

ОМС В КУЗБАССЕ: итоги и перспективы

2025

2026



ОМС в КУЗБАССЕ: итоги и перспективы

Специализированный
научно-практический сборник статей.
Продолжающееся электронное издание.
Основано в 2019 году. Выпуск 8.

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

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

ТФОМС Кузбасса благодарит за предоставленные
фотоиллюстрации:

- Министерство здравоохранения Кузбасса;
- ГБУЗ «КККД им. академика Л.С. Барбараша»;
- ГАУЗ «КОКБ им. С.В. Беляева».

При подготовке сборника использовались изображения,
сгенерированные с помощью сервиса Nano Banana.

Дата выхода: 11.06.2026

РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО.

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

© Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования Кемеровской
области — Кузбасса, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

- 4** **БАЛАНИН И.В.**
Федеральный фонд ОМС
**ОТ ЛЕЧЕНИЯ К УПРАВЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЕМ:
КОМПЛЕКСНОЕ ОБНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**
- 5** **ТАРАСОВ А.Н.**
Министерство здравоохранения Кузбасса
**ИНВЕСТИЦИИ В ЗДОРОВЬЕ: ИТОГИ
МОДЕРНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ
ИНФРАСТРУКТУРЫ КУЗБАССА В 2025 ГОДУ**
- 8** **ПАЧГИН И.В.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
**РЕАЛИЗАЦИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ ОМС В КЕМЕРОВСКОЙ
ОБЛАСТИ – КУЗБАССЕ В 2025 ГОДУ:
ИТОГИ И КЛЮЧЕВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ**
- 14** **СТРОКОЛЬСКАЯ И.Л., АЛЕКСЕЕНКО А.В.**
ГБУЗ «Кузбасский клинический кардиологи-
ческий диспансер имени академика
Л.С. Барбараша»
**РОЛЬ КУЗБАССКОГО КАРДИОДИСПАНСЕРА
В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ГОСГАРАН-
ТИЙ БЕСПЛАТНОЙ МЕДПОМОЩИ
И ВЫПОЛНЕНИИ НАЦИОНАЛЬНЫХ
ПРОЕКТОВ: ИТОГИ 2025 ГОДА И ЗАДАЧИ
НА 2026 ГОД**
- 24** **ТУРШАТОВА А.В.**
ГАУЗ «Кузбасская областная детская клини-
ческая больница имени Ю.А. Атаманова»
**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ
ДЛЯ ДЕТЕЙ**
- 26** **ХАКИМОВА О.Г., НОВОСЕЛОВА Н.В.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
**СТИМУЛИРУЮЩИЕ ВЫПЛАТЫ ЗА РАННЕЕ
ВЫЯВЛЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕ-
ВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФ-
МЕРОПРИЯТИЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ
В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССЕ
(2022–2025 ГГ.)**
- 32** **БАЛАШОВА С.В.**
Кузбасский филиал
ООО «АльфаСтрахование – ОМС»
**АДРЕСНАЯ ПОДДЕРЖКА СПАСАЕТ ЖИЗНИ.
КАК «АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ – ОМС»
РЕАЛИЗУЕТ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЙ
ФУНКЦИОНАЛ ДЛЯ ОНКО-
И КАРДИОПАЦИЕНТОВ КУЗБАССА**

- 37** **ВОРОНКОВА А.В.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
ОПЛАТА АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ. РЕЗУЛЬТАТЫ 2025 ГОДА
- 42** **КЛИМКИНА В.В., БОНДАРЕВА И.В., ЛУКЬЯНОВА С.В.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ИЗ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ТФОМС КУЗБАССА В 2025 ГОДУ
- 47** **КОРОТЧЕНКО О.А., САДОВСКАЯ А.Д.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ РАСЧЕТЫ В СИСТЕМЕ ОМС: СОКРАЩЕНИЕ РАЗРЫВА МЕЖДУ РАСХОДАМИ И ДОХОДАМИ ПО ИТОГАМ 2025 ГОДА
- 55** **КЛИМКИНА В.В., СИТНИКОВА Е.Ю., АСТРАХАНЦЕВА Э.Л.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
О ПЕРЕХОДЕ НА РАБОТУ В ПОДСИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ ДОХОДАМИ ГИИС «ЭЛЕКТРОННЫЙ БЮДЖЕТ»
- 60** **ГАТИН В.Р., ШИН А.П.**
ГАУЗ «Кузбасская областная клиническая больница им. С.В. Беляева»
«ВТОРОЕ МНЕНИЕ» КАК НОВАЯ НОРМА: ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТИНГОВ В СИСТЕМЕ ОМС ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СЛОЖНЫХ СЛУЧАЕВ В УДАЛЕННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ КУЗБАССА
- 66** **БИРЮКОВ А.А., КАЗАНЦЕВА О.Е.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
УЧЕТ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОМС КУЗБАССА: АНАЛИЗ, ДИНАМИКА, РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛЯ
- 69** **ВОРОНКОВА А.В., САДОВСКАЯ Е.Н.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
ЦИФРОВИЗАЦИЯ ОМС В КУЗБАССЕ: ВНЕДРЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ ПОДСИСТЕМЫ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЁТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
- 77** **КИСЕЛЕВА Н.В., НАУМОВА Т.В., ЗВЕЗДИНА К.В.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
ВАЖНОСТЬ АКТУАЛИЗАЦИИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ В СИСТЕМЕ ОМС
- 82** **ЧУЙКОВ Д.В.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
ЦИФРОВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТА КАК ИНСТРУМЕНТ РЕАЛИЗАЦИИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ
- 85** **ТАРАСОВ В.А.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
ОСОБЕННОСТИ СОЗДАНИЯ УЧЕТНЫХ ЗАПИСЕЙ В ПОДСИСТЕМАХ ГИС ОМС
- 91** **МАРКОВЦЕВ М.М., ПОГАДАЕВ Ю.С.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
ЗАЩИТА ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ
- 96** **БИРЮКОВ А.А., НОВОСЕЛОВА Н.В.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
ОТ ПЕРВИЧНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СМО К ПОВТОРНОМУ КОНТРОЛЮ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕТЕНЗИОННОЙ РАБОТЫ В СФЕРЕ ОМС КУЗБАССА В 2025 ГОДУ
- 104** **ПРИЛУЦКАЯ Н.Ю.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТФОМС В 2025 ГОДУ: СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС
- 115** **АФАНАСЬЕВА А.В., ГОЛУБЕВА А.О.**
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
ВЗЫСКАНИЕ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА ЗА НЕКАЧЕСТВЕННОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
- 125** **ЯРЦЕВА В.С.**
Новокузнецкий филиал
ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса
ПРАКТИКА ВОЗМЕЩЕНИЯ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ ВСЛЕДСТВИЕ ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ИХ ЗДОРОВЬЮ: РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ НОВОКУЗНЕЦКОГО ФИЛИАЛА ТФОМС В 2025 ГОДУ

Баланин И.В.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

ОТ ЛЕЧЕНИЯ К УПРАВЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЕМ: КОМПЛЕКСНОЕ ОБНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



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

ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ И ДРУЗЬЯ!

В России продолжается комплексное обновление системы здравоохранения. Изменения в системе ОМС с 2026 года нацелены на повышение качества и доступности медицинской помощи для всех граждан.

Направления преобразований включают увеличение финансирования, расширение перечня бесплатных услуг, внедрение телемедицины

и технологий искусственного интеллекта (ИИ), сокращение сроков оказания медицинской помощи, а также дополнительные меры поддержки инвалидов и участников СВО.

Благодаря оснащению медорганизаций новейшим оборудованием и внедрению передовых методов лечения, в 2025 году заметно выросли объемы высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в рамках базовой и территориальных программ ОМС. Средняя длительность госпитализации сократилась до 8 дней, более 1,2 тыс. медицинских организаций оказывали ВМП, а число оплаченных законченных случаев госпитализации достигло 1,22 млн – это на 13,2 % больше, чем в 2024 году.

Наибольшая доля госпитализаций пришлась на ключевые профили медицинской помощи: сердечно-сосудистую хирургию (32 %), травматологию и ортопедию (26 %), онкологию (12 %), офтальмологию (8 %) и нейрохирургию (4 %). Кроме того, в базовую программу ОМС включена трансплантация почки. По прогнозам, в текущем

году объем таких операций вырастет более чем в три раза.

Активное внедрение современных технологий меняет подход к диагностике, ИИ стал надежным помощником врачей. В 2025 году с его помощью было проведено более 3,2 млн маммографических исследований – в 2,7 раза больше, чем годом ранее. Благодаря применению ИИ, количество обнаруженных случаев онкологии при маммографии увеличилось на 4,4 %. Сфера использования ИИ постоянно расширяется. Если в 2025 году технологии применялись при рентгенографии, флюорографии и компьютерной томографии органов грудной клетки, то в текущем году их начали задействовать также при электрокардиографии, колоноскопии и других видах обследований.

Все эти изменения отражают переход к принципиально новому подходу в медицине: от эпизодического лечения – к непрерывному сопровождению человека на всех этапах жизни, от реагирования на болезнь – к управлению здоровьем и профилактике.



Тарасов А.Н.

Министерство здравоохранения Кузбасса

ИНВЕСТИЦИИ В ЗДОРОВЬЕ: ИТОГИ МОДЕРНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ КУЗБАССА В 2025 ГОДУ

В 2025 году в системе здравоохранения Кузбасса продолжилась модернизация. Большую работу удалось провести благодаря национальному проекту «Продолжительная и активная жизнь», который реализуется по инициативе Президента России Владимира Путина, а также при колоссальной поддержке Правительства Кузбасса и губернатора Ильи Середюка. Ключевыми направлениями стали: развитие первичной медико-санитарной помощи, обновление материально-технической базы медицинских организаций, цифровизация (включая телемедицину), а также кадровое обеспечение отрасли. Настоящая статья представляет анализ основных результатов 2025 года и задач на 2026 год в контексте повышения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий.

НОВЫЕ ПОЛИКЛИНИКИ

В рамках реализации национального проекта в 2025 году в пгт Бачатский Беловского округа открылась новая поликлиника, к которой прикреплены 12 334 человека (в том числе 2 611 детей). На трех этажах расположены взрослая и детская поликлиники, а также женская консультация, на цокольном этаже – бытовые и подсобные помещения, актовый зал. Грамотный принцип расположения кабинетов и до мелочей продуманная логистика позволяют свести очереди к минимуму. Для оснащения новой поликлиники поступило

свыше 160 единиц медицинского оборудования, включая два флюорографа, цифровой маммограф, рентгенологический комплекс.

В апреле 2026 года начала принимать пациентов новая поликлиника № 5 Новокузнецкого филиала Кузбасского клинического кардиологического диспансера имени академика Л.С. Барбараша. Её мощности позволяют принимать ежедневно до 475 пациентов. В структуре поликлиники: хирургический блок с малой операционной, кабинет физиотерапии, зал лечебной физкультуры и дневной стационар.



В учреждении развернуто 12 терапевтических участков. Штат врачей полностью укомплектован.

КАПИТАЛЬНЫЙ РЕМОНТ И РЕНОВАЦИЯ

В 2025 году в Кузбассе удалось добиться существенных результатов в улучшении материально-технического состояния и оснащения медицинских организаций. Комплексные преобразования проведены в 31 медицинском учреждении. Начала принимать пациентов обновленная поликлиника в жилом районе Промышленновс-

ТАРАСОВ А.Н.,
министр
здравоохранения
Кузбасса,
К.М.Н.

кий Кемеровского округа. После капитального ремонта открылась поликлиника №3 Клинического консультативно-диагностического центра имени И.А. Колпинского в Кемерово на ул. Весенней. Полная реновация прошла и в детской поликлинике № 2 Кузбасского клинического центра охраны здоровья шахтеров имени святой великомученицы Варвары (г. Ленинск-Кузнецкий).

РАЗВИТИЕ СЕТИ ФАПОВ И ВРАЧЕБНЫХ АМБУЛАТОРИЙ

В отдаленных территориях Кузбасса построено 48 фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий. Все здравпункты оснащены современным оборудованием и медикаментами для оказания плановой и экстренной медицинской помощи. Жители отдаленных населенных пунктов могут здесь пройти диспансеризацию, вакци-

нироваться, открыть больничный лист. Во всех ФАПах и амбулаториях установлены компьютеры, проведен высокоскоростной интернет, чтобы врачи и фельдшеры могли в режиме телемедицинской консультации обсуждать план лечения с коллегами из районных больниц и областных клиник. В 2025 году в ФАПах проведено почти 1 400 телеконсультаций.

ОБНОВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Улучшить качество диагностики, лечения и реабилитации удастся благодаря обновлению медицинского оборудования. В 2025 году в медицинские организации Кузбасса закуплено 2,4 тысячи единиц аппаратуры. В Кузбасском клиническом кардиологическом диспансере им. академика Л.С. Барбараша запущен в работу высокотехнологичный мультиспиральный компьютерный томограф. Еще один томограф установлен в Топкинском филиале Кузбасского клинического госпиталя для ветеранов войн имени Н.Н. Бурдина. В хирургическом отделении Киселевской городской больницы запущен современный рентгенологический комплекс. В Кемеровскую городскую клиническую поликлинику № 5 им. Л.И. Темерхановой приобретен современный денситометр.



НАЦПРОЕКТ «СЕМЬЯ»: ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

В 2025 году в Кузбассе в рамках регионального проекта «Охрана материнства и детства» национального проекта «Семья» открылись шесть новых женских консультаций в Крапивинском, Прокопьевском, Промышленновском, Тяжинском, Тисульском и Кемеровском округах. Их оснастили 976 единицами медицинского оборудования.

В акушерские стационары 3-го уровня в Кемерове и Новокузнецке поставлено 285 единиц оборудования для проведения диагностики и оказания экстренной помощи новорожденным и их мамам. Это современные наркозно-дыхательные аппараты, УЗИ-аппараты, многофункциональные кровати, куветы, прикроватные неонатальные мониторы, аппараты искусственной вентиляции легких.



КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: ФЕДЕРАЛЬНЫЕ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ МЕРЫ ПОДДЕРЖКИ

Большая работа проводится для привлечения в медицинские организации врачей и специалистов со средним медицинским образованием. В Кузбассе действуют федеральные и региональные меры поддерж-

ки. Выплаты от 500 тыс. до 1,5 млн рублей по федеральной программе «Земский доктор/фельдшер» получили 63 врача и 55 специалистов со средним медицинским образованием. По программе «Дефицитные специальности» по 3 млн рублей получили 169 медицинских работников.

В 2026 году модернизация кузбасского здравоохранения продолжится. В планах – открытие шести новых ФАПов. В медицинские учреждения региона поступит 1 753 единицы оборудования. Реализация намеченных мероприятий позволит дополнительно повысить доступность и качество медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, сократить кадровый дефицит в первичном звене и улучшить показатели здоровья населения, в том числе в отдаленных территориях.



Пачгин И.В.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

РЕАЛИЗАЦИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССЕ В 2025 ГОДУ: ИТОГИ И КЛЮЧЕВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ



ПАЧГИН И.В.,
директор
ТФОМС
Кузбасса,
к.м.н.

КОНТУРЫ СИСТЕМЫ ОМС КУЗБАССА

В 2025 году в Кузбассе функционировали две страховые медицинские организации: Кузбасский филиал ООО «Альфа-Страхование-ОМС» (95,56 % страхового поля) и АО СП ООО «СК «Ингосстрах-М» – филиал в г. Кемерово (4,44 %).

По состоянию на 31 декабря 2025 года численность застрахованных лиц составила 2 326 555 чело-

Система обязательного медицинского страхования Кузбасса в 2025 году работала в условиях продолжающейся трансформации. Основные изменения связаны со смещением акцента на профилактику и амбулаторное звено при одновременном росте затрат на высокотехнологичную медицинскую помощь и медицинскую реабилитацию. Анализ исполнения территориальной программы ОМС (далее – ТПОМС) позволяет выделить не только количественные результаты, но и качественные изменения в структуре финансирования, объемах медицинской помощи и контроле за ее оказанием.

