в работе поликлиник. В отведенное на прием крайне ограниченное время и в условиях отсутствия информации о пациенте (особенно это касается врачей выездных бригад) у врача почти нет шансов достоверно оценить состояние пациента, а у пациента – получить важные сведения о своих заболеваниях.

Литература:

1. Брудастов Ю.А., Толстов Д.В., Плехов С.В. Система поддержки принятия решений на основе данных первичного звена здравоохранения // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2024. – №5. – С. 11–15.
2. Брудастов Ю.А., Толстов Д.В., Плехов С.В. Онконастороженность как количественная функция первичного звена здравоохранения // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2025. – №2. – С. 44–53.
3. Брудастов Ю.А., Толстов Д.В., Плехов С.В. Длительность диагностики онкозаболеваний по данным реестров счетов в системе обязательного медицинского страхования // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2026. – №1. – С. 61–70.
4. Ланг Т.А. Описание статистики в медицине. Руководство для авторов, редакторов и рецензентов / Т.А. Ланг, М. Сесик. – М.: Практическая медицина. – 2011. – 477 с.

УДК 614.2

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВОЙ ТРАВМЫ – КОНСТИТУЦИОННАЯ ГАРАНТИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБЩЕСТВА. ЧАСТЬ 3

А.А. Старченко¹, Д.В. Альперович¹, Е.И. Ковалева², А.В. Устюгов¹



¹ ООО «Капитал МС»

² ГБУ Ростовской
области «Госпиталь
для ветеранов войн»

23 апреля 2026 года Правительство РФ внесло на рассмотрение Государственной Думы РФ проект Федерального закона «О внесении изменений в статьи 44 и 49 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», подготовленный в целях совершенствования обеспечения ветеранов боевых действий и членов их семей мерами поддержки в сфере охраны здоровья путем организации учета медицинской помощи, оказываемой ветеранам боевых действий и членам их семей, а также адресного информационного сопровождения указанных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи с 1 июня 2027 года.

Утверждение указанного законопроекта позволит страховым представителям системы обязательного медицинского страхования (ОМС) оперативно осуществлять меры индивидуального информационного сопровождения ветеранов и членов их семей, в том числе на трех этапах медицинской реабилитации, физиотерапевтического лечения, лечебной физкультуры, профилактики осложнений и последствий боевой травмы, а также развивающихся в посттравматическом периоде возможных коморбидных состояний.

В рамках индивидуального информационного сопровождения страховые представители на основе опросов и анкетирования смогут установить проблемы, возникающие у ветерана и членов его семьи на любом этапе взаимодействия с медицинскими организациями, в том числе на этапах медицинской реабилитации, оперативно устранить их причины и разрешить назревшие вопросы, а также оценить качество оказанной реабилитационной медпомощи.

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) признаны единые критерии оценки системы реабилитации, включающие:

1. Максимально раннее начало проведения реабилитации.
2. Непрерывность реабилитации.
3. Строгое соблюдение этапности реабилитации и преемственности (маршрутизация инвалида на стационарный, санаторно-курортный и амбулаторный этапы).
4. Комплексный подход к медицинской реабилитации (терапевтические, хирургические, ортопедические методы лечения, лечебная физкультура, физиотерапия и массаж).
5. Индивидуальный подход к каждому.
6. Активное вовлечение инвалида в процесс реабилитации.
7. Единый подход к оценке реабилитационных мероприятий и контролю за их эффективностью. В международной практике используются следующие классификации для проведения реабилитационно-абилитационной экспертной оценки:
 - 1) Международная классификация нарушений, ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН);

- 2) Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ). МКФ наиболее применима в оценке эффективности медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалидов и качества их жизни в динамике, до и после реабилитационного воздействия.

Г.Н. Пономаренко и соавт. (2024) представили результаты наукометрического анализа публикационного потока информации «Боевая травма». Научное сопровождение мероприятий, проводимых в рамках лечения и реабилитации пациентов с боевой травмой, является неотъемлемой частью процесса повышения качества оказания медицинских услуг. С 2022 года не отмечается значительного увеличения количества публикаций по теме боевой травмы. По состоянию на начало марта 2023 года российские ученые публикуют основные результаты своих научных исследований преимущественно в отечественных журналах. Количество российских журналов составляет 124 (15-е место в общемировом рейтинге), что в 36,6 раза ниже, чем в США. В то же время по количеству публикаций в этих журналах Российская Федерация занимает 7-е место (7852 публикации), что в 27 раз меньше, чем количество публикаций в американских журналах. Очевидной является необходимость увеличения отечественных публикаций по боевой травме и ее последствиях, в том числе по проблемам медицинской реабилитации пострадавших с последствиями боевой травмы.

