



ТФОМС
КЕМЕРОВСКОЙ
ОБЛАСТИ – КУЗБАССА

2024
2025



ОМС В КУЗБАССЕ: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Материалы журнала посвящены итогам деятельности системы ОМС Кемеровской области – Кузбасса в 2024 году

ОМС в КУЗБАССЕ: итоги и перспективы

Специализированный
научно-практический сборник статей.
Продолжающееся электронное издание.
Основано в 2019 году. Выпуск 7.

Главный редактор:
И.В. ПАЧГИН, к.м.н.,
директор ТФОМС
Кемеровской области – Кузбасса

Редакционная коллегия:
М.А. ПРОМОЕ,
заместитель директора по организации ОМС
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
А.В. ВОРОНКОВА,
заместитель директора
по модернизации системы ОМС
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

Ответственный за выпуск:
О. В. ПРОШУНИНА, пресс-секретарь
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

Учредитель и издатель:
Территориальный фонд
обязательного медицинского страхования
Кемеровской области – Кузбасса
650000, г. Кемерово, ул. Красноармейская, 136,
тел.: 8 (3842) 58-17-06,
e-mail: inf@kemoms.ru

Адрес редакционной коллегии:
650000, г. Кемерово, ул. Красноармейская, 136,
тел.: 8 (3842) 58-17-06 (доб. 157),
e-mail: proov@kemoms.ru

Верстка и дизайн: ООО «Медиамир»
Корректор: ООО «Медиамир»
При подготовке сборника использовались
фотоиллюстрации из открытых источников
сети Интернет.

Дата выхода: 30.05.2025

РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО.
Перепечатка из «ОМС в Кузбассе:
итоги и перспективы» допускается
только с письменного разрешения редакции.

© Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования Кемеровской
области — Кузбасса, 2025

СОДЕРЖАНИЕ

- 4** **БАЛАНИН И.В.**
Федеральный фонд ОМС
**НОВЫЙ УРОВЕНЬ ЗАБОТЫ О ЗДОРОВЬЕ
ЗАСТРАХОВАННЫХ ГРАЖДАН**
- 5** **ПАЧГИН И.В.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
**РЕАЛИЗАЦИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ ОМС В КУЗБАССЕ В 2024 ГОДУ**
- 12** **ВОРОНКОВА А.В.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
**УЧАСТИЕ СУБЪЕКТОВ РФ
В ТРАНСФОРМАЦИИ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ
СТАЦИОНАРНОЙ И СТАЦИОНАРОЗАМЕЩА-
ЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**
- 16** **КЛИМКИНА В.В., БОНДАРЕВА И.В.,
ХУСНУТДИНОВА О.М.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
**О ФОРМИРОВАНИИ И РЕАЛИЗАЦИИ
ТАРИФНОЙ ПОЛИТИКИ В 2024 ГОДУ
В ЦЕЛЯХ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССА**
- 26** **ПРОМОЕ М.А., ХАКИМОВА О.Г.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
**ПОВЫШЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ
НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩЬЮ – В ФОКУСЕ ВНИМАНИЯ
РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**
- 31** **ПАШУТСКАЯ Н.В.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
**ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО
ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ПО ПОЛИСУ ОМС**
- 36** **БАЛАШОВА С.В.**
Кузбасский филиал
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»
ВАЖНА ЖИЗНЬ КАЖДОГО ПАЦИЕНТА
- 40** **БИРЮКОВ А.А.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
**ОСОБЕННОСТИ УЧЕТА
ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ**

- 43** **КАРГИНОВА М.А.**
ООО «Детская улыбка»
**ИТОГИ РАБОТЫ ГИГИЕНИСТА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
В СРЕДНЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ
ШКОЛЕ В 2023–2025 УЧЕБНЫХ ГОДАХ
В СИСТЕМЕ ОМС Г. КЕМЕРОВО**
- 47** **КОРОТЧЕНКО О.А., САДОВСКАЯ А.Д.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
**ОБ ИТОГАХ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ
РАСЧЕТОВ ЗА 2023-2024 ГОДЫ**
- 53** **БИРЮКОВ А.А., НОВОСЕЛОВА Н.В.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
**РАССМОТРЕНИЕ ПРЕТЕНЗИЙ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ
НА РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНЫХ ЭКСПЕРТИЗ,
ПРОВЕДЕННЫХ СМО, НА ТЕРРИТОРИИ
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССА
В 2024 ГОДУ**
- 59** **ЯРЦЕВА В.С.**
Новокузнецкий филиал
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕТЕНЗИОННОЙ
РАБОТЫ НОВОКУЗНЕЦКОГО ФИЛИАЛА
ТФОМС В 2024 ГОДУ**
- 63** **ПРИЛУЦКАЯ Н.Ю.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
**ИТОГИ КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТФОМС ЗА 2024 ГОД**
- 70** **БЕЗГИНА Н.С., ЛЕМЯСКИНА Ю.Ю.**
Прокопьевский филиал
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
**О РЕЗУЛЬТАТАХ КОНТРОЛЬНО-
РЕВИЗИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПРОКОПЬЕВСКОГО ФИЛИАЛА ТФОМС**
- 74** **КИСЕЛЕВА Н.В., НАУМОВА Т.В.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
**ОБ АКТУАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО
СЕГМЕНТА ЕДИНОГО РЕГИСТРА
ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ**
- 78** **САДОВСКАЯ Е.Н., ЧУЙКОВ Д.В.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
**ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ
СИСТЕМЫ «ПЕРСОНИФИЦИРОВАН-
НЫЙ УЧЕТ ОКАЗАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»**
- 81** **АФАНАСЬЕВА А.В., ГОЛУБЕВА А.О.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
**ПРИПИСКИ В СИСТЕМЕ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ**
- 85** **ПЕТРОВА И.С.,
ДОЛБНЯ Е.А.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
Кемеровский государственный университет
**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОЦЕССА
ЗАКУПОК: ЦИФРОВОЙ КОНТРАКТ**
- 87** **МАРКОВЦЕВ М.М.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО
ИНТЕЛЛЕКТА В РАБОТЕ
И ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ**

Баланин И.В.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

НОВЫЙ УРОВЕНЬ ЗАБОТЫ О ЗДОРОВЬЕ ЗАСТРАХОВАННЫХ ГРАЖДАН



БАЛАНИН И.В.,
председатель
Федерального
фонда
обязательного
медицинского
страхования

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ! ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ!

С 2025 года в России реализуется национальный проект «Продолжительная и активная жизнь». В рамках проекта особое внимание уделяется борьбе с хроническими неинфекционными заболеваниями, развиваются методы профилактики, лечения и реабилитации, важная роль отводится репродуктивному здоровью.

Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования на следующие три года обеспечит рост оказания медицинской помощи

и стабильность работы системы здравоохранения. Общий объем расходов, как и доходов, начиная с 2025 года превысит 4 трлн рублей. В текущем году размер субвенции составит 3,6 трлн рублей, что на 520 млрд рублей больше, чем в прошлом году.

В этом году, объявленном Президентом Российской Федерации Владимиром Путиным Годом защитника Отечества, в Программу государственных гарантий введены дополнения, касающиеся проведения медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения для ветеранов СВО. В структуре Программы также появился отдельный Порядок оказания медпомощи отдельным категориям ветеранов боевых действий, а также специальный раздел для систематизации подходов к бесплатному санаторно-курортному лечению.

Нормативами Программы предусмотрен рост числа циклов ЭКО – на 13 % больше, чем в прошлом году. В список процедур диспансеризации добавилось тестирование на хронический гепатит С. В 2,5 раза по сравнению с 2024 годом увеличен охват лечением больных с вирусным гепатитом С. Средние нормативы объема медпомощи по профилю «медицинская реабилитация» в условиях круглосуточного стационара увеличены более чем на 4 %.

С 2025 года в Программу включены новые методы оказания специализиро-

ванной, в том числе высоко-технологичной, медпомощи в рамках базовой программы ОМС. Увеличены объемы медпомощи для онкобольных в дневном стационаре на 19 %, в круглосуточном – на 15 %.

Расширена программа оценки репродуктивного здоровья – комплексное обследование смогут пройти более 19 млн человек. А также расширено внедрение технологий искусственного интеллекта для диагностики и при принятии врачебных решений при проведении КТ- и МРТ-исследований, маммографии, рентгенографии и флюорографии.

Приоритетная цель цифровой трансформации системы ОМС – сокращение числа информационных потоков между участниками, стандартизация протоколов обмена и форматов данных, повышение качества и скорость аналитики. Объединяя данные, обеспечивая быстрый доступ к необходимой информации для врачей и пациентов, повышая качество медицинских услуг и делая их более персонализированными, мы переходим на новый, более качественный уровень заботы о здоровье застрахованных. Что, в свою очередь, будет способствовать достижению национальной цели, обозначенной Президентом Российской Федерации, – увеличению ожидаемой продолжительности жизни граждан до 78 лет к 2030 году.

Пачгин И.В.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

РЕАЛИЗАЦИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС В КУЗБАССЕ В 2024 ГОДУ

Обязательное медицинское страхование в России является ключевым механизмом обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью. Территориальная программа ОМС является региональным компонентом системы ОМС, который адаптирует федеральные гарантии под особенности конкретного субъекта РФ. Её значимость в здравоохранении трудно переоценить, поскольку она обеспечивает доступность бесплатной медицинской помощи для всех жителей Кузбасса независимо от их социального и материального положения.

В 2024 году ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса продолжил активную работу по реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, направленной на повышение доступности и качества медицинской помощи для жителей региона, по обеспечению финансовой устойчивости медицинских организаций и эффективного функционирования системы ОМС.

ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ОМС

По состоянию на 31.12.2024 численность застрахованных по ОМС в Кемеровской области – Кузбассе составила 2 366 608 человек, снижение относительно начала 2024 года в абсолютных цифрах составило 36 397 человек, или 1,5 %.

Сокращение численности застрахованных связано как с изменением статистической численности населения Кузбасса, так и

актуализацией сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц (вывод межобластных двойников, аттестованных сотрудников, приостановление действия полисов ОМС у призывников, окончание срока действия полиса у иностранных граждан).

РЕЕСТР МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

В течение последних пяти лет в Кузбассе отмечается сокращение количества лечебных учреждений, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, как за счет объединения государственных медицинских организаций, так и за счет снижения количества частных.

В 2024 году оказанием бесплатной медицинской помощи по программам ОМС занимались 150 медицинских организаций (по данным на 31.12.2024), в числе которых:

- 64 государственные медицинские организации



(далее – МО), в том числе семь станций СМП, 13 районных больниц;

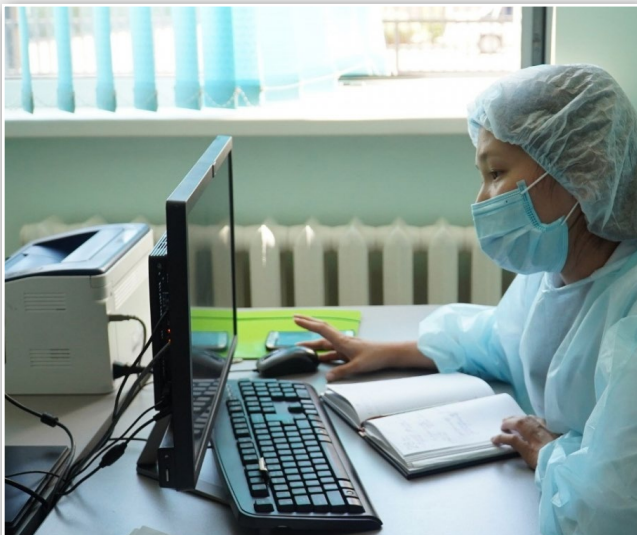
- четыре федеральные медицинские организации;

- 82 МО негосударственной формы собственности (в том числе одна МО, подведомственная ОАО «РЖД»).

ФИНАНСИРОВАНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС

Объем финансирования медицинской помощи за счет средств ОМС ежегодно увеличивается. Это позволяет сохранять экономическую устойчивость здравоохранения, при этом усиливается контроль эффективности использования государственных ресурсов.

ПАЧГИН И.В.,
директор
ТФОМС
Кемеровской
области –
Кузбасса



В 2024 году стоимость Территориальной программы ОМС составила почти 53,04 млрд рублей, или 82,5 % от стоимости всей Территориальной программы государственных гарантий (для сравнения: в 2023 году стоимость ТПОМС – около 47,6 млрд рублей).

По итогам 2024 года финансовое обеспечение медицинской помощи за счет средств ОМС сложилось в сумме 53,24 млрд рублей, или 100,4 % от утверждённой стоимости. Перевыполнение связано с поступлением межбюджетного трансферта из нормированного страхового запаса Федерального фонда ОМС в размере 727,9 млн рублей на дополнительное финансовое обеспечение медицинской помощи, для сохранения целевых показателей оплаты труда отдельных категорий медицинских работников.

За счет средств системы ОМС в 2024 году оплачены около 16,3 млн случаев оказания медицинской помощи, в том числе:

- 418 тыс. случаев госпитализации в круглосуточный стационар на сумму 23 млрд рублей;

- 170 тыс. случаев лечения в условиях дневного стационара на сумму 6 млрд рублей;

- более 15,1 млн посещений в амбулаторно-поликлиническом звене на сумму 17,3 млрд рублей;

- 1,74 млн посещений по диспансеризации на сумму 4,4 млрд рублей;

- 638 тыс. вызовов скорой медицинской помощи на сумму 3,3 млрд рублей (рис. 1).

АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

В 2024 году амбулаторно-поликлинические учреждения области выполнили около 1,27 млн посещений в неотложной форме, 11,45 млн посещений с профилактической и иной целью, 1,84 млн обращений по заболеванию.

Отклонение более 10 % от ТПОМС отмечается по нескольким нормативам:

- «Обращения по заболеванию на одного застрахованного» выполнены на 42 %;

- «Посещения с профилактической и иной целью на одного застрахованного» выполнены на 165 %;

- «Медицинская реабилитация в условиях дневных стационаров» – выполнение составило 115 %.

Рис. 1. Оплата по видам медицинской помощи, 2024 г.

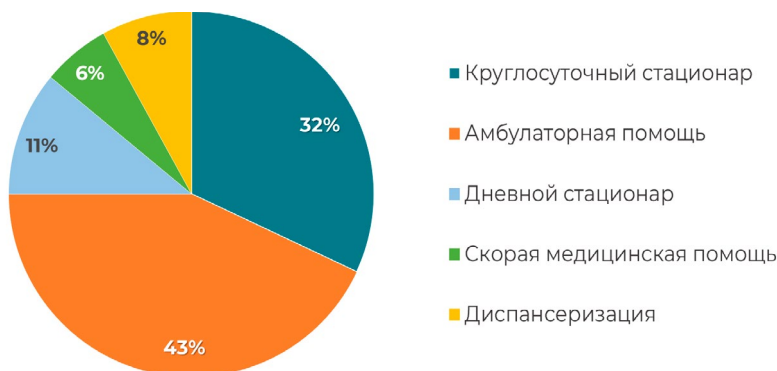


Таблица 1. Показатели по амбулаторно-поликлинической помощи (за исключением оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»), 2022–2024 гг.

Показатели	2022	2023	2024
Посещения с профилактической и иной целью			
план	7 403 383	6 759 051	6 951 234
факт	10 537 247	11 284 850	11 458 118
%	142 %	167 %	165 %
на одного застрахованного	4,17	4,56	4,67
Посещения в неотложной форме			
план	1 364 446	1 336 825	1 324 854
факт	1 312 100	1 301 892	1 269 378
%	97 %	98 %	96 %
на одного застрахованного	0,52	0,53	0,52



Показатели	2022	2023	2024
Обращения по заболеванию			
план	4 524 327	4 425 632	4 386 004
факт	2 584 197	2 339 677	1 843 544
%	57 %	53 %	42 %
на одного застрахованного	1,02	0,9451	0,7514

Перевыполнение плана посещений с профилактической и иной целью сложилось за счет большого количества разовых посещений по заболеванию (входят в норматив посещений с профилактической и иной целью), не сгруппированных в обращения, а также увеличения объема профилактических мероприятий.

С 2024 года в программу проведения профилактических мероприятий в дополнение к профилактическим медицинским осмотрам, диспансеризации, углубленной диспансеризации включена диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья для мужчин и

женщин в возрасте от 18 до 49 лет. В течение года ее прошли более 204 тыс. кузбассовцев репродуктивного возраста.

СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ

В 2024 году стационарную медицинскую помощь получили около 335,2 тыс. кузбассовцев, в том числе 8,4 тыс. человек – за пределами региона. Высокотехнологичная медицинская помощь оказана 9,4 тыс. чел. (из них 367 человек получили помощь за пределами Кузбасса).

Доля плановых больных в общем числе пролеченных составила 38,7 %, что на 2,3 п. п. выше, чем в 2023 году, и на 6,7 п. п. выше,

чем в 2022 году (табл.2).

Медицинская помощь в условиях дневных стационаров всех типов оказана свыше 126 тыс. чел. (в том числе 5,2 тыс. человек – за пределами Кемеровской области – Кузбасса) (табл. 3).

РЕАЛИЗАЦИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ

2024 год стал заключительным годом в реализации региональных/федеральных проектов национального проекта «Здравоохранение». ТФОМС в рамках своей компетенции осуществлял ежемесячный мониторинг достижения показателей по шести региональным проектам, действовавшим в 2024 году.

Таблица 2. Показатели по стационарной помощи, 2022–2024 гг.

Показатели	2022	2023	2024
Койко-дней на одного застрахованного	1,42	1,44	1,40
Уровень госпитализации на одного застрахованного	0,163	0,169	0,170
Случаи госпитализации:			
план	431 890	420 880	432 155
факт	412 967	418 722	416 780
%	95,6 %	99,5 %	96,4 %
из них ВМП:			
план	6 361	8 627	8 911
факт	6 547	9 057	9 760
%	103 %	105 %	110 %
Средняя длительность лечения, дней	8,7	8,5	8,3
Доля плановых госпитализаций от общего количества случаев	32 %	36,4 %	38,7 %

Таблица 3. Показатели по стационарозамещающей медицинской помощи (за исключением медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»), 2022–2024 гг.

Показатели	2022	2023	2024
Случаи лечения в ДС			
план	163 401	172 802	172 913
факт	165 037	163 047	168 601
%	101 %	94 %	98 %
на одного застрахованного	0,065316	0,065862	0,068720

Таблица 4. Мониторинг реализации региональных проектов в 2024 г.

№ п/п	Наименование целей и показателей	Плановое значение показателя на 2024 г.	Фактическое значение показателя в 2024 г.	Уровень достижения
1. Борьба с онкологическими заболеваниями				
1.1	Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами (млн руб.)	5 016,12	6 309,9	125,9 %
1.2	Доля лиц с онкологическими заболеваниями, прошедших обследование и/или лечение в текущем году из числа состоящих под диспансерным наблюдением	80	81,2	101,5 %
2. Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи				
2.1	Доля обоснованных жалоб пациентов, застрахованных в системе ОМС, на оказание медицинской помощи в системе ОМС, урегулированных в досудебном порядке (от общего числа обоснованных жалоб пациентов), не менее	98,5	100	101,5 %
2.2	Лица, застрахованные в системе ОМС, проинформированы о правах на получение бесплатной медицинской помощи, человек	1 852 782	1 866 488	100,7 %
3. Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения				
3.1	Уровень госпитализации на геронтологические койки лиц старше 60 лет на 10 тыс. населения соответствующего возраста (условные единицы)	51,7	44,1	85,3 %
3.2	Охват граждан старше трудоспособного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, %	70,0	59,4	84,9 %
4. Программа развития детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям				
4.1	Доля посещений детьми медицинских организаций с профилактическими целями, %	58,4	66,8	114,4 %
4.2	Увеличен охват детей в возрасте 15-17 лет профилактическими медицинскими осмотрами с целью сохранения их репродуктивного здоровья (доля от общего числа детей, подлежащих осмотрам), %	69,1	65,9	95,5 %
5. Финансовая поддержка семей при рождении детей				
5.1	Количество циклов ЭКО, выполненных семьям, страдающим бесплодием, за счёт средств базовой программы ОМС	1 300	1 420	108,2 %
6. Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями				
6.1	Доля лиц с болезнями системы кровообращения, состоящих под диспансерным наблюдением, получивших в текущем году медицинские услуги в рамках диспансерного наблюдения, от всех пациентов с болезнями системы кровообращения, состоящих под диспансерным наблюдением	80,0	80,7	100,9 %





БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Реализация федерального/регионального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» является одним из приоритетных направлений в здравоохранении. С учётом параметров Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год в Территориальной программе ОМС определены нормативы объёмов медицинской помощи и нормативы финансовых затрат по профилю «Онкология».

Исполнение плановых объёмных показателей в целом по профилю «Онкология» составило 124 %, финансовых показателей – 123 % (табл. 5).

Лекарственная противоопухолевая терапия является ключевым видом лечения пациентов с онкологическими заболеваниями. В 2024 году выполнение плана в круглосуточном стационаре составило 100 % и по случаям госпитализации, и по запланированной сумме средств; в дневном стационаре – 100 % по случаям лечения и 99 % по запланированной сумме средств (табл. 6).

Благодаря системным мерам – от проведения диспансеризации и использования современных методов диагностики до повышения доступности онкологического лечения и внедрения новых лекарственных препаратов, включая инновационную терапию, – врачам удастся спасти тысячи человеческих жизней.

Работа федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» продолжится и в 2025 году в рамках нового национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».

Таблица 5. Объёмные и финансовые показатели по профилю «Онкология», 2024 г.
(медицинская помощь, оказанная застрахованным Кемеровской области – Кузбасса)

Условия оказания медицинской помощи	Количество случаев			Финансирование, млн руб.		
	План по ТПОМС	Факт 2024	%	План по ТПОМС	Факт 2024	%
Круглосуточный стационар	21 899	27 284	125 %	2 500,5	2 949,9	118 %
Дневной стационар	26 899	33 401	124 %	2 515,6	3 220,8	128 %
ВСЕГО	48 798	60 685	124 %	5 016,1	6 170,7	123 %

Таблица 6. Объёмные и финансовые показатели по лекарственной противоопухолевой терапии, 2024 г.

Условия оказания медицинской помощи	План		Факт		% выполнения	
	Кол-во случаев	Сумма, млн руб.	Кол-во случаев	Сумма, млн руб.	Кол-во случаев	Сумма млн руб.
Круглосуточный стационар	18 284	1 790,0	18 284	1 790,0	100 %	100 %
Дневной стационар	29 306	2 761,3	29 306	2 722,4	100 %	99 %

РЕАЛИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ НСЗ ТФОМС

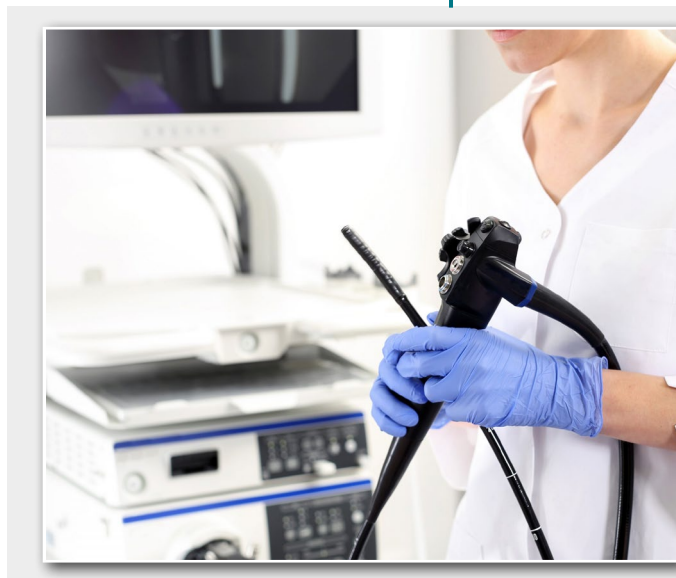
В 2024 году ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса продолжал работу по реализации мероприятий, направленных на укрепление материально-технической базы медицинских организаций; средства ОМС направлялись на софинансирование оплаты труда медицинских работников в рамках ликвидации кадрового дефицита, а также на осуществление стимулирующих выплат за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и

профилактических медицинских осмотров.

Средства нормированного страхового запаса ТФОМС, сформированные в сумме 143,5 млн рублей, были направлены на приобретение 15-ти единиц медицинского оборудования и ремонт семи единиц медицинского оборудования для нужд восьми медицинских учреждений, а также на оплату обучения 1 734 медицинских работников по программам повышения квалификации.

Остаток средств НСЗ на финансовое обеспечение мероприятий, сформировавшийся в бюджете

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса на 01.01.2025,





составил 52,7 млн рублей. Эти средства направлены на те же цели в 2025 году.

Средства нормированного страхового запаса ТФОМС являются дополнительным источником финансирования, который позволяет медицинским организациям обновить материально-техническую базу, улучшить уровень оснащенности, а также

повысить уровень теоретических знаний и практических навыков медицинских работников.

Мероприятия по проведению ремонта медицинского оборудования позволяют оперативно решать проблемы наличия в медицинских организациях неисправного оборудования, срок использования которого не истек.

Приобретение нового медицинского оборудования позволяет проводить своевременную диагностику и эффективное лечение заболеваний в медицинских организациях Кузбасса. Благодаря высококачественному оборудованию для диагностики врачи могут выявить заболевания на самых ранних стадиях развития.

Таблица 7. Приобретение медицинского оборудования за счет средств НСЗ ТФОМС, 2024 год

Наименование оборудования	Количество, единиц	Сумма, млн руб.
Система анестезиологическая, общего назначения	3	13,6
Монитор у постели больного многопараметрический общего назначения	2	1,7
Видеогастроскоп с принадлежностями	2	6,5
Система флюороскопическая рентгеновская общего назначения стационарная, цифровая	1	27,3
Аппарат ультразвуковой диагностический переносной с принадлежностями	1	3,7
Видеогастроскоп	1	1,3
Гастрофиброскоп	3	5,1
Аппарат рентгенографический цифровой	1	16,3
Аппарат электрохирургический	1	2,8
ИТОГО:	15	78,3

Таблица 8. Ремонт медицинского оборудования за счет средств НСЗ ТФОМС, 2024 год

Наименование оборудования	Количество, единиц	Сумма, млн руб.
Видеогастроскоп «Пентакс» «ЕС» с принадлежностями: исполнение EG29-i10	2	1,8
Комплекс видеоэндоскопический для гастроскопии	1	0,6
Система ультразвуковая диагностическая медицинская LOGIQe	1	1,0
Аппарат рентгеновский цифровой для флюорографии легких	1	0,7
Аппарат рентгеновский маммографический цифровой «Маммо-4-«МТ»	1	0,4
Видеоколоноскоп тонкий «ПЕНТАКС», «ЕС» с принадлежностями, вариант исполнения EC-3490LK	1	0,6
ИТОГО:	7	5,1

СОФИНАНСИРОВАНИЕ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ ТРУДА

В рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» в части мероприятий по ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях в 2024 году продолжалась программа софинансирования расходов медорганизаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала из средств нормированного страхового запаса ТФОМС.

Распоряжением Прави-

тельства РФ от 15.12.2023 № 3660-р для Кемеровской области – Кузбасса сумма межбюджетного трансферта Федерального фонда ОМС для софинансирования оплаты труда медработников была распределена в размере 243,2 млн рублей. По итогам расходования за 11 месяцев сумма была скорректирована в соответствии с распоряжением Правительства РФ от 13.12.2024 № 3758-р и составила 132,6 млн рублей.

На начало 2024 года 47 медицинских организа-

ций заявили о потребности в 862 медицинских работников, в т. ч. в 345 врачах и 517 средних медицинских работников.

По состоянию на 01.01.2025 прирост численности сохранился в 30 медицинских организациях, увеличение составило 195 медицинских работников, из них 64 врача и 131 работник среднего медицинского персонала.

В течение года увеличение численности медработников наблюдалось в 33 медицинских органи-

зациях, на софинансирование расходов на зарплату вновь принятых работников ими получены средства НСЗ из бюджета ТФОМС в размере 69,8 млн рублей. Средства МБТ ФОМС освоены на 52,6 % (для сравнения: в 2023 году освоено 107,3 млн рублей, или 82,9 % от запланированного объема средств).

СТИМУЛИРУЮЩИЕ ВЫПЛАТЫ

В 2024 году проводилось финансовое обеспечение денежных выплат

медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации. Общая сумма выплат в 2024 году составила 514 тыс. руб., их получили 120 медицинских работников из 28 медицинских организаций Кузбасса за выявление 248 случаев онкологических заболеваний (за 2023 год в ходе проведения диспансеризации выявлено 110 случаев ЗНО).

В 2025 году ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса продолжит работу по обеспечению стабильного финансирования медицинских организаций, проведению анализа и мониторинга реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, по осуществлению контроля эффективности использования средств ОМС с целью повышения качества управления финансовыми ресурсами отрасли здравоохранения.



Воронкова А.В.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

УЧАСТИЕ СУБЪЕКТОВ РФ В ТРАНСФОРМАЦИИ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ СТАЦИОНАРНОЙ И СТАЦИОНАРОЗА- МЕЩАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



Начиная с 2013 года в Кемеровской области оплата стационарной медицинской помощи осуществляется по клинко-статистическим группам (далее – КСГ), а с 2015 года – и стационарозамещающей медицинской помощи. Для оплаты медицинской помощи субъекты РФ используют федеральные группировщики КСГ, направляемые ежегодно совместными письмами Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС. Однако мы имеем возможность вносить изменения в федеральную систему путем выделения подгрупп в рамках основной группы. И это право позволяет регионам более эффективно использовать средства ОМС, выделяя подгруппы с более затратоёмкими методами лечения для стимулирования их применения на стационарном этапе либо для формирования экономии при ресурсоемком лечении и направления средств на приоритетные задачи, поставленные региональными проектами в области здравоохранения.

Рис. 1. Динамика количества групп КСГ федерального группировщика, 2013–2024 гг.



Наряду с планомерным увеличением количества КСГ при планировании объемных и финансовых показателей деятельности медицинских организаций (далее – МО) из года в год наблюдается рост затратоемкости

(далее – Кзт) медицинской помощи, то есть в условиях круглосуточного и дневного стационаров выполняется более дорогостоящее лечение, смещающее менее затратоемкие случаи на амбулаторный этап (рис. 2).

ВОРОНКОВА А.В.,
заместитель
директора
по модернизации
системы ОМС

Для совершенствования системы КСГ необходимо регулярно уточнять классификацию групп заболеваний (группировщик), а также корректировать коэффициенты затратоемкости и тарифы оплаты медицинской помощи.

За 10 лет работы в системе оплаты по клинко-статистическим группам федеральный группировщик КСГ неоднократно претерпевал изменения. Количество групп КСГ ежегодно увеличивается: в 2013 году в стационаре 187 КСГ, в 2024 году уже 438 КСГ (рис. 1).

Рис. 2. Динамика затратно-мощности планируемого лечения в Кузбассе, 2016–2024 гг.



В системе ОМС ежегодно претерпевают изменения алгоритм оплаты, тарифы финансирования медицинской помощи, системы планирования. Все направления модернизации всегда нацелены на улучшение функционирования процесса финансирования, повышение эффективности расходования средств ОМС. Так, в условиях ежегодного роста объема финансового обеспечения по Территориальной программе ОМС и затратно-мощности оказываемого лечения возникает вопрос о справедливом распределении имеющихся ресурсов.

В существующих реалиях важным аспектом деятельности Территориального фонда ОМС Кемеровской области – Кузбасса является совместная работа с главными специалистами Министерства здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса по разгруппировке групп КСГ, определенных федеральным группировщиком.

Подгруппа в составе КСГ – это группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации,

для которой определен коэффициент относительной затратно-мощности, отличный от коэффициента относительной затратно-мощности по КСГ, с учетом правил выделения и применения подгрупп [1].

Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи в системе ОМС, направляемые ежегодно в адрес субъектов РФ совместными письмами Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС, предлагают выделять подгруппы с учетом дополнительно установленных классификационных критериев: длительное пребывание на профильной койке или использование дорогостоящих реанимационных технологий, дорогостоящих лекарственных препаратов (расходных материалов), уровень оказания медицинской помощи в случае сложившейся однообразной этапности ее оказания для конкретной КСГ [1].

В Кемеровской области решения по выделению подгрупп принимаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС Кемеровской области – Кузбасса (далее – КРТП) по ходатайствам медицинских

организаций, главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса, по предложениям членов КРТП.

Основными причинами выделения подгрупп КСГ в нашем регионе являются: значительные отклонения фактических затрат медицинских организаций при оказании медицинской помощи от установленной стоимости КСГ, стимулирование медицинских организаций к выполнению дорогостоящих манипуляций на определенном этапе оказания медицинской помощи в соответствии с утвержденной маршрутизацией в регионе и пресечение «снятия сливок» при выполнении КСГ с большой маржинальностью.

При разгруппировке КСГ особое внимание уделяется сбалансированности объемов и стоимости медицинской помощи, утвержденных Территориальной программой ОМС. Важно не допустить дефицита средств системы ОМС, в связи с чем при выделении дорогостоящей подгруппы коэффициент затратно-мощности основной группы соответственно уменьшается. Кроме того, при принятии таких решений учитывается необходимость сохранения бездефицитности группы КСГ с пониженным коэффициентом.