век, что на 40 053 человека меньше по сравнению с началом года. Сокращение обусловлено естественными миграционными процессами, демографическими тенденциями (превышение смертности над рождаемостью) и актуализацией регистра застрахованных лиц (включая приостановку действия полисов ОМС у военнослужащих и призывников). Охват страхованием по ОМС достиг 92,1 % от статистической численности населения региона.

В 2025 году продолжился процесс оптимизации медицинских организаций (далее – МО), участвующих в реализации ТПОМС. За год их количество сократилось со 152 до 140 (на 8 %). Это является следствием двух процессов: реорганизации

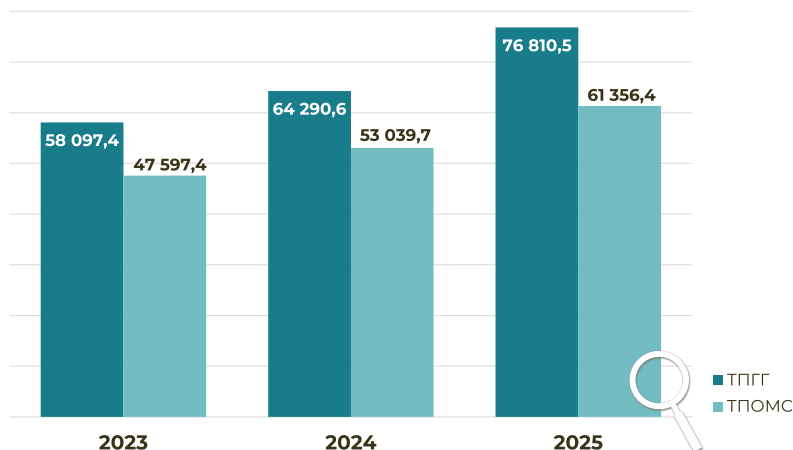
государственных МО (путем присоединения) и выхода из системы ОМС частных клиник.

Доля негосударственных МО в территориальном реестре остается высокой – 56,4 % (79 из 140 МО), что поддерживает конкуренцию в отрасли, но требует усиленного контроля за качеством оказания медицинской помощи.

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ: РОСТ И ИСПОЛНЕНИЕ

Стоимость территориальной программы ОМС на 2025 год утверждена в размере 61 356,4 млн рублей – на 15,7 % больше уровня 2024 года, и исполнена в полном объеме.

Динамика финансового обеспечения программы наглядно демонстрирует

**Рис. 1.** Динамика стоимости ТПОМС, 2023–2025 гг. (млн руб.)

устойчивый рост её стоимости (рис. 1).

Исполнение ТПОМС по видам и условиям оказания медицинской помощи (с учетом результатов медико-экономического контроля) составило 100,2 % от плановых финансовых показателей, что свидетельствует о сбалансированности и финансовой устойчивости системы ОМС.

ОБЪЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ: НОРМАТИВЫ И ФАКТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

В структуре Программы государственных гарантий приоритеты традиционно отводятся развитию первичной медико-санитарной помощи как ключевому звену системы здравоохранения. В 2025 году впервые утверждены объемные и финансовые нормативы на посещения школ для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. Данные школы организованы по различным

профилям заболеваний и ориентированы на обучение пациентов методам самоконтроля, повышение приверженности лечению и профилактику осложнений.

Важным направлением профилактической работы в отчетном периоде стало включение в программу ОМС отдельных нормативов на диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья населения. Проведение комплекса обследований, направленных на своевременное выявление нарушений репродуктивной функции у женщин и мужчин, приобретает особую значимость в контексте демографической политики и задач по повышению рождаемости. Выделение в программе госгарантий указанных нормативов позволяет обеспечить финансовую основу для расширения профилактических мероприятий и повышения качества проведения диспансеризации.

В связи с включением

в ТПОМС на 2025 год дополнительных нормативов на профмероприятия плановое количество посещений с профилактической целью существенно возросло (на 32 % по сравнению с 2024 годом) – до 9,19 млн случаев. Это осознанное управленческое решение регулятора, направленное на дальнейшее развитие профилактического направления в здравоохранении. Однако, анализ исполнения объемных показателей отражает устойчивую в течение последних нескольких лет тенденцию: значительное превышение плана по посещениям с профилактической и иной целью (131 %) при его невыполнении по обращениям по заболеванию (47 %). Этот дисбаланс объясняется, главным образом, нарушениями методики учета, когда значительная часть врачебных приемов учитывается не как «обращение» (законченный случай), а как разовые посещения, не сгруппированные в законченные случаи обращений по заболеванию (табл. 1). В итоге искажается реальная статистическая картина оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе.

СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ

В 2025 году стационарную помощь получили 297,9 тыс. человек. Общее число госпитализаций в круглосуточные стационары составило 433,8 тыс. случаев, или 99 % от

Таблица 1. Динамика показателей амбулаторно-поликлинической помощи, 2023–2025 гг.

Показатель	2023	2024	2025
Посещения с профилактической и иной целью			
План (абс.)	6 759 051	6 951 234	9 192 241
Факт (абс.)	11 284 850	11 458 118	12 074 028
Выполнение, %	167 %	165 %	131 %
На одного застрахованного	4,56	4,67	5,01
Обращения по заболеванию			
План (абс.)	4 425 632	4 386 004	2 952 258
Факт (абс.)	2 339 677	1 843 544	1 397 887
Выполнение, %	53 %	42 %	47 %
На одного застрахованного	0,9451	0,7514	0,5799
Посещения в неотложной форме			
План (абс.)	1 336 825	1 324 854	1 301 672
Факт (абс.)	1 301 892	1 269 378	1 301 487
Выполнение, %	98 %	96 %	100 %
На одного застрахованного	0,53	0,52	0,54

Таблица 2. Динамика показателей по стационарной помощи, 2023–2025 гг.

Показатели	2023	2024	2025
Случаи госпитализации:			
план	420 880	432 155	438 573
факт	418 7229	416 780	433 776
%	99,5 %	96,4 %	98,9 %
из них ВМП:			
план	8 627	9 374	8 911
факт	8 622	9 374	8 911
%	100 %	100 %	100 %

запланированного количества.

Медицинские организации Кузбасса выполнили плановые показатели по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП): проведено 8,9 тыс. госпитализаций (табл. 2). Это свидетельствует о доступности слож-

ных методов лечения для жителей региона.

В медицине Кузбасса также продолжают активно развиваться стационарозамещающие технологии, что позволяет снижать нагрузку на круглосуточные койки без потери качества лечения.

Медицинскую помощь

в дневных стационарах всех типов получили свыше 117,2 тыс. человек (в том числе 2,5 тыс. человек – за пределами Кемеровской области – Кузбасса). В общей сложности медицинские организации региона оказали около 158,2 тыс. случаев лечения (табл. 3).

Таблица 3. Показатели по стационарозамещающей медицинской помощи (за исключением медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»), 2023–2025 гг.

Показатели	2023	2024	2025
Случаи лечения в ДС			
план	172 802	172 913	162 340
факт	163 047	168 601	158 170
%	94 %	98 %	97 %


Таблица 4. Объёмные и финансовые показатели по профилю «Онкология», 2025 г.

КСГ	Количество случаев			Финансирование, млн руб.		
	План по ТПОМС	Факт	%	План по ТПОМС	Факт	%
Круглосуточный стационар	24 744	27 307	110 %	2 902,5	3 358,5	116 %
Дневной стационар	31 529	29 309	93 %	2 905,3	3 031,2	104 %

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Одним из ключевых приоритетов в работе системы здравоохранения остается борьба с онкологическими заболеваниями.

По профилю «Онкология» (табл. 4) в круглосуточном стационаре (далее – КС) исполнение объемных показателей достигло 110 %, а финансовые затраты – 116 %. В дневном стационаре (далее – ДС), напротив, – объемные показатели выполнены на 93 % (29 309 случаев лечения при плане 31 529).

Приведенные данные свидетельствуют о недостаточности установленных в программе госгарантий нормативов на профиль «онкология». Ежегодно финансовый дефицит по указанному профилю

составляет около полу-миллиарда рублей. В 2023 году из бюджета субъекта было выделено межбюджетных трансфертов на дополнительное финансирование онкологической помощи в размере 521 млн рублей. К сожалению, в настоящее время подобные финансовые возможности в областном бюджете отсутствуют.

Лекарственная терапия (включая противоопухолевую) по итогам 2025 года выполнена на 100 % и в дневном, и в круглосуточном стационарах (в КС – 19 132 госпитализации, в ДС – 25 770 случаев лечения).

В 2025 году были утверждены отдельные нормативы на проведение ПЭТ-КТ при онкологических заболеваниях. На оплату данного вида диагностики запланиро-

вано 215,5 млн руб., фактически оплачено 113,4 млн руб. (52,6 %). Неполное освоение средств объясняется тем, что пациентам оказывались данные исследования, в основном, за пределами Кузбасса, так как в нашей области их выполняет одна медицинская организация, начавшая оказывать данный вид диагностики только со второго полугодия.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Медицинская реабилитация уверенно входит в число наиболее востребованных направлений системы здравоохранения. Ежегодно объемы помощи планомерно растут, что согласуется с федеральной повесткой, закрепленной в федеральном и региональном проектах «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация».

В амбулаторных условиях по данному профилю выполнено 8 683 комплексных посещений – 111 % от плана. С учетом утвержденных на 2025 год нормативов финансовых затрат плановая сумма составляла 240,4 млн рублей, фактические расходы достигли 256,5 млн рублей (107 %).

В круглосуточном стационаре план по коли-



честву случаев выполнен на 109 % (14 310 госпитализаций), по запланированной сумме средств – на 122 % (1 055,1 млн рублей).

В дневном стационаре выполнение плана составило 104 % по случаям лечения (7 786) и 115 % по запланированному объему финансирования (290,5 млн рублей).

Увеличение фактических объемов медицинской помощи по данному профилю связано с ростом нормативов на медреабилитацию в Территориальной программе ОМС по сравнению с уровнем 2024 года. Среди ключевых изменений:

- с 2025 года медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара и на амбулаторном этапе начали получать пациенты с онкологическими заболеваниями – после оперативного и иных видов лечения;

- возросло число случаев медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы в условиях круглосуточного стационара и в амбулаторных условиях.

В течение года ТФОМС совместно с Минздравом Кузбасса и главным областным специалистом анализируются выполнение плановых показателей по Территориальной программе ОМС, достижение целевых значений регионального проекта



«Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация» и оперативно принимаются управленческие решения. Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС, при необходимости, гибко корректируются планы медицинских организаций для обеспечения доступности медицинской реабилитации для всех жителей Кузбасса.

КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА: ТОЧЕЧНАЯ ФИНАНСОВАЯ ПОДДЕРЖКА

Важнейший аспект в здравоохранении – кадровая политика. Программа софинансирования оплаты труда из средств НСЗ ТФОМС помогла 34 медицинским организациям дополнительно трудоустроить 458 специалистов (137 врачей, 321 среднего медперсонала). Фактические расходы на эти цели (131,8 млн рублей) на 68 % превысили первоначальный объем финансирования. Основные получатели средств:

- Новокузнецкая ГКБ

№ 29 им. А.А. Луцика (32,0 млн руб.);

- Юргинская городская больница (13,2 млн руб.);

- Таштагольская районная больница (10,7 млн руб.).

Данная мера поддержки не в состоянии радикально изменить ситуацию – дефицит кадров в Кузбассе сохраняется. Однако механизм адресного целевого финансирования МО за счет средств НСЗ является эффективным и позволяет снизить финансовую нагрузку МО на увеличение фонда оплаты труда вновь принятых медицинских работников.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В 2025 году страховыми медицинскими организациями проведен контроль 419 тыс. случаев оказания медицинской помощи (77 % – медико-экономическая экспертиза, 23 % – экспертиза качества медицинской помощи).

Объемы экспертиз по некоторым условиям



Таблица 5. Результаты оценки общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, 2025 г.

Период	1 кв.	2 кв.	3 кв.	4 кв.	Год
План	56,6	56,6	56,6	56,7	56,6
Факт	57,0	56,9	57,4	56,9	57,05

оказания медицинской помощи в 2-3 раза превысили установленные минимальные нормативы:

- медико-экономическая экспертиза (МЭЭ) по круглосуточному и дневному стационарам исполнена на 13 % (при нормативе 6 %);

- экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) по дневному стационару выполнена на 3,1 % (норматив – 1,5 %), по круглосуточному – на 9 % (норматив – 3 %), по скорой медицинской помощи – 2 % (норматив – 0,5 %).

По результатам проверок сумма финансовых санкций к медицинским организациям выросла до 444 млн руб. (в 2024 году – 385,2 млн руб.). При этом санкции по результатам ЭКМП (337,4 млн руб.) втрое превышают санкции по МЭЭ (106,6 млн руб.). Это свидетельствует о том, что основные нарушения связаны не с финансовыми ошибками формирования счетов, а с качеством оказания медицинской помощи и дефектами ведения пациентов.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ

Важным индикатором является уровень удовлетворенности населения медицинской помощью. Показатель, рассчитанный по методике Минздрава

России, по итогам года составил 57,05 % при плане 56,6 %, что свидетельствует о позитивной динамике общественного мнения (табл. 5).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реализация территориальной программы ОМС в Кузбассе в 2025 году характеризовалась ростом финансирования, внедрением новых направлений оказания медицинской помощи с отдельными нормативами (школы для пациентов с хроническими заболеваниями, центры здоровья, диспансеризация репродуктивного здоровья), большей потребностью в сравнении с плановыми показателями в проведении профилактических мероприя-

тий, медицинской реабилитации и лечении онкологических заболеваний.

Устойчивость системы обеспечивается регулярным и в полном объеме поступлением субвенции на реализацию ТПОМС, эффективным использованием средств нормированного страхового запаса, в том числе для решения вопроса кадрового дефицита в отрасли. Сохраняющиеся диспропорции между плановыми и фактическими объемами по отдельным видам медицинской помощи требуют дальнейшей корректировки нормативной базы и углубленного анализа потребностей населения для более качественного их удовлетворения при получении медицинской помощи.



Строкольская И.Л., Алексеенко А.В.

ГБУЗ «Кузбасский клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша»

РОЛЬ КУЗБАССКОГО КАРДИОДИСПАНСЕРА В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ГОСГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОЙ МЕДПОМОЩИ И ВЫПОЛНЕНИИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ: ИТОГИ 2025 ГОДА И ЗАДАЧИ НА 2026 ГОД



СТРОКОЛЬСКАЯ И.Л.,
заместитель
директора
по организационно-
методической
работе, к.м.н.

АЛЕКСЕЕНКО А.В.,
главный
областной
специалист
кардиолог, к.м.н.

В 2025 году на территории Кемеровской области – Кузбасса в рамках Федеральной программы оказания помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями функционировали три региональных сосудистых центра (далее – РСЦ). Два из них объединены в структуре ГБУЗ «Кузбасский клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша» (далее – ГБУЗ «КККД»): головное учреждение в г. Кемерово выполняет функции регионального сосудистого центра (РСЦ № 1) для жителей севера области, а филиал в г. Новокузнецке (далее – НФ КККД) оказывает помощь жителям южной агломерации региона.