Е.В. Гамеева и соавт. (2024) в работе «Взгляд на реабилитацию пациентов после ампутации» высказывают типичную

для российской медицинской действительности мысль – сами пациенты виноваты в отсутствии мер реабилитации после ампутаций: «До недавнего прошлого пациенты, перенесшие ампутацию, после получения протезов уделяли реабилитационному процессу мало внимания». Однако целенаправленный поиск литературных обзоров, методов, методик и руководств по постпротезной реабилитации пострадавших показывает отсутствие таковых. Авторы данной тезисной статьи, как и большинство других специалистов восстановительной медицины, в реабилитации пострадавших с ампутациями не предлагают постпротезного этапа, ограничиваясь разработанным ими протоколом реабилитации ампутантов, состоящим из четырех основных периодов: I – предоперационный, II – послеоперационный и предпротезный, III – протезная подгонка и IV – медико-социальная, психологическая, профессиональная реабилитация и последующее наблюдение. Авторы предлагают «последующее наблюдение по завершении курса реабилитации, которое продолжается как минимум до 18–20 месяцев». Печальна и констатация авторами тезиса: «Четких правил выбора необходимых процедур и определения длительности каждого этапа и всего реабилитационного процесса после ампутации конечностей не существует».

При этом в работе «Реабилитация участников боевых действий: опыт ФГБУ «ФНКЦ МРИК ФМБА России» Е.В. Гамеева (2024) сообщила, что за период с 2015 по 2024 год в лечебно-реабилитационном центре (ЛРЦ) комплексную мультидисциплинарную реабилитацию получили 247 участников боевых действий, т.е. всего 20 пострадавших в год. За 10 лет постпротезную реабилитацию по-

лучил 51 пострадавший. Эти данные специализированного реабилитационного центра иллюстрируют крайне низкую доступность постпротезной реабилитации для пострадавших с боевой травмой в регионах и отсутствие разработанных клинических, методических или инструктивных рекомендаций по ее практическому выполнению.

В.И. Радута и соавт. (2024), анализируя правовые и организационные аспекты реабилитации инвалидов вследствие военной травмы в РФ на региональном уровне, заключают: осуществление мероприятий в области реабилитации инвалидов вследствие военной травмы на региональном уровне является актуальной задачей государства, решение которой обусловлено:

- 1) наличием в обществе лиц, инвалидность у которых наступила вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных при защите Родины, в том числе в связи с пребыванием на фронте, прохождением военной службы на территориях других государств, где велись боевые действия, или при исполнении иных обязанностей военной службы;
- 2) наделением органов государственной власти субъектов Российской Федерации правом установления дополнительных социальных гарантий гражданам Российской Федерации, уволенным с военной службы;
- 3) необходимостью обеспечения безопасности страны в связи с проведением специальной военной операции (СВО).

Д.В. Тришкин (2024), подводя итоги деятельности медицинской службы Вооруженных Сил РФ в 2023 году и задачах на 2024 год, указал, что 98% военнослужащих выписаны по выздоровлению после

лечения по поводу ранений и травм, летальность на этапах оказания медицинской помощи составила 0,43%, инвалидизация – 2,1%. К задачам на 2024–2025 годы отнесено повышение объема и качества реабилитационных мероприятий.

Р.Р. Касимов и соавт. (2024) отмечают, что в общей структуре ранений в современном региональном вооруженном конфликте высокой интенсивности в активную фазу боевых действий сочетанные и множественные ранения составляют соответственно 70,5 и 20,3%. По локализации ведущих повреждений преобладают ранения конечностей – 81,4% всех поступающих раненых. Частота осколочных ранений достигает 79,3%. Доля тяжелых и крайне тяжелых ранений увеличивается и достигает 34,6%, отмечается высокая частота (69%) проникающих ранений, что необходимо учитывать при планировании работы этапов медицинской эвакуации.

А.П. Божченко и соавт. (2024) представили структуру смертельного травматизма в современном вооруженном конфликте: ведущее место в структуре смертельного травматизма по виду повреждающего фактора и соответствующему ему механизму травмирующего воздействия занимает взрывная травма (74,5%), далее следуют огнестрельная (14,7%), термическая (4,3%), тупая (4,3%) и другие виды травмы (1,7%), а также случаи, когда причина смерти не установлена (0,5%). В структуре взрывных повреждений на голову приходится 54,8%, шею – 20,4%, грудь – 48,6%, живот – 31,1%, таз – 13,6%, верхние конечности – 25,3% и на нижние конечности – 39,8% (имелись частые случаи сочетанных повреждений). В силу преимущественно прицельной стрельбы огнестрельные повреждения

сравнительно часто располагаются в жизненно важных областях тела: на голову приходится 33,9% огнестрельных повреждений, на шею – 7,1%, грудь – 42,3% (больше всего), живот – 11,7%, таз – 4,2%, верхние конечности – 4,2% и на нижние конечности – 11,3% (часть повреждений носила сочетанный характер). Повреждения при огнестрельной травме, как правило, одиночные (83,7%), реже два и более (16,3%). Из множественных повреждений большинство – сочетанные (89,7%), меньшая часть – изолированные (10,3%).

В.А. Кузьмина и соавт. (2024) представили судебно-медицинскую характеристику повреждений, причиненных сферическими поражающими элементами боеприпасов реактивных систем залпового огня – шариками из вольфрама, количество которых может достигать 182 тыс. единиц, а скорость – более 1 000 м/с. Характерной особенностью повреждений, причиненных сферическими поражающими элементами, является преобладание объема внутренних повреждений над наружными: при ранениях головы отмечались выраженное размозжение вещества головного мозга, тотальное субарахноидальное кровоизлияние; при ранении груди часто регистрировались дырчатые переломы ребер, повреждения легких, диафрагмы, органов живота; при ранении конечностей – многооскольчатые переломы, по объему значительно превышающие размер поражающего элемента. У выживших пострадавших возможно длительное носительство таких инородных тел, что потребует дополнительных мер медицинской реабилитации.