В статье приведено несколько примеров успешного выделения подгрупп КСГ в Кемеровской области, в результате которого изменилось качество оказания медицинской помощи, достоверность планирования объемов медицинской помощи и эффективность расходования средств ОМС.



БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ

Начиная с 2017 года в Тарифном соглашении в системе ОМС Кемеровской области выделена подгруппа в рамках КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» – «Осложнения, связанные с беременностью, лечение с проведением токолиза и переводом в акушерский стационар III уровня». Выделение данной подгруппы связано с необходимостью стимулировать медицинские организации 1 и 2 уровней применять токолитические препараты при преждевременных родах и перевозить пациенток в стационар 3 уровня. При начавшихся неминуемых преждевременных родах на сроках беременности 24 – 33 недель токолитические препараты способствуют отсрочке наступления родов на 48 часов и/или даже 7 дней, что необходимо для транспортировки и подготовки пациентки [2].

Коэффициент затратоемкости федерального группировщика (КзтО – основная группа) – 0,93; коэффициент выделенной подгруппы КСГ (Кзт1 – выделенная подгруппа) – 1,4. Таким образом, при КзтО основной группы тариф составляет 31,5 тыс. рублей в расчете на базовую ставку 2024 года. Для стиму-

лирования медицинских организаций к соблюдению маршрутизации тариф при введении токолиза составляет 47,4 тыс. рублей. При этом основная группа КСГ с целью соблюдения баланса средств ОМС уменьшена: КзтО – 0,74, тариф – 25,0 тыс. рублей.

Объемы медицинской помощи по данной группе КСГ ежегодно планируются районными медицинскими организациями и городскими медорганизациями, оказывающими медицинскую помощь в рамках одного муниципального образования. Таким образом, в случае осложнений беременности, связанных с преждевременными родами, МО не задерживают пациента на койке, а направляют в медорганизации 3-го уровня, получая при этом повышенный тариф в системе ОМС.

В 2017 году Кузбасс стал одним из первых регионов, кто принял решение оплачивать экстракорпоральное оплодотворение «за результат». Выделена подгруппа КСГ с повышенным Кзт для оплаты ЭКО с подтвержденной беременностью, что стимулировало МО более качественно оказывать данную медицинскую услугу.

В последние годы федеральный группировщик КСГ предусмотрел оплату ЭКО с учетом проведенных

этапов, установлен критерий качества выполнения услуги в виде количества родов.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕНО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Большой объем работы был проведен Территориальным фондом ОМС Кемеровской области – Кузбасса и членами рабочей группы КРТП по разгруппировке групп КСГ, учитывающих применение различных генно-инженерных биологических препаратов (далее – ГИБП).

Выделение подгрупп в данном направлении было обусловлено ежегодным прогрессивным приростом объемов введения ГИБП. Если в 2016-м году запланировано всего 9 случаев лечения в дневном стационаре и 10 случаев госпитализации в стационаре, то в 2024-м году объемы помощи выросли многократно (рис. 3).

В 2018 году федеральный КзтО по КСГ «Лечение с применением ГИБП» составлял 5,35 в стационаре и 9,74 в дневном стационаре. Группа объединяла в себе применение различных препаратов по целому ряду профилей, стоимость которых отличалась между собой в разы. Учитывая значительную маржинальность тарифов при применении отдельных препаратов,

Рис. 3. Динамика случаев введения ГИБП в Кузбассе, 2016-2024 гг.



в 2019 году в целях рационального расходования средств ОМС было принято решение разгруппировать КСГ в зависимости от наименования препарата, его закупочной цены и кратности применения в различных профилях. В результате выделено 17 подгрупп КСГ с Кзт1 от 1,44 до 5,78 в стационаре и от 1,18 до 10,74 в дневном стационаре. Выделение подгрупп КСГ позволило сформировать финансовые планы для медицинских организаций в зависимости от фактических затрат на лекарственные препараты.

В настоящее время в федеральном справочнике КСГ, с учетом опыта регионов, выделено 20 самостоятельных групп КСГ для оплаты лечения с применением ГИБП.

ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

В 2024 году федеральный справочник КСГ включает 4 уровня лечения вирусного гепатита С с учетом применения различных препаратов. В Кемеровской области данная КСГ была разгруппирована еще в 2018 году. С участием главного внештатного инфекциониста Кемеровской области были составлены технологические карты оказания медицинской помощи. Фактические расходы на ряд препаратов в год превышали 2 млн рублей, что не соответствовало тарифу по основ-

ной группе КСГ. С учетом семи этапов лечения длительностью по 12 дней [3] стоимость препарата включена в выделенную подгруппу КСГ. Благодаря внесенным изменениям у инфекционных больниц появилась заинтересованность оказывать медицинскую помощь дорогостоящими препаратами.

Изложенные в настоящей статье примеры участия нашего региона в трансформации системы оплаты медицинской помощи являются лишь небольшой частью проводимой работы. Помимо этого осуществлялась корректировка групп КСГ в части финансирования лечения коронавирусной инфекции с учетом тяжести пациента, сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от этапности оказания медицинской помощи: в региональном или первичном сосудистом отделении и прочее.

В качестве положительного результата можно отметить использование регионального опыта при формировании Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи в системе ОМС и федерального справочника КСГ. Участие медицинского сообщества субъектов РФ, безусловно, необходимо для формирования общероссийской политики в вопросах финансирования медицинской помощи из средств ОМС.



В соответствии с Положением о деятельности рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации по актуализации методологических подходов к оплате медицинской помощи за счет средств ОМС в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которое утверждено приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.05.2022 № 321, для регионов предусмотрена возможность направлять на рассмотрение предложения, согласованные главными внештатными специалистами Минздрава России по профилю.

Предложения, поступившие в Минздрав России и Федеральный фонд ОМС, рассматриваются не позднее 1 апреля года, предшествующего году, на который формируется проект Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Письмо Минздрава России от 19.02.2024 № 31-2/200 (ред. от 15.07.2024) «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (вместе с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утв. Минздравом России № 31-2/200, ФФОМС № 00-10-26-2-06/2778 19.02.2024).
2. Клинические рекомендации «Преждевременные роды» (разработчик Российское общество акушеров-гинекологов, 2024 г.).
3. «Клинические рекомендации (Протокол лечения) по оказанию медицинской помощи больным хроническим гепатитом С: Генотип 1, большой фиброз, часть I» КГМА, Кемеровская областная ассоциация врачей, 2016).



Климкина В.В., Бондарева И.В., Хуснутдинова О.М.
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

О ФОРМИРОВАНИИ И РЕАЛИЗАЦИИ ТАРИФНОЙ ПОЛИТИКИ В 2024 ГОДУ В ЦЕЛЯХ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССА



КЛИМКИНА В.В.,
начальник
финансово-
экономического
управления

БОНДАРЕВА И.В.,
начальник
экономического
отдела

**ХУСНУТДИНОВА
О.М.,**
консультант-
экономист
экономического
отдела

В 2024 году ключевые направления и приоритеты в сфере здравоохранения определялись Программой государственных гарантий, которая ежегодно утверждается постановлением Правительства РФ, а также национальными и региональными проектами.

Внедрение новых технологий и совершенствование методов лечения пациентов, улучшение инфраструктуры медучреждений и модернизация медицинского оборудования требуют расширения перечня медицинских услуг при оказании медицинской помощи.

В свою очередь, расширение перечня медицинских услуг в системе ОМС, установление новых тарифов, актуализация действующих тарифов на оплату медицинской помощи

направлено на улучшение качества и доступности медицинской помощи для населения, оптимизацию расходов и повышение финансовой устойчивости медицинских организаций, что обеспечивает достижение положительных результатов в сохранении здоровья населения.

Тарифы на оплату медицинской помощи, действующие на территории Кемеровской области – Кузбасса, устанавливаются Тарифным соглашением в системе ОМС Кемеров-

ской области – Кузбасса (далее – Тарифное соглашение).

Тарифное соглашение – документ, который регламентирует порядок и особенности оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным гражданам в медицинских организациях, включенных в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Кузбасса. Тарифное соглашение является важным инструментом во взаимодействии участников си-

стемы ОМС (ТФОМС, СМО, МО), устанавливающим необходимые параметры и условия для расчета и оплаты стоимости оказанной медицинской помощи. В этом документе находят отражение все новации утвержденной Территориальной программы ОМС и федеральных методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет

средств ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС Кузбасса рассчитываются в соответствии с приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил ОМС» и Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, разработанными Минздравом России совместно с Феде-

ральным фондом ОМС.

Тарифы на ОМС включают в себя перечень затрат, определенный частью 7 статьи 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон), в частности заработную плату работников и большинство направлений расходов медицинских организаций (таблица 1).

Таблица 1. Структура тарифа в системе ОМС

Перечень затрат, входящих в структуру тарифа ОМС	
1	Заработная плата с начислениями и прочими выплатами
2	Приобретение:
2.1	- лекарственных препаратов
2.2	- расходных материалов
2.3	- продуктов питания
2.4	- мягкого инвентаря
2.5	- медицинского инструментария
2.6	- реактивов и химикатов
2.7	- аутсорсинг (лабораторные и инструментальные исследования, питание)
2.8	- прочих материальных запасов
3	Оплата:
3.1	- услуг связи
3.2	- транспортных услуг
3.3	- коммунальных услуг
3.4	- работ и услуг по содержанию имущества
3.5	- расходов на оплату аренды имущества
3.6	- программного обеспечения
3.7	- прочих услуг
4	Социальное обеспечение работников МО
5	Расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств
6	Расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь)
7	Прочие расходы

В соответствии с внесенными в Федеральный закон изменениями с 2024 года в структуру тарифа добавлены расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств. Лимит для приобретения одной единицы медицинского оборудования увеличен в четыре раза – со 100 до 400 тысяч рублей.

Необходимо отметить, что средства ОМС по-прежнему не направляются на капитальные вложения в строительство, реконструк-

цию и капитальный ремонт, покупку недвижимости, транспортных средств, ценных бумаг и долей в уставном капитале организаций, а также на уплату процентов и погашение основной суммы долга по кредитам.

ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ТФОМС ПО РАСЧЕТУ ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В целях оптимизации работы по расчету и актуа-

лизации тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС приказом ТФОМС утвержден внутренний Порядок взаимодействия структурных подразделений по расчету тарифов на оплату медицинской помощи. Порядком определены последовательность действий и ответственность подразделений за выполнение работ, связанных с оценкой затрат медицинских организаций на оказание медицинской помощи (ме-



дицинских услуг).

В рамках совершенствования подходов к формированию тарифов за оказанную медицинскую помощь в системе ОМС Кемеровской области – Кузбасса Территориальным фондом ОМС в 2022 году разработана форма технологической карты медицинской услуги (далее – Технологическая карта), которая является приложением к положению о рабочей группе комиссии по разработке ТПОМС, утвержденному приказом Минздрава Кузбасса «О рабочей группе при комиссии по разработке Территориальной программы ОМС Кемеровской области – Кузбасса» (КРТП).

За 2024 год Территориальным фондом ОМС в медицинские организации Кемеровской области – Кузбасса направлено порядка 30 запросов о предоставлении Технологических карт.

В свою очередь, медицинские организации для рассмотрения предложений о разработке, утверждении тарифов, внесении дополнений и изменений в тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС направляют в адрес рабочей группы КРТП Технологические карты, которые включают следующие основные параметры:

1. Наименование и код медицинской услуги в соот-

ветствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России № 804н, а также наименование обстоятельства предоставления услуги, если необходима детализация услуги.

2. Краткое описание технологии выполнения медицинской услуги, этапность.

3. Реквизиты нормативных документов (клинических рекомендаций, стандартов оказания медицинской помощи), регламентирующих проведение предлагаемой к утверждению услуги.

4. Временные затраты медицинского персонала на проведение медицинской услуги с указанием реквизитов нормативных документов, регламентирующих эти затраты (федерального либо регионального уровня). В случае, если время проведения медицинской услуги не подтверждено нормативными актами, затраты времени устанавливаются путем проведения ТФОМС хронометражных наблюдений.

5. Расчет затрат на оплату труда медицинского персонала, исходя из потребности в количестве медицинского персонала, непосредственно участвующего в оказании услуги, в соответствии с системой оплаты труда, регламентированной региональными

нормативными актами. Территориальный фонд ОМС при расчете затрат на оплату труда медицинского персонала руководствуется постановлением Коллегии Администрации Кемеровской области «О примерном положении об оплате труда работников МО государственной системы здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса, а также иных организаций, созданных в форме учреждений, функции и полномочия учредителя которых осуществляет Министерство здравоохранения Кузбасса».

6. Затраты на оплату труда административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала учреждения, определенные через коэффициент заработной платы данных категорий персонала к заработной плате основного персонала. Территориальный фонд ОМС при расчете тарифов использует указанный коэффициент в размере 25 %.

7. При расчете комплексной услуги предоставляется расчет затрат на проведение медицинских услуг (лечебно-диагностических услуг), входящих в состав комплексной медицинской услуги.

8. Расчет затрат на лекарственные препараты, медицинские изделия и дезинфицирующие средства, используемые при оказании услуги, с указанием реквизитов первичных документов, подтверждающих цену товара.

9. Расчет накладных затрат, учтенных по средней доле затрат данной группы в общем объеме затрат, сложившихся по средствам ОМС за предыдущий финансовый период согласно данным отчет-

ной формы № 14-Ф (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС медицинскими организациями». В 2024 году на основании показателей отчетной формы накладные затраты учитывались в размере 12,6 %.

Данный перечень расчетных параметров не является исчерпывающим, при необходимости он может изменяться и дополняться.

В процессе формирования Тарифного соглашения на 2024 год проведен пе-

ресмотр тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях в сторону увеличения, в том числе с учетом роста стоимости Территориальной программы ОМС по сравнению с предыдущим годом (таблица 2).

Таблица 2. Динамика тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, 2024 г.

Вид медицинской помощи	% индексации
Комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров	+ 9,2 %
Комплексное посещение для проведения диспансеризации, всего	+ 9,1 %
- в том числе, комплексное посещение для проведения углубленной диспансеризации	+ 3,7 %
Лечебно-диагностические услуги (в рамках межучрежденческих расчетов)	+ 5 %
Гемодиализ	+ 12,6 %
Сцинтиграфия	+ 5 %
Стоимость 1 УЕТы для оказания стоматологической медицинской помощи	+ 5 %
Посещения по неотложной помощи	Установлены дифференцированные тарифы с учетом структуры фактических объемов в рамках оказания неотложной помощи: - посещение по неотложной помощи + 5 % - приемное отделение + 57 % - приемно-диагностическое отделение + 77 %
Обращение в связи с заболеванием	+ 5 %
Проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, эндоскопических диагностических исследований	+ 5 %

НОВОВВЕДЕНИЯ В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В 2024 году в системе ОМС появилось несколько нововведений в части оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях. Программа госгарантий расширила объемы и финансовое обеспечение амбулаторно-поликлинической помощи, особенно при проведении профилактических осмотров и диспансеризации застрахованных граждан.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

С 1 января 2024 года для женщин и мужчин репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп одновременно с прохождением профилактического осмо-

тра или диспансеризации организовано проведение диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья, включающей исследования и иные медицинские

вмешательства (перечень обязательных осмотров и исследований приведен в приложении 6 к Программе госгарантий).

Диспансеризация по оценке репродуктивного



здоровья мужчин и женщин проводится в целях выявления признаков заболеваний или состояний, которые могут негативно повлиять на репродуктивную функцию, на беременность и последующее течение беременности, родов и послеродового периода у женщин, а также факторов риска развития заболеваний.

Методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, утверждёнными приказом Минздрава России, определен порядок действий для оценки репродуктивного здоровья, на основании которого у ряда медицинских организаций были запрошены технологические карты для расчета тарифов на медицинские услуги, входящие в перечень необходимых исследований женщин и мужчин в возрасте от 18 до 49 лет.

С 1 апреля 2024 года приложениями 15.1 и 15.2 к Тарифному соглашению утверждены соответствующие тарифы (таблицы 3, 4).

АНАЛИЗ КРОВИ НА ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С

С 2024 года расширена программа диспансеризации в части включения скринингового исследования на антитела к вирусному гепатиту С. Анализ крови на выявление гепатита С проводят лицам в возрасте 25 лет и старше – один раз в 10 лет. Соответствующие изменения нашли отражение в Тарифном соглашении: тарифы по данным возрастным категориям были увеличены на стоимость медицинской услуги A26.06.041.002 «Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к

вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови» в размере 427 рублей.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Ещё одно важное направление профилактической работы – диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями. При этом на особом контроле – пациенты с онкологическими заболеваниями, болезнями системы кровообращения и сахарным диабетом.

В Территориальной программе ОМС на 2024 год впервые установлены нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема по данным профилям и, соответственно, установлены тарифы по этим направлениям. В приложении 14 к Тарифному соглашению добавлены соответствующие коды услуг, тарифы установлены дифференцированно в зависимости от профиля врача, проводящего диспансерное наблюдение: на диспансерное наблюдение пациентов со злокачественными новообразованиями – 3 802,2 руб., с болезнями системы кровообращения – 3 192,1 руб., с сахарным диабетом – 1 435,5 руб.

Также впервые установлены тарифы по данным направлениям на диспансерное наблюдение работающих граждан.

ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

В последние годы в России сложился устойчивый тренд на цифровизацию и информатизацию большинства сфер деятельности, в том числе создан фундамент для цифровой трансформации медицины. В Кузбассе в рамках данного направления развивается система телемедицины.

Медицинские организации, расположенные в малонаселенных и отдаленных населенных пунктах, имеют возможность получить телемедицинские консультации, если это необходимо по медицинским показаниям и в соответствии с клиническими рекомендациями.

Врачи крупных больниц помогают коллегам с территорий уточнить диагноз, выстроить наиболее эффективную тактику лечения, принять решение о госпитализации, что позволяет существенно повысить доступность и время оказания медицинской помощи, улучшить качество лечения. Результат – не только сохраненное здоровье, а в ряде





Таблица 3. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках диспансеризации женщин репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, 2024 г.

№	Код услуги	Осмотр, исследования, медицинские мероприятия	Примечание	Тариф, руб.	НФЗ на оплату медпомощи для проведения диспансеризации по ТПГГ
Женщины					4 416,62
I этап диспансеризации					
1		Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный		355,0	
		Пальпация молочных желез			
		Осмотр шейки матки в зеркалах с забором материала на исследование			
2	A12.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков		189,0	
3	A09.20.011	Определение концентрации водородных ионов (рН) отделяемого слизистой оболочки влагалища		130,0	
4	A08.20.017 / код обстоятельства 50.01.086 "Окраска по Папаниколау"	Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки	1 раз в 3 года у женщин 21-29 лет и 1 раз в 5 лет у женщин 30-49 лет (21, 24, 27, 30, 35, 40, 45)	246,0	
5	A08.20.017.001 / код обстоятельства 50.01.086 "Окраска по Папаниколау"	Цитологическое исследование микропрепарата цервикального канала		246,0	
6	A08.20.017.002	Жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки (за исключением случаев невозможности проведения исследования по медицинским показаниям в связи с экстирпацией матки, virgo). Цитологическое исследование мазка (соскоба) с шейки матки проводится при его окрашивании по Папаниколау (другие способы окраски не допускаются)	или 1 раз в 3 года у женщин 21-29 лет и 1 раз в 5 лет у женщин 30-49 лет (21, 24, 27, 30, 35, 40, 45)	710,0	
7	A26.20.034.001	Определение ДНК возбудителей инфекции, передаваемые половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium), в отделяемом слизистых женских половых органов методом ПЦР	в возрасте 18 - 29 лет	1 232,0	
II этап диспансеризации					
8	A26.20.034.001	Определение ДНК возбудителей инфекции, передаваемые половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium), в отделяемом слизистых женских половых органов методом ПЦР	в возрасте 30 - 49 лет	1 232,0	
9	A26.20.009.002	Определение ДНК вирусов папилломы человека (Papilloma virus) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом ПЦР, качественное исследование	1 раз в 5 лет (30,35,40,45 лет)	1 470,0	
10	A04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное	при наличии медицинских показаний	240,0	
11	A04.20.001.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное		369,0	
12	A04.20.002	Ультразвуковое исследование молочных желез		197,0	
13		Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный		355,0	

Таблица 4. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках диспансеризации мужчин репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, 2024 г.

№	код услуги	Осмотр, исследования, медицинские мероприятия *	Тариф, руб.	НФЗ на оплату мед. помощи для проведения диспансеризации по ТППГ
Мужчины				4 416,62
I этап диспансеризации				
1		Прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин)	360,0	
II этап диспансеризации				
2	B03.053.002	Спермограмма	440,0	
3	A12.21.003	Микроскопическое исследование уретрального отделяемого и сока простаты	149,0	
4	A26.21.036.001	Определение ДНК возбудителей инфекции, передаваемые половым путем (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium), в отделяемом из уретры методом ПЦР	1 232,0	
5	A26.21.033.001	Определение ДНК уреаплазм (Ureaplasma spp.) в отделяемом из уретры методом ПЦР, качественное исследование	1 134,0	
6	A04.21.001.001	Ультразвуковое исследование предстательной железы трансректальное	325,0	
7	A04.28.003	Ультразвуковое исследование органов мошонки	197,0	
8		Повторный прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин)	360,0	

случаев и спасенная жизнь пациента благодаря быстро принятому правильному врачебному решению.

За 2024 год крупными больницами Кемеровской области – Кузбасса проведено 5 336 врачебных консультаций с применением телемедицинских технологий.

В рамках выполнения мероприятий, предусмотренных «дорожной картой»

снижения смертности от болезней системы кровообращения в Кемеровской области – Кузбассе, с 1 августа 2024 года в Тарифном соглашении установлены тарифы на оплату медицинской услуги по консультированию проведения тромболитической терапии под контролем удаленного консультанта – врача-невролога дистанционного консультационного

центра через видеоконференцсвязь. Новый формат решает проблему доступности квалифицированного специалиста на этапе принятия решения о целесообразности тромболитической терапии и последующего выбора тактики ведения пациента.

На основании данных, представленных медицинской организацией, утверждены тарифы на консультацию без проведения тромболиза и с проведением тромболиза в размере 466 руб. и 7 131 руб. соответственно.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Еще один современный шаг в рамках цифровизации – внедрение искусственного интеллекта (далее – ИИ) с целью улучшения качества медицинской помощи, повышения эффективности работы врачей и снижения в ряде случаев затрат. Применение технологий ИИ в рамках систем поддержки

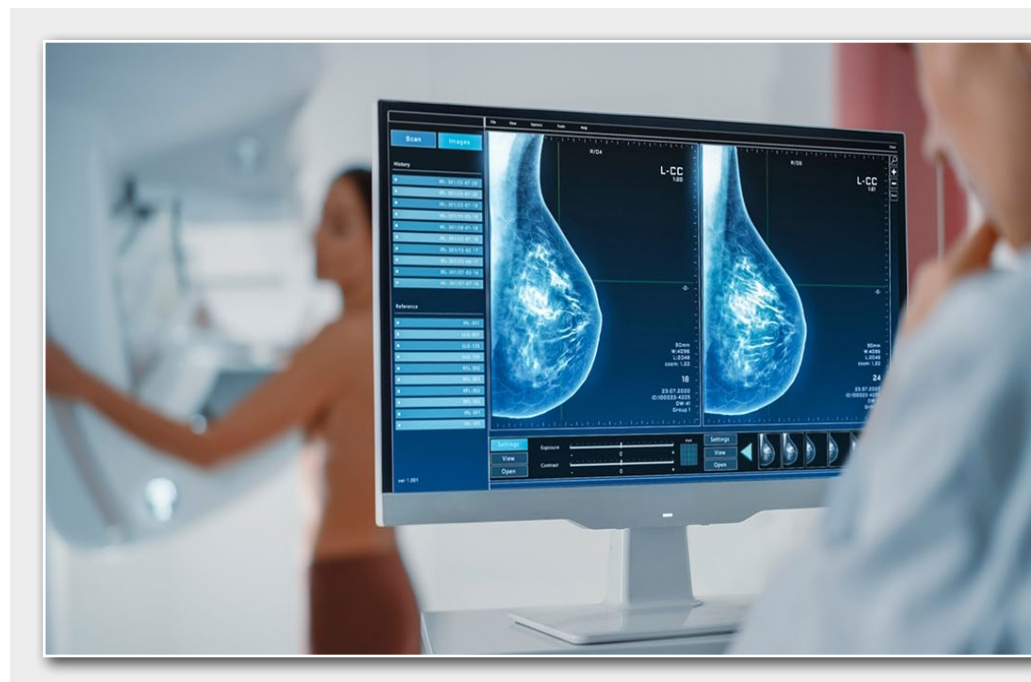


принятия врачебных решений при проведении функциональных исследований способствует повышению точности диагностики и раннему выявлению заболеваний, ускоряет процессы постановки диагноза и помогает минимизировать врачебные ошибки при интерпретации результатов исследований, а также снизить нагрузку на медработников и систему здравоохранения в целом.

С 2024 года впервые в Программе госгарантий предусмотрено проведение маммографии с использованием ИИ в качестве второго мнения. ИИ введен в процесс анализа маммографии для улучшения диагностики заболеваний молочной железы. При проведении маммографии используется программное обеспечение с ИИ, которое помогает выявлять заболевания молочной железы, в том числе онкологические: подсвечивает на снимке новообразование, определяет его размеры и даёт заключение, на основе которого врач ставит диагноз. Данный процесс позволяет ускорить и повысить точность диагностики и, соответственно, повысить эффективность лечения.

Тариф на анализ маммографических исследований с использованием ИИ составил в 2024 году 340 руб. (используется в рамках взаиморасчетов между медицинскими организациями за оказание услуг неприкрепленному населению).

Согласно данным Минздрава Кузбасса за период с 01.01.2024 по 31.12.2024 в подсистему «Центральный архив медицинских изображений» Государственной информационной системы в сфере здравоохранения Кемеровской об-



ласти – Кузбасса передано 150 347 маммографических исследований, обработанных с помощью сервиса ИИ.

Использование ИИ в маммографии активно развивается и становится для врача важным вспомогательным инструментом для повышения качества медицинской помощи и правильной постановки диагноза.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НА ДОМУ

Медицинская реабилитация на дому, в том числе с помощью телемедицинских технологий, включена в Программу госгарантий с 2023 года. Медицинская реабилитация на дому – это восстановление и поддержание здоровья пациента в домашних условиях вместе с бригадой врачей, включающее комплекс лечебных мероприятий, различные лечебные процедуры, которые помогают пациенту восстановиться после болезней, операций, травм, серьезных заболеваний, а также получить помощь психолога. Этот вид помощи особенно важен для людей, у которых нет возмож-

ности ежедневно посещать реабилитационный центр, или госпитализироваться в стационар.

В целях повышения доступности и качества услуг по медицинской реабилитации взрослому населению Кузбасса на основании приказа Минздрава Кузбасса «Об организации медицинской реабилитации на дому взрослому населению Кемеровской области – Кузбасса по профилям» организовано проведение медицинской реабилитации на дому с использованием телемедицинских технологий и без их применения.

Работниками Территориального фонда ОМС совместно с главным областным специалистом – реабилитологом проведена работа по расчету тарифов на данные медицинские услуги по следующим профилям: заболевания центральной нервной системы, заболевания периферической нервной системы, инфекционные заболевания и заболевания опорно-двигательной системы. В Тарифное соглашение включены 20 тарифов в диапазоне от 7 136 до 17 186 рублей за один комплекс лечения.



СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОД ОБЩЕЙ АНАСТЕЗИЕЙ

В соответствии с приказами Минздрава Кузбасса организовано оказание стоматологической помощи детскому и взрослому населению под общей анестезией.

На основании обращения главного областного специалиста стоматолога/детского специалиста стоматолога о разработке тарифов на услуги по оплате стоматологической помощи под общим наркозом рассчитаны тарифы на стоматологическую помощь длительностью до 90 минут и от 90 минут в размере 4 710 руб. и 14 927 руб. соответственно, что позволяет обеспечить комфортное и безопасное лечение с возможностью выполнения многочисленных процедур за один сеанс для пациентов с ограниченной коммуникацией.

В системе ОМС Кузбасса в течение 2024 года утверждено порядка 70 тарифов на медицинские услуги, в том числе 50 новых тарифов, таких как:

- комплексная офталь-

- мологическая услуга;

- молекулярно-генетические исследования мутации в гене V617F;
- ультразвуковые исследования разных областей;
- рентгенография грудного отдела позвоночника;
- исследование мочи для выявления клеток опухоли;
- исследование уровня липопротеинов в крови;
- исследование уровня кальцитонина в крови;
- бодиплетизмография;
- определение антител к вирусам возбудителей внебольничной пневмонии и другие.

Пересчитано 20 действующих тарифов, утвержденных ранее в тарифном соглашении:

- хокардиография с физической нагрузкой,
- патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала молочной железы с применением иммуногистохимических методов,
- эластометрия печени,
- цитологическое исследование микропрепарата тканей щитовидной железы и т.д.

Наибольшее количество предложений по разработке и утверждению тарифов (96 %) поступает от медицинских организаций государственной формы собственности, от частных медицинских организаций за 2024 год поступило 4 % обращений.

Количество предложений по разработке, утверждению тарифов, внесению дополнений и изменений в тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС Кемеровской области – Кузбасса в разрезе медицинских организаций представлено на диаграмме 1.

Тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС, установленные региональным Тарифным соглашением, являются едиными для всех медицинских организаций, независимо от организационно-правовой формы.

Подводя итоги 2024 года по формированию тарифной политики в системе ОМС, можно сделать вывод, что расширение перечня медицинских услуг и актуализация тарифов на оказание различных видов медицинской помощи являются закономерным следствием внедрения в медицину новых технологий и методов лечения. Это не только повышает доступность и качество медицинской помощи, но и способствует развитию и совершенствованию системы здравоохранения Кузбасса.

В завершении хотелось бы отметить, что все изменения в принципах, параметрах и способах оплаты, размере и структуре тарифов утверждаются решениями Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС, согласовываются Феде-

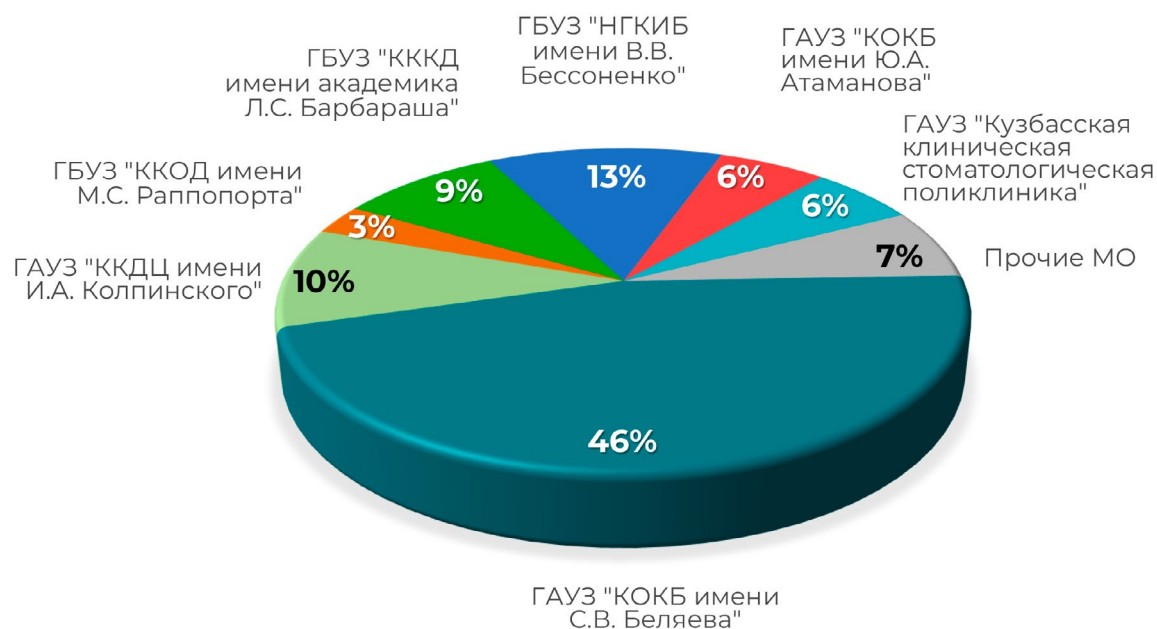


ральным фондом ОМС и оперативно отражаются в Тарифном соглашении в системе ОМС Кемеров-

ской области – Кузбасса. Тарифное соглашение в актуальной редакции размещено на официаль-

ном сайте Территориального фонда ОМС <https://www.kemoms.ru/> в разделе «Документы».