СТРУКТУРА И МОЩНОСТИ ГБУЗ «КККД»

**Головное учреждение
(г. Кемерово)** включает:

- **Стационар** мощностью 354 койки, в том числе:

- кардиологические койки для взрослых – 200 (59,5 %);

- реабилитационные койки – 78 (23,2 %), которые используются для проведения второго этапа

медицинской реабилитации пациентов, перенесших острый коронарный синдром (далее – ОКС), острое нарушение мозгового кровообращения (далее – ОНМК), чрескож-

ные коронарные вмешательства (далее – ЧКВ), операции на сердце и сосудах;

- неврологические койки для пациентов с ОНМК – 37 (11 %);

- нейрохирургические койки – 21 (6,3 %), предназначенные для проведения хирургического лечения ОНМК, а также вторичной профилактики инсультов (операции каротидной эндартерэктомии);

- **Амбулаторно-поликлиническую службу** плановой мощностью 926 посещений в смену;

- **Диагностические и вспомогательные подразделения:** приемное и эндоскопическое отделения, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, лучевой, функциональной и ультразвуковой диагностики, клиничко-диагностическая лаборатория.

Новокузнецкий филиал КККД имеет в своем составе:

- **Стационар** мощностью 385 коек, в том числе:

- кардиологические койки для взрослых – 83 (22,6 % общей коечной мощности);

- реабилитационные койки – 17 (4,6 %);

- неврологические койки для больных с ОНМК – 60 (16,3 %);

- нейрохирургические койки – 20 (5,4 %).

- **Амбулаторно-поликлиническую службу** с плановой мощностью 1 720 посещений в смену;

- **Вспомогательные и диагностические подразделения.**



МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ

Прямая госпитализация пациентов с острым коронарным синдромом в ГБУЗ «КККД» (ЧКВ-центр) осуществляется бригадами скорой медицинской помощи (далее – СМП), а также силами Территориального центра медицины катастроф из районов, расположенных в радиусе 226 км. Максимальное время прямой доставки в ЧКВ-центр – 360 минут, среднее время медицинской эвакуации – 131 минута.

Исполнение установленного порядка маршрутизации пациентов составило: при остром коронарном синдроме – 97,6 %, при остром нарушении мозгового кровообращения – 95,9 %. ГБУЗ «КККД» постоянно контролирует этот показатель.

Для повышения доступности нейрохирургической помощи при болезнях системы крово-

обращения и сосудистых катастрофах пациентам в южной агломерации Кузбасса в Новокузнецком филиале ГБУЗ «КККД» организовано нейрохирургическое отделение на 20 коек. В 2025 году в отделении пролечены 772 пациента. Выполнены:

- 141 каротидная эндартерэктомия (КЭЭ);

- 31 трепанация черепа по поводу дислокационного синдрома и отека головного мозга, внутримозговой гематомы, аневризмы мозговой артерии, а также операции по поводу окклюзионной гидроцефалии, хронической ишемии головного мозга;

- 179 операций на позвоночнике: дискэктомии при межпозвоночных грыжах (62), микрохирургическая декомпрессия позвоночного канала (42), декомпрессия позвоночного канала с имплантацией стабилизирующей системы (75);



- 391 вмешательство под рентген-контролем (лечебно-медикаментозные процедуры под местной анестезией, инфильтрационное обезболивание межпозвоночных суставов);

- другие вмешательства: ревизия послеоперационной раны (после КЭЭ, дискэктомии), шунтирующие операции на нижних конечностях, краниопластика.

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

На базе Новокузнецкого филиала ГБУЗ «КККД» работает отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения № 2 ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний». Деятельность отделения ориентирована на оказание высокотехнологичной медицинской помощи пациентам, страдающим сложными нарушениями ритма и проводимости

сердца для улучшения качества и прогноза жизни этой категории больных (радиочастотная и криоабляция, имплантация устройств для лечения тахи- и брадиаритмий). В 2025 году выполнено 870 высокотехнологичных малоинвазивных вмешательств.

Для полноценной работы аритмологической службы на юге Кузбасса учтены все аспекты медицинской помощи: коечный фонд за год увеличился с 10 до 15 коек. На базе поликлиники Новокузнецкого филиала ГБУЗ «КККД» организован амбулаторный прием пациентов с нарушениями ритма сердца для отбора на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).

ТРЕХЭТАПНАЯ СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ

В ГБУЗ «КККД» внедрена трехэтапная система медицинской реабилитации пациентов после операций на сердце и сосудах:

- **первый этап** – ранняя кинезио-респираторная активизация пациента в реанимационном отделении и блоках интенсивной терапии;

- **второй этап** – в стационарном отделении реабилитации;

- **третий этап** проводится в условиях дневного стационара или амбулаторно.

В 2025 году охват специализированной реабилитационной помощью (кардио- и нейрореабилитация) пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы составил:

- на I этапе – 4 184 случая (в том числе кардиореабилитация – 629 чел.);

- на II этапе – 11 705 пациентов (из них кардиореабилитация – 1 283);

- на III этапе – 2 301 пациент (кардиореабилитация – 360).

ДИСТАНЦИОННЫЙ КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ЦЕНТР

С 2024 года при региональном сосудистом центре ГБУЗ «КККД» функционирует круглосуточный дистанционный консультативный центр (далее – ДКЦ) для телемедицинского консультирования коллег и совместного принятия решений о тактике ведения пациентов с острыми состояниями, связанными с сердечно-сосудистой патологией, как на этапе скорой медицинской помощи, так и в первичном сосудистом отделении (ПСО) либо в иной медицинской организации вне сети ПСО/РСС.

ДКЦ проводит дистан-

ционную ЭКГ-диагностику и помогает принять решение о проведении догоспитального тромболизиса пациентам с ОКС с подъемом сегмента ST электрокардиограммы, либо обоснованно отказаться от него.

Дистанционное консультирование и помощь в принятии тактического решения осуществляются при остром коронарном синдроме, остром аортальном синдроме, тромбозмболии легочной артерии, нарушениях проводимости и ритма сердца, декомпенсации хронической сердечной недостаточности (далее – ХСН).

Также ДКЦ осуществляет телемедицинское сопровождение пациентов в зоне ответственности РСЦ.

В числе основных задач ДКЦ:

1. снижение больничной летальности в течение первых суток госпитализации;

2. повышение охвата реперфузионной терапией при инфаркте миокарда;

3. сокращение сроков транспортировки пациентов с ОКС в ЧКВ-центр;

4. снижение числа дефектов оказания медицинской помощи пациентам с ОКС на догоспитальном этапе.

За 2025 год специалистами ДКЦ выполнено 1 599 дистанционных консультаций (для сравнения: в 2024 году – 1 209 консультаций): в 35 % случаев (570) консультации проводились в режиме видеоконференцсвязи,

в 65 % (1029) – по каналам телефонной связи.

В 609 случаях оперативные решения принимались на этапе скорой медицинской помощи. Дистанционное консультирование осуществлялось при остром коронарном синдроме (49 %), нарушениях проводимости, декомпенсации хронической сердечной недостаточности, гипертонической болезни, дыхательной недостаточности (51 %). Согласовано 506 госпитализаций в ГБУЗ «КККД».

Всего в 2025 году выполнено 2 143 плановых и экстренных телемедицинских консультаций (далее – ТМК) между медицинскими организациями Кемеровской области по профилям «кардиология», «неврология» и «сердечно-сосудистая хирургия».

Дистанционно анализируется деятельность кардиологических и неврологических первичных сосудистых отде-

лений (далее – ПСО) по неотложной помощи и отбору пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Руководитель и специалисты РСЦ № 1 регулярно проводят совещания посредством видеоконференцсвязи с РСЦ № 2, ПСО, станциями скорой медицинской помощи, чтобы контролировать профильность госпитализации, своевременность перевода, проводить мониторинг отказов от проведения тромболитической терапии.

ГБУЗ «КККД» проделал большую подготовительную организационную работу, на основе которой в 2025 году был издан новый приказ Министерства здравоохранения Кузбасса от 09.10.2025 № 1627 «Об утверждении Порядка маршрутизации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Кемеровской области – Кузбассе».





ПРОГРАММА «БОРЬБА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ» В 2025 ГОДУ

Сравнительный анализ ключевых показателей реализации программы по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Кемеровской области в 2025 году показал, что в деятельности кардиологической службы Кузбасса по большинству позиций наблюдается положительная динамика (таблица 1):

1. Доля пациентов, умерших от инфаркта миокарда (далее – ИМ) в трудоспособном возрасте, от числа всех умерших от ИМ, уменьшилась на 5,9 % по сравнению с 2024 годом;

2. Доля больных с ОКС с подъемом сегмента ST, госпитализированных в сроки менее двух часов от начала заболевания, от всех больных с ОКС с подъемом сегмента ST

выросла на 34,8 %.

3. Доля больных с ОКС с подъемом сегмента ST, госпитализированных в сроки менее 12 часов от начала заболевания, от всех больных с ОКС с подъемом сегмента ST увеличилась на 6,1 %.

4. Доля больных с ОКС, госпитализированных в профильные отделения (РЦ и ПСО), от всех больных с ОКС составила 98,4 %.

5. Доля пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, подвергшихся реперфузионной терапии, увеличилась на 11,7 % и составила 95,4 %.

6. Доля пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которым выполнен тромболитический этап, от числа всех больных, которым выполнен тромболитический этап, составила 87,2 %.

7. Доля больных с ОКС с подъемом сегмента ST, подвергшихся чрескожно-

му коронарному вмешательству (ЧКВ) в течение 90–120 мин. от момента первого контакта с медицинским работником, от всех больных с ОКС с подъемом сегмента ST увеличилась на 10,9 %.

8. Больничная летальность от ИМ снизилась на 6,3 %.

9. Доля больных со стабильной ИБС, подвергшихся ЧКВ, от всех зарегистрированных больных со стабильной ИБС, увеличилась на 15,8 %.

10. Число больных с нарушениями ритма и проводимости сердца, у которых применены интервенционные методы лечения (радиочастотная катетерная абляция (РЧА), установка электрокардиостимулятора (ЭКС) и др.), увеличилось на 16,1 %.

11. Число больных с ССЗ с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами (ИКД) увеличилось на 30,8 %.

Таблица 1. Анализ реализации программы по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями в Кемеровской области – Кузбассе в 2025 году

	Показатель	2024	2025	Динамика 2025/2024, %
1.	Коэффициент смертности от БСК (на 100 тыс. населения) по предварительным данным (Кемеровостат за январь-апрель 2025 года, май-декабрь 2025 - данные выгрузки информационной системы регистрации медицинских свидетельств о смерти)	514,3	532,2	3,5
2.	Коэффициент смертности от ИБС (на 100 тыс. населения)	267,5	279,7	4,6
3.	Коэффициент смертности от инфаркта миокарда (на 100 тыс. населения)	34,5	36,0	4,3
4.	Число умерших больных от ИМ	876	907	3,5
5.	Доля (%) пациентов, умерших от ИМ в трудоспособном возрасте, от числа всех умерших от ИМ	19,1	18,0	-5,9
6.	Число больных, умерших от ИБС	6786	7043	3,8
7.	Доля (%) пациентов, умерших от ИБС вне медицинской организации, от всех умерших от ИБС	77,2	56,7	-26,6
8.	Доля (%) больных с ОКС с подъемом сегмента ST, госпитализированных в сроки менее двух часов от начала заболевания, от всех больных с ОКС с подъемом сегмента ST	25,2	34,0	34,8



	Показатель	2024	2025	Динамика 2025/2024, %
9.	Доля (%) больных с ОКС с подъемом сегмента ST, госпитализированных в сроки менее двух часов от первого контакта с медицинским работником, от всех больных с ОКС с подъемом сегмента ST	53,1	49,2	-7,3
10.	Доля (%) больных с ОКС с подъемом сегмента ST, госпитализированных в сроки менее 12 часов от начала заболевания, от всех больных с ОКС с подъемом сегмента ST	75,3	79,9	6,1
11.	Число/доля (%) больных с ОКС, госпитализированных в профильные отделения (РСЦ и ПСО), от всех больных с ОКС	8083/97,6	8154/98,4	0,9/0,8
12.	Число/доля (%) пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, подвергшихся реперфузионной терапии, от всех выбывших с ОКС с подъемом сегмента ST (выписано + умерло), из них:	2111/88,0	2357/95,4	11,7/7,8
13.	- ТЛТ (число/доля (%))	66/2,7	177/7,1	168,2/159,3
14.	- ЧКВ (число/доля (%))	1705/70,7	1801/72,2	5,6/2,1
15.	- ТЛТ и ЧКВ (число/доля (%))	340/14,1	379/15,2	11,5/7,8
16.	Число/доля (%) пациентов с ОКС с подъемом сегмента ST, которым выполнен тромболизис на догоспитальном этапе, от числа всех больных, которым выполнен тромболизис	309/76,1	485/87,2	57,0/12,7
17.	Число/доля (%) пациентов с ОКС без подъема сегмента ST, которым выполнено ЧКВ, от всех пациентов с ОКС без подъема сегмента ST	2601/44,7	2673/46,3	2,8/3,5
18.	Доля (%) больных с ОКС с подъемом сегмента ST, подвергшихся ЧКВ в течение 90-120 мин. от момента первого контакта с медицинским работником, от всех больных с ОКС с подъемом сегмента ST	34,5	38,3	10,9
19.	Летальность больных ИМ в стационарах субъекта / РСЦ	11,1/7,1	10,4/6,1	-6,3/-14,1
20.	Доля (%) больных, состоящих на диспансерном учете по поводу ИБС, от всех зарегистрированных больных ИБС	83,1	81,2	-2,3
21.	Доля (%) больных, перенесших ОКС (МКБ-10: I20, I21, I22, I24, I25.2, I25.8), регулярно принимающих статины (по данным анализа не менее 600 амбулаторных карт)	78,0	93,6	20,0
22.	Доля (%) больных, перенесших ОКС (МКБ-10: I20, I21, I22, I24, I25.2, I25.8), регулярно принимающих статины и достигших целевого уровня общего холестерина (<3,5 ммоль/л) или холестерина ЛПНП (<1,8 ммоль/л) (по данным анализа не менее 600 амбулаторных карт)	66,1	81,5	23,3
23.	Число впервые выявленных больных хронической ИБС	7443	7107	-4,5
24.	Число больных ХСН (II-IV ФК по NYHA), состоящих на диспансерном учете	12 119	9436	-22,1
25.	Доля (%) больных АГ, достигших и поддерживающих целевые уровни АД (по данным анализа не менее 600 амбулаторных карт)	91,1	94,7	4,0
26.	Число больных с нарушениями ритма и проводимости сердца, у которых применены интервенционные методы лечения (РЧА, ЭКС и др.)	1644	1908	16,1
27.	Число больных с хронической сердечной недостаточностью, у которых применены электрофизиологические (ЭКС, сердечная синхронизирующая терапия) и хирургические методы лечения	14	25	78,6
28.	Число больных с ССЗ с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами	146	191	30,8

ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «БОРЬБА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»

Действующая версия региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» включает ряд целевых показателей, исполнение которых связано с организационной работой специалистов РСЦ.

В составе организационно-методической службы РСЦ работают главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения Кузбасса – кардиолог и невролог, которые осуществляют контроль за исполнением маршрутизации пациентов с БСК в Кемеровской области и контроль качества оказания медицинской помощи при БСК

(включая экспертизу первичной медицинской документации, выездные проверки, проведение дистанционных видеоконференций).