М.А. Кислов и соавт. (2024) сообщили о характере повреждений головы в зависимости от специфики военного конфликта:

ведение городских боев, а также боестолкновения на предельно близкой дистанции объясняют статистику множественных ранений от огнестрельного оружия среди гражданского населения – явное преобладание огнестрельного типа ранения (71,9%) над взрывной травмой (27,5%).

С.Н. Переходов и соавт. (2024) сообщили об особенностях ранений современным огнестрельным оружием. Отдельную группу составляют минно-взрывные ранения, возникающие при взрыве противопехотных и других мин. Эти повреждения, как правило, очень тяжелые, сопровождаются множественными раздробленными переломами, прежде всего костей кисти, стопы и нижней трети голени с массивными отслойками мышечных групп и обнажением кости на большом протяжении. Повреждения носят преимущественно сочетанный характер из-за общего воздействия взрывной волны значительной интенсивности на организм пострадавшего. Заброневая контузионная травма, возникающая при непробитии бронежилета пулями современного стрелкового оружия, характеризуется не только внешними проявлениями в виде ушибов и гематом кожи и подкожной клетчатки, но и достаточно выраженными контузионными повреждениями внутренних органов грудной клетки (в первую очередь – легких и сердца), часто приводящих к гибели раненых. Крупные очаги ушибов и кровоизлияний в легких (посттравматический пульмонит) приводят к воспалительным процессам на фоне внутриклеточных и внутрибронхиальных кровоизлияний и гематом (абсцесс, пневмония, свернувшийся гемоторакс, эмпиема плевры, аспирация, ателектаз) с развитием тяжелой дыхательной недостаточности.

Контузионные повреждения сердца наиболее часто сопровождаются формированием ишемических и аритмических расстройств миокарда.

Р.Р. Касимов и соавт. (2025) представили современную структуру боевой хирургической травмы и особенности оказания хирургической помощи в передовых медицинских группах в неактивную фазу боевых действий. При истощении огневого ресурса противника основным его средством огневого поражения стали разведывательно-ударные малые беспилотные летательные аппараты (БПЛА), как сбрасывающие взрывные боеприпасы, так и содержащие их в своей конструкции (типа камикадзе). Это коренным образом изменило облик современной войны и привело к трансформации величины и структуры санитарных потерь, боевой и медико-тактической обстановки, определяющих принципиальные особенности организации лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий. В частности, активное использование противником таких БПЛА как на линии боевого соприкосновения, так и на путях подвоза и эвакуации приводит к невозможности осуществить своевременную транспортировку раненых, а также оказать им исчерпывающую и своевременную медицинскую помощь. Общая структура боевой хирургической травмы (n=1 186): пулевые ранения – 2%; осколочные ранения – 67%; взрывные поражения – 5%; механические повреждения (закрытая и открытая травма) – 23%. Структура средств огневого поражения опрошенных раненых (n=5 813): стрелковое вооружение (пулевые ранения) – 4%; артиллерийские боеприпасы (осколочные ранения и взрывные поражения – 21%; сбросы боеприпасов с БПЛА и «дроны-камикадзе»

(осколочные ранения и взрывные поражения) – 76%. Абсолютное большинство огнестрельных ранений было связано с воздействием боевых БПЛА противника: главная особенность неактивной фазы боевых действий – широкое применение противником БПЛА, это ведет к тому, что 3/4 раненых получают поражения именно от БПЛА. Кроме того, БПЛА противника способны воздействовать не только на боевые порядки наших войск, но и на этапы медицинской эвакуации, пути эвакуации раненых, увеличивая их срок и усиливая тяжесть травм в отсутствие быстрой эвакуации. Распределение пострадавших по тяжести ранения: легкое – 71%; средней тяжести – 9%; тяжелое – 18%; крайне тяжелое – 1,3%. Наблюдается отчетливая тенденция доминирования частоты ранений конечностей (77%). Тяжелые ранения, причиненные БПЛА, характеризуются обширными мягкоткаными дефектами, отрывами и разрушениями сегментов конечностей, переломами длинных трубчатых костей, сочетанными множественными ранениями груди, живота и конечностей; одновременными отравami руки и ноги.

А.П. Божченко и соавт. (2024) представили результаты сравнительного анализа структуры боевой травмы (по локализации повреждений) на клиническом и секционном материале: структура боевой травмы по локализации повреждений отличается на клиническом и секционном материале. На секционном материале значительно чаще встречается сочетанная травма при более частой локализации повреждений в области головы, груди, живота и таза и более редкой – в области конечностей. С сочетанным характером травмы прямо и сильно коррелирует ее тяжесть,

а значит, и риск наступления летального исхода. Так, на секционном материале доля травмы головы составила 43,5%, а на клиническом – 20% (или 30%). Это свидетельствует о том, что пострадавшие с тяжелой травмой головы чаще погибали до оказания медицинской помощи, не определяя в дальнейшем структуру санитарных потерь. В еще большей мере это характерно для травмы груди, для которой соответствующие показатели составили 44,5 и 4–9%, и для травмы живота, для которой соответствующие показатели составили 22,5 и 6,6–9%, а также в меньшей степени для травмы таза, для которой соответствующие показатели составили 9,5 и 1,7–5%. Вместе с этим для травмы конечностей наблюдается обратная закономерность – на секционном материале доля этого вида травмы составила 22%, а на клиническом – 53–60%. Это свидетельствует о том, что пострадавшие с травмами конечностей реже умирали до оказания медицинской помощи в сравнении, например, с травмами головы.