Диаграмма 1. Структура обращений по расчету тарифов в разрезе медицинских организаций за 2024 год



Промое М.А., Хакимова О.Г.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ПОВЫШЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ – В ФОКУСЕ ВНИМАНИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**ПРОМОЕ М.А.,**
заместитель
директора по
организации
ОМС**ХАКИМОВА О.Г.,**
начальник
управления
организации
ОМС

Последние годы пациентоориентированность является одним из ключевых трендов в отечественном здравоохранении, и удовлетворенность населения качеством и доступностью медицинской помощи находится в зоне пристального внимания со стороны государства.

Многие организационные моменты, которые решаются в системе здравоохранения каждого региона и направлены на обеспечение кадрами и ресурсами, улучшение качества медицинской помощи, могут быть не видны простым гражданам. Но это только на первый взгляд. Оценить результат и эффективность этой работы пациенты могут на своем личном опыте – при получении медицинской помощи.

Так как работа поликлиник выступает своеобраз-

ной визитной карточкой всей системы здравоохранения, в 2022 году в федеральный проект «Модернизация первичного звена здравоохранения» был введен новый целевой показатель – оценка удовлетворенности населения медицинской помощью.

Комплексную методику измерения этого показателя разработали в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информа-

тизации здравоохранения» Минздрава России (далее – ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) и первоначально апробировали в трех регионах России – в Удмуртии, Липецкой и Белгородской областях. Теперь единый подход к оценке удовлетворенности введен во всех субъектах РФ.

Ключевым моментом при использовании данной методики являются критерии, по которым оценивается удовлетворенность граждан медицинской помощью. Отметим, что

разработать адекватную систему оценки не просто, ведь зачастую пациент начинает судить о больнице по вещам, не влияющим на качество медицинской помощи, в частности, оценивать свою удовлетворенность, находясь еще у стойки регистратуры поликлиники. Различные ведомства используют разные методики, показывают цифры, зачастую кратно отличающиеся друг от друга. Формулировки вопросов варьируются год от года, что не позволяет осуществлять динамический анализ удовлетворенности населения медицинской помощью.

В данном случае при опросе по новой методике за основу был взят комплексный, системный подход, единый для всех граждан на территории Российской Федерации. Состав выборки преследует цель достижения ее репрезентативности по городскому и сельскому населению,

а также по полу и возрасту респондентов. Все вопросы анкеты стандартизированы и касаются инфраструктуры медицинской организации, опыта взаимодействия пациента с персоналом, лояльности к системе здравоохранения, а также субъективной оценки результатов лечения.

Ответы респондентов позволяют оценить комфорт пребывания в медицинской организации, удобство записи на приём к врачу, внимательность персонала, длительность ожидания медицинской помощи, соответствие визита в организацию ожиданиям пациента и др.

Исследование проводится по методике оценки, которую разработал ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 19.07.2022 № 495 «Об утверждении методики расчета дополнительного показателя «Оценка обще-

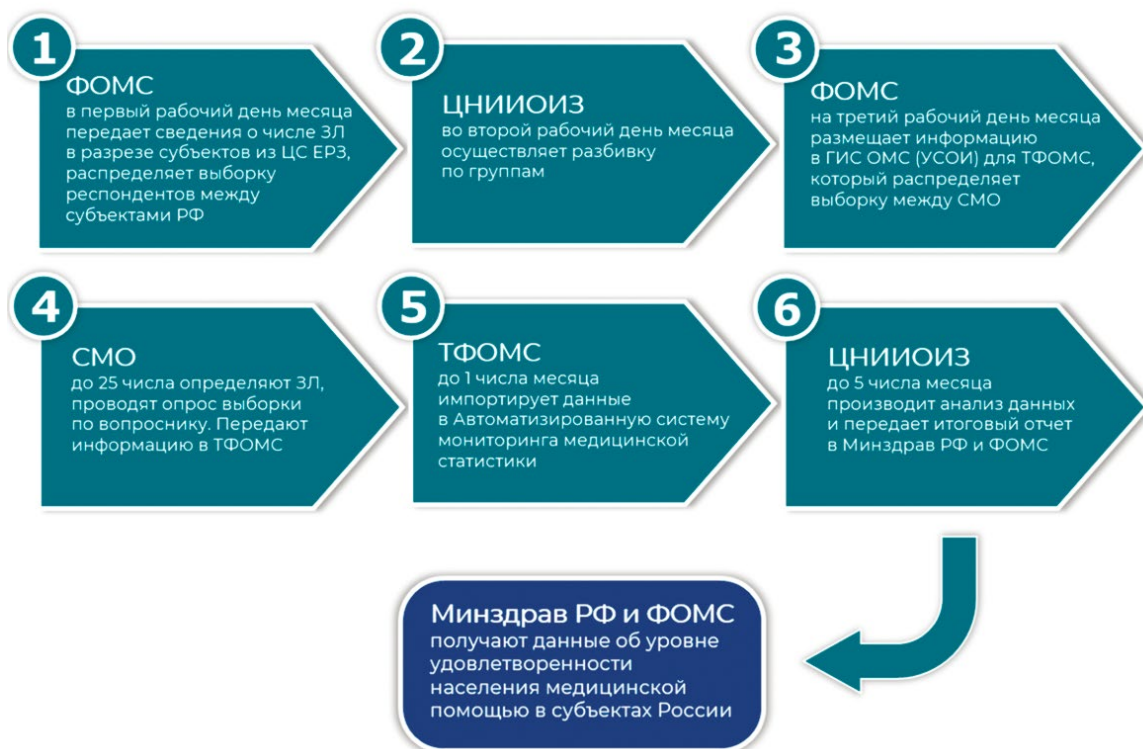
ственного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», входящего в национальный проект «Здравоохранение» (далее – приказ № 495).

В целях исполнения приказа № 495 Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России подготовлен Регламент информационного взаимодействия.

Специалисты ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса и страховых медицинских организаций, участвующие в реализации приказа № 495, прошли тематическое обучение в онлайн режиме.

Информационная логистика по приказу № 495 показана на рис. 1.

Рис. 1. Информационная логистика по приказу Минздрава России от 19.07.2022 № 495





В рамках Регламента информационного взаимодействия Федеральный фонд ОМС в первый рабочий день каждого отчетного месяца направляет в ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России сведения о численности застрахованных лиц в разрезе субъектов Российской Федерации по данным единого регистра застрахованных лиц по состоянию на последний рабочий день месяца, предшествующего отчетному.

ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России на второй рабочий день каждого отчетного месяца направляет определенный размер выборки в разбивке на половозрастные группы в аналитике городское/сельское население (далее – квота) в Федеральный фонд.

Федеральный фонд ОМС на третий рабочий день каждого отчетного месяца размещает полученную квоту от ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России в подсистеме «Унифицированная система обработки информации» Государственной информационной системы обязательного медицинского страхования.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса не позднее пятого рабочего дня каждого отчетного месяца обеспечивает распределение квоты между

страховыми медицинскими организациями.

Страховые медицинские организации до двадцать пятого числа каждого отчетного месяца завершают процесс опроса респондентов и направляют результаты опроса в ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса. Численность опрошенных респондентов соответствует распределенной квоте.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса до первого рабочего дня месяца, следующего за отчетным, направляет результаты телефонного опроса респондентов в виде неагрегированных деперсонализированных данных посредством загрузки сводного файла в Автоматизированную систему мониторинга медицинской статистики (АСММС).

ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России до пятого рабочего дня месяца, следующего за отчетным, проводит обработку данных, формирует месячные отчеты по оценке общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью по субъектам Российской Федерации и направляет их в Федеральный фонд ОМС и Министерство здравоохранения Российской Федерации.

ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России не позднее пятнадцатого февраля года, следующего за отчетным, формирует годовые отчеты по оценке общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью по Российской Федерации и по субъектам Российской Федерации путем объединения данных месячных отчетов и направляет в Федеральный фонд ОМС и Министерство здравоохранения

Российской Федерации.

Анкета, разработанная для оценки удовлетворенности населения медицинской помощью, содержит 21 вопрос. Для ответа на них требуется около семи минут.

Не секрет, что за последние годы наши граждане устали от телефонного спама и часто не отвечают на звонки с неизвестных номеров. Но в данном случае кузбассовцы относятся с пониманием и принимают участие в исследовании.

На территории Кемеровской области застрахованных граждан обзванивают страховые представители двух страховых медицинских организаций – Кузбасского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС» и АОСП ООО «Страховая компания «Ингосстрах-М» филиал в г. Кемерово.

Респондентом может стать любой гражданин в возрасте старше 18 лет вне зависимости от того, как давно он получал медицинскую помощь и в какой медицинской организации, так как выборка случайная, и программа может выбрать для опроса любого застрахованного. Опрос анонимный. Обязательное условие – на момент опроса респондент не должен находиться в медицинской организации и получать медицинскую помощь.

Показатель удовлетворенности населения медицинской помощью рассчитывается как соотношение числа респондентов, которые в ходе опроса выбрали ответы «По большей части удовлетворен» и «Абсолютно удовлетворен» на вопрос «Оцените, насколько в целом Вы удовлетворены медицинской помощью?» согласно

вопроснику приказа № 495 «Удовлетворенность населения медицинской помощью», к общему числу респондентов, ответивших на вопрос «Оцените, насколько в целом Вы удовлетворены медицинской помощью?» в субъекте Российской Федерации (Российской Федерации) в отчетном периоде (процент), по следующей формуле:

$$A = \frac{B}{C} \times 100$$

где:

A – оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью в отчетном периоде (процент);

B – число респондентов, в ходе опроса выбравших ответы «По большей части удовлетворен» и «Абсолютно удовлетворен» на вопрос «Оцените, насколько в целом Вы удовлетворены медицинской помощью?» согласно вопроснику «Удовлетворенность населения медицинской помощью» за отчетный период (человек);

C – общее число респондентов, ответивших на вопрос «Оцените, насколько в целом Вы удовлетворены

медицинской помощью?» согласно вопроснику «Удовлетворенность населения медицинской помощью» за отчетный период (человек).

Как и любой иной показатель федеральных и региональных проектов, показатель по удовлетворенности имеет свои установленные целевые значения для каждого региона.

На первоначальном этапе по проекту удовлетворенность в Кузбассе в целом по 2022 году должна была быть не ниже 37 %. Проведенный в августе 2022 года опрос населения Кузбасса показал, что в нашем регионе медицинской помощью были удовлетворены 47,5 % респондентов. Двумя страховыми медицинскими организациями в общей сложности было опрошено 611 человек в возрасте от 18 до 90 лет, средний возраст респондентов составил 47 лет. Большая часть опрошенных (85 %) – это городское население. Услугами частных медицинских организаций пользовались около 20 % респондентов, остальные получали медицинскую помощь в государственном секторе здравоохранения. В чис-

ле проблем, с которыми респондентам приходилось сталкиваться при получении медицинской помощи, они указали нехватку врачей-терапевтов, врачей-специалистов (55 %), длительное ожидание медицинской помощи и большую очередность (13 %), отсутствие необходимого оборудования (13 %). Трудности с вызовом врача на дом возникали у 13 % опрошенных.

В настоящее время имеется возможность оценить показатели удовлетворенности населения медицинской помощью в динамике за три года – с 2022 по 2024 гг.

За период с августа 2022 года по декабрь 2024 года страховыми медицинскими организациями Кемеровской области – Кузбасса в целом опрошено 17 719 респондентов (ежемесячно по 611 человек).

Показатели «Оценки общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации» Кемеровской области – Кузбасса за 2022–2024 годы представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1. Результаты оценки общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, 2022 год

2022						
Август	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь	Год	
Факт	Факт	Факт	Факт	Факт	План	Факт
47,5	46,6	47,1	47,5	46,6	35,8	47,1

Таблица 2. Результаты оценки общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, 2023–2024 гг.

	Квартал 1		Квартал 2		Квартал 3		Квартал 4		Год	
	План	Факт	План	Факт	План	Факт	План	Факт	План	Факт
2023	48,0	46,9	49,0	47,9	51,0	51,4	52,7	54,2	50,0	50,1
2024	52,5	54,8	54,3	54,8	56,3	58,0	56,9	57,6	55,0	56,3

Результаты исследования позволяют сделать вывод, что удовлетворенность кузбассовцев медицинской помощью ежегодно растет (рис. 2).

Опыт показывает, что чем выше удовлетворенность качеством и доступностью медицинской помощи, тем выше у граждан степень доверия к своему лечащему врачу и приверженность лечению. Значит, пациенты с большей долей вероятности будут выполнять все назначения, регулярно проходить диспансеризацию и профосмотры, чтобы исключить риски развития

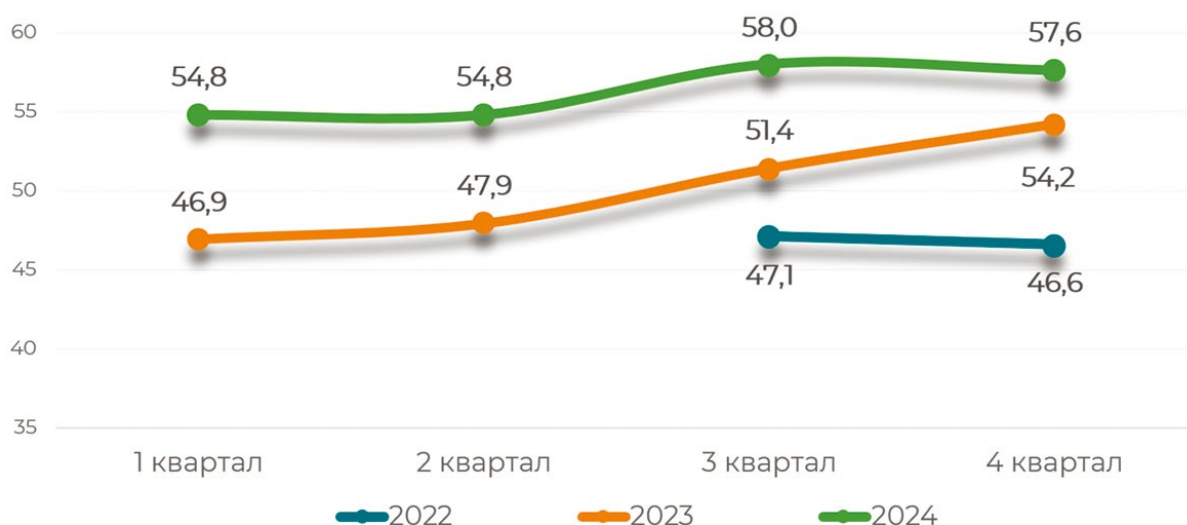
серьезных заболеваний или иметь возможность диагностировать их на ранней стадии. А от этого зависят состояние здоровья и ожидаемая продолжительность жизни населения.

Для медицинских работников рост удовлетворенности населения медицинской помощью должен привести к увеличению числа благодарных пациентов. Врач, довольный результатами своей работы, менее склонен к эмоциональному выгоранию, заинтересован в дальнейшем профессиональном росте и повышении своей квалификации. Для медицин-

ских организаций и всей системы здравоохранения региона рост удовлетворенности кузбассовцев медицинской помощью в перспективе должен привести к снижению количества жалоб от пациентов.

Результаты опроса позволяют оценивать ситуацию с оказанием медицинской помощи как на уровне отдельно взятого региона, так и страны в целом. Помогают выявить проблемные точки, разработать решения для их устранения и, в конечном итоге, улучшить организацию оказания медицинской помощи.

Рис. 2. Динамика удовлетворенности населения Кузбасса медицинской помощью, 2022-2024 гг., в процентах



Пашутская Н.В.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ПО ПОЛИСУ ОМС

Предыдущий 2024 год был объявлен в России Годом семьи. Правительством разработаны программы, направленные на популяризацию государственной политики в плане защиты семьи, совершенствование системы образования и соцобеспечения, улучшение здоровья детей и молодого населения, поддержку здоровья российских семей.

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 28.12.2023 № 2353, предусмотрен средний норматив финансовых затрат на одно комплексное посещение в рамках диспансеризации граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья – 3 650,1 руб.

В 2024 году в Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Кемеровской области – Кузбассе предусмотрена диспансеризация населения репродуктивного возраста, направленная на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин. Исследования репродуктивного здоровья проводятся одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации бесплатно за счет средств ОМС.

Диспансеризация мужчин и женщин репродуктивного возраста организуется в соответствии с Методическими рекомендациями, которые утверждены 29.03.2024 Минздравом РФ.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Диспансеризация женщин в возрасте от 18 до 49 лет проводится в женских консультациях, кабинетах врача-акушера-гинеколога поликлинических отделений или поликлиник по месту прикрепления, в том числе с участием выездных мобильных бригад.

Первый этап диспансеризации женщин в зависимости от возраста включает в себя от четырех до пяти видов обследований:

- первичный прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога, во время которого врач оценит анамнестическую анкету, проведёт осмотр шейки матки в зеркалах, сделает забор материала на исследование, а также выполнит пальпацию молочных желёз;

- микроскопическое исследование влагалищных мазков и определение концентрации водородных ионов (pH) отделяемого слизистой оболочки влагалища;

- цитологическое исследование мазка с шейки матки и цервикального канала или жидкостное цитологическое исследование мазка с шейки матки



(окрашивание по Папаниколу):

- женщинам в возрасте 21–29 лет – один раз в три года,

- женщинам в возрасте 30–49 лет – один раз в пять лет;

- женщинам в возрасте с 18 до 29 лет проводится лабораторное исследование мазков в целях определения ДНК возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза, передающихся половым путем, методом ПЦР (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*).

Второй этап диспансеризации у женщин проводится по результатам первого этапа в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния)

ПАШУТСКАЯ Н.В.,
начальник отдела
по взаимодействию
с медицинскими
организациями

при наличии медицинских показаний и может включать в себя:

- лабораторное исследование мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом ПЦР (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*) – проводится женщинам в возрасте 30–49 лет;
- определение ДНК вирусов папилломы человека (*Papilloma virus*) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом ПЦР, качественное исследование – один раз в пять лет (в 30, 35, 40 и 45 лет);
- УЗИ матки и придатков (дополнительно оценивается количество антральных фолликулов в обоих яичниках);
- УЗИ молочных желез (дополнительно оценивается состояние регионарных лимфоузлов);
- повторный прием (осмотр) врача-акушера-гинеколога для проведения индивидуального консуль-

тирования по вопросам репродуктивного здоровья, репродуктивных установок и мотивации на рождение детей, установления (уточнения) диагноза, определения (уточнения) группы здоровья, определения группы диспансерного наблюдения.

При наличии медицинских показаний пациентка направляется на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

У мужчин на первом этапе диспансеризации проводится первичный прием (осмотр, консультация) врачом-урологом, а при его отсутствии – врачом-хирургом, который прошел подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин, во время которого врач оценит анамнестическую анкету, заполненную мужчиной.

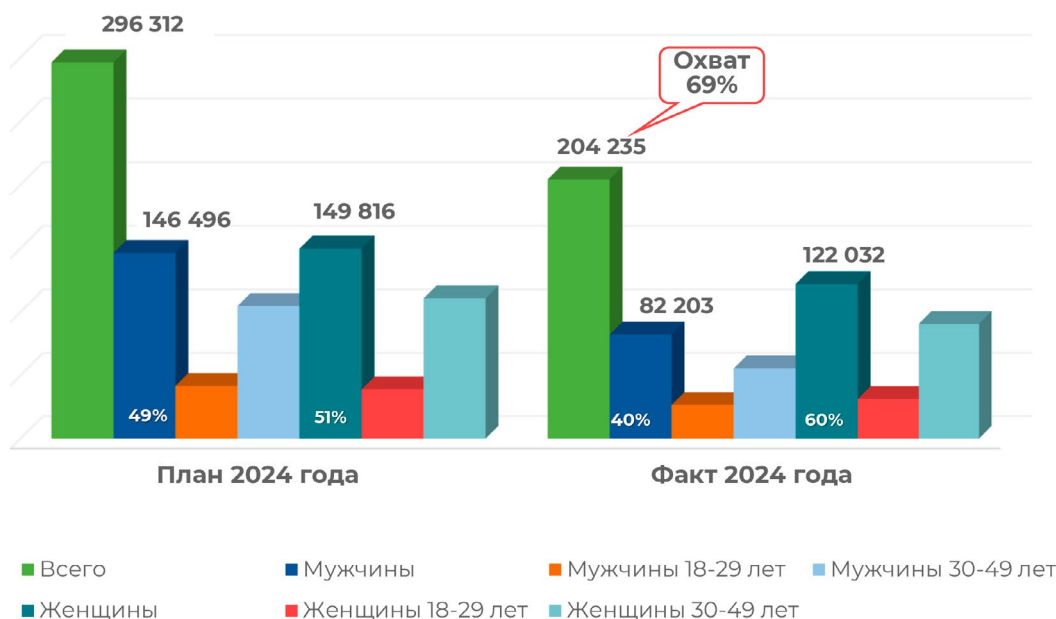
При обнаружении отклонений от нормы и наличии медицинских показаний пациентов направят на вто-

рой этап диспансеризации, где специалисты проведут дополнительные обследования и уточнят диагноз.

Второй этап диспансеризации для мужчин может включать:

- спермограмму – проводится для оценки способности к зачатию и обнаружения урологических заболеваний;
- микроскопическое исследование уретрального отделяемого и сока простаты;
- диагностику на определение ДНК возбудителей ЗППП (гонорея, трихомонады, хламидии, микопlasма, уреопlasма) в отделяемом из уретры методом ПЦР;
- УЗИ предстательной железы и органов мошонки;
- повторный прием (осмотр) врачом-урологом или врачом-хирургом для проведения индивидуального консультирования по вопросам репродуктивного здоровья, установления (уточнения) диагноза, определения (уточнения) группы здоровья, определения группы диспансерного наблюдения.

Рис. 1. Охват диспансеризацией по оценке репродуктивного здоровья в 2024 году



ОХВАТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЕЙ ПО ОЦЕНКЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В 2024-2025 ГОДАХ

В 2024 году рекомендуемая численность граждан репродуктивного возраста (с 18 до 49 лет), которым необходимо пройти диспансеризацию по оценке репродуктивного здоровья, утверждена приказом Министерства здравоохранения Кузбасса от 05.04.2024 № 540 (с изменениями от 06.08.2024 № 1189) и составила 296 312 чел.

В 2024 году диспансеризацию по оценке репродуктивного здоровья проводили 43 медицинские организации Кемеровской области – Кузбасса, охват

диспансеризацией по оценке репродуктивного здоровья составил 204 235 человек, или 69 % (рис. 1).

На второй этап диспансеризации для дополнительного обследования, уточнения диагноза и определения группы диспансерного наблюдения направлены 17 160 человек, или 8,4 % от общего количества граждан, прошедших первый этап диспансеризации репродуктивного здоровья (табл. 1)

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной Постановле-

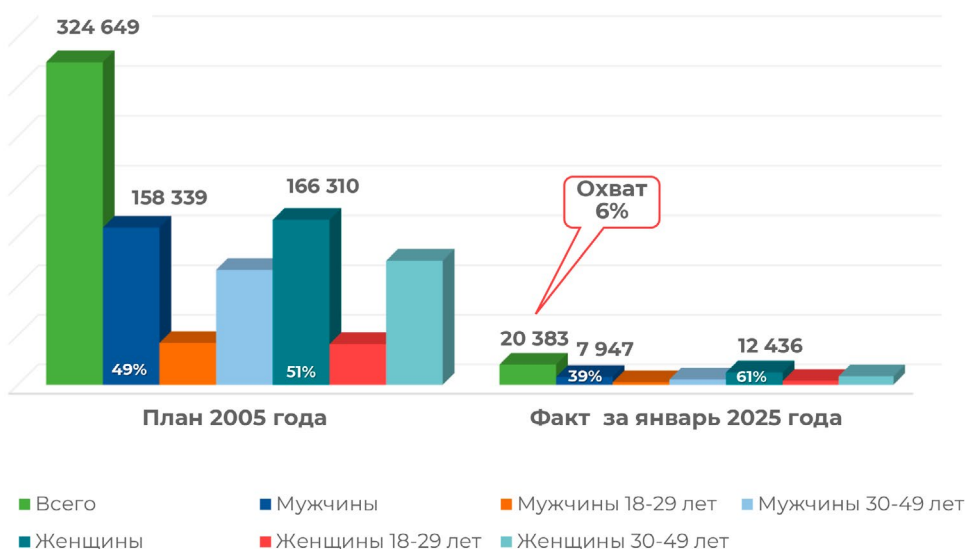
нием Правительства РФ от 27.12.2024 № 1940, предусмотрен норматив на проведение диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья мужчин и женщин 0,134681 комплексных посещений, который составляет на женщин 0,068994 комплексных посещений, на мужчин 0,065687 комплексных посещений.

В 2025 году в региональном проекте «Охрана материнства и детства» (Кемеровская область – Кузбасс) показатель «Охват граждан репродуктивного возраста (18–49 лет) диспансеризацией с целью оценки репродуктивного здоровья» составляет 32 %.

Таблица 1. Количество граждан, направленных на II этап диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья по результатам проведения I этапа диспансеризации, 2024 год

Половозрастная структура пациентов	Всего направлено на II этап диспансеризации
ВСЕГО	17 160
МУЖЧИНЫ	1 360
- в возрасте от 18 до 29 лет	335
- в возрасте от 30 до 49 лет	1 025
ЖЕНЩИНЫ	15 800
- в возрасте от 18 до 29 лет	3 628
- в возрасте от 30 до 49 лет	12 172

Рис. 2. Охват диспансеризацией по оценке репродуктивного здоровья в 2025 году





ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ

Главная цель проведения диспансеризации с целью оценки репродуктивного здоровья заключается в выявлении у граждан признаков состояний и заболеваний, которые способны негативно повлиять на беременность и ее последующее течение, на роды и послеродовой период, а также факторов риска их развития.

По результатам проведенной диспансеризации репродуктивного здоровья формируются три группы здоровья.

1 группа здоровья

присваивается здоровым мужчинам и женщинам, у которых нет заболеваний и не выявлены факторы риска.

2 группа здоровья

присваивается пациентам, у которых нет заболеваний репродуктивной системы, но есть факторы риска их развития (вредные привычки, соматические заболевания). В этом случае женщины направляются на лечение к профильным врачам или в кабинет медицинской профилактики, а мужчины – на консультацию к врачу-урологу для детального обследования и устранения факторов риска.

3 группа здоровья

присваивается женщинам с гинекологическими заболеваниями, которые нуждаются в постановке на диспансерное наблюдение или в оказании специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП.

Мужчины с 3 группой здоровья в течение одного месяца направляются на прием к врачу-урологу регионального Центра охраны семьи и репродукции либо к врачу-урологу областной больницы, имеющему практический опыт в области андрологии/диагностики и лечения заболеваний мужской репродуктивной системы.

Результаты диспансеризации репродуктивного здоровья, проведенной в 2024 году, представлены в таблице 2.

Таблица 2. Группы здоровья, установленные по результатам диспансеризации репродуктивного здоровья в 2024 году

	Установленная группа репродуктивного здоровья		
	1 группа	2 группа	3 группа
ВСЕГО	180 812	17 422	6 001
Мужчины:	78 848	3 166	189
- в возрасте от 18 до 29 лет	26 048	607	28
- в возрасте от 30 до 49 лет	52 800	2 559	161
Женщины:	101 964	14 256	5 812
- в возрасте от 18 до 29 лет	26 893	3 456	964
- в возрасте от 30 до 49 лет	75 071	10 800	4 848

Подводя итоги проведения скрининга репродуктивного здоровья граждан, можно сделать следующие выводы.

В 2024 году в Кузбассе обследования в рамках диспансеризации ре-

продуктивного здоровья прошли 204 235 человек, охват диспансеризацией составил 69 %. Анализ половозрастной структуры пациентов говорит о том, что женщины более ответственно относятся

к своему здоровью: диспансеризацию с целью оценки репродуктивного здоровья прошли 81 % женщин из числа тех, кто подлежал диспансеризации, и 56 % мужчин.



Рис. 3. Структура населения по группам репродуктивного здоровья, 2024 г.

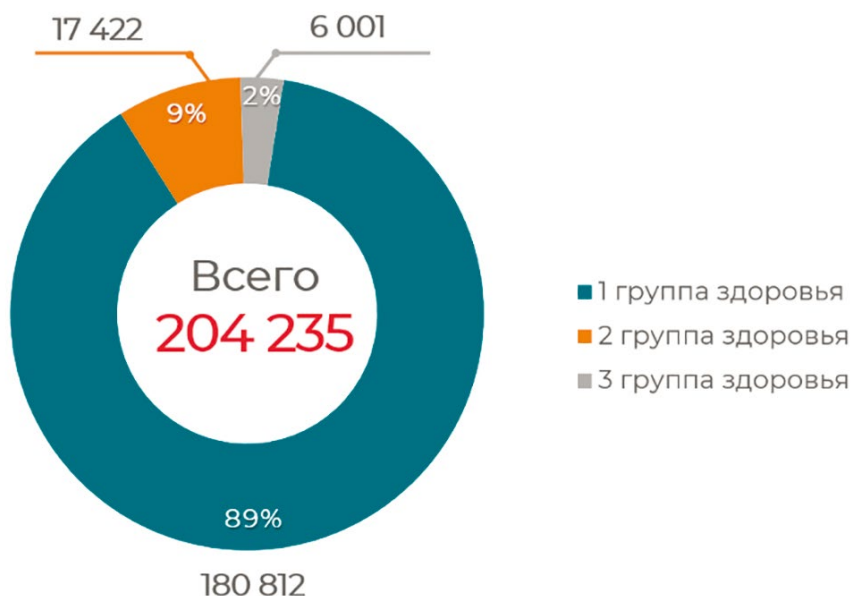


Рис. 4. Группы репродуктивного здоровья мужчин и женщин по итогам диспансеризации репродуктивного здоровья, проведенной в 2024 году



Структура населения по группам здоровья, установленным по результатам диспансеризации репродуктивного здоровья в 2024 году, представлена на рисунке 3. Первая группа здоровья присвоена 89 % пациентов, третью группу здоровья имеют 2 % граждан.

Среди женщин, прошедших диспансеризацию репродуктивного здоровья в 2024 году, третья группа здоровья установлена у 5 % пациенток, еще

12 % имеют факторы риска развития заболеваний репродуктивной системы. Среди мужчин третья группа здоровья присвоена 0,2 % пациентов, вторая группа здоровья – 4 % пациентов (рис. 4).

Диспансеризация взрослого населения репродуктивного возраста является уникальным мероприятием. Это первая всероссийская программа комплексной оценки репродуктивного здоровья

населения. Своевременное выявление и лечение заболеваний репродуктивной системы как у женщин, так и у мужчин является залогом сохранения репродуктивного здоровья, профилактики бесплодия и невынашивания беременности, акушерских и перинатальных осложнений при наступлении беременности, а значит, является залогом рождения здоровых детей.

Балашова С.В.

Кузбасский филиал ООО «АльфаСтрахование-ОМС»

ВАЖНА ЖИЗНЬ КАЖДОГО ПАЦИЕНТА



БАЛАШОВА С.В.,
директор
Кузбасского
филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»

Борьба с онкологическими заболеваниями является приоритетной задачей для здравоохранения. По словам главного внештатного онколога Минздрава РФ Андрея Каприна, в России летальность пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗНО) в первый год после постановки диагноза снизилась более чем на 5 % за восемь лет. Улучшается выявляемость онкологических заболеваний: в 60 % случаев рак обнаруживают на первой-второй стадиях. Кроме того, наблюдается положительная динамика по выживаемости больных, состоящих на учете пять и более лет.

По данным Министерства здравоохранения Кузбасса по итогам девяти месяцев 2024 года на диспансерном наблюдении в регионе находятся 66 034 пациента с онко-

Адресное сопровождение пациентов с онкологическими заболеваниями в рамках программы «Онко.net» и независимый аудит качества медицинской помощи позволяют решать актуальные задачи здравоохранения региона по увеличению продолжительности жизни пациентов с онкологией.

логическими заболеваниями, за этот же период времени выявлено 6 426 новых случаев заболеваний. Среди ЗНО лидирует рак молочной железы. В число наиболее распространенных входят новообразования кожи (кроме меланомы), рак легкого, трахеи и бронхов.

В 2023 году в Кузбассе доля выявленных онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II) выросла на 3,8 % и составила 60,4 %. При том, что рост зарегистрированных случаев ЗНО составил 6,1 % в сравнении с 2022 годом.

Многие заболевания легче поддаются терапии при выявлении на ранних стадиях. Например, рак молочной железы при своевременной диагностике поддается лечению в 90 % случаев, для этого нужно всего лишь регулярно делать маммографию. А выявление рака легкого при своевременной компьютерной томографии (КТ) снижает летальность от злокачественных новообразований на 20 %.

Компания «АльфаСтрахование-ОМС» в рамках функционала «Онко.net» активно работает над повышением эффективности ранней диагностики и снижением онкологической летальности. В Куз-

бассе программа реализуется с 2019 года и ведется по двум направлениям: адресное сопровождение и контроль качества оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на ЗНО и впервые установленным онкологическим диагнозом, также осуществляется работа по вовлечению застрахованных из групп риска в онкоскрининг.