В 2025 году были достигнуты следующие целевые показатели Региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями в 2025-2030 гг.» (таблица 2):

Таблица 2. Основные целевые показатели Региональной программы, 2025

№ п/п	Наименование целевого показателя регионального проекта	Целевой показатель	Фактическое значение
1.	Увеличение числа лиц с болезнями системы кровообращения, проживших предыдущий год без острых сердечно-сосудистых событий, %	5,0	5,0
2.	Больничная летальность от инфаркта миокарда, %	10,2	10,2
3.	Больничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения, %	17,9	17,4
4.	Доля случаев выполнения тромболитической терапии и стентирования коронарных артерий пациентам с инфарктом миокарда от всех пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в стационар в первые сутки от начала заболевания (охват реперфузионной терапией), %	87,0	88,2
5.	Доля пациентов с инфарктом мозга, которым выполнена тромбэкстракция, от всех пациентов с инфарктом мозга, выбывших из стационара, %	2	2,1
6.	Доля лиц высокого риска сердечно-сосудистых осложнений и/или перенесших операции на сердце, обеспеченных бесплатными лекарственными препаратами, %	94,8	97

ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

В 2025 году в ГБУЗ «КККД» в повседневную клиническую практику внедрили следующие методы лечения:

- локальный внутрисосудистый тромболитизис при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) с использованием миниинвазивной ультразвуковой системы. Этот новый надежный метод лечения позволяет растворять тромб с низким лизисом, минимальной кровопотерей и травматизацией, что

приводит к подтвержденным долгосрочным результатам;

- внутрисосудистая визуализация (ВСУЗИ) и измерение фракционного/моментального резерва кровотока (ФРК) позволяет определять показания для реваскуляризации у пациентов с пограничными стенозами коронарных артерий в соответствии с действующими клиническими рекомендациями;

- химиоэмболизация сосудов при опухолевом поражении печени и под-

желудочной железы;

- эндовенозная лазерная коагуляция при варикозной болезни вен нижних конечностей (начали проводить с конца ноября 2025 года);

- интраоперационный нейрофизиологический мониторинг при нейрохирургических операциях, позволяющий минимизировать интраоперационные осложнения (выступает в качестве пилота).

Под руководством врачей-неврологов ГБУЗ «КККД» проведено два теле-тромболитизиса

в Междуреченске, увеличилось количество случаев тромбоэкстракции.

Также в 2025 году в ГБУЗ «КККД» приступили к проведению генетического тестирования на наличие генов болезни Фабри и семейной гомозиготной дислипидемии. Внедрен алгоритм обследования пациентов для диагностики ИБС в соответствии со значением предтестовой вероятности (ПТВ).

Для пациентов с болезнями системы кровообращения организованы школы здоровья, в том числе в онлайн-формате с территориями Кузбасса. В МИС «Ариадна» начали вести сестринские патронажи пациентов с ХСН.

Специалисты ГБУЗ «КККД» приступили к ведению нескольких регистров:

- пациентов, получивших помощь при различных нарушениях ритма и проводимости сердца (в том числе имплантация сердечных устройств (ЭКС, ИКД, КДФ), проведение РЧА);
- пациентов с кардиомиопатией;
- пациентов с лёгочной артериальной гипертензией (ЛАГ).

Отдельно стоит отметить, что в рамках федерального проекта «Цифровая зрелость здравоохранения» ГБУЗ «КККД» обеспечил достижение установленных показателей. С декабря 2025 в рамках отраслевого инцидента № 16 «Использование национального мессен-

джера» организована запись на прием к врачу и проведение телемедицинской консультации в формате «пациент – врач» через мессенджер МАХ.

За внедрение искусственного интеллекта в здравоохранение Кузбасс был удостоен Национальной премии «Лидеры ИИ». В конкурсе участвовал проект «Data-driven: управление рисками пациентов с ишемической болезнью сердца на основе ИИ», который курирует Кузбасский клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша.

ЗАДАЧИ НА 2026 ГОД

Результаты, достигнутые ГБУЗ «КККД» в 2025 году, создали прочную основу для дальнейшего совершенствования региональной системы оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В 2026

году деятельность медорганизации будет направлена на реализацию национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», дальнейшую цифровую трансформацию, развитие кадрового потенциала и организационно-методическое сопровождение маршрутизации пациентов с болезнями системы кровообращения. Приоритетные задачи можно сгруппировать по нескольким направлениям.

Работа с кадрами

- Продолжить работу в рамках национального проекта «Медицинский класс» с учетом увеличения количества охваченных школ.
- Разработать Программу развития кадрового потенциала на 2026-2029 годы.

Обеспечение финансовой стабильности медицинской организации

- Ежемесячный контроль выполнения утвержден-





ных объемных и финансовых показателей по ОМС и приносящей доход деятельности.

- Подготовка предложений по корректировке плановых значений на основе фактических показателей.

Развитие информационных технологий

- Развитие сервиса управления очередями (запись в день выписки из стационара в поликлинику прикрепления, запись на коронароангиографию (КАГ) в ГБУЗ «КККД»).
- Использование системы поддержки принятия врачебных решений с применением искусственного интеллекта в рамках федерального отраслевого инцидента № 11 в медицинских организациях области, а также в целях контроля качества диспансерного наблюдения пациентов с БСК.
- Продолжить работу по федеральному проекту

«Цифровая зрелость».

- Переход региона на работу в ГИС ОМС (выгрузка на оплату случаев оказания медицинской помощи на основе структурированных электронных медицинских и финансовых документов (СЭМД, СЭФД)).
- Завершение перевода серверного сегмента на отечественное программное обеспечение, популяризация и развитие национального мессенджера с разработкой типовых сценариев.

Совершенствование и развитие кардиологической и нейрохирургической служб

- Организация дистанционно-консультационного центра на базе РСЦ № 2 (ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница № 1 имени Г.П. Курбатова») с целью сопровождения пациентов с ОКС на юге области.
- Создание в области не менее двух дополни-

тельных кабинетов для стресс-ЭХО.

- Увеличение количества малоинвазивных вмешательств у пациентов нейрохирургического профиля.
- Продолжить мероприятия по снижению летальности при ОНМК и инфаркте миокарда.

Работа амбулаторной службы

- Организовать оказание телемедицинских консультаций «врач – пациент», через национальный мессенджер МАХ в территориальной поликлинике, в том числе закрытие листка нетрудоспособности по ТМК.
- Внедрение роботизированного обзвона пациентов для уменьшения процента неявки пациентов на прием.
- Оснащение выездных бригад планшетами с возможностью работы в МИС для обслуживания вызовов на дому.

Совершенствование системы менеджмента качества учреждения, внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

- Поэтапное внедрение системы менеджмента качества (СМК) по требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2015 в Новокузнецком филиале КККД.
- Внедрение ISO 7101:2023 «Менеджмент учреждений здравоохранения».
- Реализация стратегии развития медицинской организации на период 2024-2026 годов.

Задачи организационно-методической работы

- Реализация регионального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в составе нового Национального проекта «Продолжительная и активная жизнь».
- Совершенствование нормативной базы Кемеровской области – Кузбасса в части маршрутизации пациентов с БСК.
- Организация обучения врачей первичного звена алгоритмам диспансерного наблюдения и лечения пациентов с БСК на амбулаторном этапе.
- Выездная экспертная работа по контролю соответствия лечения пациентов с БСК на стационарном и амбулаторном этапах в медицинских организациях области с высоким уровнем смертности от БСК, ИБС, инфаркта миокарда.
- Организационно-методическое руководство деятельностью центров высокого риска (ЦВР) с анализом маршрутизации пациентов высокого риска из первичных кабинетов.
- Подготовка методической базы для реализации дистанционного наблюдения пациентов с БСК и организация диспансерного наблюдения в МО области.
- Разработка организационно-образовательных проектов для обучения первичного звена оказанию медицинской помощи пациентам с БСК и отбору для оказания специализированной

хирургической и высокотехнологичной медицинской помощи.

Таким образом, анализ результатов деятельности Кузбасского клинического кардиологического диспансера в качестве регионального сосудистого центра позволяет сделать следующие выводы:

1. Организационная эффективность

Совершенствование результатов оказания специализированной медицинской помощи при болезнях системы кровообращения в 2025 году достигнуто за счет деятельности, направленной на взаимодействие клинического центра со службой скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе, упорядочение потоков пациентов, использование ресурсов и возможностей федеральных медицинских организаций и непрерывное управление этими процессами с помощью

информационных технологий.

2. Преемственность и мониторинг

Организационно-методическое сопровождение специализированной медицинской помощи при болезнях системы кровообращения обеспечивает преемственность ее оказания на всех этапах – от догоспитального до первичной медицинской организации после выписки из стационара, а также мониторинг основных показателей и своевременную коррекцию отклонений.

3. Достижение целевых показателей

Использование организационной модели регионального сосудистого центра создает кардиологическому диспансеру необходимые условия и возможности для достижения целевых показателей, установленных государственными программами.



Туршатова А.В.

ГАУЗ «Кузбасская областная детская клиническая больница имени Ю.А. Атаманова»

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ



ТУРШАТОВА А.В.,
заведующая
Центром
здоровья
для детей,
врач-педиатр

Современное диагностическое оборудование Центра здоровья для детей позволяет оценить функциональные и адаптивные резервы организма детей с учетом возрастных особенностей, а также прогнозировать состояние здоровья ребенка.

Комплексное обследование включает: оценку

В структуре современной педиатрической службы особое место занимают профилактические направления работы, которые нацелены на раннее выявление факторов риска и формирование у детей здоровьесберегающего поведения. В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»¹ в декабре 2010 года на базе ГАУЗ «Кемеровская городская детская клиническая больница № 1» был создан Центр здоровья для детей, деятельность которого направлена на раннее выявление донозологических отклонений, коррекцию выявленных нарушений и профилактику хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у детей.

физического развития; исследования функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем; определение количественного состава жира, воды, межклеточной жидкости и костной ткани в организме; измерение биохимических показателей крови и состава выдыхаемого воздуха.

На основании полученных результатов выявляются факторы риска развития неинфекционных заболеваний. С учетом этих данных проводится консультирование ребенка, включающее разработку индивидуальных рекомендаций по сохранению здоровья, коррекции

питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна и отдыха, условиям быта, труда и учебы с учетом возрастных и физиологических особенностей детского возраста.

Динамика посещений и выявляемости факторов риска представлена в таблице 1.

Деятельность Центра здоровья для детей демонстрирует положительную динамику. В 2025 году Центр здоровья посетило 3 902 ребенка, что на 57 % больше, чем в 2023 году. Количество самостоятельных обращений увеличилось более чем в 15 раз,

¹Приоритетный национальный проект «Здоровье» – государственная программа, которая стартовала 1 января 2006 года и действовала до 2012 года. Основными направлениями нацпроекта «Здоровье» были повышение приоритетности первичной медико-санитарной помощи, усиление профилактической направленности здравоохранения, расширение доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

**Таблица 1.** Показатели деятельности Центра здоровья для детей (абс. ч.)

Показатели	2023	2024	2025
Всего посещений	2 479	3 532	3 902
- из них первичных	2 459	3 529	3 868
- из них здоровых детей	933	1 540	1 865
- выявлено детей с факторами риска	1 526	1 989	2 003
- самостоятельные обращения	66	72	1 018
Направлено врачами первичного звена первично	1 526	1 989	2 003
Направлено после проведения диспансеризации (I-II гр. риска)	1 526	1 989	2 003
Получили индивидуальные планы по здоровому образу жизни	2 479	3 532	3 902

что указывает на повышение медицинской грамотности населения и доверия к профилактическим осмотрам.

Удельный вес здоровых детей увеличился с 37,9 % (2023 г.) до 47,8 % (2025 г.).

Доля лиц с выявленными факторами риска среди впервые обратившихся достигла 51 %. В таблице 2 представлено распределение основных факторов риска по годам наблюдения.

В 2025 году ведущими факторами риска остаются избыток массы тела (20 %) и снижение легочных объемов (15 %), что требует усиления программ по школьной физической активности и коррекции пищевого поведения. Структура факторов риска за три

года не претерпела статистически значимых изменений, что свидетельствует о стабильности популяционных рисков среди детского населения Кемерово.

По результатам первичного обследования при выявлении факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний с детьми и их родителями проводилось индивидуальное профилактическое консультирование, включавшее рекомендации по нормализации физической активности, питания, режима сна и отдыха.

Кроме того, на основании данных обследований были разработаны образовательные программы для младших школьников и учащихся

среднего звена (школы здоровья), охватывающие темы физического воспитания, рационального питания, гигиены, профилактики курения и употребления психоактивных веществ. Групповые занятия в виде лекций, бесед, тренингов позволяют более эффективно охватить организованные коллективы профилактической работой.

Внедрение групповых образовательных программ в сочетании с индивидуальным консультированием является оптимальной моделью профилактической работы в организованных детских коллективах и может быть рекомендовано для тиражирования в другие Центры здоровья для детей и подростков.

Таблица 2. Частота выявления факторов риска (% от числа обратившихся)

Фактор риска	2023	2024	2025
Избыток массы тела	18	20	20
Недостаток массы тела	14	13	13
Отклонения по данным «Кардиовизор»	7	8	5
Отклонения АД	2	2	2
Тахикардия	2	4	3
Снижение легочных объемов	16	16	15

Хакимова О.Г., Новоселова Н.В.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

СТИМУЛИРУЮЩИЕ ВЫПЛАТЫ ЗА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФМЕРОПРИЯТИЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССЕ (2022–2025 ГГ.)



ХАКИМОВА О.Г.,
начальник
управления
организации
ОМС

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

Правила предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов ОМС на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения утверждены Постановлением Правительства РФ от 30.12.2019 № 1940 (далее – Правила).

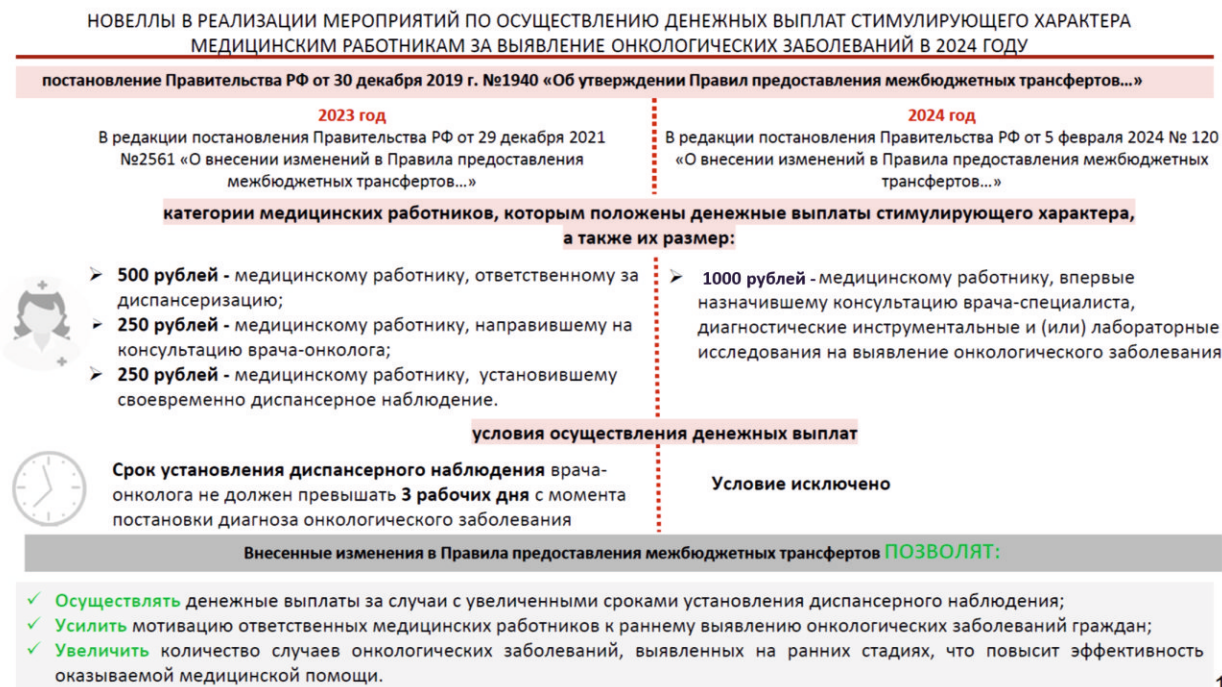
Правилами установлены порядок и условия выплат стимулирующего характера медицинским работникам за раннее выявление онкологических заболеваний в ходе

диспансеризации и профилактических медосмотров. Документ является основанием для осуществления выплат медицинским работникам, ответственным за органи-

зацию и проведение профилактических мероприятий, включая врачей-терапевтов, врачей-специалистов, фельдшеров, при условии подтверждения диагноза



Рис. 1. Реализация мероприятий по осуществлению стимулирующих выплат за выявление онкологических заболеваний



злокачественного новообразования (далее – ЗНО), впервые выявленного при проведении профилактических мероприятий.