Т.С. Чернякина и соавт. (2024) подвели итоги реализации государственной политики по выполнению положений конвенции о правах инвалидов в РФ: в 2021 году исполнилось 10 лет с момента старта государственной программы РФ «Доступная среда», а в 2022 году – 10 лет с момента ратификации Конвенции о правах инвалидов. Все эти годы происходила работа по совершенствованию национального законодательства, корректировке и модернизации государственной программы «Доступная среда» с учетом мнения граждан с инвалидностью и общественных организаций, представляющих интересы инвалидов. Обеспечение реализации всех прав инвалидами является сложной задачей по причине значительной

численности инвалидов в стране, большой протяженности территории и удаленности сельских населенных пунктов от городов с развитой инфраструктурой. Мониторинг выполнения госпрограммы позволяет сделать вывод, что в 2021 году практически все показатели достигли целевых значений, улучшение доступности окружающей среды позволило инвалидам реализовать свое право на получение различных услуг социального обслуживания, образования, здравоохранения, культуры, физической культуры и спорта, о чем свидетельствуют показатели удовлетворенности инвалидов доступностью объектов и качеством оказанных услуг – более 75% опрошенных. Важным достижением информационной работы СМИ и образовательных организаций является увеличение доли инвалидов, положительно оценивающих отношение населения к проблемам инвалидов, в общей численности опрошенных инвалидов – до 77,7%, а доли граждан, признающих навыки, достоинства и способности инвалидов, в общей численности опрошенных граждан – до 87,8%. На реализацию права инвалидов вести самостоятельный образ жизни направлено дальнейшее развитие комплексной реабилитации, включая раннюю помощь, услуги сопровождения, альтернативных форм жизнеустройства инвалидов.

Е.О. Нефедова в диссертационном исследовании «Медицинская реабилитация больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с ампутацией нижних конечностей» убедительно показала, что основными технологиями медицинской реабилитации больных ИБС с ампутациями нижних конечностей, обладающими высоким уровнем доказательств, являются дозирован-

ные физические нагрузки в виде комплекса ручной велоэргометрии, лечебной гимнастики и дозированной ходьбы, обладающие синдромно-патогенетическим действием на ведущие звенья патогенеза ИБС, а дополнительными технологиями – дыхательные упражнения и зеркалотерапия. Дозированные физические нагрузки формируют у пациентов с ИБС и ампутациями нижних конечностей выраженные антиишемический, психокорригирующий лечебные эффекты, которые проявляются уменьшением длительности, интенсивности и частоты приступов загрудинной боли, одышки, отеков, снижением показателей ситуативной тревожности и повышением качества жизни пациентов. Кардиотонический и вегетокорригирующий лечебные эффекты медицинской реабилитации пациентов с ИБС и ампутациями нижних конечностей манифестируют повышением толерантности к физической нагрузке за счет улучшения сократительной деятельности и увеличения коронарного резерва миокарда, коррекции вегетативной регуляции сердечного ритма за счет уменьшения активности симпатических воздействий, с одновременным повышением парасимпатических влияний на работу сердца. Эффективность персонализированных программ медреабилитации у пациентов с ИБС с ампутациями, основанных на учете исходного уровня толерантности к физической нагрузке, составляет 88%, а стандартизированных программ – 76%, при значимом снижении риска возникновения неблагоприятных исходов. Детерминантами эффективности медицинской реабилитации у пациентов с ИБС и ампутациями являются исходные показатели толерантности к физической нагрузке, а также эхокардиографические показатели сокра-

тительной способности миокарда в виде величины фракции выброса левого желудочка и его диастолической функции в виде отношения пиковых скоростей в фазу раннего и позднего наполнения левого желудочка.

Автор выработала рекомендации:

1. Низкая толерантность к физическим нагрузкам является критерием неблагоприятного исхода заболевания и предстоящего протезирования, в связи с чем целесообразно проводить более тщательное функциональное обследование пациентов, по результатам которого ведение и подбор программы реабилитации, в том числе при подготовке к протезированию, должен осуществляться индивидуально.
2. Всем пациентам с ИБС и ампутациями рекомендовано использование ручной велоэргометрии, функциональных проб как методов определения исходной толерантности к физической нагрузке и коронарного резерва. Необходимо дообследование пациентов в виде суточного мониторирования электрокардиограммы для исключения пароксизмальных нарушений ритма, бессимптомной ишемии миокарда.
3. В отсутствие противопоказаний, пациентам с ИБС и ампутациями обязательно включение кинезитерапии различных видов в зависимости от толерантности к физической нагрузке в программы медреабилитации, включая ручную велоэргометрию, дозированную ходьбу с опорой на костыли, дыхательную гимнастику.
4. Направлять пациентов с ИБС и ампутациями на программы медицинской реабилитации с применением рекомендованных программ медреабилита-

ции целесообразно на этапе подготовки к протезированию не менее двух раз в год, после протезирования – не реже одного раза в год.