В 2024 году Кузбасский филиал «АльфаСтрахование-ОМС» проинформировал о необходимости пройти обследования в рамках диспансеризации 773 511 жителей региона. Путь прохождения диспансеризации выстраивается как по каждому конкретному случаю, адресно, так и системно при работе с потоками пациентов и медицинскими организациями Кузбасса. Чтобы диагностика проводилась в полном объеме, страховые представители помогают пациентам в получении направления на обследования, контролируют сроки оказания медпомощи и ее доступность. Также сотрудники филиала напоминают женщинам о важности скрининга рака молочной железы, для этого они связываются по телефону с пациентками из списка,

предоставленного Кузбасским клиническим онкологическим диспансером имени М.С. Раппопорта.

В рамках функционала «Онко.net» Кузбасский филиал «АльфаСтрахование-ОМС» курирует каждого застрахованного с подозрением на ЗНО, а также состоящих на диспансерном наблюдении по поводу онкологического заболевания, организует индивидуальное сопровождение и своевременную маршрутизацию. Страховые представители в диалоге с пациентами выясняют, с какими сложностями они сталкиваются при получении медицинской помощи, какие вопросы необходимо решить, и помогают им вернуться на маршрут лечения и диспансерного наблюдения.

В 2024 году адресное сопровождение страховых представителей компании получили 3 182 застрахованных с подозрением на ЗНО и с установленным диагнозом на этапе диспансерного наблюдения:

- 14 % пациентов потребовалось содействие в организации консультации онколога;

- 10 % застрахованных – помощь в получении направления на диагностические исследования;

- 27 % граждан оказана помощь в записи к врачу-специалисту (помимо онколога);

- 49 % пациентов были маршрутизированы страховым представителем для получения необходимой медицинской помощи (уточнение графика работы медицинской организации, порядка оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы).

Приглашение пройти очередной диспансерный

прием получили 53 135 застрахованных лиц с онкологическими заболеваниями, при этом повторно приглашены 30 355 человек. Всего в 2024 году направлено 50 855 повторных уведомлений (количество зависит от периодичности диспансерных осмотров).

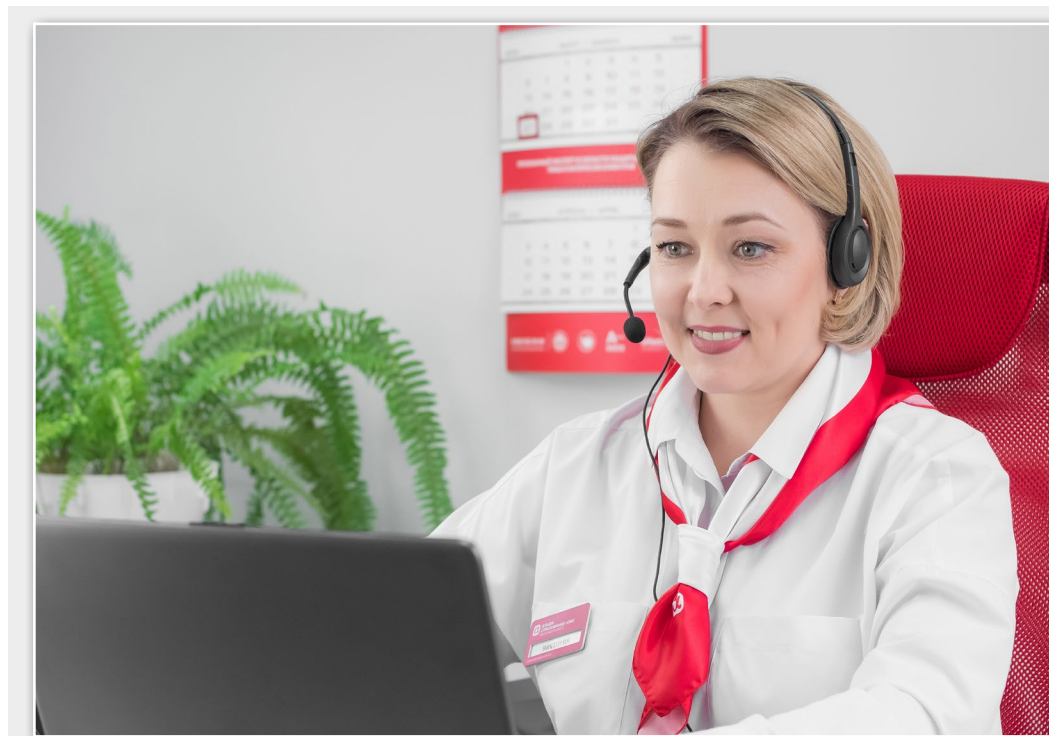
В результате специалистам филиала удалось вернуть на маршрут оказания медицинской помощи 100 % застрахованных с онкологическими заболеваниями, которым потребовалась помощь страховых представителей в прохождении консультаций и обследований на этапе диспансерного наблюдения.

Для того, чтобы пациенты с подозрением на онкологическое заболевание своевременно получали консультации врачей-специалистов и проходили обследования, необходимо корректное ведение реестров счетов медицинскими организациями и проставление признака «подозрение на злокачественное ново-

образование» в полном объеме.

Кузбасский филиал «АльфаСтрахование-ОМС» осуществляет ежеквартальный мониторинг случаев оказания медицинской помощи с признаком «подозрение на ЗНО» в реестрах счетов: за 12 месяцев 2024 года поступило 19 316 таких реестров, что на 6 % больше аналогичного периода 2023 года. Пациент должен получить всю необходимую медицинскую помощь, от выявления подозрения до установления или опровержения диагноза ЗНО, в срок не более 14 дней с момента проставления подозрения на ЗНО в реестре.

Филиал проводит комплексную работу по актуализации контактных данных застрахованных лиц: информирует застрахованных в офисах компании, работает с медицинскими организациями, актуализирует данные через систему межведомственного электронного взаимодействия. И здесь важно сотрудничество





всех участников системы обязательного медицинского страхования. Так, в 2024 году актуализировано в едином регистре застрахованных лиц более 87,3 тыс. номеров телефонов и 76,7 тыс. адресов электронной почты застрахованных граждан.

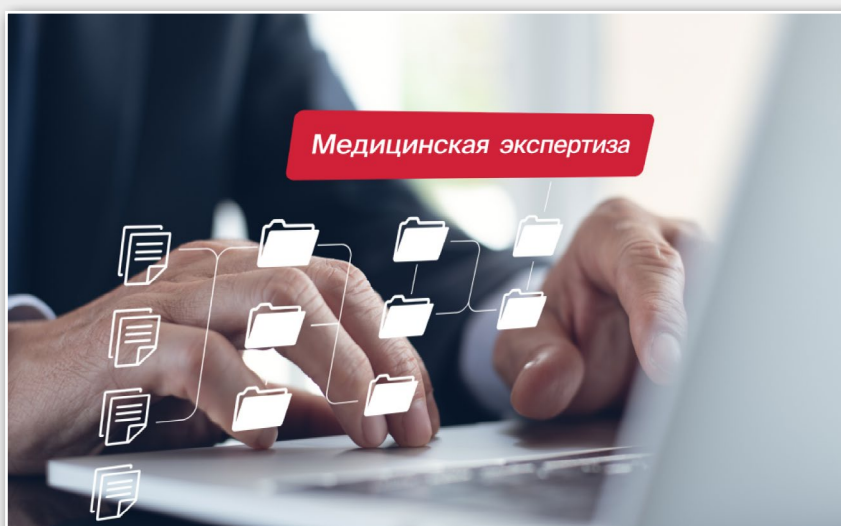
Обеспечивать независимый контроль качества и своевременность оказания медпомощи – крайне значимо не только для пациентов, но и для системы ОМС в целом. В этом у страховых компаний есть достаточный профессиональный опыт, отработанные алгоритмы и решения. Для снижения частоты случаев прогрессирования ЗНО, инвалидизаций и смертности среди онкологических пациентов Кузбасский филиал «АльфаСтрахование-ОМС» контролирует качество онкологической помощи на всех этапах. Проводит экспертизы качества всех случаев назначения химиотерапии, а также случаев с нарушением сроков оказания медпомощи на предмет соответствия проведенного лечения клиническим рекомендациям. Анализи-

рует нарушения при проведении химиотерапии, отслеживает ошибки при определении доз лекарственных препаратов, увеличении интервалов между введениями препаратов (циклами), назначении терапии серьезных нежелательных явлений на фоне проводимого лечения, которые могут быть опасны для пациентов.

Кузбасским филиалом проведены контрольные экспертные мероприятия по 118 пациентам, у которых в 2024 году на поздних стадиях выявлены злокачественные новообразования легко диагностиру-

емых и визуализируемых форм и которые обращались за медицинской помощью в медицинские организации Кемеровской области – Кузбасса в течение 12 месяцев до постановки диагноза ЗНО.

Всего экспертиза была проведена по 1 431 случаю оказания медицинской помощи в 38 медицинских организациях. Нарушения в оказании медицинской помощи, которые не позволили своевременно выявить ЗНО на ранних стадиях, выявлены по 19 пациентам (16 % всех пациентов, по которым проведены контрольные экспертные мероприятия). Наиболее частые нарушения – это ненадлежащее проведение сбора жалоб, анамнеза и физикального осмотра, непроведение инструментальных и лабораторных диагностических исследований (маммографии при новообразованиях молочной железы; спирографии, МСКТ органов грудной клетки с контрастированием и фибробронхоскопии при новообразованиях легких и бронхов; гистологического исследования при новообразованиях кожи), отсутствие направления к онкологу при подозрении на ЗНО.



Результаты экспертиз предоставляются в органы регионального управления здравоохранения, инициируется их публичное обсуждение с целью устранения системных нарушений в процессе оказания медицинской помощи застрахованным.

Эксперты филиала в Кузбассе не только изучают статистику всех выявленных нарушений при оказании медицинской помощи, но и работают с каждой конкретной поликлиникой и больницей по их устранению. Количество системных ошибок снижается, люди в итоге получают полноценную диагностику и лечение.

«ВРАЧ С БОЛЬШОЙ БУКВЫ»

«АльфаСтрахование-ОМС» не только выявляет нарушения при оказании медицинской помощи, но и определяет по результатам независимого аудита качества медицинской помощи лучших врачей, инвестируя в их профессиональный рост с целью повышения качества медицинской помощи в стране. Именно для этого компанией была учреждена премия «Врач с большой буквы», которая проводится при поддержке региональных департаментов и министерств здравоохранения.

В 2024 году премию вручили региональным специалистам онкологической и гематологической служб: хирургам, химиотерапевтам, радиотерапевтам, взрослым и детским гематологам за значимый

вклад в спасение жизней пациентов со злокачественными новообразованиями.

При выборе лауреатов независимые эксперты оценивали работу врачей по ключевым критериям качества, а именно: соблюдение клинических рекомендаций, отсутствие дефектов онкологической помощи и осложнений после высокодозной химиотерапии, полноту диагностики для применения таргетной терапии, успешно выполненные органосохраняющие и малоинвазивные операции, а также применение современных методов и эффективных схем лечения пациентов.

Лауреатами премии «Врач с большой буквы» в Кемеровской области стали 12 врачей онкологов и гематологов.

Главная награда победителям – индивидуальные программы стажировок и обмена опытом в федеральных медицинских центрах, которые разработаны учредителем

премии «АльфаСтрахование-ОМС» с учетом интересов и пожеланий лауреатов. В НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина врачи прошли обучение по химиотерапии, радиотерапии, хирургии, в НМИЦ гематологии познакомились с современными методами лечения гемобластозов, лейкозов и лимфом у взрослых. В НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачёва обучались по направлению «Детская онкология».

Для страховой компании важно, чтобы региональные специалисты имели возможность приобщиться к передовым медицинским практикам, лично пообщаться с экспертами, разрабатывающими клинические рекомендации для всей страны. Такой обмен опытом крайне необходим для врачей, чтобы пациенты в любой части нашей страны имели доступ к медицине самого высокого качества.



Бирюков А.А.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ОСОБЕННОСТИ УЧЕТА ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ



БИРЮКОВ А.А.,
начальник отдела
организации
защиты прав
застрахованных

В настоящее время телемедицина – достаточно широкое понятие, и когда речь заходит о телемедицинских консультациях, то часто имеется в виду не только взаимодействие в формате «врач – врач» и «врач – пациент», но и дистанционное наблюдение за параметрами здоровья пациентов благодаря применению специальных аппаратных средств, дистанционная расшифровка данных диагностических исследований (например, ЭКГ, холтеровское мониторирование сердечного ритма, УЗИ, ангиография, рентгенография, маммография, флюорография, КТ и МРТ).

Минздрав России регулярно анализирует работу Национальных медицинских исследовательских

В январе 2018 года в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» были внесены изменения, которые определили возможность применения телемедицинских технологий для проведения консультаций по вопросам профилактики, диагностики и контроля за состоянием здоровья пациента, для принятия решений о необходимости очного приема.

центров (НМИЦ) с региональными медицинскими организациями, поэтому вся информация о проведенных телеконсультациях должна своевременно вноситься в региональный информационный ресурс.

В Кузбассе информационный ресурс «Телемедицинские консультации» работает с 2019 года в круглосуточном режиме (рис. 1, рис. 2). Он создан в соответствии с Правилами ОМС, утвержденными

приказом Минздрава РФ от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила ОМС), на основании письма ФОМС от 05.08.2019 № 9710/30-1/и, приказа Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области и ТФОМС Кемеровской области от 05.09.2019 № 1734/294 «Об утверждении Регламента взаимодействия участников ОМС при осуществлении учета информации о телемедицинских консультациях».

Рис. 1. Информационный ресурс ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса «Управление госпитализацией»

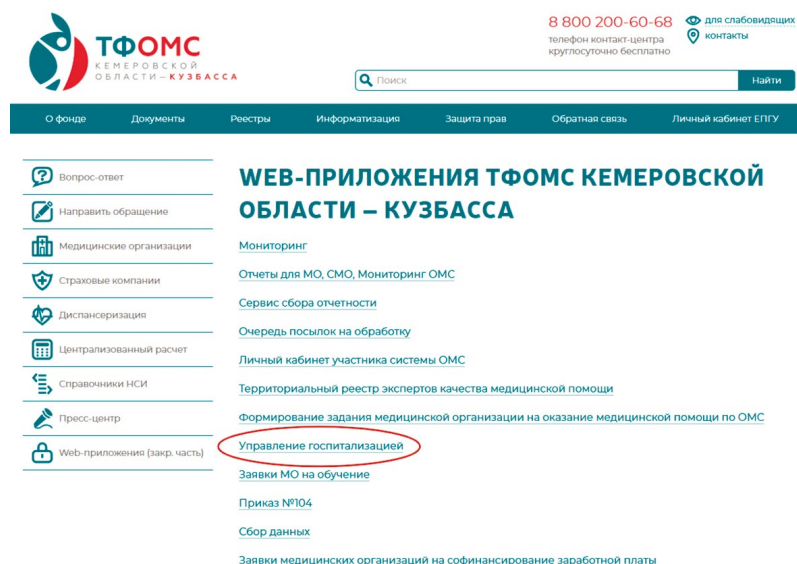
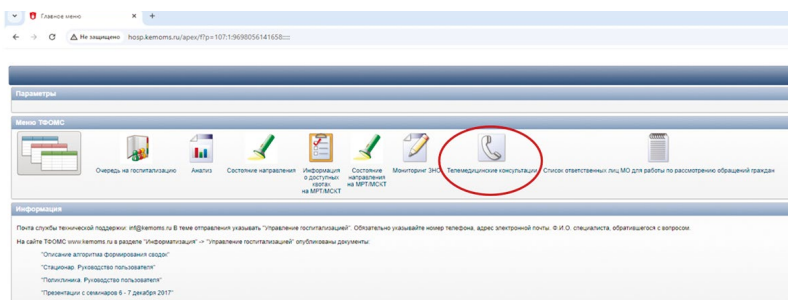




Рис. 2. Информационный ресурс ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса «Управление госпитализацией», вкладка «Телемедицинские консультации»



АЛГОРИТМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

В 2024 году ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса были разработаны Методические рекомендации по взаимодействию участников ОМС на территории Кемеровской области – Кузбасса при осуществлении учета информации о телемедицинских консультациях» (доведены совместным письмом Минздрава Кузбасса и ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса от 17.06.2024 № 5955/3035).

Медицинские организации Кузбасса (далее – МО), которые оказывают

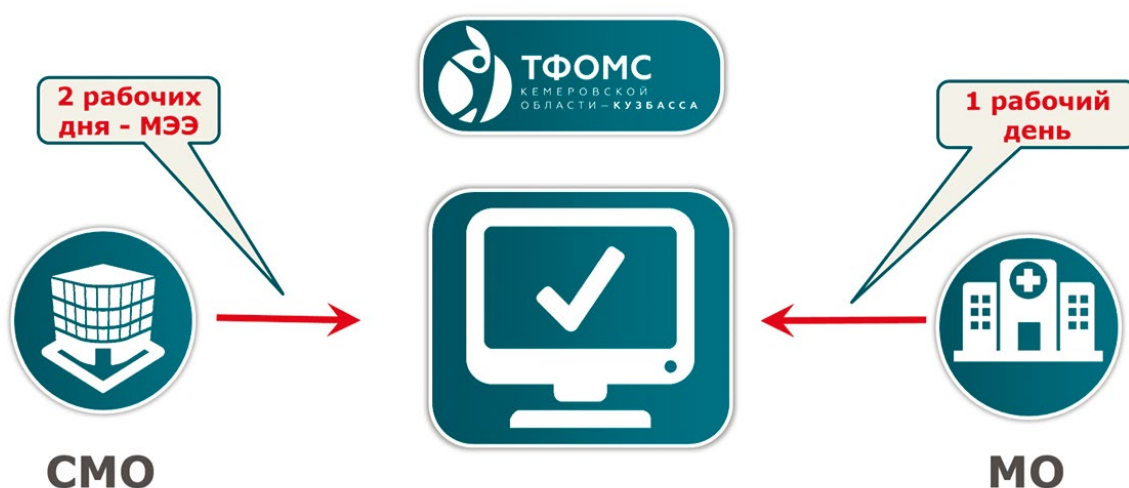
специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в рамках базовой программы ОМС, после получения рекомендаций медицинских работников ФГБУ, подведомственных Минздраву России (далее – национальные медицинские исследовательские центры, НМИЦ), в течение одного рабочего дня вносят в данный информационный ресурс сведения о проведенных телемедицинских консультациях.

Страховые представители страховых медицинских организаций (да-

лее – СМО) осуществляют контроль выполнения медицинскими организациями рекомендаций, полученных от медицинских работников НМИЦ при проведении консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий. В течение двух рабочих дней после размещения медорганизацией сведений о получении рекомендаций НМИЦ страховой представитель СМО проводит очную медико-экономическую экспертизу (далее – МЭЭ) в соответствии с порядком организации и проведении контроля. Результаты проведенной МЭЭ СМО загружает в подсистему «Управление госпитализацией» (режим «Учёт телемедицинских консультаций»).

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса ежемесячно вносит данные сведения в мониторинг ФОМС («Отчет НМИЦ») в единую интегрированную систему сбора и обработки информации (ЕИССОИ) ФОМС.

Рис. 3. Алгоритм взаимодействия МО, СМО и ТФОМС



АНАЛИЗ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

За 2021 год в информационный ресурс ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса «Телемедицинские

консультации» медицинские организации региона представили 628 случаев проведения ТМК, по всем случаям проведены медико-экономические экс-

пертизы. Из них на оплату подано 366 случаев (53,5 %), принято к оплате после проведения медико-экономического контроля 335 случаев (53,3 %), по 241

случаю (71,9 %) проведена экспертиза качества медицинской помощи.

За 2022 год в информационный ресурс Кемеровской области – Кузбасса «Телемедицинские консультации» МО представили сведения о 864 случаях проведения ТМК, по всем случаям проведены медико-экономические экспертизы. Из них на оплату подано 122 случая (14,1 %), принято к оплате после проведения медико-экономического контроля 98 случаев (11,3 %), по каждому случаю проведена экспер-

тиза качества медицинской помощи.

За 2023 год в информационный ресурс Кемеровской области – Кузбасса «Телемедицинские консультации» МО представили сведения о 1 340 случаях проведения ТМК, по всем случаям проведены медико-экономические экспертизы. Из них на оплату подано 203 случая (15,1 %), принято к оплате после проведения медико-экономического контроля 160 случаев (11,9 %), по каждому случаю проведена экспертиза качества

медицинской помощи.

За 2024 год в информационный ресурс Кемеровской области – Кузбасса «Телемедицинские консультации» МО загрузили сведения о 2 352 случаях проведения ТМК, по всем случаям проведены медико-экономические экспертизы. Из них на оплату подано 951 случай (40,4 %), принято к оплате после проведения медико-экономического контроля 942 случая (40,0 %), по 663 случаям (70,4 %) проведена экспертиза качества медицинской помощи.

Таблица 1. Динамика проведения ТМК и контрольно-экспертных мероприятий по ним

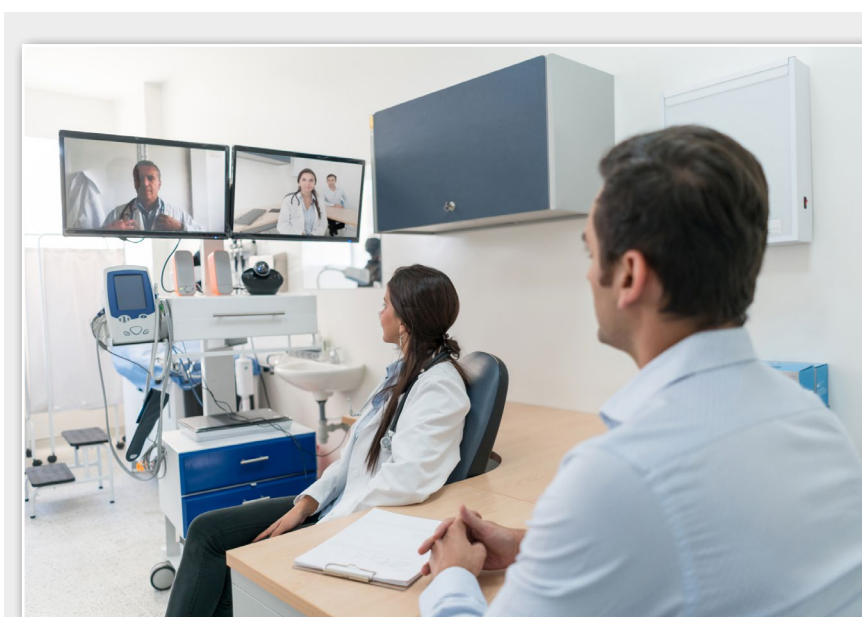
Период	Внесено в информационный ресурс ТФОМС	Проведено МЭЭ по случаям ТМК	Предъявлено к оплате	Принято к оплате после МЭК	Проведено ЭКМП по случаям ТМК принятых к оплате
2021	628	628 (100%)	336 (53,5 %)	335 (53,3 %)	241 (71,9 %)
2022	864	864 (100%)	122 (14,1 %)	98 (11,3 %)	98 (100 %)
2023	1 340	1 340 (100%)	203 (15,1 %)	160 (11,9 %)	160 (100 %)
2024	2 352	2 352 (100%)	951 (40,4 %)	942 (40,0 %)	663 (70,4 %)

В результате проведения СМО контрольных экспертных мероприятий по указанным случаям за период 2021–2024 гг. нарушений исполнения рекомендаций специалистов НМИЦ, выданных в ходе телемедицинских консультаций, по данным медицинской документации не выявлено.

В дополнение к сведениям регионального информационного ресурса ТФОМС ежемесячно получает от Федерального фонда ОМС информацию по проведенным ТМК с федерального ресурса ВЦМК «Защита» ФМБА РФ для контроля полноты объемов МЭЭ и ЭКМП, проведенных СМО, и контроля выполнения медицинскими организациями реко-

мендаций, полученных от медицинских работников НМИЦ при проведении консультаций/консилиумов с применением теле-

медицинских технологий. С этими данными ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса работает со СМО на регулярной основе.



Каргинова М. А., Сосновская А.В.
ООО «Детская улыбка»

ИТОГИ РАБОТЫ ГИГИЕНИСТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО В СРЕДНЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ В 2023–2025 УЧЕБНЫХ ГОДАХ В СИСТЕМЕ ОМС Г. КЕМЕРОВО

Кабинет гигиениста стоматологического в системе школьной стоматологии позволяет контролировать у детей уровень гигиены и навыки по правильному уходу за полостью рта, тем самым предотвращая развитие кариозных заболеваний, пульпита и периодонтита. Как следствие, количество пломбированных или удаленных зубов снижается.

Последние годы большое внимание уделяется развитию профилактического направления в медицине. «Методы групповой профилактики, проводимые в школах, давно зарекомендовали себя с лучшей стороны», – отмечает в своих статьях профессор, заведующая кафедрой детской стоматологии Омской государственной медицинской академии Г.И. Скрипкина. Председатель Федерального фонда ОМС Илья Баланин также подчеркивает, что «именно профилактические мероприятия, в том числе регулярные медосмотры, вакцинация, позволяют предотвратить возникновение многих заболеваний и сохранить здоровье на длительный период времени. Поэтому в последние годы система ОМС ориентируется на развитие превентивной медицины».

Исследование Всемирной организации здравоохранения показывает, что в России динамика развития кариеса постоянных зубов у детей на протяжении 30 лет в лучшую сторону практи-

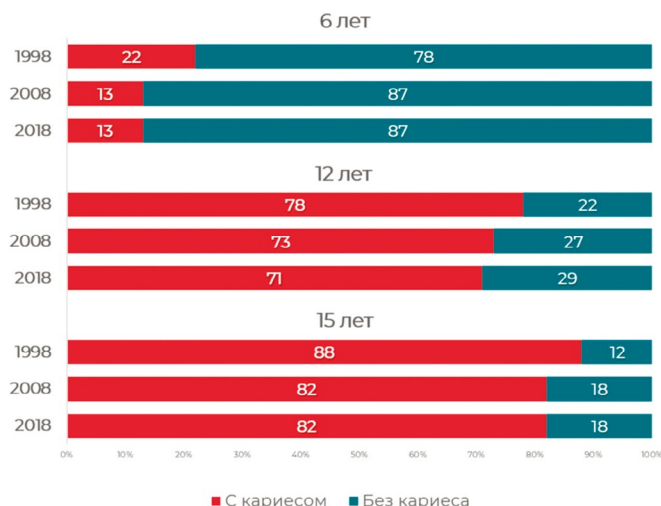
чески не меняется. В 1998, 2008 и 2018 годах у школьников в шестилетнем возрасте зубы были заражены кариесом в среднем в 22 %, 13 % и 13 % соответственно (рис. 1). Однако через шесть лет картина ухудшается: подавляющее большинство постоянных зубов становятся больными – 78 %, 73 % и 71 % соответственно. В наше время риск кариозного заболевания возрастает, так как основная причина развития кариеса у детей – бактерии, выделяющие кислоту и токси-

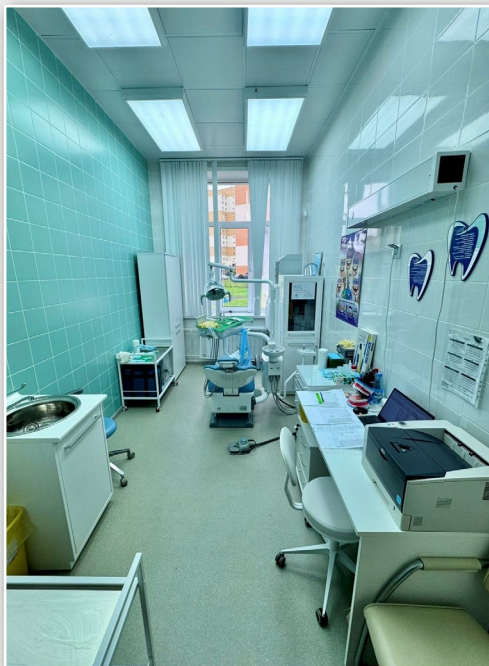


ны, из-за сахара получают более питательную среду.

КАРГИНОВА М.А.,
гигиенист
стоматологи-
ческий
в МБОУ
«СОШ №45»

Рис. 1. Динамика распространенности кариеса постоянных зубов у детей (%)





ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В Кузбассе в рамках реализации постановления Правительства РФ от 31.03.2017 № 394 «О введении специалиста «Гигиенист стоматологический» в систему школьной стоматологии, как основного исполнителя профилактической работы» создано ООО «Детская улыбка», работающее в региональной системе обязательного медицинского страхования.

В сентябре 2023 года на базе МБОУ «СОШ № 45» начал работу кабинет профилактики стоматологических заболеваний. Перед ним были поставлены задачи по формированию у детей и подростков мотивации на сохранение стоматологического здоровья, снижение среднего индекса КПУ (сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов) у детей 12 лет, интенсивности заболеваний пародонта у детей 15 лет (по индексу CPI) и кариеса зубов (по индексу КПУ) у детей 12 лет.

Детский стоматолог провел первичный осмотр 252 первоклассников, заполнил их зубную формулу, определил гигиенические индексы, назначил лечебно-профилактические мероприятия, которые были доведены до родителей. В течение учебной четверти первоклассникам проводили контроль ухода за полостью рта, профессиональную гигиену и фторпрофилактику в школьном кабинете профилактики стоматологических заболеваний. Гигиенист стоматологический вместе с медицинской сестрой каждую четверть в каждом классе после завтрака проводили окрашивание зубного налета с последующим обучением детей чистке зубов щеткой и пастой у раковин с зеркалами перед входом в школьную столовую. После процедуры проводилась реминерализующая терапия в течение пяти минут с использованием кальцийфосфатсодержащих препаратов и индивидуальной полиуретановой ложки.

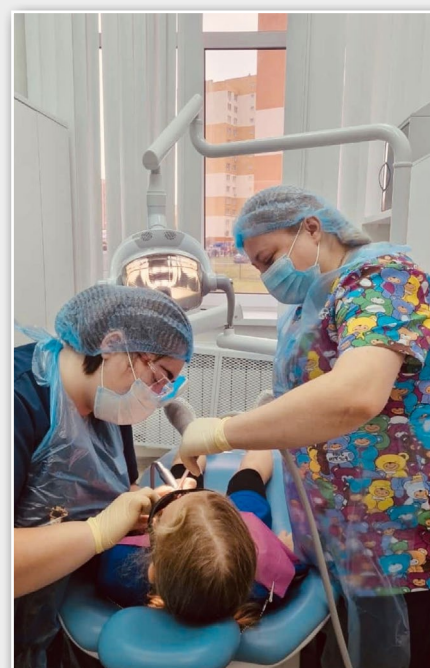
Данные обо всех проводимых мероприятиях были внесены на специально созданный сайт «Детская улыбка» для родителей школьников. Помимо этого, гигиенист стоматологический провел обучение учителей и активных родителей и предоставил средства гигиены (мануальная и монопучковая зубные щетки).

По данным опроса, проведенного среди родителей, заинтересованность детей в чистоте зубов выросла, у них дома появились дополнительные средства гигиены – монопучковая щетка, щетка для языка, зубная нить, в школе после приема

пищи ученики каждый раз очищают зубы от остатков еды. По словам гигиениста стоматологического школы № 45, первоклассники перестали бояться врача-стоматолога и с удовольствием приходят в кабинет.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Качество гигиены полости рта фиксировалось по четырем индексам: индекс Федорова-Володкиной (степень зубного налета для детей и подростков до 15 лет), индекс Грин-Вермиллион (уровень налета и зубного камня), индекс API Lange (количество налета в межзубных промежутках) и индекс общего зубного налета. Для этого окрашивали зубной налет с помощью красящего раствора, делали три фотографии полости рта и отправляли их в облако, где параметры просчитывал искусственный интеллект DIANA. Полученные данные оценивали по пяти уровням гигиены, где 1 уровень означает «хороший уход за полостью рта», а 5 – «очень плохой».





В первом корпусе школы № 45 у первоклассников уровень гигиены полости рта был самым плохим и составил в среднем 4,4 балла, что связано с неразвитыми мануальными навыками у детей этого возраста. Нам не удалось привлечь родителей и учителей этого корпуса получать услуги гигиениста стоматологического в школьном профилак-

тическом кабинете второго корпуса. В летнем лагере этой же школы у детей 2-х и 3-х классов оценка результатов окрашивания зуба составила 4,0 балла, что лучше, чем 4,4 балла среди первоклассников.

За 2023-2024 учебный год в первых классах второго корпуса школы (с незаинтересованным родителями и учителями) благодаря работе гигие-

ниста стоматологического нам удалось достичь показателя уровня гигиены 3,4 балла, что соответствует 4 уровню ухода за полостью рта. В классах, где учителя и родители проявили заинтересованность в вопросах профилактики, к началу летних каникул удалось достичь 1 уровня – лучшего результата гигиены полости рта (рис. 2).

Рис. 2. Оценка уровня гигиены полости рта у школьников



Ежеквартальная профессиональная чистка и мониторинг помогли улучшить уровень гигиены, а значит предотвратить развитие кариеса и его осложнений.

Например, в течение года у трех наблюдаемых детей заметна положительная динамика по всем индексам (рис. 3). У ребенка 2016 года рождения с сентября 2023

года по июль 2024 года уровень налета снизился с 41 до 10 %, показатели индексов с плохих и неудовлетворительных уровней выросли до хороших (рис. 4).