ИЗМЕНЕНИЯ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ (С 2024 ГОДА)

С 2024 года Постановлением Правительства РФ от 05.02.2024 № 120 внесены изменения в Правила предоставления межбюджетных трансфертов. В соответствии с новой редакцией:

- размер денежной выплаты стимулирующего характера составил 1 тыс. рублей;
- выплата осуществляется одному медицинскому работнику, впервые назначившему консультацию врача-специалиста, диагностические и (или) лабораторные исследования на выявление онкологического заболевания

в ходе и (или) по результатам проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения (рис. 1).

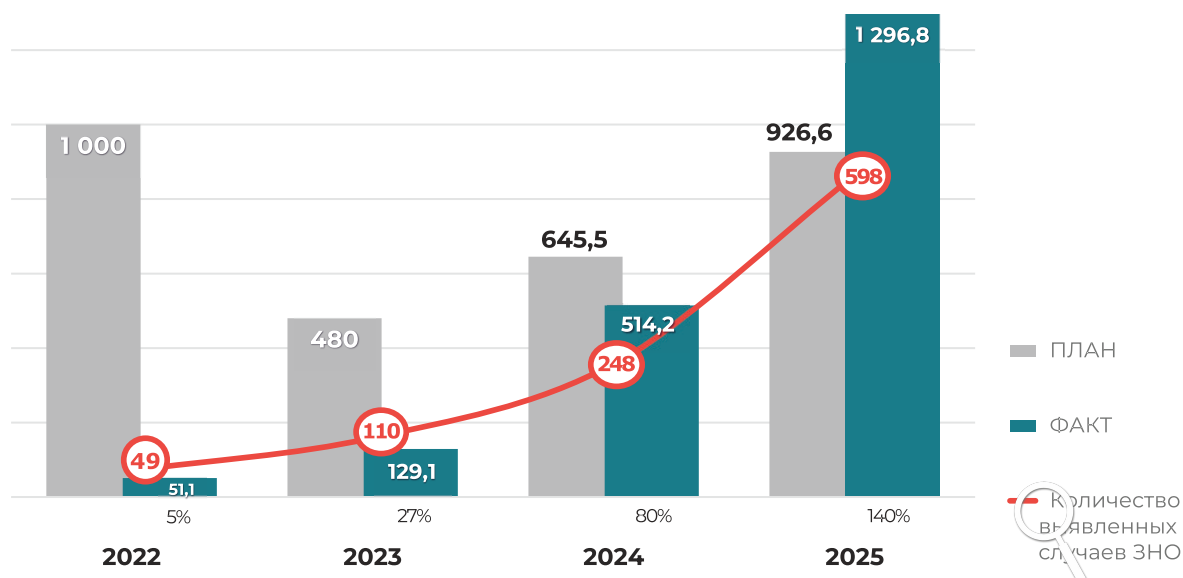
ПОРЯДОК ОТЧЕТНОСТИ

По результатам обработки заявок и осуществления выплат медицин-

скими организациями и территориальными фондами ОМС ежемесячно формируется отчет об осуществлении денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансериза-



Рис. 2. Динамика осуществления стимулирующих денежных выплат за раннее выявление ЗНО, 2022-2025 гг., тыс. руб.



ции и профилактических медицинских осмотров:

- **до 2024** года отчетность предоставлялась по форме, утвержденной приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) от 19.05.2022 № 53н;
- **с 2024** года в отчетную форму внесены изменения согласно приказу ФОМС от 04.03.2024

№ 40н. Отчетность предоставляется посредством единой интегрированной системы сбора и обработки информации Федерального фонда ОМС.

ДИНАМИКА ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДЕНЕЖНЫХ ВЫПЛАТ

На представленной диаграмме (рис. 2) отражен ежегодный рост объе-

мов денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров с учетом предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета ФОМС, поступающих в Территориальный фонд ОМС Кемеровской области – Кузбасса.

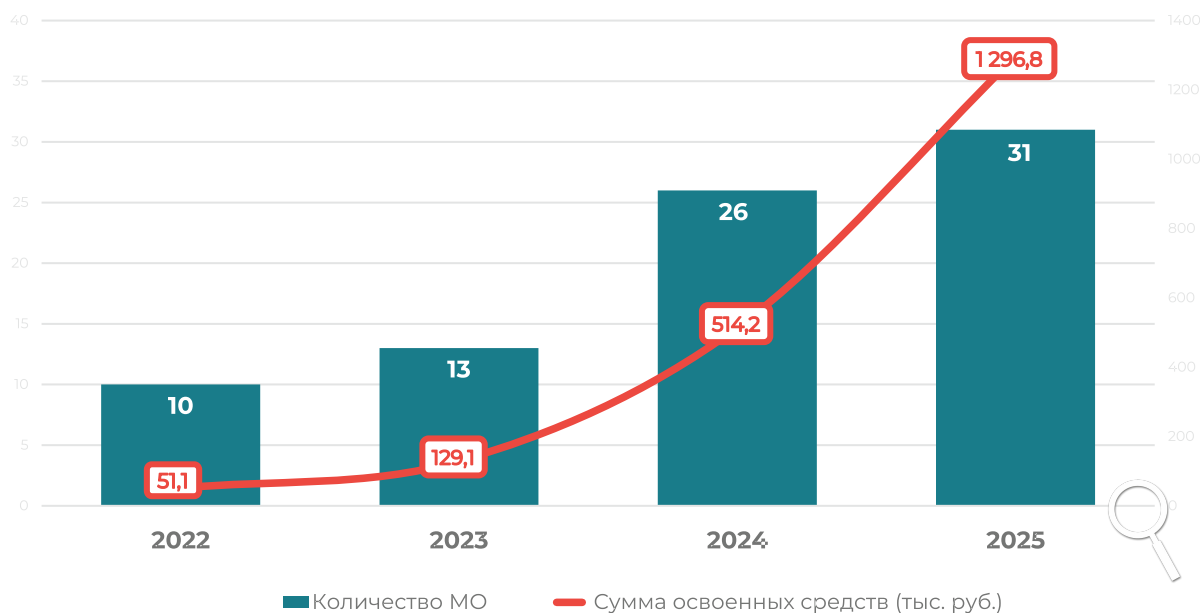
В 2025 году на осуществление денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за раннее выявление онкологических заболеваний в ходе профилактических мероприятий для Кемеровской области – Кузбасса было запланировано 926,9 тыс. рублей (на 619 человек). Фактический объем денежных выплат составил 1 296, 9 тыс. руб., выплаты получили 598 медицинских работников.

Следует отметить, что с каждым годом увеличи-





Рис. 3. Динамика количества медицинских организаций, в которых выявляются ЗНО при проведении профмероприятий, 2022-2025 гг.



вается количество медицинских организаций, в которых в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения медицинскими работниками выявляются онкологические заболевания на ранних стадиях (рис. 3).

Достигнутые результаты стали возможны в том числе благодаря совместной работе, проводимой на регулярной основе Территориальным фондом ОМС Кемеровской области – Кузбасса с медицинскими организациями региона и Министер-

ством здравоохранения Кузбасса.

ДИНАМИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ЗНО НА РАННИХ СТАДИЯХ

С 2022 по 2025 годы абсолютное количество случаев выявления ЗНО при проведении профилактических мероприятий на 1-2 стадиях, а также в стадии «in situ», ежегодно росло: в 2022 году – 40 случаев; в 2025 году – 460 случаев (таблица 1). Удельный вес случаев ЗНО в стадии «in situ», а также на 1-2 стадиях варьирует в общем количестве всех случаев ран-

него выявления ЗНО при проведении профилактических мероприятий в пределах от 70 % до 96 %.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗНО

Выявление злокачественных новообразований в стадии «in situ», а также на 1-2 стадиях критически важно для пациента, поскольку:

- опухоль локализована,
- не имеет метастазов;
- обеспечивается высокая вероятность полного излечения;
- возможно применение только щадящих мето-

Таблица 1. Структура случаев раннего выявления ЗНО при проведении профилактических мероприятий (по стадиям), 2022-2025 гг.

Стадия	2022	2023	2024	2025
In situ	0	10	14	51
1	27	54	97	222
2	13	13	66	187
3	6	15	28	70
4	3	18	43	68
Итого	49	110	248	598



дов хирургического лечения.

Наиболее благоприятны в прогностическом плане случаи раннего выявления ЗНО в стадии «in situ», когда аномальные клетки находятся только в месте своего возникновения (в эпителии) и не прорастают в подлежащие ткани. Эта стадия характеризуется:

- отсутствием метастазов;
- отсутствием симптомов;
- медленным ростом;
- почти 100% выживаемостью при раннем обнаружении и лечении.

ТОП-5 ЛОКАЛИЗАЦИЙ ЗНО, ВЫЯВЛЕННЫХ В КУЗБАССЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФМЕРОПРИЯТИЙ

По локализации самыми опасными злокачественными новообразованиями в мире и России, определяющими структуру заболеваемости и смертности, являются

рак легких, молочной железы, предстательной железы, желудка, а также колоректальный рак (толстой кишки). Рак легких лидирует по смертности, рак молочной железы – самая распространенная локализация ЗНО у женщин (лидирует в структуре заболеваемости) и одна из основных причин смертности среди женщин. Колоректальный рак (включая рак ободочной

и прямой кишки) входит в тройку лидеров по смертности.

В таблице 2 представлены данные о выявляемости основных локализаций ЗНО в Кемеровской области – Кузбассе за 2022–2025 годы.

МОНИТОРИНГ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области – Кузбасса на регулярной основе ведет мониторинг случаев, отобранных по установленным критериям для осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам, на предмет контроля за началом лечения застрахованных лиц после установления диагноза злокачественного новообразования.

При отсутствии данных о начале лечения (согласно реестрам счетов за оказанную медицинскую помощь, предоставленным медицинскими организациями на оплату)



Таблица 2. Топ-5 локализаций ЗНО, выявленных при проведении диспансеризации и профилактических медосмотров населения в Кузбассе, 2022-2025 гг. (случаи)

Локализация ЗНО (код по МКБ-10)	2022	2023	2024	2025
Рак молочной железы C50.5-50.9	14	22	59	117
Рак легких C34.0 - 34.9	4	9	36	69
Рак кожи C43.0, C44.0 - 44.9	4	14	28	46
Рак предстательной железы C61	2	4	15	38
Рак желудка C16.0 -16.9	2	5	7	34

в страховые медицинские организации ежеквартально направляются списки пациентов для их информационного сопровождения страховыми представителями СМО на всех этапах оказания медицинской помощи.

Страховая медицинская организация со своей стороны по результатам индивидуально-го обзвона застрахованных граждан предоставляет в Территориальный фонд ОМС Кемеровской области – Кузбасса инфор-

мацию по каждому пациенту с указанием назначенного лечения либо дополнительного обследования.

Основная задача данного мониторинга – обеспечить максимально своевременное начало соответствующего лечения каждому пациенту.

В заключение отметим, что ранняя диагностика ЗНО значительно повышает шансы на успешное лечение, обеспечивает минимальные осложнения, быстрое восстанов-

ление и высокий прогноз долгосрочной выживаемости пациентов. Денежные выплаты стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения являются одним из ключевых инструментов мотивации к раннему обнаружению ЗНО и направлены на повышение качества первичной диагностики рака.



Балашова С.В.

Кузбасский филиал ООО «АльфаСтрахование – ОМС»

АДРЕСНАЯ ПОДДЕРЖКА СПАСАЕТ ЖИЗНИ. КАК «АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ – ОМС» РЕАЛИЗУЕТ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЙ ФУНКЦИОНАЛ ДЛЯ ОНКО- И КАРДИОПАЦИЕНТОВ КУЗБАССА



БАЛАШОВА С.В.,
директор
Кузбасского
филиала
ООО «Альфа-
Страхование –
ОМС»

Во всех регионах своего присутствия, в том числе и в Кемеровской области, «АльфаСтрахование – ОМС» реализует социально значимые проекты «ОнкоЛиния» и «КардиоЛиния», которые уже доказали свою эффективность.

Независимый аудит качества медицинской помощи, персональное сопровождение пациентов с онкологическими и сердечно-сосудистыми забо-

Кузбасс – регион с высокой техногенной нагрузкой, которая создает соответствующие вызовы для системы здравоохранения. В регионе традиционно высок уровень профессионально обусловленных заболеваний, а риски развития злокачественных новообразований и сердечно-сосудистых катастроф в разы превышают риски в субъектах РФ с «чистыми» производствами. Именно поэтому борьба с онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями остается одним из ключевых направлений развития здравоохранения в Кузбассе. Эти нозологии продолжают лидировать в структуре смертности по всей стране, что требует системного, персонализированного и проактивного подхода к их профилактике, раннему выявлению и качественному лечению.

леваниями и реальная помощь на всех этапах лечения – это не просто страховые услуги, а действующий инструмент, позволяющий решать приоритетные задачи нацпроектов и здравоохранения по снижению смертности и увеличению продолжительности жизни населения.

Данная статья анализирует результаты этой работы в 2025 году и демонстрирует, как адресная поддержка буквально спасает жизни жителей Кузбасса.

ПРОФИЛАКТИКА КАК ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ

В 2025 году Кузбасский филиал «АльфаСтрахова-

ние – ОМС» (далее – Кузбасский филиал) провел масштабную информационную кампанию, направленную на популяризацию профилактики заболеваний.

О необходимости пройти обследования в рамках диспансеризации проинформированы 844 689 жителей области, профилактического медицинского осмотра – 196 888 человек. Индивидуальные уведомления о необходимости прохождения диспансерного наблюдения получили 627 743 человека.

По итогам обследований застрахованным гражданам направлено 742 507 уведомлений

(в том числе с уточненными диагнозами), что позволило сформировать актуальную картину заболеваемости:

- болезни системы кровообращения (БСК) – 274 192 (50,5 %);
- заболевания эндокринной системы – 73 626 человек (11,5 %);
- онкологические заболевания – 50 968 человек (9,4 %);
- бронхолегочные заболевания – 41 193 человека (7,6 %);
- прочие неинфекционные заболевания – 103 055 человек (19 %).

«ОНКОЛИНИЯ»: ПЕРСОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К КАЖДОМУ ПАЦИЕНТУ

Программа «ОнкоЛиния», реализуемая в Кузбассе с 2019 года, продолжает демонстрировать свою эффективность и востребованность. Кузбасский филиал в ежеквартальном режиме осуществляет мониторинг оказания медицинской помощи пациентам с подозрением на онкологическое заболевание. Только за 2025 год в реестрах зафиксировано 29 239 случаев с признаком «подозрение на ЗНО», что на 51 % больше уровня 2024 года.

Адресное сопровождение страховых представителей получили 3 289 граждан с подозрением на злокачественные новообразования и с установленным диагнозом на этапе диспансерного наблюдения.

Структура оказанной

помощи показывает комплексный характер поддержки:

- 35,1 % пациентов маршрутизированы для получения необходимой медицинской помощи (уточнение графика работы медицинских организаций, порядка оказания медпомощи);
- 38 % граждан получили помощь в записи к врачам-специалистам, включая организацию консультации врача-онколога;
- 25 % застрахованных оказано содействие в получении направления на диагностические исследования.

Всех застрахованных с онкологическими заболеваниями, которым потребовалась помощь страховых представителей, удалось вернуть на маршрут оказания медицинской помощи, что свидетельствует о 100-процентной результативности работы страховых представителей в рамках программы «ОнкоЛиния».

