



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



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);
- СТЦ – 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.