Рис. 3. Сравнительная динамика качества гигиены полости рта у трех пациентов, 2024-2025 гг.

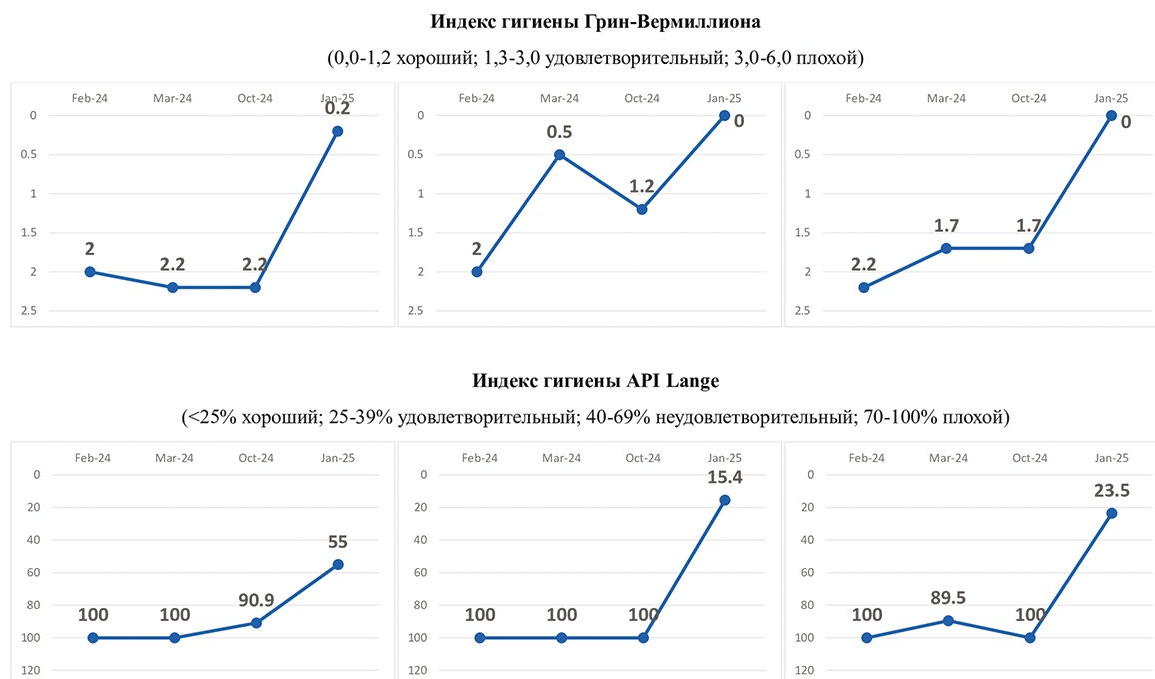
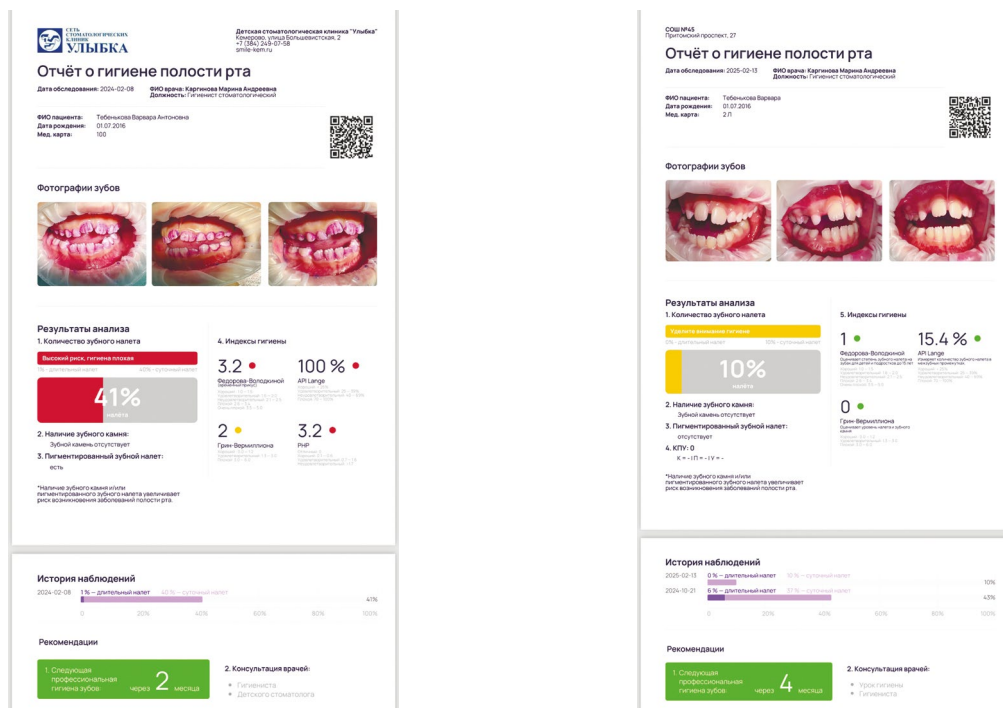


Рис. 4. Отчеты о гигиене полости рта



Тем не менее после летних каникул у наблюдаемых детей, перешедших во 2-е классы, качество ухода за зубами снизилось до очень плохого уровня. В связи с этим в текущем 2024-2025 учебном году мы планируем вернуть показатель к предыдущей норме, а также проведем исследование влияния родительской заинтересованности на динамику уровня ухода за полостью рта у детей. Для этого в летний период родителей второклассников разделят на две группы: первой группе будут еженедельно напоминать об уходе за полостью рта,

а второй нет. В сентябре 2025 года сравним показатели первой и второй группы для дальнейших исследований.

В сентябре 2024 года в школу № 45 пришло семь первых классов по 30 человек в каждом. Все ученики присоединились к работе по предупреждению стоматологических заболеваний под руководством гигиениста стоматологического. Также с сентября 2024 года к профилактической работе приступил еще один гигиенист стоматологический – в школе № 36. В результате в настоящее время программой ухода за полостью

рта уже охвачены 810 детей (табл. 1), в дальнейшем все первоклассники в школах № 45 и № 36 будут вовлекаться в эту работу.

За два года работы кабинет профилактики стоматологических заболеваний в системе школьной стоматологии показал положительную динамику качества ухода за полостью рта среди первоклассников. Превентивная медицина поможет вывести на высокий уровень заботу о здоровье зубов, привить детям позитивное отношение к врачам-стоматологам, и, как следствие, повысить их уровень здоровья.

Таблица 1. Количество детей, участвующих в программе ухода за полостью рта (по данным на 01.04.2025)

Школы	Классы	1 классы	2 классы	Всего классов	Всего детей
СОШ № 45		7	9	16	480
СОШ № 36		11	-	11	330
Всего		18	9	27	810

Коротченко О.А., Садовская А.Д.
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ОБ ИТОГАХ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ РАСЧЕТОВ ЗА 2023-2024 ГОДЫ



Один из важных аспектов деятельности территориального фонда ОМС – это осуществление финансовых расчетов между субъектами Российской Федерации за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта, в котором выдан полис ОМС.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса взаимодействует с 88 территориальными фондами ОМС субъектов РФ и Территориальным фондом города Байконур преимущественно в электронном формате с использованием государственной информационной системы ОМС МТР.

Межтерриториальные расчеты проводятся по двум направлениям:

1. оплата медицинской помощи, оказанной инообластным застрахованным в медицинских организациях Кузбасса, с последующим выставлением счетов на возмещение расходов в территориальные фонды субъектов (входящий поток);
2. оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным Кемеровской области в медицинских организациях других субъектов РФ (исходящий поток).

ЛЕЧЕНИЕ ИНООБЛАСТНЫХ ГРАЖДАН В МО КУЗБАССА (ВХОДЯЩИЙ ПОТОК)

Наибольшая доля средств, поступивших за 2023-2024 годы, приходится на территории Сибирского федерального округа (рис. 1).

Рейтинг медицинских организаций (далее – МО) Кемеровской области – Кузбасса по сумме доходов за лечение инообластных граждан представлен на рисунке 2.

КОРОТЧЕНКО О.А.,
начальник
отдела расчетов

САДОВСКАЯ А.Д.,
главный
специалист
отдела расчетов

Рис. 1. Топ-5 субъектов РФ, получивших медицинскую помощь в Кузбассе, 2023-2024 гг.

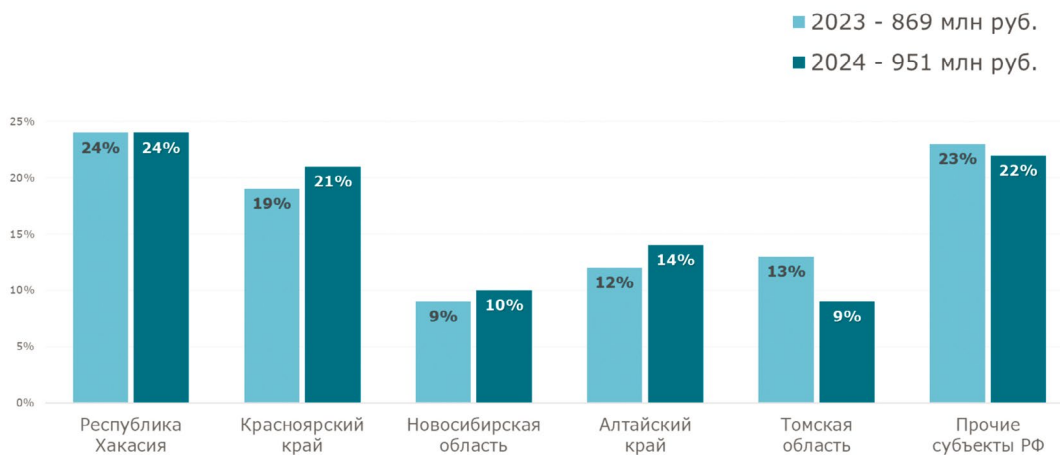


Рис. 2. Медицинские организации Кузбасса – лидеры по доходам за лечение инообластных пациентов, 2023-2024 гг.

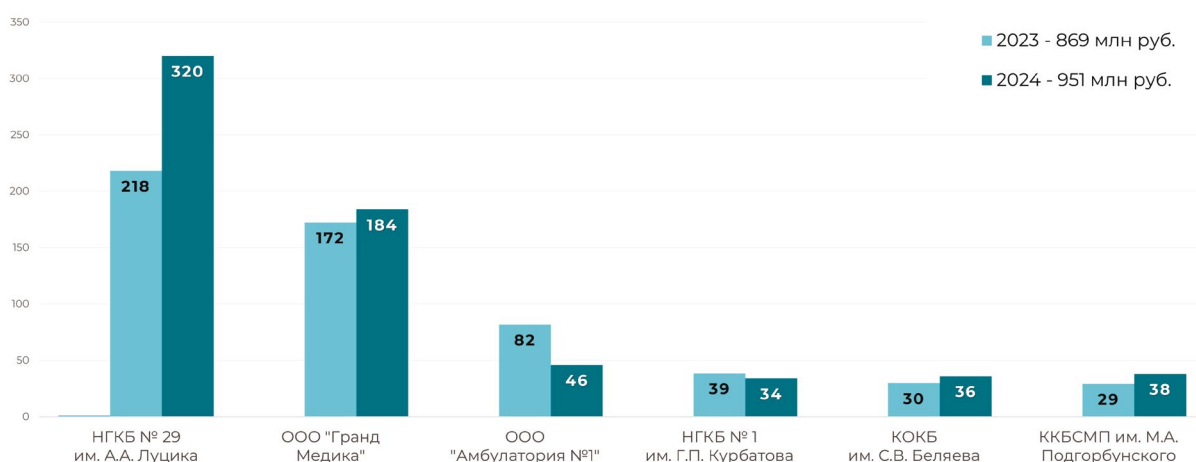
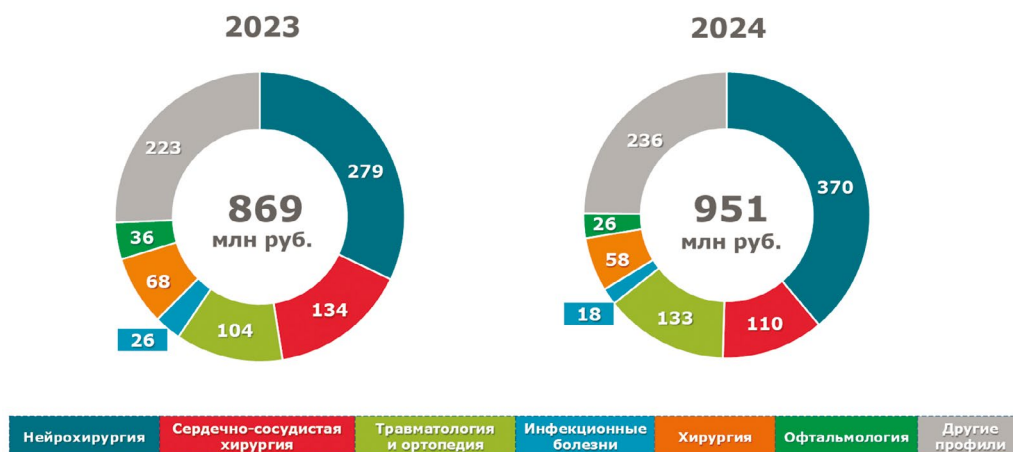


Рис. 3. Структура доходов по профилям за лечение инообластных пациентов, 2023-2024 гг.



Профили, по которым преимущественно оказывается медицинская помощь инообластным гражданам в МО Кузбасса, представлены на рисунке 3.

В 2024 году значительно (на 91 млн руб.) увеличился приток средств по профилю «нейрохирургия», на 29 млн руб. – по профилю «травматология и ортопедия», и

на 24 млн руб. сократился доход по профилю «сердечно-сосудистая хирургия».

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ОКАЗАННАЯ КУЗБАССОВЦАМ ЗА ПРЕДЕЛАМИ РЕГИОНА (ИСХОДЯЩИЙ ПОТОК)

С каждым годом расходы на лечение кузбассовцев за пределами нашей

области увеличиваются: если в 2023 году они составили 1 432 млн рублей (в 1,6 раза больше доходов за лечение инообластных пациентов), то в 2024 году – уже 1 726 млн рублей (в 1,8 раза превышают доходы за инообластных). Рост наблюдается в том числе по условиям оказания помощи (таблица 1).



Таблица 1. Динамика расходов на лечение кузбассовцев за пределами региона, 2023-2024 гг., млн руб.

Условия оказания МП	2023	2024	Динамика
Амбулаторная помощь	150	235	+ 85
Дневной стационар	686	749	+ 63
Круглосуточный стационар	554	692	+ 138
Скорая медицинская помощь	42	50	+ 8
Итого	1 432	1 726	+ 294

Медицинская помощь кузбассовцам преимущественно оказывалась в медицинских организациях соседних регионов, а также в Москве и Санкт-Петербурге. Перечень субъектов, в которые направлена наибольшая сумма средств,

приведен на рисунке 4.

Лидерами по стоимости медицинской помощи, оказанной кузбассовцам, являются медицинские организации Томской области. Наибольшая доля расходов от общей суммы – по профилю «онкология» – 40 %

(302 млн рублей).

Наиболее затратными для системы ОМС Кемеровской области – Кузбасса профилями являются «офтальмология», «онкология», «хирургия», «травматология и ортопедия» и «сердечно-сосудистая хирургия» (рис. 5).

Рис. 4. ТОП-5 субъектов РФ, оказавших медицинскую помощь жителям Кузбасса, 2023–2024 гг.

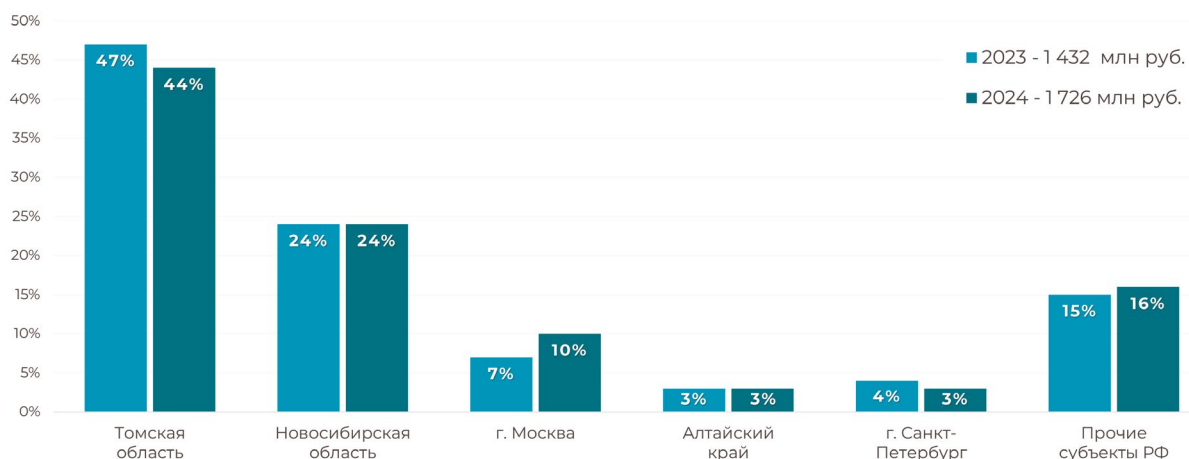
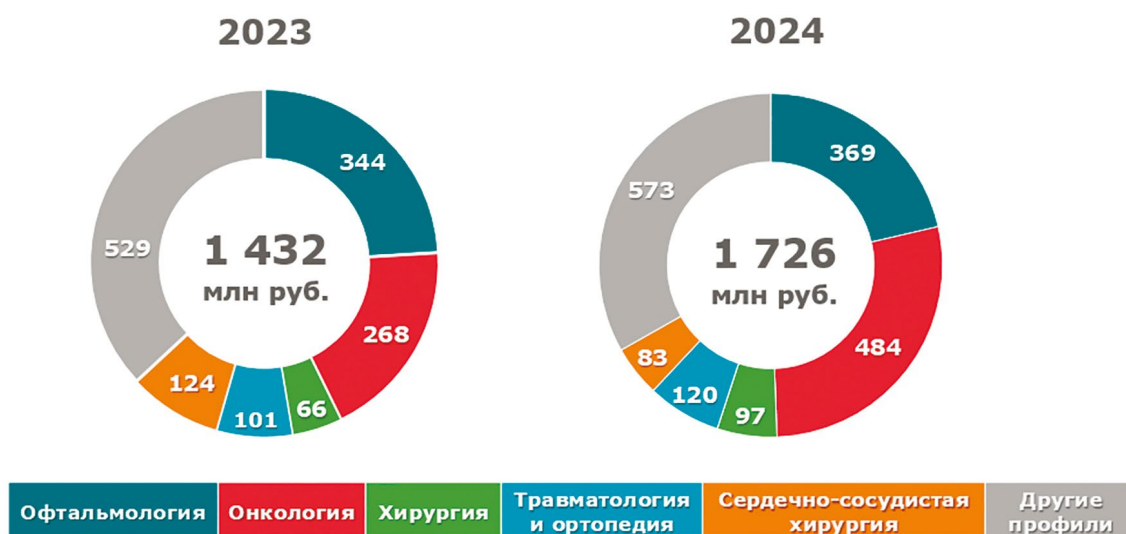
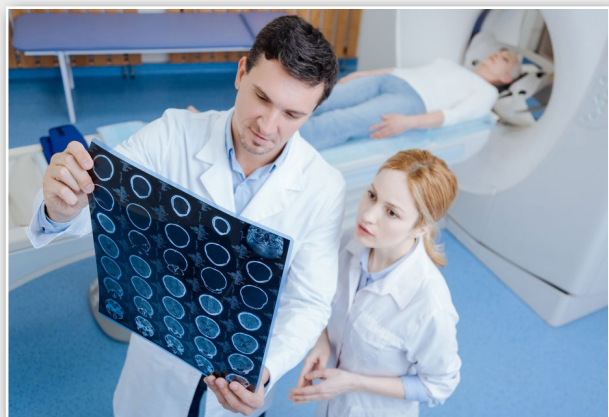


Рис. 5. ТОП-5 профилей медицинской помощи, оказанной жителям Кузбасса за пределами региона





НАИБОЛЕЕ ЗАТРАТНЫЕ КСГ В СТРУКТУРЕ РАСХОДОВ ЗА 2024 ГОД

Как следует из рисунка 5, первое место по затратам занимает профиль «онкология», в частности, КСГ ds19.132 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)» на сумму 80 млн рублей. Основная часть расходов по профилю «онкология» приходится на медицинские организации Томской области.

Сохраняется высокая доля расходов по профилю «офтальмология». 99 % расходов приходится на медорганизации Томской области (267 млн рублей) и Новосибирской области (97 млн рублей). Лидирующие позиции занимают КСГ: ds21.006 «Операции на органе зрения (уровень 5)» на сумму 237 млн рублей и ds21.007 «Операции на органе зрения (факоэмульсификация с

имплантацией ИОЛ)» на сумму 119 млн рублей.

По профилю «травматология и ортопедия» за пределами нашего субъекта проводились операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5) (st29.013 на сумму 30 млн рублей), эндопротезирование суставов (st29.008 на сумму 13 млн рублей) и операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3) (st29.011 на сумму 9 млн рублей).

По профилю «сердечно-сосудистая хирургия» выполнены операции на сосудах (уровень 2) по КСГ ds25.003 на сумму 65 млн рублей.

Стоимость медицинской помощи, оказанной в частных клиниках (в том числе по самым затратным профилям), приведена в таблице 2.

Таблица 2. Стоимость медицинской помощи, оказанной застрахованным Кузбасса в частных клиниках других субъектов РФ, 2023-2024 гг.

Период	Предъявлено, млн рублей	В том числе по условиям оказания медицинской помощи		
		Амбулаторная помощь	Дневной стационар	Круглосуточный стационар
2023 год всего	786	43	663	80
в том числе по профилям:				
Онкология	225	6	212	7
Офтальмология	336	1	331	4
Травматология и ортопедия	24	0	0	24
Хирургия	12	0	10	2
Сердечно-сосудистая хирургия	106	0	103	3
2024 год всего	956	99	730	127
в том числе по профилям:				
Онкология	387	64	288	35
Офтальмология	361	2	357	2
Травматология и ортопедия	37	0	0	37
Хирургия	29	0	24	5
Сердечно-сосудистая хирургия	58	0	52	6



Рис. 6. ТОП-5 медицинских организаций по затратам, 2023-2024 гг., млн руб.

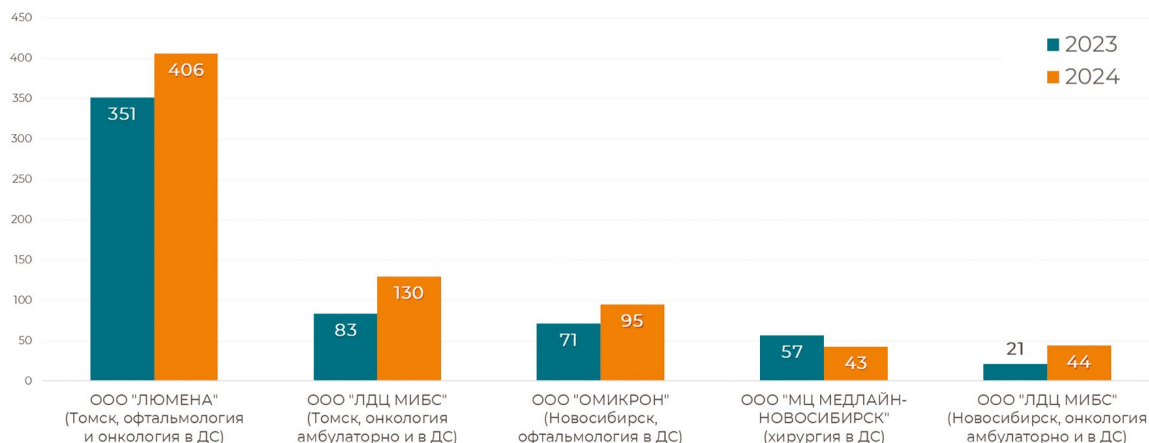
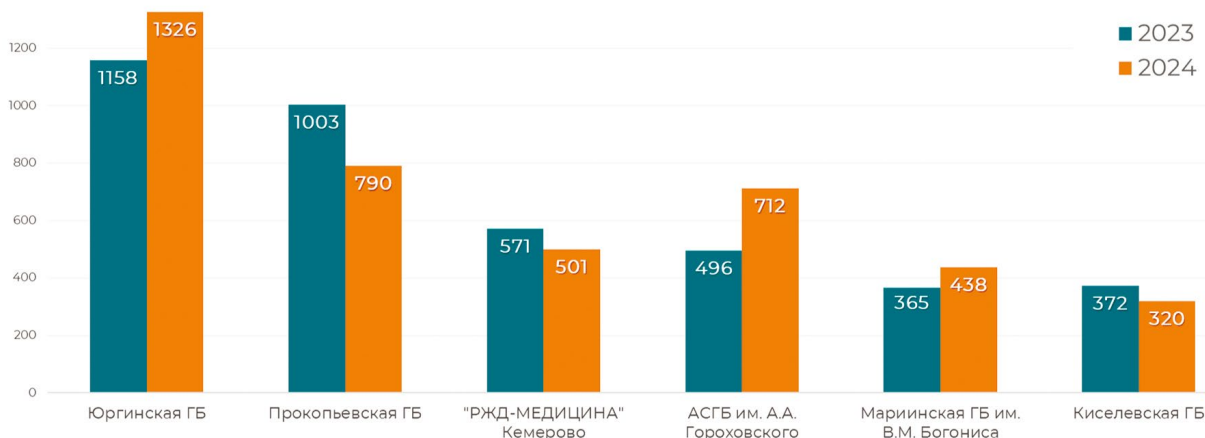


Рис. 7. Медицинские организации – лидеры по количеству выданных направлений 057/у-04, 2023-2024 гг.



Как следует из таблицы 2, доля счетов от частных клиник других субъектов РФ составила более 55 % от общей суммы счетов, при этом медицинская помощь ими оказывается преимущественно в условиях дневного стационара.

Распределение медицинских организаций иных субъектов по сумме средств за лечение кузбассовцев представлено на рисунке 6.

На рисунке 7 показано распределение медицинских организаций Кемеровской области – Кузбасса по количеству выданных направлений на лечение за пределы региона.

Проведенный анализ обращений жителей Кузбасса за медицинской помощью за пределами региона позволил выделить следующие ситуации:

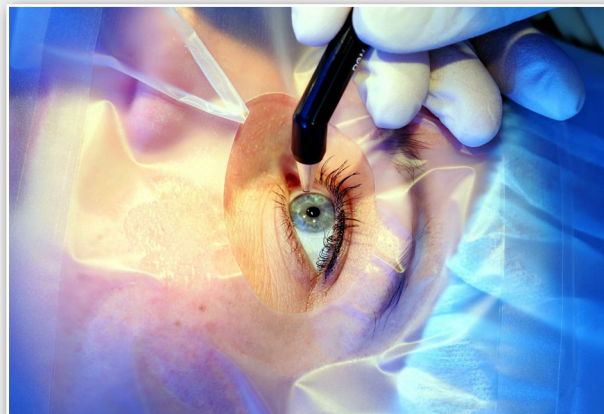
- граждане уезжают в другие регионы России для учебы, работы и проживания на длительные сроки (в том числе вместе со своими семьями), но при этом сохраняют регистрацию в Кемеровской области;

- граждане целенаправленно обращаются в медицинские организации других регионов для получения медицинской помощи (в силу географического расположения или большей доступности, специфики развертывания ведомственной сети);

- граждане обращаются в медорганизации других регионов за медицинской помощью по экстренным показаниям (например, во время отпуска или командировки).

Рост объемов и стоимо-

сти медицинской помощи в условиях дневного стационара главным образом складывается вследствие оказания медицинской помощи по профилям «офтальмология» и «онкология» в МО Томской и Новосибирской областей. Динамика расходов в 2024 году в сравнении с 2023 годом по регионам с наибольшими затратами





составила: в МО Томской области – 114 %; МО Новосибирской области – 120 %; МО Алтайского края – 121 %; МО г. Москвы – 176%.

Динамика межтерриториальных расчетов за 2023-2024 годы (по предъявленному к оплате счетам) представлена в таблице 3. Отрицательный баланс между расходами и дохо-

дами в 2024 году увеличился на 212 млн руб. к уровню 2023 года.

Сложившуюся ситуацию с межтерриториальными расчетами нельзя назвать удовлетворительной, поэтому она находится на постоянном контроле Территориального фонда ОМС Кемеровской области – Кузбасса, регионального Минздрава

и Правительства Кузбасса. В текущем году были приняты меры для повышения доступности медицинской помощи для граждан на своей территории, оптимизации расходов и усиления контроля за обоснованностью выдачи направлений на лечение за пределами региона.

Таблица 3. Динамика межтерриториальных расчетов, 2023-2024 гг.

	2023	2024	2024/2023, %	2024-2023, млн руб.
Расходы за лечение кузбассовцев за пределами области, млн руб.	1 432	1 726	120,5 %	+ 294
Доходы за медицинскую помощь, оказанную инообластным пациентам, млн руб.	869	951	109,4 %	+ 82
Отношение расходы/доходы, %	165 %	181 %		
Отклонение расходы – доходы, млн руб.	+ 563	+ 775		

Бирюков А.А., Новоселова Н.В.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

РАССМОТРЕНИЕ ПРЕТЕНЗИЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНЫХ ЭКСПЕРТИЗ, ПРОВЕДЕННЫХ СМО, НА ТЕРРИТОРИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССА В 2024 ГОДУ



В соответствии с Федеральным законом об обязательном медицинском страховании одной из обязанностей страховых медицинских организаций в сфере ОМС является проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в медицинских организациях в соответствии с Порядком, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации¹.

Контрольные экспертные мероприятия (далее – КЭМ) – связующий элемент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования: территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС), страховых медицинских организаций

(далее – СМО) и медицинских организаций.

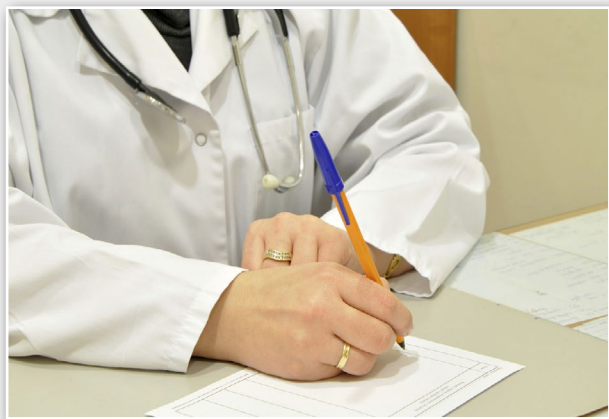
В 2024 году первичный контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реализован СМО путем проведения медико-экономической экс-

пертизы (далее – МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (далее – ЭКМП), которая проводится с привлечением экспертов качества по соответствующим специальностям, включенным в единый реестр экспертов качества медицинской помощи в сфере обяза-

БИРЮКОВ А.А.,
начальник отдела
организации
защиты прав
застрахованных

НОВОСЕЛОВА Н.В.,
главный
специалист
врач-эксперт
отдела
организации
защиты прав
застрахованных

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».



тельного медицинского страхования. С 2022 года данный реестр ведется в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования (ГИС ОМС).

Поскольку результаты контрольных экспертных мероприятий СМО в случае выявления нарушений являются основанием для применения к медицинским организациям финансовых санкций, в ряде экспертных случаев заключения СМО становятся причиной разногласий сторон.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (далее – Порядок проведения контроля) медицинские организации вправе обжаловать заключение СМО по результатам контроля:

- путем направления протокола разногласий в СМО,
- путем направления претензии в ТФОМС.

Для обжалования заключения страховой медицинской организации по результатам первичного

контроля медицинской организации необходимо в течение 15 рабочих дней со дня получения заключений экспертизы СМО сформировать и направить протокол разногласий (пп. 71, 71.1 Порядка проведения контроля). СМО рассматривает протокол разногласий в течение 10 рабочих дней с момента получения, по итогам рассмотрения медицинской организации направляется повторное заключение по результатам КЭМ или мотивированная позиция по протоколу разногласий.

В случае несогласия с результатами контроля СМО медицинская организация имеет право обжаловать заключение, направив в течение 15 рабочих дней в ТФОМС письменную претензию с пакетом документов для её рассмотрения.

В случае первичного направления медицинской организацией в СМО протокола разногласий, подписанного с возражениями/разногласиями, срок обжалования в ТФОМС заключения страховой медицинской организации по результатам контроля составляет 15 рабочих дней и исчисляется со дня получения от страховой медицинской организации результатов рассмотрения протокола разногласий.

При получении претензии медицинской организации ТФОМС обеспечивает проверку:

- сроков предъявления претензии медицинской организацией;

- соответствия предоставленных документов количественно и качественно требованиям, установленным нормативными актами Министерства здравоохранения РФ, Минздрава Кузбасса,

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса.