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Кузбасский филиал уделяет приоритетное внимание проведению контрольных экспертных мероприятий по случаям оказания медицинской помощи пациентам с подозрением и/или с установленным диагнозом ЗНО.

В 2025 году экспертиза проведена по 1 191 случаю в 40 медицинских организациях. Особое внимание – 182 пациентам, у которых легко диагностируемые формы злокачественных новообразований были выявлены на поздних стадиях. В 31 случае (17 % пациентов) выявлены нарушения в оказании медицинской помощи, не позволившие своевременно выявить ЗНО на ранних стадиях:

- ненадлежащее проведение сбора жалоб, анамнеза и физикального осмотра;
- отсутствие интерпре-





тации данных исследований;

- непроведение необходимых диагностических процедур;

- несвоевременное направление к онкологу.

Независимый экспертный анализ позволяет обнаружить «слепые зоны» в работе поликлиник. Каждый выявленный дефект становится точкой роста для конкретной поликлиники и системы в целом.

«КАРДИОЛИНИЯ»: ЭКСТРЕННОЕ И ПОСТ- РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ

Проект «КардиоЛиния» направлен на снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний через адресное сопровождение пациентов на критически важных этапах лечения.

За 2025 год страховые представители провели работу по 2 337 случаям, когда пациенты с ишемической болезнью сердца (далее – ИБС) не были госпитализированы в течение

суток после вызова скорой медицинской помощи. Удалось установить контакт с 1 228 пациентами (52,5 %), всем оказано информационное сопровождение, каждому пятому из них помощь страхового представителя позволила оперативно записаться к врачам-специалистам и на диагностические исследования.

Аналогичная работа проведена в отношении пациентов с ИБС, выписанных из стационара.

Из 4 677 застрахованных контакт удалось установить с 2 120 пациентами (45,3 %), всем оказано информационное сопровождение, для 18 % организована запись к врачам-специалистам и на диагностические исследования.

Самый масштабный объем работы касается пациентов с ИБС, подлежащих диспансерному наблюдению с периодичностью 6, 12, 18 и 24 месяца с даты выписки из стационара. Всего таких пациентов было 8 861 чел. Страховые представители связались с 3 797 пациентами (42,8 %), всем оказано информационное сопровождение и 17 % организована запись к врачам-специалистам (кардиологу, терапевту и др.), а также на диагностические исследования.

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В 2025 году Кузбасским филиалом проведены контрольно-экспертные мероприятия по случаям



оказания медицинской помощи пациентам:

- с инфарктом миокарда, закончившихся летальным исходом;

- с инфарктом миокарда, перенесенным в 2025 году, с ретроспективной оценкой обращений за медицинской помощью в предшествующие 12 месяцев по поводу хронических заболеваний, приводящих к развитию острой сосудистой катастрофы (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца);

- после инфаркта миокарда с целью оценки диспансерного наблюдения этой категории больных на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Всего экспертиза качества проведена по 2 167 случаям оказания медицинской помощи 517 пациентам в 35 медицинских организациях Кузбасса. Нарушения выявлены в 13 % случаев (67 пациентов).

Наибольшее количество нарушений выявлено на этапе оказания амбулаторно-поликлинической помощи:

- у пациентов с хроническими заболеваниями (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца) отсутствует должная кратность диспансерного наблюдения;

- отмечается ненадлежащий сбор жалоб, анамнеза, неполный объективный осмотр пациента;

- отсутствует коррекция базисной терапии (гипотензивные препараты, до-

зы статинов при недостижении целевых уровней холестерина, нет назначения дезагрегантов);

- пациенты не направляются на ЭКГ и ЭХО-кардиографию.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДПОМОЩИ

Эксперты Кузбасского филиала не только изучают статистику всех выявленных нарушений при оказании медицинской помощи, но и работают с каждой конкретной поликлиникой и больницей по их устранению. В итоге количество дефектов при оказании медицинской помощи снижается, а застрахованные граждане получают полноценную диагностику и лечение.

Результаты контрольных экспертных мероприятий направляются в органы регионального управления здравоохранения для публичного обсуждения и устранения

системных нарушений в процессе оказания медицинской помощи застрахованным.

Проекты «ОнкоЛиния» и «КардиоЛиния» доказывают эффективность персонализированного подхода в здравоохранении. Каждый застрахованный получает необходимую поддержку на критически важных этапах лечения, что способствует сохранению жизни и здоровья жителей Кузбасса.

ПРЕМИЯ «ВРАЧ С БОЛЬШОЙ БУКВЫ» – ИНВЕСТИЦИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ВРАЧЕЙ

Поддержка профессионального роста медицинских кадров – одно из значимых направлений работы ООО «АльфаСтрахование – ОМС». Национальная экспертная премия «Врач с большой буквы», учрежденная компанией в 2020 году, ежегодно определяет лучших врачей-специалистов по резуль-





На фото (слева):
Виктория Мишина,
участковый
врач-терапевт
ГАУЗ «Кемеровская
клиническая
районная
больница им.
Б.В. Батиевского»

татам независимого аудита качества медицинской помощи при поддержке региональных министерств и департаментов здравоохранения. За шесть лет номинантами премии стали более 40 тысяч врачей разных специальностей, 700 лучших из них стали лауреатами.

В 2024 году премия вручалась специалистам онкологической и гематологической служб: онкохирургам, химиотерапевтам, радиотерапевтам, взрослым и детским гематологам за значимый вклад в спасение жизней пациентов со злокачественными новообразованиями. Индивидуальные стажировки в ведущих профильных медицинских центрах страны – НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина, НМИЦ гематологии и НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева – прошли 68 врачей из девяти регионов. Среди них – 10 врачей онкологической и гематологической служб здравоохра-

нения Кемеровской области.

Специалисты из Кузбасса практиковались на новейшем оборудовании, участвовали в реконструктивно-пластических операциях и робот-ассистированных вмешательствах. Химиотерапевты изучали тонкости подбора противоопухолевой терапии, а радиотерапевты знакомились с новейшими тактиками лучевого лечения. Гематологи осваивали современные методы лечения гемобластозов и технологии трансплантации гемопоэтических стволовых клеток.

В 2025 году в фокусе внимания премии «Врач с большой буквы» – врачи первичного звена: участковые педиатры за помощь новорожденным и малышам до двух лет и участковые терапевты за ведение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Лауреатами стали 58 специалистов амбулаторно-поликлинической службы из 10 регионов страны.

В Кузбассе почетной награды удостоились семь участковых терапевтов за значимые результаты наблюдения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Победители определялись по строгим критериям: охват диспансерным наблюдением, минимальное количество вызовов скорой помощи и экстренных госпитализаций, низкая смертность от острых сердечно-сосудистых событий.

Главная награда для лауреатов – очная стажировка в самом авторитетном кардиологическом центре страны – НМИЦ кардиологии имени академика Е.И. Чазова. Там, где определяются стандарты лечения сердечно-сосудистых заболеваний для всей России.

Таким образом, премия «Врач с большой буквы» решает стратегическую задачу сокращения разрыва между уровнем медицинской помощи в федеральных центрах и регионах. Передовые методы диагностики и лечения, освоенные в ведущих клиниках страны, кузбасские врачи адаптируют для своих медицинских учреждений и внедряют в повседневную клиническую практику. Это положительно отражается на качестве оказания медицинской помощи пациентам и способствует достижению целевых показателей национальных проектов по снижению смертности от онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний.

Воронкова А.В.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ОПЛАТА АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ. РЕЗУЛЬТАТЫ 2025 ГОДА

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов (утверждена Постановлением Правительства РФ от 27.12.2024 № 1940), оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц. При этом учитываются показатели результативности деятельности медицинских организаций (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения РФ.

Данный способ оплаты амбулаторной помощи применяется в системе ОМС с 2020 года. За это время алгоритм расчета объема стимулирующих выплат и перечень показателей результативности неоднократно корректировались.

Первоначально результативность оценивалась по 28-ми показателям. С 2023 года деятельность медицинских организаций анализировалась по 25-ти показателям, отражающим эффективность профилактических мероприятий, диспансерного наблюдения, охват вакцинацией и пренатальным скринингом беременных женщин. В 2025 году в расчете

участвуют уже 33 показателя, дополненные блоком оценки качества оказания медицинской помощи. При этом объем стимулирующей части подушевого норматива сократился с 5 % до 1 % по сравнению с первоначальной моделью расчета.

В 2025 году внесены изменения в Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (Приказ Минздрава России от 15.05.2025 № 279н), а также в Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (Письмо Минздрава



России № 31-2/И/2-23252, ФОМС № 00-10-26-2-06/19170 от 19.11.2025) в части перечня показателей результативности и порядка расчета достижения целевых значений (далее – Методически рекомендации). Соответствующие изменения внесены в Тарифное соглашение в системе ОМС Кемеровской области – Кузбасса дополнительными соглашениями: от 23.07.2025 № 6 (перечень показателей результативности), от 25.11.2025 № 10 (порядок расчета

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

и целевые показатели по медицинским организациям).

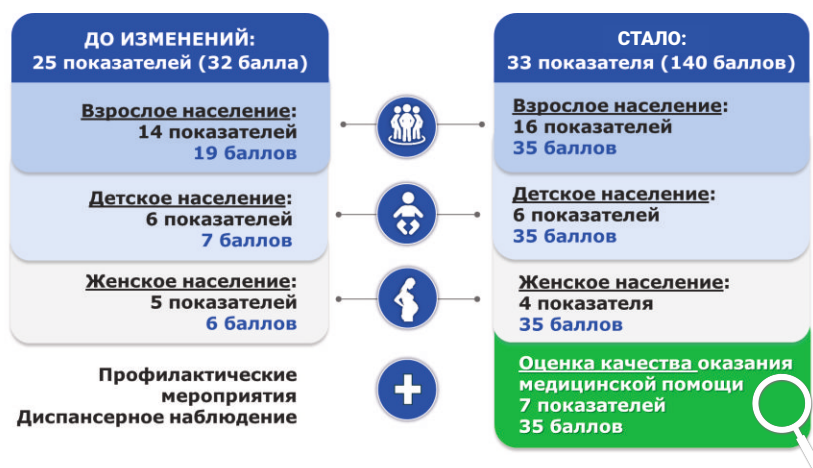
Основная цель применения данной методики стимулирования медицинских организаций – снижение показателей смертности населения.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций сгруппированы в четыре блока: взрослое население, детское население, женское население, оценка качества оказания медицинской помощи (рис. 1). Если до 2025 года медицинские организации при работе со взрослым и детским населением могли набрать максимум 32 балла при выполнении целевых значений, то после внесения изменений в нормативные документы суммарно по всем блокам можно получить 140 баллов. При этом регуляторы уравнили предельное количество баллов по каждому блоку (35 баллов). Соответственно, если работа с детским населением оценивается по 6 показателям, то вес каждого из нихкратно выше, чем при работе со взрослым населением, где при том же максимальном количестве баллов участвуют 16 показателей.

В обновленной модели стимулирования медицинских организаций исключены следующие показатели результативности:

- доля врачебных посещений с профилактической целью от общего числа посещений за период;
- число взрослых с бо-

Рис. 1. Количество показателей результативности и баллов



лезнями системы кровообращения (далее – БСК), имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь, от общего числа взрослых пациентов с БСК, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период;

- показатели, касающиеся вакцинации от COVID-19 (в блоке работы со взрослым населением и в рамках работы женских консультаций).

Система стимулирования дополнена шестью новыми показателями результативности:

- доля лиц в возрасте от 18 до 39 лет, не прошедших в течение последних двух лет профилактический осмотр и диспансеризацию, от общего числа прикрепленного населения этой возрастной группы;
- доля лиц в возрасте от 40 до 65 лет, не прошедших в течение последних двух лет профилактический осмотр или диспансеризацию, от общего числа

прикрепленного населения этой возрастной группы;

- доля взрослых с подозрением на злокачественное новообразование (далее – ЗНО), выявленным впервые при профилактических осмотрах или диспансеризации, от общего числа взрослых с подозрением на ЗНО;

- доля взрослых с подозрением на ЗНО органов дыхания, выявленным впервые при профосмотрах или диспансеризации, от общего числа взрослых с подозрением на ЗНО или впервые установленным ЗНО органов дыхания;

- доля мужчин с подозрением на ЗНО предстательной железы, выявленным впервые при профосмотрах или диспансеризации, от общего числа мужчин с подозрением на ЗНО или впервые установленным ЗНО предстательной железы;

- доля лиц 18 лет и старше, состоявших под диспансерным наблюдением по поводу БСК, госпитализированных в связи с обострением или осложнени-



ем БСК, по поводу которых пациент состоит на диспансерном наблюдении, от всех состоящих на диспансерном наблюдении по подводу БСК.

При этом система стимулирования поощряет сокращение доли лиц, не прошедших профилактические мероприятия за последние два года: максимальное количество баллов присваивается при снижении показателя более чем на 3 % по сравнению с предыдущим годом.

Кроме того, максимально возможное количество баллов медицинская организация получает при снижении доли лиц, госпитализированных в связи с обострением или осложнением БСК, по поводу которых пациент состоит на диспансерном наблюдении.

Оценка качества медицинской помощи, включенная в модель стимулирования с 2025 года, осуществляется по семи показателям результативности. Согласно новому порядку расчета достиже-

ния показателей, впервые возможен отрицательный результат по набранному количеству баллов.

При наличии нарушений, выявленных в ходе проведения экспертизы качества медицинской помощи, организация получает установленное количество баллов с «минусовым» значением. Если по блоку оценки качества достигнут отрицательный результат, итоговое значение приравнивается

к нулю (то есть не снижает количество баллов, полученных по другим блокам). При отсутствии нарушений медицинская организация получает максимальные 35 баллов по данному блоку.

Как и прежде, с учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы:

I группа – выполнившие до 40 процентов показателей,

II группа – от 40 (включительно) до 60 процентов показателей,

III группа – от 60 (включительно) процентов показателей.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТИМУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗА 2025 ГОД

Согласно Методическим рекомендациям, оценка выполнения показателей результативности осуществлялась за период с декабря 2024 года по ноябрь 2025 года.

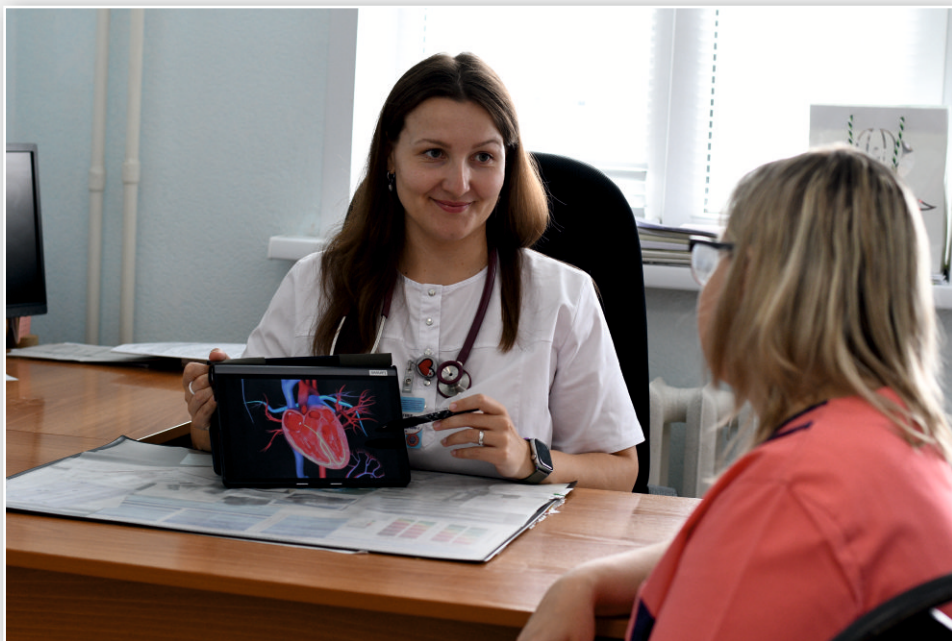


Таблица 1. Топ МО – лидеров по выполнению показателей результативности, 2025 г.