Т.Н. Афанасьева (2022–2025) в Главном военном клиническом госпитале Войск Национальной Гвардии РФ разработаны общие принципы применения методов физиотерапии у раненых. Для рационального использования методов физиотерапии в общем комплексе медицинской реабилитации раненых и больных необходимо придерживаться синдромно-патогенетической классификации. Применение лечебных физических факторов у конкретного больного предполагает дифференцированный выбор вида используемой энергии и конкретных методик проведения процедур. На этой основе сформулированы общие принципы их применения у раненых и больных при восстановительном лечении на госпитальном этапе.

Следование этим принципам вносит системность и порядок в мышление врача и формирует его научный подход к назначению лечебных физических факторов на различных этапах патологического процесса:

1. Принцип единства этиопатогенетического и симптоматического подхода. Используя этот принцип, врач должен назначать такой метод (или методы), который бы одновременно устранял (ослаблял) этиологический фактор, воздействовал на основные звенья патогенеза и ликвидировал симптомы заболевания.
2. Принцип динамизма лечения физическими факторами. Согласно данному принципу физиотерапевтические воздействия должны соответствовать со-

стоянию больного в текущий момент. Необходимо постоянно корректировать параметры физических факторов в течение всего периода лечения.

3. Принцип индивидуального лечения физическими факторами требует учитывать при назначении физиотерапии возраст, пол и конституцию больного, наличие сопутствующих заболеваний, противопоказаний для применения конкретного физического фактора, общую и местную реактивность организма.
4. Принцип курсового лечения физическими факторами. Оптимальный лечебный эффект большинства физических факторов наступает в результате проведения курсового лечения.
5. Принцип малых дозировок подразумевает использование с лечебно-профилактическими целями физических факторов небольшой интенсивности.
6. Принцип комплексного лечения физическими факторами. Комплексное действие физических факторов осуществляется в сочетанной (одновременное воздействие на патологический очаг) и комбинированной (последовательное воздействие на патологический очаг) формах. При комплексном применении лекарственной и физической терапии нужно иметь в виду их взаимодействие.

В.В. Серов и соавт. (2022–2024) указали на высокую эффективность сочетания рефлексотерапии и КВЧ (крайне высокочастотной) физиотерапии в медицинской реабилитации военнослужащих, перенесших хирургическое лечение, травмы и ожоги. Новые технологии создаются на базе новой аппаратуры физиотерапии, работающей на информационном уровне (КВЧ, лазеро-

терапия). Так как при патологии изменяются не только физико-химические процессы, но и информационные механизмы поддержания гомеостаза с позиции биоинформационной структуры человека, становится более понятным лечебное действие акупунктуры. Пути решения проблемы лежат в квантовой физике и ее медицинском ответвлении – квантовой медицине, которая основана на использовании сверхмалых доз электромагнитных излучений в импульсном режиме для лечения и профилактики заболеваний, при этом используя электромагнитные волны, частоты, длины и мощности, которых наиболее близки к характеристикам органов и систем человека.

А.В. Носов и Д.А. Носова (2024) представили результаты исследования особенностей психологического состояния ветеранов СВО, получивших тяжелые ранения/ампутации конечностей. Предметом исследования были: характер и интенсивность проявления признаков реакции на стресс, тревожности и депрессии у ветеранов СВО, получивших тяжелые ранения (ампутации) по итогам проведения скринингового обследования. Выборку составили более 200 ветеранов СВО, участвующих в системе комплексной ресоциализации, находящихся на разных этапах социально-психологической реабилитации и реадaptации. Возраст участников составлял от 19 до 60 лет (до 30 лет – 17,7%; от 30 до 40 лет – 35,3%; от 40 до 50 лет – 23,5%, старше 50 лет – 23,5%). По типу ранения: ампутация рук – 1%; ампутация 1 руки – 14%, ампутация ноги (выше колена) – 35%; ампутация ноги (ниже колена) – 38%; ампутация обеих ног – 8%; ампутация руки и ноги – 4%. Половина испытуемых имеют семьи. Подавляющее большинство участников – мужчины,

женщины составляют менее 1% участников. Средний срок, прошедший с момента получения ранения, составляет 1 год. Все участники обеспечены протезами, но находятся на различных этапах их освоения.

Для проведения диагностики применялись методики:

- 1) опросник на скрининг посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (Trauma Screening Questionnaire, TSQ), направленный на определение и оценку частоты и тяжести проявления клинических признаков ПТСР;
- 2) госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), направленная на выявление и оценку тяжести симптомов депрессии и тревоги. Рассматривая результаты обследований, авторы описали актуальное психологическое состояние ветеранов СВО, получивших тяжелые ранения (ампутации конечностей). Оценка интенсивности проявления признаков тревожности, депрессивности и актуального уровня реакции на стресс у участников проекта показывает, что эти показатели выражены не высоко (тревожность – 16% и депрессивность – 14% от максимально возможного показателя, реакция на стресс – 22%).