При несоответствии документов установленному перечню, нарушении срока предоставления претензия к рассмотрению не принимается.

При соблюдении медицинской организацией всех необходимых условий ТФОМС организует проведение повторных КЭМ в течение 30 рабочих дней с даты поступления претензии. Решение территориального фонда ОМС с заключением повторного контроля, заключением экспертов качества медицинской помощи, привлеченных для проведения экспертного контроля, направляется в медицинскую организацию и в СМО.

В случае несогласия медицинской организации с решением ТФОМС по результатам повторного контроля она вправе обжаловать это решение в соответствии с п. 85 Порядка проведения контроля в судебном порядке.

Претензионная работа в сфере ОМС при проведении контрольных экспертных мероприятий СМО является важным инструментом контроля ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса за качеством проведения страховыми медицинскими организациями контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕТЕНЗИОННОЙ РАБОТЫ В 2024 ГОДУ

Сравнительный анализ результатов обжалования медицинскими организациями в ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса экспертных заключений

страховых медицинских организаций по итогам 2023 и 2024 годов позволяют сделать следующие выводы.

В 2024 году контрольные экспертные мероприятия проведены в 99,5 % случаев, включенных в претензии медицинских организаций, 0,5 % случаев отклонены по причине нарушения сроков предоставления претензии и несоответствия пакета документов, прилагаемого к претензии, установленным требованиям, что говорит об улучшении качества оформления претензий медицинскими организациями и о более

серьезном подходе к организации претензионной работы (в 2023 году отклонены 2,7 % случаев).

Территориальным фондом ОМС в 2024 году рассмотрено 723 претензии медицинских организаций по 1 348 страховым случаям (в 2023 году – 413 претензий по 1 499 случаям), из них:

- по результатам МЭЭ рассмотрено 32 претензии по 283 случаям (в 2023 году – 33 претензии по 538 случаям);

- по результатам ЭКМП рассмотрена 691 претензия по 1 065 случаям (в

2023 году – 380 претензий по 961 случаю).

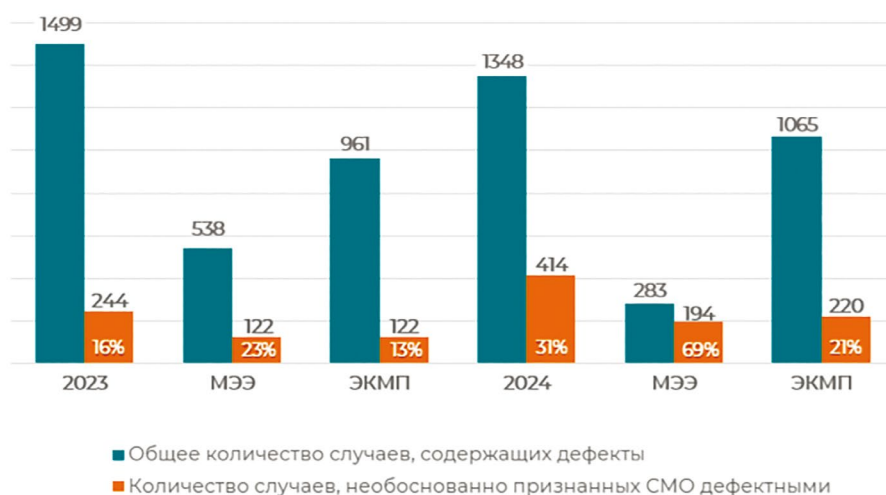
В 2024 году отмечается увеличение количества претензий медицинских организаций в 1,8 раз по сравнению с 2023 годом, при этом общее количество оспариваемых страховых случаев по сравнению с предыдущим годом уменьшилось на 159 случаев (рис. 1).

На рисунке 2 показана динамика количества страховых случаев, необоснованно признанных СМО дефектными по результатам реэкспертизы, проведенной ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса.

Рис. 1. Динамика количества претензий медицинских организаций и экспертных случаев, 2023-2024 гг.



Рис. 2. Динамика количества страховых случаев, необоснованно признанных СМО дефектными, 2023-2024 гг.



В 2024 году при рассмотрении претензий медицинских организаций результаты первичной экспертизы качества медицинской помощи отменены решениями ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса в 16 % случаев (в 2023 году – в 31 % случаев), результаты медико-экономической экспертизы отменены в 19 % случаев (в 2023 году – в 46 % случаев), результаты экспертизы качества медицинской помощи отменены в 14 % случаев (в 2023 году – в 15 % случаев).

В 2024 году по результатам повторных контрольных экспертных меропр

ятий при рассмотрении претензий МО размер неоплаты в медицинских организациях в итоге составил 9 156 787,53 рублей (СМО – 34 984 602,31 руб.; ТФОМС – 25 827 814,78 руб.), размер штрафных санкций составил 2 079 554,18 руб. (СМО – 6 781 628,62 руб.; ТФОМС – 4 702 074,44 руб.).

Для сравнения: в 2023 году размер неоплаты в медорганизациях составил 8 744 507,26 руб. (СМО – 29 996 670,25 руб.; ТФОМС – 21 252 162,99 руб.), размер штрафных санкций составил 450 733,12 рублей (СМО – 1 445 227,43 руб.;

ТФОМС – 994 494,31 руб.).

При анализе выявленных ТФОМС нарушений (Таблица 1) согласно Порядку проведения контроля по перечням оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи) лидирующую позицию занимает код нарушений/дефектов 3.2.1. – 525 случаев (в 2023 году – 330 случаев); второе место занимает код нарушений/дефектов 3.2.2. – 109 случаев (в 2023 году – 160 случаев); третье место занимает код нарушений/дефектов 2.16.1. – 66 случаев (в 2023 году – 11 случаев).

Таблица 1. Анализ выявленных нарушений при рассмотрении претензий, 2023-2024 гг.

Код нарушения	2023	2024
3.2.1. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	330 (26,1 %)	525 (57,9 %)
3.2.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания	160 (12,7 %)	109 (12,0 %)
2.16.1. Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об обязательном медицинском страховании	11 (0,9 %)	66 (7,3 %)
3.13. Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента	111 (8,8 %)	64 (7,1 %)
2.16.2. Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу	13 (1,0 %)	44 (4,9 %)
3.11. Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику, провести оценку качества оказанной медицинской помощи	145 (11,5 %)	35 (3,9 %)
2.16.3. Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации	427 (33,9 %)	22 (2,4 %)
2.18. Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой обязательного медицинского страхования	4 (0,3 %)	14 (1,5 %)
2.13. Отсутствие в документации (несоблюдение требований к оформлению) ИДС на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства	83 (6,6 %)	8 (0,9 %)
3.6. Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи, приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица	1 (0,1 %)	6 (0,6 %)



Код нарушения	2023	2024
3.2.6. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица по результатам проведенного диспансерного наблюдения	-	4 (0,4 %)
Прочие дефекты: 2.1., 2.14., 2.17., 2.9., 3.1.1., 3.2.4., 3.2.6., 3.4., 3.6., 3.8. встречаются по 1-2 случаям, что составляет от 0,1 – 0,2 %		

При анализе профилей медицинской помощи (Таблица 2), по которым в ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса в 2024 году поступали претензии от медицинских организаций, лидирующую позицию занимает профиль «Онкология» – 599 случаев (44,4 %); на втором месте профиль «Лечебное дело» (семейная медицина, тера-

пия) – 268 случаев (19,9 %); на третьем месте профиль «Хирургия» – 110 (8,2 %).

Как уже было сказано выше, в 2024 году претензии рассмотрены в 99,5 % случаях. Это объясняется, в частности тем, что Территориальным фондом ОМС постоянно проводится разъяснительная работа с медицинскими организациями по правилам фор-

мирования претензионных пакетов документов, по изменениям в нормативных документах. В результате медицинские организации стали более серьезно подходить к заполнению документов, необходимых для рассмотрения претензии, к соблюдению требований действующего законодательства в претензионной работе.

Таблица 2. Анализ профилей медицинской помощи по претензиям, поступившим от медорганизаций в 2024 году

Профиль медицинской помощи	2024		2023	
	Всего случаев	Из них признаны дефектными	Всего случаев	Из них признаны дефектными
Онкология	599 (44,4 %)	540 (90,2 %)	564 (37,6 %)	531 (42,7 %)
Лечебное дело\семейная медицина\терапия	268 (19,9 %)	89 (33,2 %)	33 (2,2 %)	27 (2,2 %)
Хирургия\комбустиология	110 (8,2 %)	46 (41,8 %)	12 (0,8 %)	9 (0,7 %)
Травматология и ортопедия	82 (6,1 %)	42 (51,2 %)	20 (1,3 %)	17 (1,4 %)
Неврология	69 (5,1 %)	14 (20,3 %)	19 (1,3 %)	17 (1,4 %)
Акушерство и гинекология	33 (2,4 %)	17 (51,5 %)	137 (9,1 %)	19 (1,5 %)
Кардиология	33 (2,4 %)	18 (54,5 %)	85 (5,7 %)	55 (4,4 %)
Офтальмология	31 (2,3 %)	30 (96,8 %)	3 (0,2 %)	1 (0,08 %)
Сердечно-сосудистая хирургия	19 (1,4 %)	18 (94,7 %)	18 (1,2 %)	15 (1,2 %)
Инфекционные болезни	13 (1,0 %)	5 (38,5 %)	114 (7,6 %)	94 (7,6 %)
Радиология	13 (1,0 %)	13 (100 %)	9 (0,6 %)	6 (0,5 %)
Педиатрия	12 (0,9 %)	8 (66,7 %)	-	-
Нейрохирургия	9 (0,7 %)	7 (77,8 %)	-	-
Медицинская реабилитация	8 (0,6 %)	3 (37,5 %)	31 (2,1 %)	30 (2,4 %)
Гастроэнтерология	7 (0,5 %)	7 (100 %)	24 (1,6 %)	5 (0,4 %)
Урология	7 (0,5 %)	4 (57,1 %)	10 (0,7 %)	9 (0,7 %)
Детская онкология	6 (0,4 %)	1 (16,7 %)	5 (0,3 %)	1 (0,08 %)
Оториноларингология	6 (0,4 %)	3 (50,0 %)	3 (0,2 %)	1 (0,08 %)
Ревматология	6 (0,4 %)	2 (33,3 %)	2 (0,1 %)	2 (0,2 %)
Нефрология	4 (0,3 %)	2 (50,0 %)	1 (0,07 %)	1 (0,08 %)
Эндокринология	4 (0,3 %)	4 (100 %)	6 (0,4 %)	6 (0,5 %)
Пульмонология	3 (0,2 %)	3 (100 %)	16 (1,1 %)	12 (1,0 %)
Гематология	2 (0,1 %)	1 (50,0 %)	-	-
Детская хирургия	1 (0,07 %)	1 (100 %)	3 (0,2 %)	3 (0,2 %)

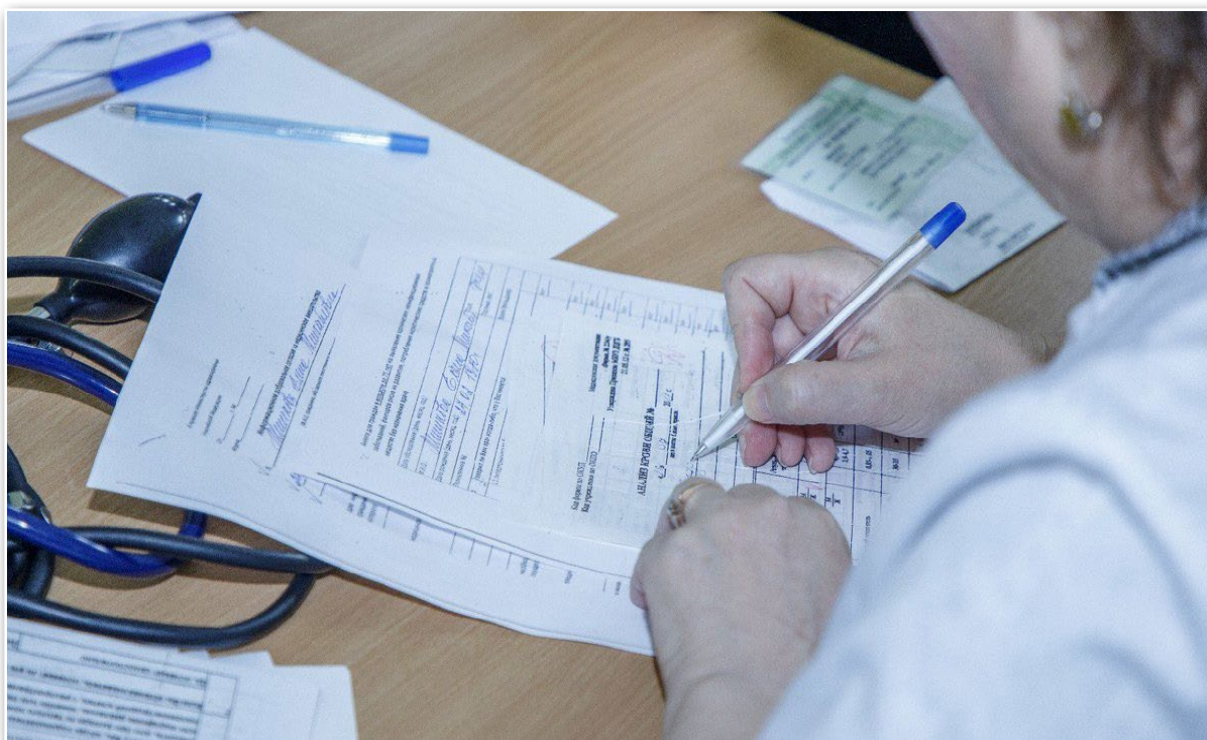
Профиль медицинской помощи	2024		2023	
	Всего случаев	Из них признаны дефектными	Всего случаев	Из них признаны дефектными
Торакальная хирург	1 (0,07 %)	-	3 (0,2 %)	3 (0,2 %)
Челюстно-лицевая хирургия	1 (0,07 %)	1 (100 %)	-	-
Эндоскопия	1 (0,07 %)	-	-	-
Психиатрия	-	-	381 (25,4 %)	381 (30,6 %)
Всего	1 348	879	1 499	1 245

Несмотря на уменьшение общего числа претензионных случаев, размер неоплаты в медицинские организации и размер штрафных санкций в 2024 году увеличились, что объясняется повышением тарифа за случай оказания медицинской помощи (в 2024 году – более дорого-

стоящие случаи лечения).

По количеству выявленных нарушений, как и в 2023 году, лидируют коды нарушений/дефектов 3 раздела Порядка проведения контроля: нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи, невыполнение,

несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.



Ярцева В.С.

Новокузнецкий филиал ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕТЕНЗИОННОЙ РАБОТЫ НОВОКУЗНЕЦКОГО ФИЛИАЛА ТФОМС В 2024 ГОДУ

Претензионная работа ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса по результатам проведения контрольных экспертных мероприятий страховыми медицинскими организациями – один из важных инструментов контроля за деятельностью страховщиков в части проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам. Претензионная работа ТФОМС позволяет урегулировать спорные вопросы, возникающие между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

Первичный контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам осуществляется страховыми медицинскими организациями (далее – СМО) путём проведения медико-экономической экспертизы (далее – МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (далее – ЭКМП) с привлечением экспертов качества по соответствующим специальностям, включенных в единый реестр экспертов качества медицинской помощи.

Так как в отдельных случаях экспертные заключения страховых медицинских организаций являются основаниями для применения финансовых санкций к медицинским организациям (далее – МО), они становятся причиной разногласий сторон.

Согласно Федеральному закону от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской

Федерации» (далее – Федеральный закон) медицинские организации имеют право обжаловать заключение СМО по результатам контроля не только в судебном, но и досудебном порядке путем направления претензии в территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, регламентированный статьями 40-42 Федерального закона, детализирован в Порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Порядок контроля), который утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля



объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения». Возможности медицинской организации в досудебном порядке обжаловать заключения страховой медицинской организации по результатам экспертного контроля изложены в Разделе X Порядка контроля, в котором обозначен алгоритм действий участников ОМС: путём направления протокола разногласий в СМО либо путем направления претензии в ТФОМС.

Для обжалования заключения страховой медицинской организации по

ЯРЦЕВА В.С.,
директор
Новокузнецкого
филиала ТФОМС



результатам первичного контроля медицинской организации необходимо в течение 15 рабочих дней со дня получения актов экспертизы от СМО сформировать и направить в СМО протокол разногласий (п. 71; 71.1 Порядка контроля) и вернуть подписанные с разногласиями акты. СМО в течение 10 рабочих дней должна рассмотреть протокол разногласий.

Получив от СМО отрицательные результаты рассмотрения протокола разногласий, медицинская организация в течение 15 рабочих дней формирует и направляет в ТФОМС письменную претензию по установленной форме (Приказ ФОМС от 19.09.2022 № 120н) с обязательным приложением полного пакета документов, содержаще-

го протокол разногласий (обоснование претензии) и результаты его рассмотрения СМО; материалы внутреннего контроля по оспариваемому случаю; материалы ведомственного контроля (при наличии); первичную медицинскую документацию (оригиналы или, по согласованию с ТФОМС, заверенные в установленном порядке копии медицинской документации); акты экспертиз, подписанные руководителем медицинской организации (или уполномоченным представителем); экспертные заключения с входящей датой, с резолюцией о несогласии с экспертными заключениями СМО; подтверждение направления протокола разногласий для рассмотрения в СМО.

При получении претензии медицинской организации ТФОМС обеспечивает проверку сроков направления претензии медицинской организацией; соответствия предоставленных документов количественно и качественно требованиям, установленным нормативными актами Министерства здравоохранения РФ, Минздрава Кузбасса, ТФОМС.

При соблюдении медицинской организацией всех необходимых условий ТФОМС организует проведение повторных КЭМ в течение 30 рабочих дней с даты поступления претензии. Решение территориального фонда ОМС с заключением повторного контроля, заключением экспертов качества медицинской помощи, привлеченных для проведения экспертного контроля, направляется в медицинскую организацию и в СМО. В случае несогласия

медицинской организации с решением ТФОМС по результатам повторного контроля, она вправе обжаловать это решение в судебном порядке.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕТЕНЗИОННОЙ РАБОТЫ В 2024 ГОДУ

В 2024 году специалистами Новокузнецкого филиала ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса рассмотрено 134 претензии медицинских организаций по 624 случаям (в 2023 году – 122 претензии по 447 случаям), из них:

- по результатам МЭЭ рассмотрено 9 претензий по 249 случаям (в 2023 году – 5 претензий по 133 случаям);

- по результатам ЭКМП рассмотрено 125 претензий по 375 случаям (в 2023 году – 117 претензий по 314 случаям).

Контрольные экспертные мероприятия проведены в 97,8 % случаев, включенных в претензии медицинских организаций, 2,2 % случаев отклонены по причине несоответствия пакета документов установленным требованиям. Для сравнения: в 2023 году претензии рассмотрены по 95,1 % случаев, 4,9 % случаев отклонены в связи с отзывом претензии медицинской организацией по причине урегулирования вопроса со СМО.

Анализ результатов обжалования медицинскими организациями экспертных заключений СМО в Новокузнецком филиале ТФОМС показал, что в 2024 году количество претензий медицинских организаций увеличилось на 9,8 % по сравнению с 2023 годом, а общее количество оспариваемых случаев – на 39,6 % (рис. 1).



Рис. 1. Динамика претензий медицинских организаций, рассмотренных Новокузнецким филиалом ТФОМС в 2023-2024 гг.

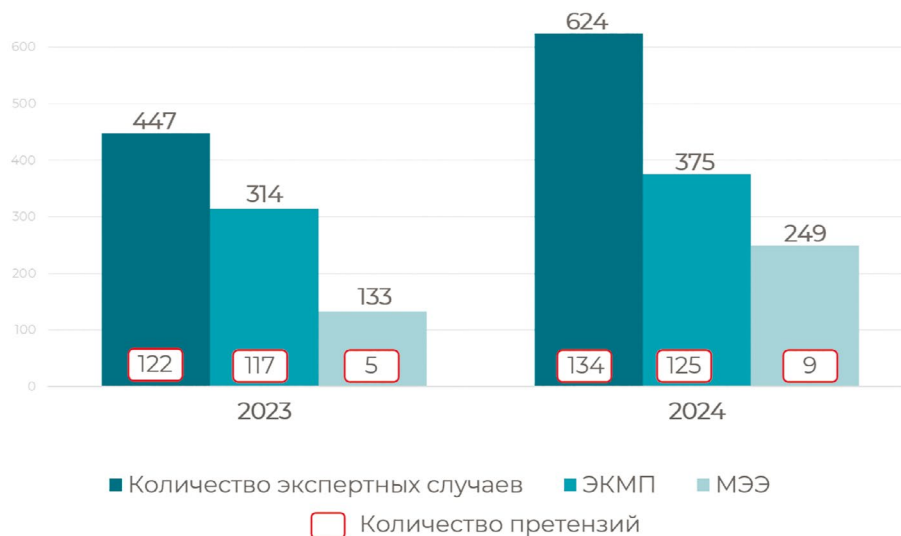
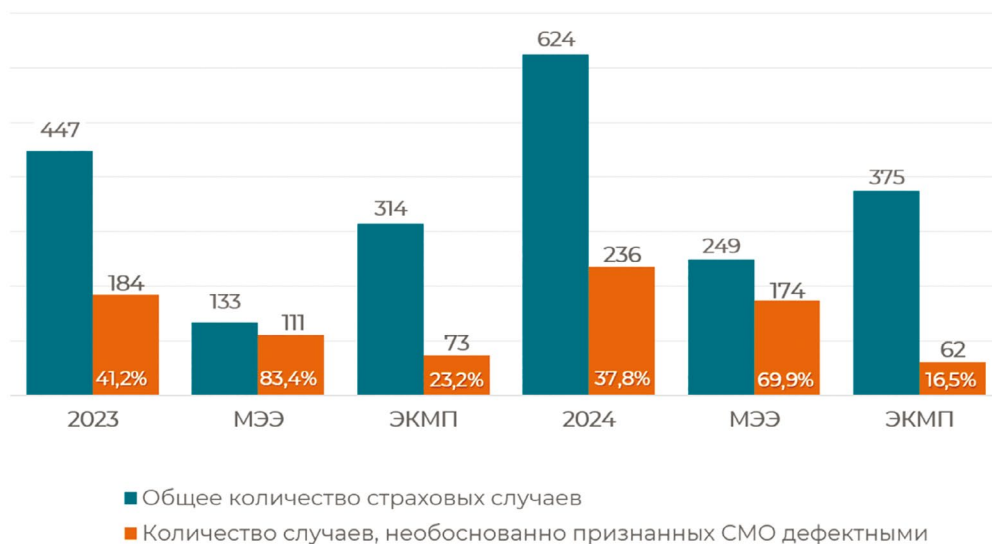


Рис. 2. Динамика случаев, необоснованно признанных СМО дефектными, 2023-2024 гг.



В 2024 году в ходе проведения претензионной работы ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса отменил результаты первичной экспертизы качества медицинской помощи в 16,5 % случаев (62 ЭКМП), результаты медико-экономической экспертизы – в 69,9 % случаев (174 МЭЭ). Для сравнения: в 2023 году при реэкспертизе качества медицинской помощи результаты экспертиз СМО отменялись в 23,2 % случаев (73 ЭКМП), при повторной медико-экономической экспертизе – в 83,5 %

случаев (111 МЭЭ).

Сравнительный анализ результатов реэкспертизы Новокузнецкого филиала ТФОМС за последние два года выявил, что показатель обоснованности претензий медицинских организаций (т.е. доля случаев, которые необоснованно признаны СМО дефектными) снизился с 41,2 до 37,8 %.

Основная масса нарушений, выявленных СМО при проведении экспертизы качества медицинской помощи, относилась к невыполнению, несвоевременному или ненад-

лежащему выполнению необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций. Среди нарушений, выявленных при проведении медико-экономической экспертизы, преобладают дефекты, связанные с несоответствиями данных медицинской документации данным реестра счетов.

Претензионная работа Территориального фонда ОМС Кемеровской области – Кузбасса является важным инструментом урегулирования спорных вопросов с медицинскими организациями и стра-

ховыми компаниями. Эффективное рассмотрение претензий способствует повышению качества оказания медицинской помощи, соблюдению финансовых интересов медицинских органи-

заций, делает процесс проведения контрольных экспертных мероприятий более прозрачным, помогает минимизировать конфликтные ситуации между участниками системы ОМС.



Прилуцкая Н.Ю.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ИТОГИ КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТФОМС ЗА 2024 ГОД

Одним из важнейших направлений деятельности территориального фонда обязательного медицинского страхования является контроль за целевым и эффективным (рациональным) расходованием средств ОМС.

В 2024 году контрольно-ревизионная деятельность Фонда осуществлялась в соответствии с Графиком и Программой проверок, которые утверждаются приказом ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса. Планировалось провести 94 проверки целевого и эффективного расходования средств ОМС: в 92 медицинских организациях и в двух страховых медицинских организациях.

На основании уведомлений медицинских организаций об исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на 2024 год, из плана проверок были исключены две медицинские организации – ООО «Абсолютно здоров» и ООО «ЛОР-КЛИНИКА» (в данных медорганизациях были проведены внеплановые проверки).

По итогам года контрольно-ревизионным управлением ТФОМС проведено 115 контрольных мероприятий, в том числе:

- 94 комплексные проверки в МО и СМО;
- 21 тематическая проверка (16 – в медицинских организациях и 5 – в страховых медицинских организациях).

Проверки проводились:

- с целью установления причин недостатка средств на оплату медицинской помощи (в двух страховых медицинских организациях);

- по письму Федерального фонда ОМС в части внесения недостоверных и некорректных сведений о застрахованных лицах в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц;

- по запросу Прокуратуры Кемеровской области – Кузбасса в части оценки правомерности осуществления стимулирующей выплаты из средств ОМС в размере 20 % от должностного оклада за научное звание «доктор медицинских наук»;

- по поручению Министерства здравоохранения Кузбасса с целью проведения анализа эффективности проведенных процедур вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) ЧУЗ «Поликлиника Овум» за период 2019–2023 годы с целью распределения плановых объемов на выполнение вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств ОМС на 2025 год;

- проверки, связанные с проведением мероприятий по реорганизации медицинских организаций путем присоедине-



ния (слияния) к другому юридическому лицу и отсутствием уведомления о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Кемеровской области – Кузбасса на 2024 год, и уведомлением об исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в 2024 году, для подтверждения целевого и эффективного расходования средств ОМС по вопросам контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и использованием средств обязательного медицин-

ПРИЛУЦКАЯ Н.Ю.,
начальник
контрольно-
ревизионного
управления



ского страхования медицинскими организациями (таблица 1).

По результатам проведенных проверок выяснилось, что в ряде медицинских организаций средства ОМС расходуются неэффективно и не по целевому назначению, что отражается на финансовом положении медицинских организаций и влечет за собой финансовую, административную ответственность.

В числе основных причин нецелевого и неэффективного расходования средств – недостаточная компетентность специалистов, некорректная трактовка законодательства, несовершенство законодательства в отдельных вопросах, отсутствие должного внутреннего контроля совершаемых фактов хозяйственной жизни, личное отношение руководства к организации своей работы и т.д.

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ НАРУШЕНИЙ

В число основных нарушений, выявленных в ходе проверок в 2024 году, вошли:

1. Оплата расходов, не включенных в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в рамках ТПОМС (35 %):

- повышение квалификации работников по программам (темам) «Организация и практические аспекты оказания паллиативной помощи взрослым и детям», «Развитие психолого-социально-педагогических компетенций работников системы здравоохранения по сопровождению трудных подростков», «Медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического и иного токсического)», по образовательной программе «Противолевая обработка», «Первая врачебная помощь в военно-полевых условиях»; участие в семинарах-тренингах;

получение высшего и/или средне-специального образования;

- оплата арендных платежей при наличии просроченной кредиторской задолженности за счет средств ОМС в течение трех месяцев;
- приобретение холодильных витрин для буфетов, телевизоров в палаты повышенной комфортности; материальных запасов, использованных при выполнении текущего ремонта в помещениях: «библиотека», «пансионат», «общеежитие», «санаторий-профилакторий», которые не являются помещениями (объектами недвижимого имущества), эксплуатируемыми в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), и не обеспечивают деятельность медицинской организации в целом в рамках Территориального программы государственных гарантий оказания медицинской помощи;

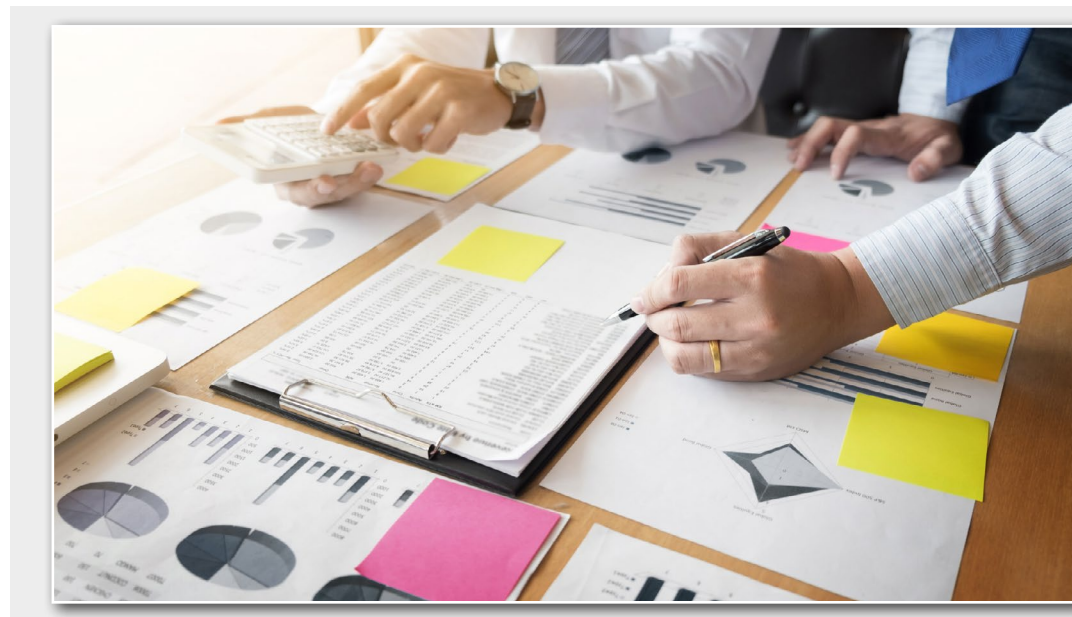
Таблица 1. Структура контрольных мероприятий, проведенных в 2024 году

Вид проверки	Количество	
	План	Факт
Комплексные проверки СМО на предмет целевого и эффективного использования средств ОМС	2	2
Тематические проверки СМО , в том числе:	0	5
- по установлению причин недостатка целевых средств в СМО	0	4
- по письму Федерального фонда ОМС	0	1
Комплексные проверки МО на предмет целевого и эффективного использования средств ОМС, в том числе:	92	92
- документарные проверки	0	15
Тематические проверки МО , в том числе:	0	16
- связанные с проведением мероприятий по реорганизации медицинских организаций путем присоединения (слияния) к другому юридическому лицу и с отсутствием уведомления о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Кемеровской области – Кузбасса на 2024 год, и уведомлением об исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в 2024 году	0	12
- с целью проведения анализа эффективности проведенных процедур вспомогательных репродуктивных технологий ЧУЗ «ГПоликлиника Овум» за период 2019–2023 годы с целью распределения плановых объемов на выполнение ВРТ за счет средств ОМС на 2025 год	0	1
- в части оценки правомерности осуществления стимулирующей выплаты из средств ОМС в размере 20 % от должностного оклада за научное звание «доктор медицинских наук»	0	3
ИТОГО:	94	115

- расходы за негативное воздействие на окружающую среду при отсутствии источников негативного воздействия на окружающую среду; оплата за негативное воздействие на работу централизованной системы водоотведения;
- выполнение комплекса кадастровых, топографических работ под строительство;
- приобретение бланков строгой отчетности, баннеров к празднику;
- расходы на оказание услуг страхования гражданской (профессиональной) ответственности медицинских работников;
- оплата земельного налога, транспортного налога за объекты, не числящиеся на балансе медицинской организации;
- расходы за технологическое присоединение к электрическим сетям здания, которое не числилось на балансе;
- оплата коммунальных услуг за помещения, не используемые для оказания медицинской помощи населению в рамках территориальной программы ОМС и/или необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, не состоящие на балансе;
- приобретение основных средств стоимостью свыше 400 тыс. руб. за единицу;
- возмещение вреда здоровью, причиненного по вине медицинской организации.