Наименование МО	% выполнения показателей	Рейтинг МО
ГБУЗ «Кузбасская детская клиническая больница имени профессора Ю.Е. Малаховского»	91 %	1
ГБУЗ «Гурьевская районная больница»	88 %	2
ГАУЗ «Клинический консультативно-диагностический центр имени И.А. Колпинского»	85 %	3
ГБУЗ «Осинниковская городская больница»	85 %	3
ГАУЗ «Кемеровская городская клиническая больница №4»	82 %	4
ГАУЗ «Кемеровская городская клиническая поликлиника № 5 имени Л.И. Тимерхановой»	81 %	5

Ни одна медорганизация не вошла в I группу (выполнившие менее 40 % установленных показателей). Во II группу (выполнившие от 40 до 60 % показателей) вошли 10 МО. В III группу (выполнившие более 60 % показателей) включены 33 медицинские организации. Таким образом, на распределение стимулирующих выплат претендуют все медицинские организации, участвовавшие в расчете выполнения показателей результативности.

В 2025 году для стимулирования медицинских организаций была резервирована сумма в размере 74,4 млн рублей. 70 % средств, или 52,1 млн рублей, распределены между 43 медицинскими организациями, выполнившими более 40 % показателей (II и III группы), пропорционально численности прикрепленного населения.

В топе лидеров по количеству выполненных показателей результативности следующие медицинские организации (таблица 1).

Вторая часть стимули-

рующих выплат – 30 % (22,3 млн рублей) – распределена между 33 медицинскими организациями, выполнившими более 60 % показателей (III группа), с учетом абсолютного количества набранных баллов (таблица 2). На данном этапе оценивается качество работы первичного звена.

Общий объем стимулирующей части подушевого норматива определяется путем суммирования двух расчетных частей. Таким образом, в числе лидеров по объемам финансирования оказываются медорганизации с наибольшим количеством прикрепленного населения (таблица 3).

Таблица 2. Топ МО – лидеров по количеству набранных баллов, 2025 г.

Наименование МО	Количество набранных баллов
ГБУЗ «Гурьевская районная больница»	111,5
ГБУЗ «Осинниковская городская больница»	111,5
ГАУЗ «Кузбасский клинический госпиталь для ветеранов войн имени Н.Н. Бурдина»	109,5
ГАУЗ «Клинический консультативно-диагностический центр имени И.А. Колпинского»	105,0
ГАУЗ «Кемеровская городская клиническая больница № 4»	100,0
ГБУЗ «Беловская районная больница»	100,0

Таблица 3. Топ МО по сумме стимулирования, 2025 г.

Наименование МО	Рейтинг по сумме стимулирования
ГБУЗ «Кузбасский клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша»	1
ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница № 1 имени Г.П. Курбатова»	2
ГАУЗ «Прокопьевская городская больница»	3
ГАУЗ «Клинический консультативно-диагностический центр имени И.А. Колпинского»	4
ГБУЗ «Кузбасский клинический центр охраны здоровья шахтеров имени святой великомученицы Варвары»	5

Для всех медицинских организаций объем стимулирования имеет разных вес относительно размера подушевого норматива. Если для ГБУЗ «Кузбасский клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша» стимулирующая часть составляет 12,8 % месячного подушевого норматива, то для АО Клинический Медицинский Центр «Энергетик» (36-е место в рейтинге по сумме стимулирования) – уже 44,3 %.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

В соответствии с Методическими рекомендациями дополнительно анализируется выполнение показателей объемов посещений с профилактической целью, обращений по заболеванию, а также динамика смертности прикрепленного населения.

Плановые значения по количеству посещений с профилактической целью и обращений по заболеванию выполнены на 90 % и более следующими медицинскими организациями:

- ГАУЗ «Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи имени М.А. Подгорбунского»;

- ГБУЗ «Кузбасская детская клиническая больница имени профессора Ю.Е. Малаховского»;

- ГАУЗ «Кузбасская областная детская клиническая больница имени Ю.А. Атаманова».

К объему стимулирова-

ния прочих медицинских организаций по решению Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС применен понижающий коэффициент 0,9 в связи с невыполнением указанных плановых значений.

При оценке динамики смертности прикрепленного населения снижение показателей отмечено у 35 из 43 медицинских организаций (81 %). К итоговым суммам стимулирования 8-ми медицинских организаций также был применен коэффициент 0,9.

Объем средств, который образовался после применения понижающих коэффициентов, дополнительно распределен между медицинскими организациями пропорционально рассчитанному стимулирующим выплатам.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и их

ранжирование проводится ежеквартально. Стимулирующие выплаты по результатам оценки достижения медицинскими организациями показателей результативности включены в счета декабря 2025 года.

Способ оплаты амбулаторной медицинской помощи с учетом системы оценки выполнения показателей результативности должен иметь отражение в коллективных договорах, соглашениях и локальных нормативных актах медицинских организаций в виде системы доплат и надбавок стимулирующего характера, а также системы премирования медицинских работников за достижение аналогичных показателей. В конечном итоге это будет способствовать положительной динамике выполнения целевых значений и снижению смертности прикрепленного населения.



Климкина В.В., Бондарева И.В., Лукьянова С.В.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ИЗ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ТФОМС КУЗБАССА В 2025 ГОДУ



КЛИМКИНА В.В.,
начальник
финансово-
экономического
управления

БОНДАРЕВА И.В.,
начальник
экономического
отдела

ЛУКЬЯНОВА С.В.,
консультант-
экономист
экономического
отдела

Наряду с основным источником финансового обеспечения медицинских организаций – субвенцией Федерального фонда ОМС на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам, – законодательством Российской Федерации в сфере ОМС предусмотрены целевые направления финансирования, позволяющие медицинским организациям получать дополнительные средства на реализацию отдельных направлений деятельности. Одним из таких целевых источников выступают средства нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС (далее – НСЗ ТФОМС), которые направляются на приобретение и ремонт медицинского оборудования, а также на дополнительное профессиональное образование медицинского персонала по программам повышения квалификации.

Источником формирования средств НСЗ на финансирование мероприятий являются средства от применения к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении

контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. А именно: 35 % от санкций по результатам медико-экономической экспертизы и экспертизы качества

медицинской помощи, а также 25 % от суммы штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Основополагающий

нормативный акт, регулирующий данное направление, – постановление Правительства РФ от 26.02.2021 № 273, а также связанные с ним приказы Минздрава России.

Право на получение средств НСЗ ТФОМС на финансирование мероприятий имеют медицинские организации (далее – МО), которые:

- заключили договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС на текущий финансовый год;
- включены в план мероприятий, утверждённый Минздравом Кузбасса и согласованный с ТФОМС, страховыми медицинскими организациями и профсоюзами.

При этом, медицинские организации обязаны обеспечить соответствие реализуемых мероприятий (приобретение и ремонт оборудования, обучение) требованиям, установленным нормативными актами.

1. Приобретение медицинского оборудования

1.1. Требования к оборудованию:

- включено в порядки оказания медицинской помощи, стандарты оснащения медицинских организаций, положения об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи;
- зарегистрировано в Государственном реестре медицинских изделий и организаций, осуществляющих их производство и изготовление;

- предназначено для оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;
- соответствует коду вида медицинского оборудования в соответствии с классификацией медицинских изделий.

1.2. Необходимые документы:

- заявка на включение в план мероприятий;
- подтверждение наличия в штате медицинского работника, квалификация которого позволяет работать на приобретаемом оборудовании (диплом, сертификат специалиста и т. д.);
- документы о наличии помещения для установки оборудования (при необходимости);
- код вида медицинского оборудования.

1.3. Порядок действий МО:

1. Определить потребность в оборудовании и подготовить заявку в ГИС ОМС.
2. После включения

в план мероприятий заключить соглашение с ТФОМС о финансовом обеспечении мероприятия.

3. Заключить контракт на поставку оборудования в соответствии с законодательством.

4. В течение трёх рабочих дней со дня заключения контракта на поставку медицинского оборудования направить в ГИС ОМС заявку на перечисление средств с приложением копий документов.

2. Ремонт медицинского оборудования

2.1. Условия:

- наличие потребности в ремонте оборудования, включенного в стандарты оснащения, порядки оказания медицинской помощи, правила проведения диагностических исследований;
- оборудование находится в собственности (оперативном управлении) медицинской организации и принято к бухгал-





терскому учёту (подтверждается товарными накладными, актами приёма-передачи, договорами на поставку и т. п.);

- имеется регистрационное удостоверение на медицинское изделие;
- имеется акт о вводе оборудования в эксплуатацию;
- имеется документ, подтверждающий выход оборудования из строя (дефектная ведомость, сервисный акт);
- истечение срока гарантийного обслуживания.

2.2. Порядок действий МО:

1. Подготовить перечисленные документы.
2. Направить в ГИС ОМС заявку на включение в план мероприятий.
3. После включения в план мероприятий заключить с ТФОМС соглашение о финансовом обеспечении мероприятия.
4. Заключить контракт на ремонт оборудования в соответствии с нормами законодательства.

5. В течение трёх рабочих дней со дня заключения контракта на ремонт медицинского оборудования направить в ГИС ОМС заявку на перечисление средств с приложением копий документов.

3. Обучение медицинского персонала

3.1. Условия:

- тематика программы повышения квалификации соответствует видам, формам и профилям медицинской помощи, оказываемой организацией в рамках территориальной программы ОМС, а также должности медицинского работника;
- медицинский работник не проходил обучение по программам дополнительного профессионального образования в течение года, предшествующего соответствующему финансовому году;
- обучение проводится по программам, реализуемым с применением одной или нескольких обра-

зовательных технологий: стажировки, симуляционного обучения, дистанционных образовательных технологий и электронного обучения, а также в сетевой форме.

3.2. Порядок действий МО:

1. Медицинский работник выбирает программу обучения на Портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России (<https://edu.rosminzdrav.ru>).

2. Работник подаёт руководителю медицинской организации заявление о направлении на обучение, предварительную заявку и образовательный сертификат, сформированные на Портале.

3. Медицинская организация формирует заявку в ГИС ОМС.

4. После включения в план мероприятий медицинская организация заключает с ТФОМС соглашение о финансовом обеспечении мероприятия.

5. Заключает договор на обучение с образовательной организацией.

6. В течение трех рабочих дней со дня заключения договора на обучение направляет в ГИС ОМС заявку на перечисление средств с приложением копий документов.

Дополнительные требования

- Средства НСЗ могут получать только медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в соответствии



с территориальной программой ОМС.

- Медорганизации обязаны вести раздельный учёт средств НСЗ.

- Медицинская организация должна отчитываться о реализации мероприятий и использовании средств в соответствии с утверждёнными формами и порядком.

- Остатки средств, не использованные на 1 января очередного финансового года, направляются на те же цели в следующем году.

ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ НСЗ ТФОМС В 2025 ГОДУ

В 2025 году на финансирование мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования из средств НСЗ ТФОМС Кузбасса медицинским организациям перечислено более 137 млн рублей.

С учетом высоких темпов развития современной медицины, внедрения новых технологий и методов лечения больницам требуется медицинское оборудование высокого класса – как на смену изношенному, так и новое, необходимое для оказания медицинской помощи жителям Кузбасса. Основная часть средств НСЗ направляется именно на приобретение меди-

цинского оборудования.

В 2025 году медицинские организации Кузбасса приобрели 13 единиц медицинского оборудования на общую сумму 103,9 млн рублей. В их числе:

- аппараты палатные рентгенографические,
- наркозно-дыхательный аппарат с принадлежностями,
- системы эндоскопической визуализации,
- аппарат электрохирургический,
- аппарат ультразвуковой диагностики,
- система ультразвуковая хирургическая для мягких тканей,
- стол операционный универсальный, электро-механический и другое оборудование.

Кроме того, для медицинских организаций отремонтировано 13 единиц дорогостоящего оборудования на общую сумму 17,3 млн рублей: томограф рентгеновский компьютерный, маммограф рентгеновский, флюорограф, аппарат рентгеновский диагностический цифровой для рентгенографии, бронхофиброскоп, видеоколоноскоп и др.

Все заявки медицинских организаций на обучение работников, которые соответствовали нормативным требованиям, удовлетворены в полном объеме, что позволило повысить уровень их знаний и компетенций по соответствующим профилям.

По итогам 2025 года 2 290 медицинских работников получили дополни-

тельное профессиональное образование по программам повышения квалификации по таким специальностям, как онкология, кардиология, педиатрия, неонатология, скорая и неотложная помощь, анестезиология и реаниматология, функциональная диагностика, рентгенология, офтальмология, хирургия, неврология, травматология и ортопедия, операционное дело, сестринское дело, лабораторная диагностика, акушерское дело и другие. На обучение направлено более 16 млн рублей.

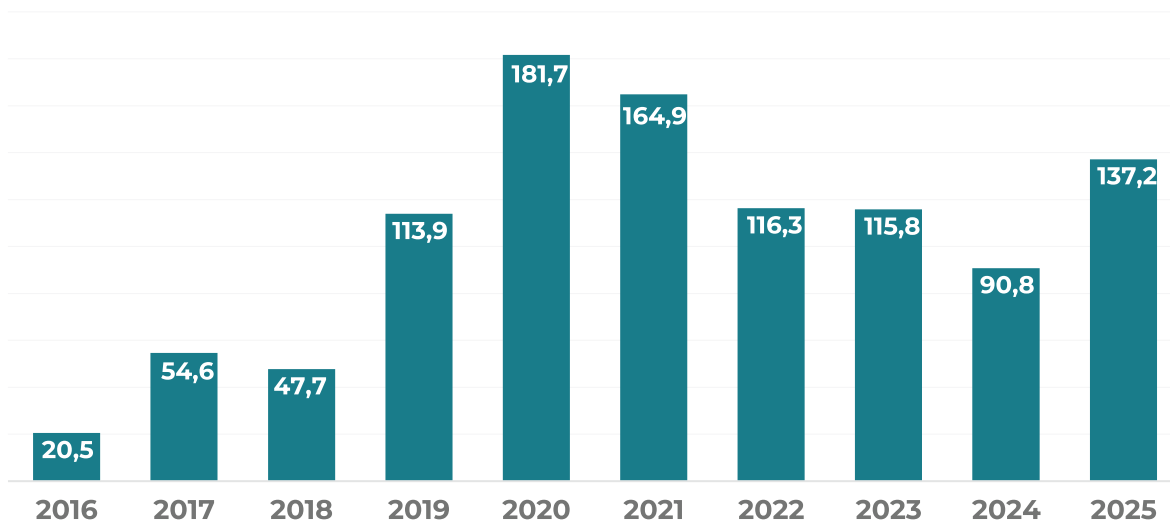
Работа по реализации мероприятий в ГИС ОМС информативна и прозрачна для всех участников данного направления. В системе можно отследить все этапы процесса – от подачи медицинскими организациями заявок на включение в план до предоставления отчетности. Количество и сумма заявок МО на участие в мероприятиях значительно превышает объем средств, сформированных в составе НСЗ на данное направление.

На этапе приема заявок подразделения ТФОМС проверяют:

- состав и полноту представленной информации,
- корректность заполнения всех требуемых реквизитов,
- соблюдение нормативных требований.

Территориальная комиссия по рассмотрению заявок на включение мероприятий в территориальный план (создана

Рис. 1. Объем средств нормированного страхового запаса, направленный в медицинские организации Кузбасса, 2016–2025 гг. (млн рублей)



приказом Минздрава Кузбасса от 13.03.2025 № 346) проводит анализ свода заявок, оценивает их обоснованность, приоритетность, целесообразность, соответствие федеральным и региональным нормативным документам – с учетом сформированной суммы средств НСЗ ТФОМС на дату заседания.