В структуре оценок психологического состояния ветеранов СВО, получивших тяжелые ранения и прошедших лечение и медицинскую реабилитацию, проявляются слабо выраженные признаки тревожности, депрессивности и несколько более высокий уровень проявления реакции на стресс. Однако эти реакции сохраняются, даже несмотря на время, прошедшее с момента получения ранения. При этом именно реакции

остаются наиболее важным и значимым показателем.

Тревожность у ветеранов СВО, участвовавших в проекте социально-психологической реабилитации, складывается из характеристик неусидчивости (28% от максимальной оценки), а также предполагает проявление дрожи (17%), страха (17%), напряженности (17%) и сложности с достижением расслабления (16%), что показывает наличие физиологических проявлений психологического состояния и связано с присутствием серьезных физических травм. Меньше всего отмечают у себя ветераны наличие беспокойных мыслей (11%) и панические проявления (8,9%).

Депрессивность традиционно рассматривается как признак, сопровождающий инвалидизацию, однако по результатам измерения этот показатель выражен меньше всех. Среди признаков депрессивности предлагаемых опрашиваемым наибольший вес имеет замедление действий (25% от максимально возможного показателя) и отсутствие бодрости (15%). Эти характеристики напрямую связаны с полученными ранениями и, естественно, сопровождают человека, потерявшего часть тела и недостаточного овладевшего техническими средствами реабилитации.

Авторами выделены типы ветеранов в зависимости от доминирующих психических состояний:

Первый тип – можно рассматривать как нормативный. У представителей этого типа все три параметра выражены минимально, таких участников практически две третьих (57%).

Второй тип – депрессивный – характеризуется доминированием показателя депрессивности, при наличии несколько по-

вышенных тревожности и общие реакции на боевой стресс (25%).

Третий тип – тревожно-реактивный, у представителей данного типа наблюдается большая выраженность тревожности и общей реакции на стресс по сравнению с депрессивностью (18%).

Таким образом, проведенное исследование позволило получить данные об актуальном психологическом состоянии ветеранов СВО. Результаты свидетельствуют о доминировании в психологическом состоянии участников СВО, имеющих тяжелые ранения (ампутации), нормативных реакций, при сохранении отдельных признаков депрессивности и тревожности. В целом наблюдаемая картина детерминирована наличием у ветеранов тяжелых ранений, в том числе ампутаций конечностей, при отсутствии необходимых умений и навыков жизни с такими физическими нарушениями. Наличие последствий участия в боевых действиях требует организации их социально-психологической реабилитации и ресоциализации, что обеспечит быстрое и эффективное преодоление имеющихся затруднений ветеранами. Организация эффективной системы ресоциализации ветеранов СВО предполагает создание согласованной системы мероприятий, которая начинается на этапе лечения и продолжается уже в процессе адаптации к мирной жизни.

И.С. Бахтина и соавт. (2023) провели оценку потребности участников боевых действий в реабилитационной помощи. На момент исследования 31,4% принимали участие в боевых действиях, 8,7% завершили участие менее месяца назад, 14,5% – от 1 до 12 месяцев, 23,3% принимали участие в боевых действиях

в период 2014–2015 гг., 17,7% участвовали в прежних локальных военных конфликтах более 10 лет назад. Половина опрошенных лиц (49,5%) являлись ополченцами, 32,5% – гражданскими лицами, 17,8% – военнослужащими или сотрудниками полиции периода 1999–2009 гг. Участники военных действий, не получившие серьезных ранений, не проходили медицинского обследования (39,1%), прочие обращались к врачу по поводу: черепно-мозговой травмы (31,8%), заболеваний сердечно-сосудистой системы (40,6%), заболеваний желудочно-кишечного тракта (11,6%), болезней органов слуха и зрения (по 17,4%); расстройств психики и поведения (8,7%). Структурные нарушения имели 67,0%, функциональные нарушения – 95,2%; чаще встречались шрамы от ранений (25,7%), переломы костей конечностей (8,2%), обезображивание черт лица (5,5%), инородные тела и осколки (5,8%), а также хронический болевой синдром (12,0%), астеновегетативный синдром (10,4%); снижение толерантности к физическим (10,4%) и интеллектуальным (5,6%) нагрузкам. Ограничения активности и участия отмечали 64,8% опрошенных лиц, включая ограничения мобильности (7,0%), самоухода (7,0%), бытовой (11,0%) и профессиональной (10,2%) активности, общения (25,1%). Также 96,6% респондентов жаловались на изменения психики и поведения, чаще на раздражительность (10,8%), тревожность (15,2%), астению (6,1%), нарушения сна (17,8%) и аппетита (5,0%), нарушения адаптации (10,4%).

Менее изучены вопросы влияния участия в длительных боевых действиях на лиц, не имеющих значительных повреждений и способных продолжать службу после ранения. Следует учитывать, что большин-

ство исследований базируется на данных о состоянии здоровья участников локальных военных конфликтов, тогда как особенности военных действий требуют коррекции подходов к реабилитации.