2. Финансирование структурных подразделений медицинской организации, финансируемых из иных источников (38,2 %):

- заработная плата врачу психиатру-наркологу, специалисту по социальной работе, врачу-профпа-



тологу, врачу-фтизиатру участковому, садовнику, специалисту по связям с общественностью, поварам пищеблока, осуществляющим готовое питание для пациентов отделения сестринского ухода;

- расходы, связанные с обеспечением мер социальной поддержки, с проведением наградных и организационных мероприятий;
- транспортные услуги по перевозке ветеранов для получения санаторно-курортного лечения;
- брендинг автотранспорта;
- расходы по поверке (калибровке) анализаторов паров этанола в выдыхаемом воздухе АЛКОТЕК-ТОР Марк V;
- командировочные расходы для участия в мероприятии, посвященном вручению премии лучшим врачам «Призвание» и при направлении работников на семинары по темам, не связанным с оказанием медицинской помощи в рамках ТПОМС;
- расходы на полиграфическую продукцию (картины, грамоты, благодарственные письма, листовки-памятки избирателю, листовки все о

выборах, бланки «Информационное добровольное согласие пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе», фото сотрудников на стенд, бланки «Направление в кассу», фоторамки),

- выплаты за усердие и разумную инициативу при разработке документов мобилизационного планирования, при подготовке и проведении учебно-практических мероприятий по мобилизационной подготовке, за работу со сведениями, составляющими государственную тайну;
- оплата командировочных расходов водителя, связанные с перевозкой команды горнолыжников для участия в благотворительном забеге «Золотая Шория», XI спартакиаде среди работников здравоохранения;
- оказание образовательных услуг по программе повышения квалификации «Паллиативная помощь взрослому населению», оплата услуг по ведению и продвижению аккаунтов в социальных сетях ВКонтакте, Одноклассники и Телеграм; размещение контекстной рекламы на страницах Яндекс и его партнёров,

рекламно-информационных материалов снаружи транспортных средств, щитовой конструкции.

3. Расходование средств сверх норм, установленных соответствующими министерствами, ведомствами (3 %): списание горюче-смазочных материалов сверх нормативного расхода топлива (в завышенном размере).

4. Расходование средств при отсутствии подтверждающих документов (0,8 %):

- оплата труда без подтверждающих документов (доплаты в связи с вредными и (или) опасными условиями труда на рабочих местах без подтверждения СОУТ, за совмещение должности при отсутствии сертификата);
- списание подотчетных сумм без оправдательных документов, отсутствуют документы, подтверждающие факт обучения (договоры с обучающей организацией, акты выполненных работ, сертификаты).

5. Использование средств НСЗ территориального фонда в нарушение условий их получения (приобретение медицинского оборудования) (23 %): приобретение оборудования, представляющего непосредственную угрозу причинения вреда жизни и тяжкого вреда здоровью граждан при его применении.

Немало нарушений выявляется при проверке частных медицинских организаций, число которых в системе ОМС увеличивается с каждым годом. Поэтому в настоящее время контрольно-ревизионная работа в ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

закljučается не только в исполнении контрольных функций, большое внимание уделяется проведению разъяснительной и консультационной работы с целью профилактики нарушений.

На сайте ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса в разделе «Контрольно-ревизионная деятельность» (<https://www.kemoms.ru/ofonde/kontrolno-revizionnaya-deyatelnost/>) размещено Методическое пособие по организации учета средств ОМС в медицинских организациях негосударственной формы собственности, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС.

В этом же разделе размещена презентация «Расходуем средства ОМС законно». Это своего рода памятка для специалистов медицинских организаций по осуществлению целевого расходования средств обязательного медицинского страхования.

Кроме этого, в 2024 году состоялся выездной семинар на базе Новокузнецкой городской клинической больницы №1 им. Г.П. Курбатова, во время которого были представлены результаты проверок ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса в разрезе медицинских организаций и видов нарушений. Медицинские организации имели возможность сразу получить ответы на интересующие их вопросы.

ПРАВОМЕРНОСТЬ ПОЛУЧЕНИЯ СРЕДСТВ НСЗ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММАМ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

В 2024 году продолжало действовать постановление Правительства РФ от 26.02.2021 № 273 «Об утверждении Правил использования медицинскими организациями

средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования, нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования» (далее – Правила).

Пункт 11 Правил гласит, что медицинские организации обязаны вести раздельный аналитический учет средств нормированного страхового запаса для финансового обеспечения мероприятий.

Критерии для включения в план мероприятий по дополнительному профессиональному образованию медицинских работников по программам повышения квалификации определены пунктом 8 указанных Правил.

Одним из критериев предоставления средств нормированного страхового запаса является условие, что медицинский работник, обучение которого планируется по программе повышения квалификации, не обучался за счет средств НСЗ по программам дополнительного профессионального образования в течение года, предшествующего соответствующему финансовому году.

При несоблюдении условий, предусмотренных Правилами, в случае использования средств НСЗ для финансового обеспечения мероприятий не по целевому назначению медицинская орга-

низация обязана вернуть средства НСЗ в бюджет ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса (в соответствии с п.12 Правил) в порядке, установленном бюджетным законодательством РФ.

ПРАВОМЕРНОСТЬ РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ОСНОВНЫХ СРЕДСТВ

В соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ) структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя в том числе расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 400 тысяч рублей за единицу.

Постановлением Правительства РФ от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (далее – Программа) предоставлена возможность приобретения за счет средств ОМС основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение трех месяцев кредиторской задолженности.

Таким образом, больницам и поликлиникам, работающим в системе обязательного медицинского страхования, дана возможность приобретать медицинские изделия сто-



имостью до 1 млн рублей за единицу с учетом условий, указанных в Программе, а не до 400 тыс. рублей, как это было ранее. Медицинские организации смогут обновлять оборудование, что положительно скажется на качестве оказания медицинской помощи.

ПРАВОМЕРНОСТЬ РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС НА АРЕНДНУЮ ПЛАТУ, В ТОМ ЧИСЛЕ ФИНАНСОВУЮ АРЕНДУ ОБЪЕКТОВ (ЛИЗИНГ)

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.12.2022 № 789н утверждены изменения в пункт 204 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС), в том числе детализированы затраты на финансовую аренду объектов (лизинг).

Подпунктом 6 пункта 204 Правил ОМС предусмотрено, что затраты на содержание объектов движимого имущества

могут быть детализованы по группам затрат, в том числе включать затраты на арендную плату, в том числе на финансовую аренду объектов (лизинг), также выкуп предмета лизинга в соответствии со статьей 624 ГК РФ, при отсутствии у медицинской организации в течение трех месяцев просроченной кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования с ограничением платежа в размере до 1 млн рублей в год за один объект лизинга.

Так, расходы на арендную плату, в том числе на финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга, ограничены в 400 тысяч рублей в год (или в 1 млн рублей в год за один объект лизинга при отсутствии у медицинской организации кредиторской задолженности) и могут осуществляться только медицинскими организациями, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Учитывая изложенное,



общая сумма платежей за год за один предмет лизинга (включая выкупной платеж при его наличии) за счет средств обязательного медицинского страхования не может превышать 1 млн рублей (или 400 тыс. рублей при наличии у медицинской организации кредиторской задолженности).

Поэтому еще одним направлением контрольных мероприятий является проверка правомерности приобретения основных средств, расходов на арендную плату, в том числе на финансовую аренду объектов (лизинг) в связи с внесением соответствующих изменений в отдельные нормативные правовые акты.

ПРАВОМЕРНОСТЬ РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС НА ВОЗМЕЩЕНИЕ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТУ ПО ВИНЕ МО

Обязательное медицинское страхование – это вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему

создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» случаях в пределах базовой программы ОМС. При этом, страховой случай – это совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС (статья 3 Закона № 326-ФЗ).

Согласно пунктам 3, 4 статьи 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь – это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг; медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Соответственно, причинение физического и морального вреда по вине медицинской организации при оказании медицинской помощи по ОМС не является страховым случаем, не является

предметом договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, являющемся правовым основанием оплаты медицинской помощи, не входит в состав затрат, установленных Правилами ОМС, не связано с оказанием медицинской помощи по программе ОМС и не входит в страховое обеспечение по ОМС.

Учитывая вышеизложенное, в нарушение статей 147, 306.4 Бюджетного кодекса Российской Федерации, статей 3, 4, 20, 30, 35-37 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», положений приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», ст. 19 Федерального закона от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования», раздела 4, 5 постановления Правительства Кемеровской области – Кузбасса от 28.12.2024 № 852 «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов», расходы, произведенные для компенсации морального вреда, причиненного по вине медицинской организации, за счет средств ОМС, будут расценены как нецелевое использование средств ОМС, так как это не является обязательством Территориальной программы обязательного медицинского страхования.



ПРАВОМЕРНОСТЬ РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС НА ДОБРОВОЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Структура тарифа на оплату медицинской помощи определена частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В соответствии с п. 192 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н, в расчет тарифов включаются затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги), необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи.

Согласно п. 4 ст. 3 Закона РФ от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» добровольное страхование медицинских работников не относится к обязательным видам страхования и не может быть оплачено из средств ОМС. Добровольное страхование, это вид страхования, которое оформляется по желанию человека, не является обязательным и оплачивается за счет личных средств граждан.

В расчет тарифов включаются затраты медицин-

ской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) – приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Согласно ст. 927 Гражданского кодекса Российской Федерации страхование осуществляется на основании договоров имущественного или личного страхования, заключаемых гражданином или юридическим лицом (страхователем) со страховщиком. В случаях, когда законом на указанных в нем лиц возлагается обязанность страховать в качестве страхователей жизнь, здоровье или имущество других лиц либо свою гражданскую ответственность перед другими лицами за свой счет или за счет заинтересованных лиц (обязательное страхование), страхование осуществляется путем заключения договоров в соответствии с правилами главы 48 Гражданского кодекса Российской Федерации. Для страховщиков заключение договоров страхования на предложенных страховате-

лем условиях не является обязательным.

В соответствии с п. 4 ст. 3 Закона РФ от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» условия и порядок осуществления обязательного страхования определяются федеральными законами о конкретных видах обязательного страхования. Вместе с тем, федеральный закон, регламентирующий порядок проведения добровольного страхования медицинских организаций и их работников, отсутствует, не установлены тариф и порядок выплат.

Согласно Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса, в структуру тарифа на оплату медицинской помощи не включены расходы на добровольное страхование медицинских организаций и их работников. Расходы, не предусмотренные структурой тарифа и не связанные с деятельностью медицинской организации по реализации Территориальной программы ОМС, оплате за счет средств обязательного медицинского страхования не подлежат.

Учитывая вышеизложенное, добровольное страхование медицинских работников не является обязательством системы ОМС и классифицируется как нецелевое использование средств ОМС.

Безгина Н.С., Лемяскина Ю.Ю.

Прокопьевский филиал ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

О РЕЗУЛЬТАТАХ КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОКОПЬЕВСКОГО ФИЛИАЛА ТФОМС



БЕЗГИНА Н.С.,
директор
Прокопьевского
филиала ТФОМС

ЛЕМЯСКИНА Ю.Ю.,
консультант –
ревизор
Прокопьевского
филиала ТФОМС

Одним из главных направлений в деятельности Прокопьевского филиала ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса (далее – Прокопьевский филиал) является контроль за целевым и эффективным использованием средств ОМС.

Данное направление работы осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ) с целью предупреждения и выявления нарушений норм законодательства.

Проверки проводятся в медицинских организациях, которые включены в реестр медицинских организаций, работающих в сфере обязательного медицинского страхования, согласно приказу

Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.2021 № 255н «Об утверждении порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, а также контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования указанными страховыми медицинскими организациями и медицинскими организа-

циями» (далее – Приказ) на основании плана на очередной календарный год и Программы проверки, утверждаемых приказами директора ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса. Периодичность проведения плановых проверок установлена пунктом 32 Раздела IV Приказа – не реже чем один раз в два года.

Прокопьевский филиал осуществляет функции в сфере обязательного медицинского страхования в следующих муниципальных образованиях: город Белово – Беловский

городской округ, поселок городского типа – Краснобродский городской округ, Беловский муниципальный район, Гурьевский муниципальный район,

город Киселевск – Киселевский городской округ, город Прокопьевск – Прокопьевский городской округ, Прокопьевский муниципальный округ.

Количество проверок, проведенных Прокопьевским филиалом за последние три года, представлены в таблице 1.

Таблица 1. Проверки Прокопьевского филиала ТФОМС, проведенные в 2022-2024 гг.

Год	План	Фактическое количество проведенных проверок			
	Плановые комплексные проверки	Плановые комплексные проверки	Внеплановые комплексные проверки	Внеплановые тематические проверки	Всего
2022	19	19	-	-	19
2023	17	17	2	1	20
2024	13	13	1	-	14

Внеплановые комплексные проверки проводились в связи с реорганизацией медицинских организаций в форме присоединения к другому юридическому лицу (в 2023 году – медорганизация в г. Белово), в связи с исключением медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (в 2023 году – медорганизация в г. Киселевск) и ликвидацией медицинской организации (в 2024 году – медорганизация в г. Прокопьевск).

Кроме проверок в медицинских организациях

подведомственных территорий, специалисты-ревизоры филиала принимают участие в проведении проверок в медицинских организациях других территорий Кемеровской области. За последние три года специалисты участвовали в 10 комплексных проверках и одной тематической.

По результатам проведенных контрольных мероприятий ревизорами Прокопьевского филиала выявлено нецелевое использование средств ОМС за три года в общей сумме 18 530,20 тыс. руб., из них:

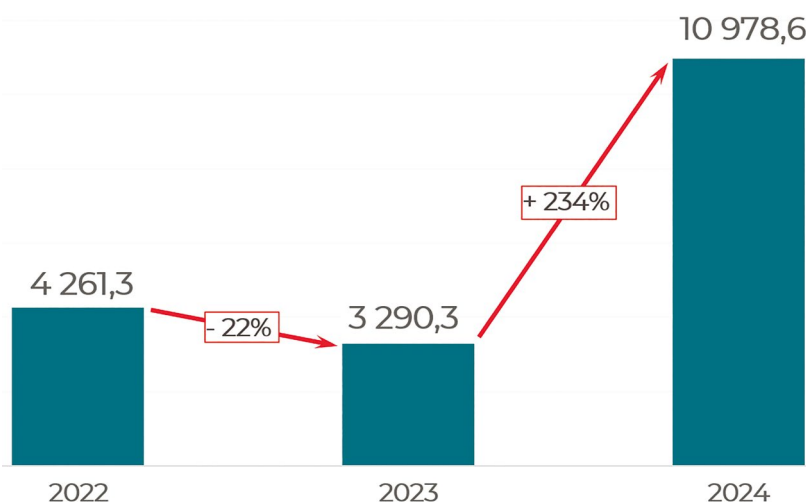
- за 2022 год – 4 261,3 тыс. рублей,
- за 2023 год – 3 290,3 тыс. руб. (уменьшение к уровню

2022 года на 971,0 тыс. руб.),
- за 2024 год – 10 978,6 тыс. руб. (увеличение на 7 688,3 тыс. руб. к уровню 2023 года). Денежные средства, использованные не по целевому назначению, в полном объеме восстановлены в бюджет ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса (рис. 1).

В 2022 году основными направлениями нецелевого использования средств ОМС были:

- расходы на финансирование структурных подразделений медицинских организаций, финансируемых из иных источников, – 54 % от общей суммы выявленных средств;
- оплата расходов, не

Рис. 1. Нецелевое использование средств ОМС, выявленное во время проверок МО в 2022-2024 гг., тыс. руб.



включенных в тарифы на оплату медицинской помощи в рамках ТПОМС, – 45,2 %;

- необоснованно запрошенные дополнительные суммы финансирования (несоблюдение условий использования средств НСЗ по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников) – 0,8 %.

В 2023 году три четверти от общей суммы нецелевого использования средств ОМС пришлось на оплату расходов, которые не включены в тарифы на оплату медицинской помощи в рамках ТПОМС (75,7 %). Доля расходов на финансирование структурных под-

разделений медицинских организаций, финансируемых из иных источников, составила 14,2 %; расходы на оплату за вредные и опасные условия труда, не соответствующие СОУТ, составили 8,7 % от суммы выявленных средств; необоснованно запрошенные дополнительные суммы финансирования (несоблюдение условий использования средств НСЗ по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников) – 1,4 %.

В 2024 году нецелевое использование средств ОМС выявлено по следующим направлениям:

- расходы на финансиро-

вание структурных подразделений медицинских организаций, финансируемых из иных источников, – 56,4% от суммы выявленных средств;

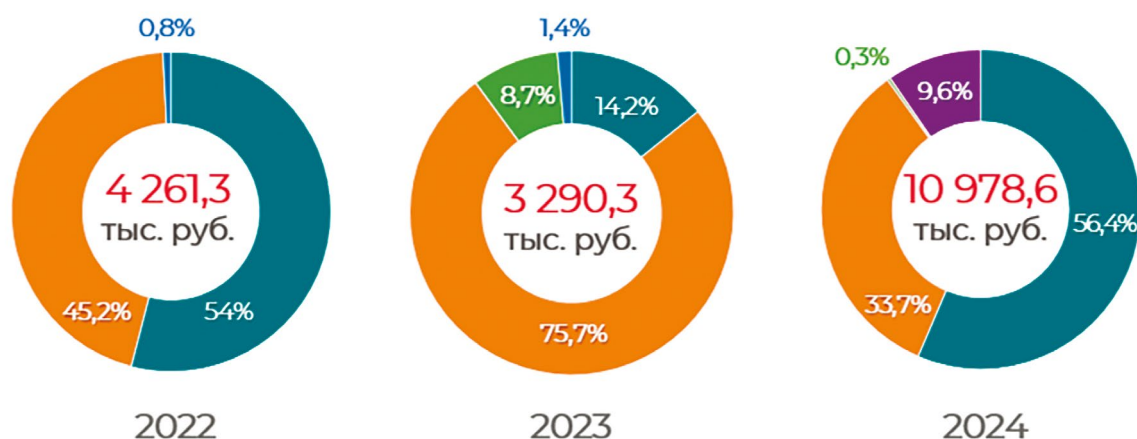
- оплата расходов, не включенных в тарифы на оплату медицинской помощи в рамках ТПОМС, – 33,7 %;

- расходы на завышение тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС – 9,6 %;

- расходы на оплату за вредные и опасные условия труда, не соответствующие СОУТ – 0,3 % (рис. 2).

Ежегодно повторяющиеся и наиболее весомые направления нецелевого использования средств – это расходы на структурные

Рис. 2. Основные направления нецелевого использования средств ОМС в 2022-2024 гг.



- Расходы на финансирование структурных подразделений медицинских организаций, финансируемых из иных источников
- Оплата расходов, не включенных в тарифы на оплату медицинской помощи в рамках ТПОМС
- Расходы на оплату за вредные и опасные условия труда, не соответствующие СОУТ
- Необоснованно запрошенные дополнительные суммы финансирования (несоблюдение условий использования средств НСЗ по организации ДПО медработников)
- Расходы на завышение тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС



подразделения медицинских организаций, финансируемые из иных источников, их доля составляет от 14,2 до 56,4 % от суммы выявленных средств; а также оплата расходов, не включенных в тарифы на оплату медицинской помощи в рамках ТПОМС, – от 33,7 до 75,7 %.

Необходимо отметить постоянное совершенствование контрольно-ревизионной деятельности Фонда с целью повышения эффективности работы по устранению нарушений, выявленных в ходе контрольных мероприятий, возврата медицинскими организациями в бюджет ТФОМС средств ОМС, использованных не по целевому назначению,

уплаты штрафных санкций.

Все работники ревизионной службы Фонда в своей деятельности используют специальный информационный ресурс – ПО «Ревизор», где выполняется систематизация проведенных контрольных мероприятий, отслеживается своевременность уплаты нецелевого использования средств ОМС, осуществляется контроль досудебной претензионной работы.

В 2024 году разработан и утвержден перечень контрольных действий (чек-лист) в целях установления единого порядка проведения контрольных мероприятий за использованием средств ОМС медицинскими организациями.

На сайте ТФОМС <https://>

www.ketoms.ru/ в разделе «Контрольно-ревизионная деятельность» размещается и поддерживается в актуальном состоянии информация, необходимая для работы:

- планы проверок СМО и МО;
- Типовые программы проверок СМО и МО;
- примерный перечень документов, изучаемых при проведении проверки в МО,
- письма и разъяснения для МО.

Кроме того, в разделе «Обратная связь» любая медицинская организация может задать интересующий вопрос специалистам фонда и получить исчерпывающий ответ.

Киселева Н.В., Наумова Т.В.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ОБ АКТУАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ЕДИНОГО РЕГИСТРА ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

**КИСЕЛЕВА Н.В.,**
начальник отдела
организации ОМС**НАУМОВА Т.В.,**
консультант
отдела
организации ОМС

Система ОМС в нашей стране в настоящий момент проходит этапы цифровой трансформации, что позволяет предоставлять гражданам услуги в цифровом формате.

Все информационные процессы погружены в Государственную информационную систему ОМС, которая объединяет сведения обо всех участниках системы ОМС и предназначена для упрощения и систематизации информационного обмена. Оператором ГИС ОМС является Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС). В рамках этой глобальной системы создан Единый регистр застрахованных лиц (ЕРЗЛ), который представляет собой общероссийскую базу данных,

где хранятся сведения о застрахованных гражданах, выданных им полисах, истории страхования и прикрепления к медицинским организациям.

Сведения из ЕРЗЛ поступают в личные кабинеты граждан на Едином портале государственных и муниципальных услуг («Госуслуги»). В разделе «Здоровье» помимо информации о полисе ОМС отражаются данные о прикреплении к медицинской организации, оказанной медицинской помощи, представлена возможность записи к врачу в

онлайн-режиме и т.д.

В настоящее время в межведомственном взаимодействии с ЕРЗЛ участвуют пять других информационных систем. ЕРЗЛ наполняется сведениями из единого регистра населения, а также ресурсами служб ЗАГС и МВД, ФНС и данными региональных сегментов единого регистра застрахованных лиц (РСЕРЗЛ). Данные о застрахованных лицах в ЕРЗЛ обновляются в автоматическом режиме.

По состоянию на 01.01.2025 численность застрахованных жителей

Кемеровской области – Кузбасса по обязательному медицинскому страхованию в региональном сегменте Единого регистра застрахованных лиц составила 2 366 608 человек. Процент охвата страхованием по ОМС жителей Кемеровской области составляет 93,7 % от статистической численности населения области, которая по данным территориального органа государственной статистики на 01.01.2025 составила 2 526 384 человека. По отношению к началу 2024 года процент охвата страхованием сократился в абсолютных цифрах на 36 397 человек, в процентном соотношении на 0,6 %.

На протяжении последних трех лет отмечается значительное сокращение численности застрахованных жителей. Снижение численности застрахованных обусловлено в том числе постоянной совместной работой Территориального фонда ОМС и страховых компаний над актуальностью и действительностью регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц. Можно выделить несколько основных причин, по которым производилось аннулирование полисов ОМС, а именно: смерть застрахованного лица, наличие статуса «аттестованный сотрудник», в связи с чем граждане сдавали полисы ОМС, окончание срока действия полиса у иностранных граждан, работа с потенциальными «двойниками», а также осуществлялось приостановление действия полисов ОМС лицам, призванным на военную службу.

Как уже было сказано выше, в ходе цифровой трансформации системы ОМС автоматизируются различные процессы. Это позволило автоматически

обновлять сведения о застрахованных лицах в ЕРЗЛ: персональные данные гражданина, данные о прикреплении к медицинской организации, информация о смерти и т.д.

Несмотря на то, что цифровизация набирает обороты, сохраняются случаи ошибочной идентификации застрахованных лиц в автоматическом режиме по причине человеческого фактора. Поэтому вопрос актуализации данных о застрахованных лицах в ЕРЗЛ в ручном режиме сохраняет свою актуальность и в каждом конкретном случае требует от специалистов отдела организации ОМС ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса индивидуальной, скрупулезной и точечной работы.

Процесс актуализации сведений о застрахованных лицах в ЕРЗЛ условно можно разделить на несколько этапов:

1) Актуализация персональных данных о застрахованных лицах в РСЕРЗЛ с последующей передачей информации

в ЕРЗЛ (фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, место жительства, СНИЛС, номер полиса ОМС, данные о страховой медицинской организации и т.д.);

2) Формирование заявок в Службу технической поддержки ФОМС (объединение межобластных «двойников» в ЕРЗЛ; восстановление записи о застрахованном лице, ошибочно закрытой по факту смерти; закрытие записи о застрахованном лице в ЕРЗЛ, фактически умершем, но с действующим полисом ОМС; восстановление записи о страховании иностранных граждан, у которых по данным МВД прекращено гражданство либо истек срок документов, разрешающих нахождение на территории Российской Федерации, а фактически граждане имеют право на ОМС) и т.д.;

3) Актуализация информации о прикреплении к медицинской организации (актуализация



данных о фактическом и территориальном прикреплении, прикреплении к врачу первичного звена (СНИЛС врача), исключение малочисленных врачебных участков и т.д.).

АКТУАЛИЗАЦИЯ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Актуализация персональных данных о застрахованных лицах проводится с использованием различных методов анализа информации и корректировки данных.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса в соответствии с п. 12.1 ст. 34 гл. 6 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» проводит проверку достоверности сведений о застрахованных лицах путем направления запросов в органы, осуществляющие выдачу и замену документов, удостоверяющих личность гражданина РФ на территории России. На основании полученных сведений в ручном режиме обновляются данные документов, удостоверяющих личность застрахованных лиц, проводится проверка корректности внесения в РСЕРЗЛ информации о регистрации по месту жительства граждан, подвергаются сверке данные фамилии, имени, отчества, даты рождения застрахованных лиц, внесенные страховыми медицинскими организациями в регистры застрахованных СМО, и, соответственно, в РСЕРЗЛ.

В ручном режиме производится выгрузка сведений о застрахованных лицах для последующего анализа на наличие ошибок в персональных данных застрахо-

ванных лиц, а также в целях контроля соблюдения СМО порядка выдачи полисов ОМС, установленного Правилами ОМС, утвержденными Приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н. Выявленные ошибки направляются в СМО для последующей отработки и корректировки сведений. Следует отметить, что в последнее время участились случаи внесения некорректной информации самими застрахованными лицами при оформлении полиса ОМС посредством ЕПГУ: граждане допускают ошибки при внесении персональных данных в соответствующие поля в Личном кабинете на портале «Госуслуги».

В рамках проведения информационно-разъяснительной работы с застрахованными лицами и представителями медицинских организаций (личные обращения по телефону горячей линии, письменные обращения граждан, в том числе посредством Платформы обратной связи на Госуслугах, личные приемы граждан, письменные обращения, направленные посредством сайта ТФОМС и т.д.) выявляются ошибки в персональных данных. В зависимости от конкретной ситуации специалистами отдела организации ОМС проводится работа по устранению выявленных несоответствий в сведениях о застрахованных лицах.

За 2024 год в СМО для проведения работы по актуализации направлено более 560 записей с выявленными несоответствиями в персональных данных у застрахованных лиц.

В рамках реализации Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» в целях максимально достоверного

персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах в регистрах СМО, а также соблюдения своевременности предоставления страховыми медицинскими организациями сведений о застрахованных лицах и их изменениях, на постоянной основе ведется претензионная работа по фактам выявленных нарушений согласно Договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса со СМО. По результатам претензионной работы, проведенной в 2024 году, к страховым медицинским организациям, работающим в системе ОМС на территории Кемеровской области, были применены штрафные санкции в общей сумме более 71 тыс. рублей. Все нарушения признаны обоснованными, штрафные санкции в полном объеме перечислены на счет ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗАЯВОК В СЛУЖБУ ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ФОМС

В 2024 году было сформировано и направлено в службу технической поддержки ФОМС более 400 заявок. Большая их часть была связана с аннулированием полиса ОМС по причине «смерть». Несвоевременное закрытие полисов возникает из-за того, что органы ЗАГС не передают сведения о смерти застрахованного гражданина, либо в персональных данных имеются какие-либо несоответствия, и данные о записи не закрываются в автоматическом режиме.

К сожалению, медицинские организации узнают о таких случаях только тогда, когда осуществляют сверку своего прикрепленного населения. Таким образом,

работа со Службой техподдержки ФОМС является одним из важных направлений деятельности Фонда, которое в конечном итоге способствует достоверности и корректности персонализированного учета сведений о застрахованных лицах.

Порядка 150 заявок были сформированы в связи с необходимостью восстановления записи о застрахованном лице, ошибочно закрытой по факту смерти. Указанная ошибка возникала в связи с тем, что у граждан в ФЕРЗЛ существовал так называемый «абсолютный двойник», т. е. полностью совпадали фамилия, имя, отчество и дата рождения. В результате обработки данных заявок у гражданина восстанавливались записи о полисе ОМС, что позволяет ему в дальнейшем беспрепятственно получать необходимую медицинскую помощь.

В последнее время стали фиксироваться случаи необоснованного закрытия со стороны ФЕРЗЛ записей о страховании иностранных граждан, у которых по данным МВД прекращено гражданство либо истек срок документов, разрешающих нахождение на территории Российской Федерации, а фактически граждане имеют право на ОМС. В подобных случаях при формировании заявок прикладывается полный пакет документов, подтверждающих право иностранного гражданина на выбор страховой компании.

АКТУАЛИЗАЦИЯ ИНФОРМАЦИИ О ПРИКРЕПЛЕНИИ К МО

Руководствуясь нормами Федерального Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Фе-

дерации», Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также «Методическими рекомендациями по учету информации о выборе застрахованными гражданами медицинских организаций для оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи» от 13.07.2023 № 6202/4656, разработанными Минздравом Кузбасса и ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса, Фондом проводится работа по актуализации информации о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям, проводится проверка РСЕРЗЛ на наличие сведений о прикреплении к врачу (СНИЛС врача первичного звена) в разрезе медицинских организаций.

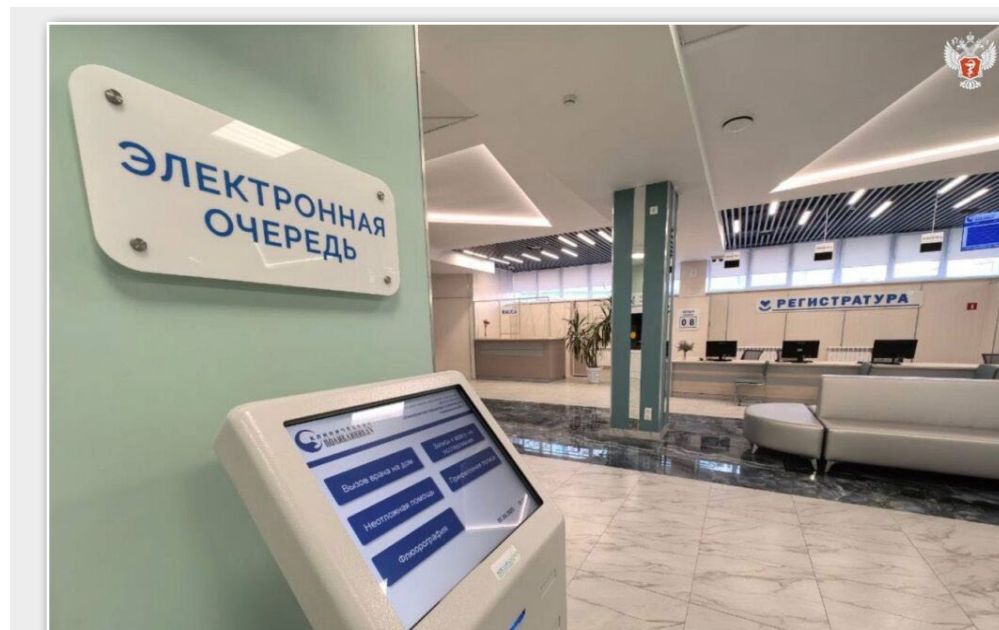
Данные по прикреплению застрахованных лиц анализируются на соответствие рекомендованной численности прикрепленного населения на терапевтическом и

педиатрическом участках в соответствии с действующим законодательством (малочисленные врачебные участки).

В постоянном режиме формируются списки с выявленными несоответствиями для последующего направления в СМО или МО для корректировки сведений.

Так, за 2024 год в СМО и МО направлено 3 637 записей с несоответствиями для корректировки и актуализации информации о прикреплении к медицинским организациям.

В заключение хочется отметить, что от полноты и актуальности информации о застрахованных лицах, от достоверности сведений о прикреплении к МО (в том числе о СНИЛС врача) в ЕРЗЛ и в личном кабинете застрахованного лица на Госуслугах зависят полнота и качество онлайн-услуг, которые гражданин может получить посредством «Цифрового медицинского профиля пациента»: предоставление в электронной форме сведений о результатах обследований, назначениях врачей, пройденных процедурах, осуществлении записи к врачу в онлайн-режиме и т. д.



Садовская Е.Н., Чуйков Д.В.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ «ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ УЧЕТ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»



САДОВСКАЯ Е.Н.,
начальник
информационно-
аналитического
управления

ЧУЙКОВ Д.В.,
начальник отдела
разработки
и сопровождения
прикладного
программного
обеспечения

В настоящее время цифровая трансформация всех отраслей экономики уже стала привычным явлением. Тем не менее, движение на этом пути продолжается, и с каждым годом преодолеваются все новые и новые этапы. При этом в информационной сфере здравоохранения и системы ОМС сохраняются тенденции централизации информационного пространства отрасли.