Большинство опрошенных ветеранов (74,6%) отметили ухудшение физического и психологического состояния в период от 6 до 12 месяцев после окончания участия в боевых действиях, 14,8% отмечали незначительное ухудшение через 12 и более месяцев, а 10,6% определенной динамики не отмечали. Тем не менее, реабилитационную помощь не получали 72,4% опрошенных, причем 23% считали, что им реабилитация не требуется, 44,6% не получили соответствующих рекомендаций, 4,8% ждут такого назначения. Гражданское население не получало реабилитации в 100,0% случаев; военные, сотрудники полиции и ополченцы – в 70,4%. Всего прошли реабилитацию 6,0% в условиях стационара, 3,6% – амбулаторно, 1,2% – в санатории; 8,4% обращались к частным специалистам реабилитационного профиля. Респонденты в 12,6% случаев хотели бы пройти полное профилактическое обследование, в 4,1% сочли, что реабилитация им не требуется, в остальном выбрали следующие методы: индивидуальная (10,8%) и семейная (4,6%) психотерапия, санаторно-курортное лечение (7,7%), физиотерапевтические процедуры (7,5%), медицинский массаж (5,4%), анималтерапия (2,6%), технические средства реабилитации (6,4%). Пациенты выражали желание пройти обучение для самостоятельного проведения реабилитационных мероприятий (6,4%); получать юридическую и социальную помощь (7,2%), включить в реабилитационный комплекс работу с членами семьи (8,8%). Категорически отказывались

повторно принимать участие в боевых действиях 21,1% (преимущественно гражданское население), 14,5% не хотели бы этого делать; 21,4% хотели бы вновь принять участие в боевых действиях, так как «чувствуют себя на войне лучше» (5,3%), «умеют это делать лучше, чем что-либо другое» (2,6%), «намерен принять участие в ближайшем будущем» (13,2%). Всего 18,4% респондентов не определились с ответом на данный вопрос, а 25,0% выразили готовность при необходимости вновь принять участие в боевых действиях.

Авторы заключают, что реабилитационные услуги оказывались редко, чаще кадровым военнослужащим, никогда – представителям гражданского населения. При этом запрос на реабилитационную помощь недостаточно сформирован, респонденты проявляют склонность к диссимуляции и признают необходимость обследования и реабилитации скорее для гипотетических сослуживцев («других участников военного конфликта», «участников СВО вообще»), чем для себя лично. Респонденты в большинстве случаев не имели значительных структурных нарушений, связанных с ранениями, однако половина опрошенных имели рубцовые изменения после ранений и ожогов, встречались последствия травм костей, инородные тела (осколки), потеря зубов и обезображивание черт лица, повреждения внутренних органов. Пациенты предъявляли жалобы на хроническую боль, проявления астеновегетативного и тревожно-депрессивного синдромов и иные симптомы нарушений вегетативной нервной системы. Наблюдались ограничения активности и участия, связанные с общением, незначительные ограничения мобильности и самообслуживания, бытовой и профес-

сиональной деятельностью. Наиболее распространены жалобы, ассоциированные с расстройствами психики и поведения и дезадаптационным синдромом, включая тревожность, повышенную реактивность, нарушения сна и аппетита, гиперконтроль и подозрительность со стороны участника боевых действий, склонность к аддиктивному поведению или недооценка значимости химических и игровых зависимостей.

А.Г. Караяни (2024) в работе «Боевой стресс: проблемы определения и классификации» указывает, что под боевым стрессом понимают многоуровневый процесс адаптационной активности военнослужащего при изменении боевой обстановки в условиях отсутствия или невозможности применения стереотипов боевого поведения, сопровождаемый напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических, когнитивных, аффективных, поведенческих и личностных изменений. Боевой травматический стресс возникает в ответ на воздействие стресс-факторов такой силы, для преодоления которых у военнослужащего нет ресурсов. На поведенческом уровне симптомами деструктивного стресса могут быть метания в поисках укрытия, буйство, вспышки истерического смеха, плача, крика, бешенства, раздражительности и злобы (гиперреактивная форма) или состояния ступора, апатии, заторможенности движений, безразличия к опасности, «замирания под огнем», обморочные состояния и т.д. (гипореактивная форма). Под боевой психологической травмой понимают прорыв защитного слоя психики (адаптационного барьера) военнослужащего, сопровождающийся разрушением базовых ценностей,

дезинтеграцией идентичности личности, формированием разноуровневых патологических механизмов регуляции поведения. Боевая психологическая травма захватывает базовые убеждения, ценности, личность, его психику, нервную систему, тело, кардинально меняет восприятие внешнего мира и самого себя и, в некоторых случаях, выступает предиктором отсроченного боевого стресса.

Так, по оценкам **Н.В. Тарабриной и М.М. Решетникова**, боевая психическая травма может развиваться у 3,2% комбатантов, подвергшихся воздействию потенциально травмирующих событий. При этом 61,2% из них самостоятельно справляются с ней в течение ближайших двух лет. А у 38,8% из них прогнозируется развитие ПТСР. Однако ПТСР не ограничиваются отсроченные постстрессовые расстройства. В соответствии с Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем 11-го пересмотра, в блок L1-6B4 «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом», входят посттравматическое стрессовое расстройство (6B40), осложненное посттравматическое стрессовое расстройство (6B41), затяжная патологическая реакция горя (6B42), расстройство адаптации (6B43).

Т.Н. Зайцева и К.М. Бараксанова (2025) представили обзор «Анализ рисков информационной безопасности в центрах медицинской реабилитации: проблемы и перспективы». Авторы выделили наиболее значимые проблемы при обеспечении информационной безопасности в медицинской организации: недостаток собственного профессионального опыта, нехватка специалистов в сфере кибербезопасности и недостаток бюджета. Согласно прогно-

зам ВОЗ, к 2030 году ожидается расширение и интеграция мер реабилитации в системы медицинского обслуживания. Особое внимание будет уделено комплексной терапии нарушений сердечно-сосудистой системы, также реабилитации пациентов с поражениями спинного и головного мозга. При внедрении новых программ медицинской реабилитации будут широко применяться современные информационные технологии. Это означает, что в процессе восстановления (компенсации) нарушенных или утраченных функций организма активно будут задействованы различные цифровые решения и инструменты. Использование информационных технологий позволит сделать реабилитационные программы более эффективными и удобными как для специалистов, так и для самих пациентов. Использование роботизированной техники, телемедицинских технологий и искусственного интеллекта в медицинской реабилитации может представлять потенциальные риски для информационной безопасности. Этот аспект требует особого внимания и тщательной проработки для обеспечения надежной защиты данных пациентов и систем. Применение облачных хранилищ для медицинской информации позволяет решить проблемы масштабирования и защиты данных. Для обеспечения безопасности доступа к медицинским базам данных необходимо устанавливать четкие требования к передаче информации третьим лицам, включая использование криптографических ключей. Создание единой национальной, а затем и международной цифровой медицинской среды с разработкой стандартизированных автоматизированных рабочих мест для специалистов, с соблюдением требований защиты

конфиденциальных данных позволит значительно повысить эффективность работы медицинских учреждений и может способствовать росту доверия пациентов к медицинской деятельности.

С 2025 года в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утвержден отдельный Порядок оказания медицинской помощи отдельным категориям ветеранов боевых действий и уточнен порядок взаимодействия участников ОМС с Государственным фондом поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества», в том числе по профилям проактивного оказания первичной медико-санитарной помощи, расширенной диспансеризации, динамического наблюдения со стороны медработников с применением телемедицинских технологий, внеочередного получения специализированной высокотехнологичной медицинской помощи и реабилитации, приоритетного прохождения санаторно-курортного лечения.

Территориальный фонд ОМС определяет медицинскую организацию, выбранную участником СВО для получения первичной медико-санитарной помощи, и направляет ей полученную от Государственного фонда «Защитники Отечества» информацию в целях организации участнику СВО первичной медико-санитарной помощи во внеочередном порядке. Медицинская организация, выбранная участником СВО для получения первичной медико-санитарной помощи: 1) определяет порядок организации первичной медико-санитарной помощи участнику СВО; 2) выделяет отдельного медработника для координации предоставления участнику СВО первичной медико-санитарной помощи во внеочередном порядке; 3) вы-

деляет фиксированное время и дату приема для диспансеризации и диспансерного наблюдения; 4) в случае невозможности прибытия участника СВО в медицинскую организацию медицинская организация организует выезд к участнику СВО медицинской бригады, оснащенной необходимыми медицинскими изделиями для проведения соответствующих обследований.

17 апреля 2026 года на расширенном заседании коллегии Минздрава России Министр здравоохранения Российской Федерации М.А. Мурашко придал приоритетный статус вопросам оказания медицинской помощи ветеранам СВО и, в первую очередь, обеспечения права на углубленную диспансеризацию.

Министр здравоохранения РФ сообщил, что в 2025 году по итогам диспансеризации более 131 тыс. ветеранов прошли профилактическое обследование, из них 54% направлены на второй этап диспансеризации и, соответственно, последующее лечение. Таким образом, перед страховыми представителями системы ОМС поставлена актуальная задача на расширение индивидуального информационного сопровождения ветеранов с целью повышения приверженности к профилактическим мероприятиям и максимально раннего выявления имеющих факторов риска и скрытых осложнений и заболеваний, которые выявляются по итогам углубленной диспансеризации практически у каждого 2–3-го ветерана.

Для корреспонденции

Старченко Алексей Анатольевич

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

Тел.: +7 (495) 287-81-25, доб. 179
E-mail: oms@kapmed.ru

Альперович Дмитрий Валерьевич

Директор филиала ООО «Капитал МС» в Ростовской области, д.б.н., доцент кафедры организации здравоохранения Ростовского государственного медицинского университета Минздрава России

Тел.: +7 (863) 232-34-32
E-mail: oms.rostov-na-donu@kapmed.ru

Ковалева Евгения Игоревна

Начальник ГБУ Ростовской области «Госпиталь для ветеранов войн», врач высшей категории

Тел.: +7 (863) 251-82-63
E-mail: gvv-06@mail.ru

Устюгов Антон Владимирович

Заместитель генерального директора ООО «Капитал МС», к.м.н.

Тел.: +7 (495) 287-81-25, доб. 110
E-mail: oms@kapmed.ru

Адрес: 115035, Москва, Кадашевская набережная, д. 30

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 языке (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 подписями подписями на отдельных листах в конце текста. Фотографии с соответствующими подписями должны прилагаться отдельно.

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

II. Содержание

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

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

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

III. Ссылки

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

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

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

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

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

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

Примеры библиографических описаний:

Книга

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

Автореферат диссертации

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

Статья из сборника

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

Статья из журнала

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

Статья из зарубежного журнала

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

Сборник тезисов докладов международных конференций Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für 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 EXCEL, 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