Если оглянуться в сравнительно недавнее прошлое, можно вспомнить, что развитие информатизации в каждом регионе страны начиналось самостоятельно, неравномерно, можно сказать, хаотично. Но так или иначе некоторый технологический фундамент был создан, и на его основе появилась возможность строить новые системы, отражающие актуальные потребности как граждан, так и профессионального сообщества.

И потребности эти, как правило, заключались в том, чтобы из разрозненных кусочков создать единое пространство, позволяющее вывести видение происходящего и принятие управленческих решений на качественно новый уровень.

Первым шагом на пути становления информационного единства в системе ОМС стало создание в 2011 году Единого регистра застрахованных лиц федерального уровня в соответ-

ствии с приказом Минздравсоцразвития России № 158н от 28.02.2011 «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и приказом ФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Единый регистр про-
существовал 11 лет, вплоть

до 2022 года, когда ему на смену пришел Федеральный единый регистр застрахованных лиц (ФЕРЗЛ), запущенный в промышленную эксплуатацию 1 декабря 2022 года. С этого момента полис ОМС окончательно стал цифровым и начал определяться как уникальная последовательность символов в машиночитаемом виде, которая присваивается сведениям о застрахованном лице в едином регистре застрахованных лиц.

Помимо учёта застрахованных граждан еще одна важная функция системы ОМС – учёт оказанной медицинской помощи, поскольку именно обеспечение доступности и качества медицинской помощи является основной целью обязательного медицинского страхования. И для решения этой задачи всегда ощущалась нехватка единого информационного ресурса. Из регионов на федеральный уровень регулярно передаются данные об оказанной медицинской помощи в виде многочисленных регламентных и одноразовых отчетных форм и мониторингов, но первичные данные по-прежнему хранятся и формируются в несвязанных между собой региональных информационных системах. В связи с этим и было принято решение о создании системы «Персонифицированный учет оказанной медицинской помощи» (ПУМП).

ПРЕДПОСЫЛКИ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПУМП

В качестве основных предпосылок для разработки и внедрения системы «Персонифицированный учет оказанной медицинской помощи» следует назвать следую-



щие факторы:

1) Отсутствие единой системы учета.

В настоящее время данные о медицинской помощи, оказанной в рамках ОМС, распределенно хранятся в различных информационных системах, что затрудняет их консолидацию и анализ. Это приводит к дублированию данных, ошибкам в учете и сложностям в получении оперативной и достоверной информации о деятельности системы ОМС.

2) Сложность контроля объемов и качества медицинской помощи.

Отсутствие единой платформы затрудняет мониторинг деятельности медицинских организаций, выявление случаев необоснованного оказания услуг и нарушений в системе ОМС. Это создает условия для нецелевого использования средств ОМС и снижает эффективность системы в целом.

3) Риски финансовых потерь.

Неэффективное управление ресурсами и отсутствие прозрачности в системе учета могут привести к нецелевому использованию средств

ОМС, что в конечном итоге сказывается на доступности и качестве медицинской помощи для граждан.

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПУМП

Благодаря внедрению системы персонифицированного учета оказанной медицинской помощи могут быть достигнуты следующие результаты:

1) Оптимизация маршрутизации пациентов.

Единая система учета позволит оперативно отслеживать доступность медицинской помощи в различных учреждениях и регионах страны, оптимизировать маршрутизацию пациентов и сократить время ожидания лечения. Это особенно актуально для пациентов, нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи, а также для жителей отдаленных и труднодоступных территорий.

2) Улучшение преемственности между этапами оказания медицинской помощи.

ПУМП обеспечит доступ медицинских работников к полной информации о пациенте, включая историю болезни, результаты



обследований и назначенное лечение. Это особенно важно для пациентов с хроническими заболеваниями, которые нуждаются в постоянном наблюдении и лечении. Улучшение преемственности позволит повысить качество и безопасность медицинской помощи.

3) Развитие телемедицины.

Интеграция ПУМП с телемедицинскими платформами расширит доступ пациентов к медицинской помощи, особенно в отдаленных и труднодоступных регионах. Это позволит сократить затраты на транспорт и проживание для пациентов, а также повысить оперативность оказания медицинской помощи.

4) Формирование единого информационного пространства.

ПУМП станет источником достоверных и актуальных данных о деятельности системы ОМС, необходимых для анализа, прогнозирования и принятия управленческих решений на всех уровнях. Это позволит более эффективно распределять

ресурсы, планировать развитие системы здравоохранения и оперативно реагировать на возникающие вызовы.

5) Мониторинг и оценка эффективности медицинской помощи.

Система позволит отслеживать ключевые показатели эффективности системы ОМС, такие как доступность, качество и удовлетворенность пациентов, и на основе этих данных разрабатывать меры по улучшению работы системы. Это позволит выявить слабые места в системе и направить усилия на их устранение.

6) Планирование и распределение ресурсов.

Данные ПУМП позволят более точно прогнозировать потребность в медицинской помощи, оптимизировать распределение ресурсов и планировать развитие системы здравоохранения. Это позволит избежать перерасхода средств и обеспечить равный доступ к медицинской помощи для всех граждан.

ПРЕИМУЩЕСТВА ПУМП

В числе ключевых преимуществ внедрения ПУМП необходимо отметить:

1) Повышение прозрачности и подотчетности системы ОМС.

Единая система учета позволит контролировать деятельность всех участников системы ОМС, что снизит риски коррупции и нецелевого использования средств.

2) Снижение административной нагрузки на медицинские организации.

Автоматизация процессов учета и отчетности позволит медицинским

организациям сократить затраты времени и ресурсов на выполнение рутинных операций.

3) Упрощение процедур сбора и анализа данных.

Единая платформа позволит оперативно получать доступ к необходимым данным и анализировать их, что упростит процесс принятия управленческих решений.

4) Создание условий для внедрения новых технологий в здравоохранении.

ПУМП станет основой для внедрения новых технологий, таких как искусственный интеллект и большие данные, что позволит повысить эффективность и качество медицинской помощи.

5) Повышение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи.

Улучшение доступности, качества и безопасности медицинской помощи приведет к повышению удовлетворенности пациентов и доверия к системе здравоохранения.

В заключение хочется отметить, что ПУМП – это не просто перспективный проект, он уже находится в процессе реализации. В настоящий момент ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса наряду с другими территориальными фондами участвует в реализации плана внедрения. В 2024 году на федеральный уровень были переданы исторические данные об оказанной медицинской помощи за пятилетний период. А на текущий момент идет работа по формированию нормативно-справочной информации.

Афанасьева А.В., Голубева А.О.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ПРИПИСКИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ



Под припиской в системе обязательного медицинского страхования в настоящей статье понимается намеренное искажение сведений о факте оказания медицинской помощи застрахованному лицу с целью последующего предъявления такого случая к оплате в порядке, предусмотренном главами IX или X Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019¹.

Полис обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) удостоверяет право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования. Полис ОМС представляет собой уни-

кальную последовательность символов в машиночитаемом виде, которая присваивается сведениям о застрахованном лице в едином регистре застрахованных лиц при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах (ст. 45 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской

Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ² (далее – Закон об ОМС).

Персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования (далее – персонифицированный учет) – организация и ведение учета сведений о каждом застрахованном лице в целях реализации прав граждан на бесплатное оказание

АФАНАСЬЕВА А.В.,
начальник
юридического
отдела

ГОЛУБЕВА А.О.,
консультант-
юрисконсульт
юридического
отдела

¹ Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 17.05.2019.

² Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ, 06.12.2010, № 49, ст. 6422.



медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования (ст.43 Закона об ОМС).

В сфере ОМС ведется персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (ч. 1 ст. 44 Закона об ОМС). Эти два вида учета неразрывно связаны между собой.

Доступ к данным системы ОМС для отдельных руководителей и работников медицинских организаций становится непреодолимым соблазном в погоне за улучшением показателей деятельности таких организаций и/или финансовых потоков, а в конечном итоге – личным обогащением.

Схема мошенничества со средствами ОМС может выглядеть следующим образом.

Например, вам приходит уведомление из «Личного кабинета» Единого портала государственных

услуг (ЕПГУ) о том, что в раздел «Документы» добавлены новые медицинские документы: консультации, протоколы исследований с указанием даты посещений, результаты лабораторных исследований, а вы в медицинской организации не были, за помощью не обращались.

Перед вами типичная схема хищения денежных средств системы ОМС медицинской организацией. При выявлении данного факта следует обратиться с соответствующим заявлением в правоохранительные органы, которые могут принять решение о возбуждении уголовного дела.

Кроме того, факты приписок со стороны медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по территориальным программам ОМС субъекта Российской Федерации, могут быть выявлены территориальными фондами ОМС в ходе контрольных действий, предусмотренных ст. 40 Закона об ОМС и Порядком осуществления территориальными фондами ОМС <...> контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования <...> медицинскими организациями, который утвержден приказом Минздрава России от 26.03.2021 № 255н³.

Пунктом 49 вышеуказанного Порядка определено, что в случае выявления фактов нарушения законодательства Российской Федерации об обя-

зательном медицинском страховании, требующих незамедлительных мер по их устранению, территориальный фонд направляет соответствующую информацию и материалы проверки в правоохранительные органы для привлечения виновных лиц к ответственности. В случае неисполнения медицинской организацией требований территориального фонда о возврате (возмещении) средств, в том числе использованных не по целевому назначению, и (или) об уплате штрафов, пеней, а также в случае неустранения выявленных нарушений в установленные сроки территориальный фонд вправе направить соответствующую информацию и материалы проверки в правоохранительные органы для привлечения виновных лиц к ответственности и (или) обратиться в суд.

Какие меры ответственности могут быть применены правоохранительными органами к медицинской организации, допустившей описанные выше нарушения законодательства в сфере ОМС?

Среди применяемых мер ответственности одно из наиболее существенных и влекущих серьезные правовые последствия для лиц, допустивших нарушения, – это уголовная ответственность.

Имеются ли правовые основания для применения мер именно уголовной ответственности к виновным лицам, ведь в данном случае нельзя говорить о наличии по-

³ Приказ Минздрава России от 26.03.2021 № 255н «Об утверждении порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, а также контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования указанными страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 21.04.2021.

терпевшего – физического лица?

При определении мер ответственности следует исходить из следующего.

Денежные средства ОМС являются федеральной собственностью, которой управляет территориальный фонд ОМС, при этом средства ОМС имеют целевое значение, то есть представляют собой денежное обеспечение, адресуемое государством соответствующим учреждениям и организациям в рамках исполнения целевых программ их расходования.

Эти средства имеют строго ограниченные статьи расходования, поступают на счет организации и находятся в ведении соответствующего должностного лица. Любое отклонение от направления бюджетных средств на реализацию утвержденных государством планов является преступлением. Как правило, часть выделенных денег незаконным образом присваивается должностными лицами или иным образом обращается ими в свою пользу.

Хищение бюджетных средств лишает государственные органы необходимых ресурсов для выполнения стоящих перед ними задач, что может стать критичным в кризисные периоды⁴.

При этом уголовно-процессуальное законодательство допускает признание потерпевшим в таких случаях не только физическое, но и юриди-

ческое лицо (ст. 42 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации⁵).

Наиболее характерным для хищения средств ОМС является мошенничество (ст. 159 Уголовного кодекса Российской Федерации⁶).

Ст. 159 УК РФ определено, что мошенничество – это хищение чужого имущества или приобретение права на чужое имущество путем обмана или злоупотребления доверием.

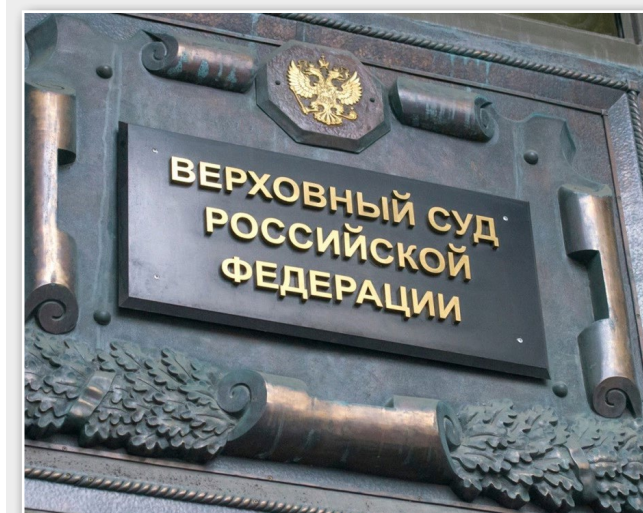
Объектом мошенничества являются отношения в сфере экономики, видовым и непосредственным объектом мошенничества – отношения собственности, возникающие по отношению к средствам обязательного медицинского страхования.

Предметом мошенничества являются средства казны Российской Федерации (бюджетные средства ОМС), превышающие 5 000 рублей.

Способом совершения преступления со стороны должностных лиц и работников медицинских организаций, как правило, выступает обман.

Обман в мошенничестве делится на активный и пассивный.

Так, в п. 2 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 30.11.2017 № 48 «О судебной практике по делам о мошенничестве, присвоении и растрате»⁷ (далее – Постановление № 48) указано, что обман как способ совершения хищения или приобретения права на чужое иму-



щество может состоять в сознательном сообщении (представлении) заведомо ложных, не соответствующих действительности сведений, либо в умолчании об истинных фактах, либо в умышленных действиях (например, в предоставлении фальсифицированного товара или иного предмета сделки, использовании различных обманных приемов при расчетах за товары или услуги или при игре в азартные игры, в имитации кассовых расчетов и т.д.), направленных на введение владельца имущества или иного лица в заблуждение. Сообщаемые при мошенничестве ложные сведения (либо сведения, о которых умалчивается) могут относиться к любым обстоятельствам, в частности, к юридическим фактам и событиям, качеству, стоимости имущества, личности виновного, его полномочиям, намерениям.

Активный обман со стороны должностных лиц

⁴ «Антикоррупционный комплаенс в Российской Федерации: междисциплинарные аспекты: Монография» // Гармаев Ю.П., Иванов Э.А., Маркунцов С.А.

⁵ «Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации» от 18.12.2001 № 174-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 24.12.2001, № 52 (ч. 1), ст. 4921.

⁶ «Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13.06.1996 № 63-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 17.06.1996, № 25, ст. 2954.

⁷ Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 30.11.2017 № 48 «О судебной практике по делам о мошенничестве, присвоении и растрате» // «Бюллетень Верховного Суда РФ», № 2, февраль, 2018.

медицинских организаций может заключаться в преднамеренном введении в заблуждение должностных лиц территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций посредством сообщения ложных сведений об оказанной медицинской помощи, представления подложных медицинских документов, искажения электронной информации о наличии прав на средства ОМС (например, путем ссылки в реестрах счетов на фальсифицированные направления на лечение, отражение фактов оказания медицинской помощи, которых не было, и т. п.)

Пассивный обман (преднамеренное умолчание о юридически значимых обстоятельствах, сообщить которые виновный был обязан) со стороны медицинских организаций до настоящего момента в практике Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса не встречался.

С учетом разъяснений, содержащихся в п. 5 Постановления № 48, мошенничество в отношении безналичных денежных средств (именно таковыми являются получаемые медицинскими организациями средства ОМС) признается оконченным с момента изъятия денежных средств с банковского счета их владельца (то есть с момента перечисления денежных средств на расчетный (либо лицевой) счет медицинской организации, в результате которого владельцу этих денежных средств (в рассматриваемом случае казне Российской Федерации) причинен ущерб.

Местом совершения мошенничества, состояще-

го в хищении безналичных денежных средств, исходя из особенностей предмета и способа данного преступления, является, как правило, место совершения лицом действий, связанных с обманом или злоупотреблением доверием и направленных на незаконное изъятие денежных средств.

Субъективная сторона преступления: прямой умысел, направленный на хищение средств ОМС, возникший у лица до получения этих средств или права на их получение. При этом не имеет значения, каким образом виновный планировал распорядиться или распорядился похищенным имуществом (например, использовал в личных целях или для предпринимательской деятельности).

Субъектом мошенничества является физическое вменяемое лицо, достигшее 16-летнего возраста.

В случае мошенничества в сфере получения и использования средств ОМС субъектом преступления может являться руководитель медицинской организации, заместители руководителя, главный бухгалтер либо иные лица, ответственные за финансовое обеспечение деятельности медицинской организации, а также лечащие врачи, ответственные за ведение медицинской документации.

Квалифицирующими признаками мошенничества, совершаемого со стороны работников медицинских организаций, могут быть признаны: совершение преступления группой лиц по предварительному сговору или с причинением значительного ущерба; совершение преступления лицом с

использованием служебного положения; совершение преступления организованной группой или в особо крупном размере.

В зависимости от квалифицирующих признаков мошенничества УК РФ предусматривает следующие виды наказаний за данное преступление: от назначения штрафа в размере до ста двадцати тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, либо обязательных работ на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительных работ на срок до одного года, либо ограничения свободы на срок до двух лет, либо принудительных работ на срок до двух лет, либо ареста на срок до четырех месяцев, либо лишения свободы на срок до двух лет (минимальное наказание) до назначения наказания в виде лишения свободы на срок до десяти лет со штрафом в размере до одного миллиона рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет либо без такового и с ограничением свободы на срок до двух лет либо без такового (максимальное наказание).

Следует отметить, что мошенничество не является единственным преступлением, связанным с незаконным использованием средств ОМС. Это означает, что, если виновный, обращая в свою пользу средства ОМС, совершит деяния, содержащие признаки другого преступления, то он будет нести уголовную ответственность по соответствующим статьям УК РФ. О них речь пойдет в одном из следующих выпусков нашего сборника.

Петрова И.С.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

Долбня Е.А.

Кемеровский государственный университет

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОЦЕССА ЗАКУПОК: ЦИФРОВОЙ КОНТРАКТ

Цифровые технологии в современном мире становятся неотъемлемой частью практически всех аспектов нашей жизни. Они проникают в различные сферы, включая образование, медицину, финансы и, конечно же, государственные закупки. Одним из самых значительных инструментов, который призван улучшить и оптимизировать процесс государственных закупок, является цифровой контракт. Этот новый формат контракта кардинально меняет традиционное представление о том, как заключаются сделки между государственными органами и поставщиками товаров и услуг.

С 1 января 2024 года в России вступили в силу важные изменения, предусмотренные Федеральным законом от 2 июля 2021 года № 360-ФЗ. Этот закон внес значительные коррективы в действующее законодательство, касающееся государственных закупок, регулируемое 44-ФЗ. В частности, с 1 апреля 2024 года все государственные заказчики обязаны формировать контракты в цифровой, то есть структурированной форме. Этот шаг представляет собой важный этап в процессе полной цифровизации государственных закупок, что, в свою очередь, способствует повышению прозрачности, эффективности и скорости заключения контрактов.

Для того чтобы обеспечить плавный переход к новому формату контрактов, законодательство о контрактной системе в сфере закупок было дополнено четкими этапами цифровизации. Эти эта-

пы разработаны с целью помочь всем участникам процесса – как государственным заказчикам, так и поставщикам – адаптироваться к новым условиям и освоить новые инструменты, доступные в Единой информационной системе в сфере закупок (ЕИС Закупки). Введение в работу цифровых контрактов происходило поэтапно.

Первый этап, который начал действовать с 1 октября 2023 года, установил новые требования к оформлению закупок. В соответствии с новыми правилами заказчики обязаны заполнять извещения о проведении закупок в структурированной форме. Это означает, что информация должна быть представлена в определенном формате, что значительно упрощает ее обработку и анализ. В то же время поставщики, включая подрядчиков и исполнителей, также обязаны подавать заявки на участие в закупках в струк-

турированном виде.

Это нововведение позволяет избежать множества ошибок, связанных с неправильным оформлением документов, и ускоряет процесс обработки заявок. Кроме того, в рамках первого этапа, который продлился до 1 апреля 2024 года, государственные заказчики имели возможность самостоятельно выбирать способ заключения контракта по итогам конкурентных закупок – привычный электронный (бумажный) формат контракта или новый цифровой (структурированный) формат. Это позволило как заказчикам, так и поставщикам привыкнуть к новому функционалу ЕИС Закупки и понять, как формируется цифровой контракт. Важно



ПЕТРОВА И.С.,
начальник
отдела закупок



отметить, что благодаря переходному периоду у участников процесса была возможность безболезненно подготовиться к полному переходу на цифровые контракты.

Второй этап, который начался 1 апреля 2024 года, обязал участников закупок использовать только цифровые контракты. Это означает, что все контракты, заключаемые в рамках 44-ФЗ, должны быть оформлены в структурированной форме. Переход на цифровые контракты способствует не только упрощению документооборота, но и повышению уровня прозрачности в сфере государственных закупок. Ожидается, что цифровизация поможет снизить риск коррупционных схем,

так как все действия будут фиксироваться в системе и становиться доступными для контроля.

Таким образом, внедрение цифровых контрактов в систему государственных закупок является важным шагом к созданию более эффективной и прозрачной системы. Это не только упрощает процесс заключения контрактов, но и позволяет сократить время на их оформление, минимизировать количество ошибок и повысить уровень доверия к государственным закупкам.

В конечном итоге, все эти изменения направлены на улучшение качества предоставляемых услуг и товаров, а также на оптимизацию бюджетных расходов.

Важным аспектом цифровизации государственных

ных закупок является также необходимость обучения участников процесса. Заказчики и поставщики должны быть готовы к новым условиям работы, осваивать новые инструменты и технологии. В этом контексте обучение и повышение квалификации специалистов становятся стратегически важными. Государственные органы, в свою очередь, должны обеспечить доступ к необходимым ресурсам и информации, чтобы все участники могли успешно адаптироваться к изменениям.

Таким образом, цифровые контракты представляют собой не просто новшество в сфере государственных закупок, а важный элемент, который может значительно изменить подход к заключению контрактов, повысить уровень прозрачности и доверия к системе, а также улучшить качество услуг и товаров, предоставляемых государственным заказчикам. Важно понимать, что переход на цифровые контракты – это не только техническое новшество, но и возможность для всех участников процесса пересмотреть свои подходы к работе, улучшить взаимодействие и повысить общую эффективность системы государственных закупок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» от 05.04.2013 № 44-ФЗ.
2. Министерство цифрового развития, связи и массовых коммуникаций Российской Федерации [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://digital.gov.ru/ru/> (дата обращения: 21.10.24).
3. Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 02.07.2021 № 360-ФЗ.
4. Федеральное казначейство [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://roskazna.gov.ru/> (дата обращения: 21.10.24).

Марковцев М.М.,
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В РАБОТЕ И ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ

В последнее время мы все чаще слышим о возможностях применения искусственного интеллекта (ИИ) в самых разных сферах деятельности. Способен ли он эффективно помогать нам в быту и на работе? Насколько безопасно его использование? В данной статье мы постараемся ответить на эти и другие вопросы.

В качестве объектов для изучения возьмем два ярких представителя искусственного интеллекта – это DeepSeek и Qwen. Каждая нейросеть получит одно и тоже задание, а наша задача – не только сравнить результат работы двух нейросетей, но и проанализировать полученный результат с помощью

естественного интеллекта (т.е. автора данной статьи).

Итак, задаем одинаковый запрос «Напиши статью про NGFW на тему информационной безопасности» и получаем две статьи. Чтобы было удобнее анализировать полученный результат, мы приведем текст статей в виде сравнительной таблицы.



МАРКОВЦЕВ М.М.,
начальник
отдела
информационной
безопасности

DeepSeek	Qwen
Сетевые экраны нового поколения (NGFW) в обеспечении информационной безопасности В современном мире, где киберугрозы становятся всё более изощрёнными, традиционные методы защиты информации уже не справляются с вызовами. Одним из ключевых инструментов в арсенале специалистов по информационной безопасности являются сетевые экраны нового поколения (Next-Generation Firewall, NGFW). Эти устройства сочетают в себе функции классических межсетевых экранов с дополнительными возможностями, что делает их незаменимыми для защиты корпоративных сетей.	Новое поколение межсетевых экранов (NGFW): Защита от современных угроз Современные киберугрозы становятся всё более сложными и изощрёнными, что требует соответствующего уровня защиты корпоративных сетей. Традиционные межсетевые экраны уже не справляются с новыми вызовами информационной безопасности. Именно поэтому появились межсетевые экраны нового поколения (Next-Generation Firewall, NGFW), которые существенно расширяют возможности защиты.
Что такое NGFW? NGFW — это усовершенствованная версия традиционного межсетевого экрана, которая обеспечивает не только фильтрацию трафика на основе IP-адресов, портов и протоколов, но и включает в себя дополнительные функции, такие как: 1. Глубокая проверка пакетов (Deep Packet Inspection, DPI) NGFW анализирует содержимое сетевых пакетов, что позволяет выявлять вредоносный код, скрытый в легитимном трафике. 2. Контроль приложений Возможность идентифицировать и управлять использованием приложений (например, Skype, Facebook, Tor) независимо от портов и протоколов.	Основные характеристики NGFW 1. Инспекция приложений - Возможность определения и контроля конкретных приложений, а не только портов и протоколов - Глубокая инспекция трафика для выявления скрытых угроз - Функция App-ID для точной идентификации программного обеспечения 2. Интеграция систем предотвращения вторжений (IPS) - Реализация правил IPS в рамках единой политики безопасности - Обнаружение и блокировка известных уязвимостей - Защита от эксплоитов и вредоносного ПО

DeepSeek	Qwen
3. Интеграция с системами предотвращения вторжений (IPS) NGFW способны обнаруживать и блокировать атаки в реальном времени, используя сигнатуры и поведенческий анализ. 4. Анализ угроз и репутации Использование баз данных известных угроз и репутационных сервисов для блокировки подозрительных IP-адресов, доменов и URL. 5. Поддержка VPN и шифрования Обеспечение безопасного удалённого доступа к корпоративным ресурсам через зашифрованные каналы. 6. Централизованное управление и мониторинг Возможность управления несколькими устройствами через единую консоль, что упрощает администрирование и анализ событий безопасности.	3. Песочница (Sandboxing) - Анализ подозрительного трафика в изолированной среде - Выявление нуледей-атак (zero-day attacks) - Автоматическая генерация правил блокировки на основе анализа 4. Управление пользователями - Идентификация пользователей по имени или группам - Применение политик безопасности на уровне пользователей - Интеграция с Active Directory и другими системами управления доступом 5. Защита от веб-угроз - Контроль веб-трафика - Блокировка фишинговых сайтов - Фильтрация контента
Преимущества NGFW 1. Комплексная защита NGFW объединяют в себе несколько уровней защиты, что позволяет эффективно противостоять современным угрозам, таким как APT-атаки (Advanced Persistent Threats), фишинг и ransomware. 2. Гибкость и масштабируемость NGFW могут быть адаптированы под нужды организаций любого размера – от малого бизнеса до крупных корпораций. 3. Снижение затрат Интеграция нескольких функций в одном устройстве позволяет сократить расходы на приобретение и обслуживание отдельных решений. 4. Соответствие требованиям регуляторов NGFW помогают организациям соблюдать нормативные требования, такие как GDPR, PCI DSS и другие стандарты информационной безопасности.	Преимущества NGFW перед традиционными firewall 1. Повышенная эффективность защиты - Многомерный анализ трафика - Снижение количества ложноположительных срабатываний - Более точное определение угроз 2. Упрощенное управление - Централизованное администрирование - Единая консоль управления - Автоматизация процессов 3. Экономическая эффективность - Сокращение затрат на поддержку множества отдельных решений - Оптимизация использования ресурсов - Снижение операционных расходов
Примеры использования NGFW 1. Защита периметра сети NGFW устанавливаются на границе сети для фильтрации входящего и исходящего трафика, предотвращая несанкционированный доступ и утечку данных. 2. Сегментация сети NGFW позволяют разделить сеть на изолированные зоны, что ограничивает распространение угроз в случае взлома. 3. Защита облачных сред Современные NGFW поддерживают интеграцию с облачными сервисами, обеспечивая безопасность данных в гибридных инфраструктурах. 4. Обеспечение безопасного удалённого доступа NGFW с поддержкой VPN позволяют сотрудникам безопасно подключаться к корпоративным ресурсам из любой точки мира.	Реализация NGFW в корпоративной сети 1. Архитектурные решения - Размещение устройств в ключевых точках сети - Создание зон безопасности - Настройка сегментации сети 2. Настройка политик безопасности - Разработка комплексных правил - Учет специфики бизнес-процессов - Регулярное обновление политик 3. Мониторинг и анализ - Сбор статистики - Анализ событий безопасности - Генерация отчетов
Вызовы и ограничения Несмотря на все преимущества, NGFW имеют свои ограничения: 1. Сложность настройки Для эффективной работы NGFW требуется грамотная настройка и постоянное обновление правил фильтрации. 2. Производительность Глубокая проверка трафика может создавать нагрузку на устройство, что требует тщательного выбора оборудования в зависимости от объемов трафика.	Будущее NGFW 1. Развитие технологий - Интеграция искусственного интеллекта - Расширение возможностей автоматизации - Усиление функций машинного обучения 2. Новые направления - Защита облачных сервисов - Интеграция с IoT-устройствами - Усиление защиты мобильных устройств



DeepSeek	Qwen
3. Ложные срабатывания Избыточная строгость правил может привести к блокировке легитимного трафика, что негативно сказывается на бизнес-процессах.	
Схема подключения NGFW: 1. Интернет (WAN): - Интернет-кабель от провайдера подключается к WAN-порту NGFW. - Это внешний интерфейс, который обеспечивает связь с внешним миром. 2. NGFW (Межсетевой экран): - NGFW является центральным элементом сети. - У него есть несколько интерфейсов: ✓ WAN-порт (внешний интерфейс) — для подключения к интернету. ✓ LAN-порт (внутренний интерфейс) — для подключения к локальной сети. ✓ DMZ-порт (опционально) — для подключения серверов, доступных извне (например, веб-сервер, почтовый сервер). 3. Локальная сеть (LAN): - LAN-порт NGFW подключается к внутреннему коммутатору (Switch). - К коммутатору подключаются устройства локальной сети: компьютеры, принтеры, IP-телефоны и т.д. 4. DMZ (демилитаризованная зона): - Если у вас есть серверы, которые должны быть доступны из интернета (например, веб-сервер), они подключаются к DMZ-порту NGFW. - NGFW обеспечивает изоляцию DMZ от локальной сети, но позволяет контролируемый доступ из интернета. 5. Wi-Fi роутер (опционально): - Если в сети используется Wi-Fi, роутер подключается к LAN-порту NGFW или к коммутатору. 6. Серверы и другие устройства: - Серверы, системы хранения данных (NAS) и другие критически важные устройства подключаются к коммутатору или напрямую к NGFW.	
Пример текстовой схемы: Сору [Интернет] --> [WAN-порт NGFW] --> [NGFW] --> [LAN-порт NGFW] --> [Коммутатор] --> [Локальные устройства] --> [DMZ-порт NGFW] --> [Серверы DMZ]	
Заключение Сетевые экраны нового поколения (NGFW) стали неотъемлемой частью современной инфраструктуры информационной безопасности. Они обеспечивают многоуровневую защиту, гибкость и соответствие требованиям регуляторов. Однако их эффективность во многом зависит от правильной настройки и интеграции в общую систему защиты. В условиях растущих киберугроз NGFW остаются одним из наиболее надёжных инструментов для обеспечения безопасности корпоративных сетей. Если у вас есть дополнительные вопросы или потребность в более детальном разборе, не стесняйтесь обращаться! ☺	Заключение Межсетевые экраны нового поколения становятся неотъемлемой частью современной системы информационной безопасности. Они позволяют эффективно противостоять сложным киберугрозам, обеспечивают гибкое управление безопасностью и снижают операционные расходы организации. При внедрении NGFW важно учитывать специфику бизнеса, правильно настраивать политики безопасности и регулярно обновлять защитные механизмы для обеспечения максимальной защиты корпоративной сети. Важно помнить, что NGFW – это лишь один элемент комплексной системы информационной безопасности, который должен работать в тесной связке с другими средствами защиты для обеспечения надёжной защиты информации предприятия.



Сравнительный анализ двух текстов показал, что, несмотря на видимое сходство в подходе написания статей, оба искусственных интеллекта привнесли свой взгляд в раскрытие темы. DeepSeek предложил схему подключения (правда, по дополнительному запросу), а Qwen при рассмотрении вопроса будущего предположил, что NGFW будут

использовать искусственный интеллект (наверное, имел в виду себя).

Стиль изложения материала простой и понятный, не изобилует техническими терминами и больше похож на текст рекламной брошюры. Подойдет для начального ознакомления с темой или для людей, которые не являются специалистами в данной области.

Если провести аналогию с более понятной нам автомобильной отраслью, то на данном этапе развития искусственный интеллект больше похож на первые самодвижущиеся экипажи, и нам придется подождать некоторое время, пока он эволюционирует до современных гоночных болидов.

При этом стоит отметить, что развитие искусственного интеллекта идет достаточно стремительно. Уже сегодня есть обучаемые системы, которые помогают повысить производительность труда за счет автоматизации выполнения рутинных операций. Например, в медицине искусственный интеллект используется для расшифровки и анализа медицинских изображений: рентгеновских снимков, результатов МРТ и КТ. Это сокращает время диагностики, минимизирует риск ошибок и снимает нагрузку с врачей.