По итогам анализа формируется Акт предварительного рассмотрения заявок, который подписывается председателем территориальной комиссии. Далее секретарь территориальной комиссии формирует заседания в ГИС ОМС и отражает решения и заключения членов территориальной комиссии по каждой заявке. План мероприятий согласовывается и утверждается в ГИС ОМС Минздравом Кузбасса.

В целом за весь период реализации данного целевого направления – с 2016 по 2025 год – из средств НСЗ в медицинские организации Кемеровской

области – Кузбасса на финансирование мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и ремонту медицинского оборудования направлено 1 043,4 млн рублей (рис. 1).

ЦЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ЗА СЧЁТ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ТФОМС

Средства нормированного страхового запаса ТФОМС направляются на достижение трёх ключевых целей:

- **Техническое обновление**

Оснащение медицинских учреждений современным оборудованием.

- **Профессиональное развитие**

Повышение квалификации медицинского персонала, обновление теоретических знаний и отработка

практических навыков.

- **Социальный эффект**

Обеспечение заметного роста доступности и качества медицинской помощи для населения.

Таким образом, финансирование указанных мероприятий не сводится к простой закупке медицинского оборудования, проведению его ремонта или организации обучения. Его конечная цель – создать систему, в которой современные технологии и компетентные специалисты работают в единой связке на благо пациента. Кроме того, использование отдельного источника финансирования (нормированного страхового запаса) позволяет медицинским организациям не отвлекать на указанные цели средства ОМС, полученные непосредственно за оказанную помощь. Эти деньги могут быть направлены на иные первоочередные нужды в рамках текущей финансово-хозяйственной деятельности медорганизации.

Коротченко О.А., Садовская А.Д.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ РАСЧЕТЫ В СИСТЕМЕ ОМС: СОКРАЩЕНИЕ РАЗРЫВА МЕЖДУ РАСХОДАМИ И ДОХОДАМИ ПО ИТОГАМ 2025 ГОДА



Один из важных аспектов деятельности территориального фонда ОМС – осуществление финансовых расчетов между субъектами Российской Федерации за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории региона, в котором был выдан полис ОМС. Эффективность системы межтерриториальных расчетов напрямую влияет на сбалансированность территориальных программ госгарантий и доступность медицинской помощи для граждан. В настоящей статье представлен анализ динамики доходов и расходов Территориального фонда ОМС Кемеровской области – Кузбасса по итогам 2025 года в сравнении с 2024 годом. Рассматриваются основные потоки финансирования, профили и условия оказания медицинской помощи, а также оценивается вклад медицинских организаций региона в изменение баланса межтерриториальных расчетов.

ВХОДЯЩИЙ ПОТОК (ДОХОДЫ)

Сумма доходов за лечение застрахованных других субъектов РФ в меди-

цинских организациях Кузбасса за 2025 год увеличилась по сравнению с 2024 годом на 22 % (212 млн руб.) и составила

1 163 млн рублей. Распределение по условиям оказания медицинской помощи представлено в таблице 1.

КОРОТЧЕНКО О.А.,
начальник
отдела
расчетов

САДОВСКАЯ А.Д.,
главный
специалист
отдела
расчетов

Таблица 1. Доходы от лечения инообластных пациентов в медицинских организациях Кузбасса, млн руб.

Условия оказания МП	2024	2025	Динамика, млн руб.	Динамика, %
в амбулаторных условиях	48	59	+11	123
в дневном стационаре	89	59	-30	66
в круглосуточном стационаре	778	1 012	+234	130
скорая медицинская помощь	36	33	-3	92
Всего	951	1 163	+212	122

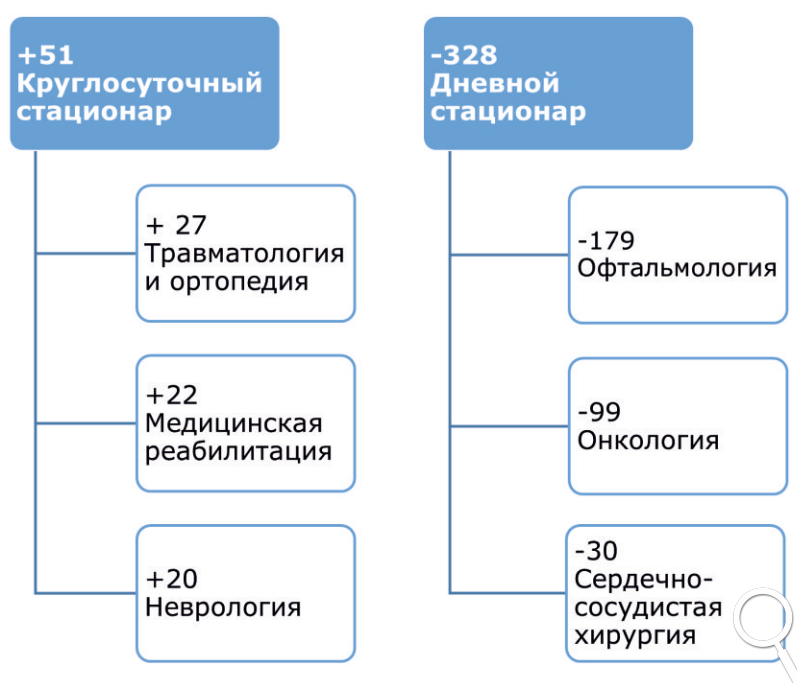
Прирост доходов обеспечен главным образом за счет стационарной медицинской помощи, оказанной преимущественно в экстренной форме (69 % от стоимости всей стационарной помощи).

ИСХОДЯЩИЙ ПОТОК (РАСХОДЫ)

Сумма расходов на лечение застрахованных жителей Кузбасса за пределами региона в 2025 году уменьшилась на 17 % (-289 млн руб.) по сравнению с 2024 годом и составила 1 437 млн рублей. Детализация по условиям оказания медицинской помощи приведена в таблице 2.

Ключевая тенденция: в 2024 году расходы превышали доходы в 1,8 раз, в 2025 году – в 1,2 раза. Таким образом, наблюдается положительная динамика баланса межтер-

Рисунок 1. Сравнительная динамика расходов 2025 года к 2024, млн руб.

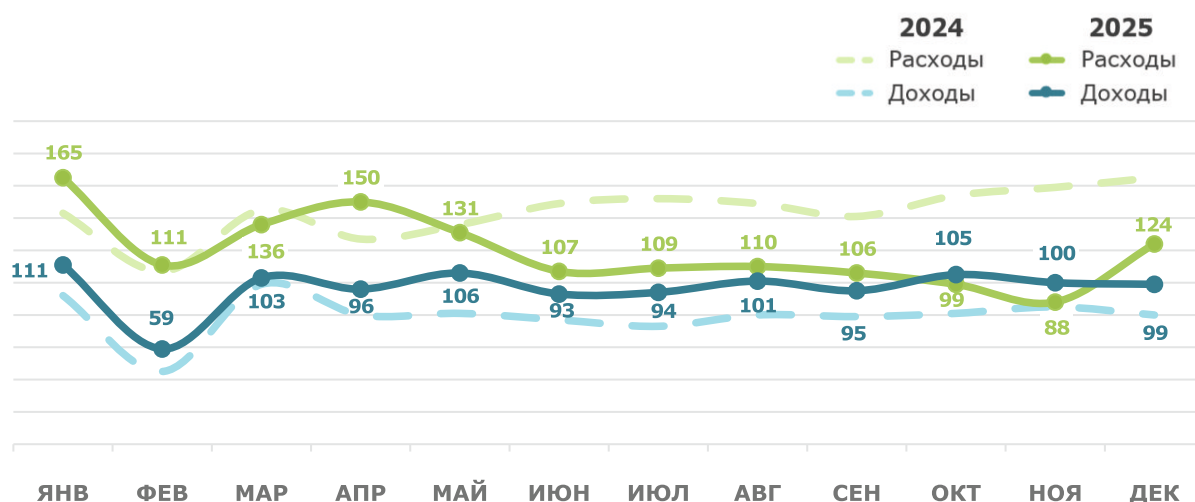


риториальных расчетов. На фоне значительного снижения расходов по дневному стационару зафиксирован рост расходов по круглосуточному стационару.

Распределение расходов по условиям оказания медицинской помощи и профилям с максимальной динамикой (снижение и рост) представлено на рисунке 1.

Таблица 2. Расходы на лечение кузбассовцев в других регионах России, млн руб.

Условия оказания МП	2024	2025	Динамика, млн руб.	Динамика, %
в амбулаторных условиях	235	218	-17	93
в дневном стационаре	749	421	-328	56
в круглосуточном стационаре	692	743	+51	107
скорая медицинская помощь	50	55	+5	110
Всего	1 726	1 437	-289	83

**Рисунок 2.** Сравнительная динамика по предъявленным счетам, млн руб.

Динамика предъявления счетов по входящему и исходящему потокам 2025 года относительно предыдущего периода показана на рисунке 2.

ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ПОТОКОВ ПАЦИЕНТОВ

Медицинская помощь кузбассовцам в большинстве случаев оказывалась в медицинских организа-

циях соседних регионов, а также в городах Москва и Санкт-Петербург. Основной объем доходов формируют территории Сибирского федерального округа (рис. 3).

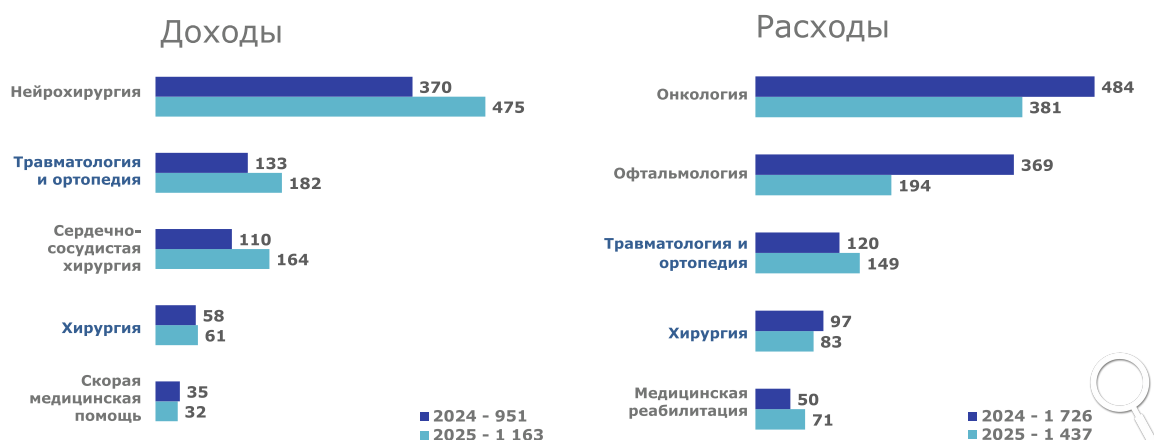
На протяжении нескольких лет сохраняется как перечень субъектов РФ, так и их доля в общем объеме поступлений и расходов. В 2025 году по территориям с наи-

большой долей затрат произошло снижение стоимости счетов:

- Томская область – на 28 %;
- Новосибирская область – на 16 %;
- г. Москва – на 11 %;
- г. Санкт-Петербург – на 9 %.

Исключение составил Алтайский край, где отмечено увеличение счетов на 22 %, главным обра-

Рисунок 3. Сравнительная динамика по субъектам РФ с наибольшей долей поступлений и затрат, 2024-2025 гг.

Рисунок 4. Структура доходов и расходов по профилям медицинской помощи, 2024-2025 гг., млн руб.

зом за счет медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация».

Соотношение доходов и расходов по топ-профилям медицинской помощи, оказанной за пределами региона страхования, представлено на рисунке 4.

ДОХОДЫ ТФОМС КУЗБАССА: СТРУКТУРА ПО ПРОФИ- ЛЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И МО-ЛИДЕРЫ

Увеличение доходов по профилям, по которым медицинская помощь оказывается в МО Кузбасса, сложилось преимущественно за счет:

- нейрохирургии (прирост 28 %),

- травматологии и ортопедии (37 %),
- сердечно-сосудистой хирургии (49 %).

В 2025 году в структуре клинико-статистических групп (далее – КСГ) по профилю «нейрохирургия» преобладали операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2); по травматологии и ортопедии – эндопротезирование суставов и операции на костно-мышечной системе и суставах (уровни 4-5); по сердечно-сосудистой хирургии – операции на сосудах (уровни 2–5) (рисунок 5).

Обращает на себя внимание тот факт, что по профилям «травматология и ортопедия», «хирургия» идентичная меди-

цинская помощь оказывается застрахованным гражданам одного региона на территории другого (как во входящем, так и исходящем потоках пациентов).

Состав медицинских организаций Кемеровской области – Кузбасса по сумме доходов за лечение инообластных пациентов остался аналогичным прошлому году (рисунок 6).

При этом максимальный рост потока пациентов зафиксирован в трех медицинских организациях:

- ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница № 29 имени А.А. Луцика» (рост стоимости медицинской помощи – 139 % к уровню 2024 года);

Рисунок 5. Доходы по КСГ по наиболее востребованным профилям, 2024-2025 гг., млн руб.

		2024	2025	Динамика (2025 / 2024), %
Нейрохирургия	Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)	251	363	+45
Травматология и ортопедия	Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4-5)	62	93	+50
	Эндопротезирование суставов	49	54	+10
Сердечно-сосудистая хирургия	Операции на сосудах (уровень 2-5)	114	146	+28



Рисунок 6. Медицинские организации – лидеры по доходам, 2024-2025 гг., млн руб.



- GAUZ «Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского» (рост – 145 %);
- ООО «Гранд Медика» (рост – 122 %).

РАСХОДЫ ТФОМС КУЗБАССА: СТРУКТУРА ПО ПРОФИ- ЛЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ПО- МОЩИ И МО – ЛИДЕРЫ

Перечень наиболее востребованных профилей медицинской помо-

щи, оказанной кузбассовцам за пределами нашего региона, в целом сохранился на уровне 2024 го-да:

- в условиях дневного стационара – онкология, офтальмология;
- в стационарных услови-ях – травматология и ортопедия, хирургия.

Однако сложившаяся в 2025 году тенденция к снижению расходов по дневному стационару изменила структуру лиде-

ров: пятерку замыкает профиль «медицинская реабилитация», а «сердечно-сосудистая хирургия» переместилась на 8 место.

Состав лидирующих КСГ по наиболее весомым профилям сохраняется (рисунок 7).

В 2025 году преоблада-ли:

- по профилю «онколо-гия» – лекарственная те-рапия при злокачествен-ных новообразованиях (кроме лимфоидной

Рисунок 7. Затратные КСГ в части расходов по наиболее востребованным профилям, 2024-2025 гг., млн руб.





и кроветворной тканей), взрослые (уровни 15–18);

- по профилю «офтальмология» – операции на органе зрения (уровень 5), в том числе фактоэмульсификация с имплантацией ИОЛ и интравитреальное введение лекарственных препаратов;
- по профилю «травматология и ортопедия» – операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5), эндопротезирование суставов и операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5), эндопротезирование суставов

и операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3);

- по профилю «хирургия» – другие операции на органах брюшной полости (уровень 4-5);
- по профилю «медицинская реабилитация» – медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (4 балла по ШРМ).

Основные затраты по профилю «медицинская реабилитация» приходятся на медицинскую помощь, оказанную в ста-

ционарных условиях (98 % от стоимости в целом по профилю). Распределение расходов по медицинским организациям – лидерам оказания медпомощи по данному профилю представлено в таблице 3.

Объем средств, направленный в указанные МО в 2025 году, составил 58 % от всех расходов по профилю.

Значительный объем медицинской помощи жителям Кузбасса за пределами региона оказывается в МО частной формы собственности (рисунок 8). Объем средств за 2025 год в пяти указанных МО составил 463 млн руб. (32 % от всех расходов).

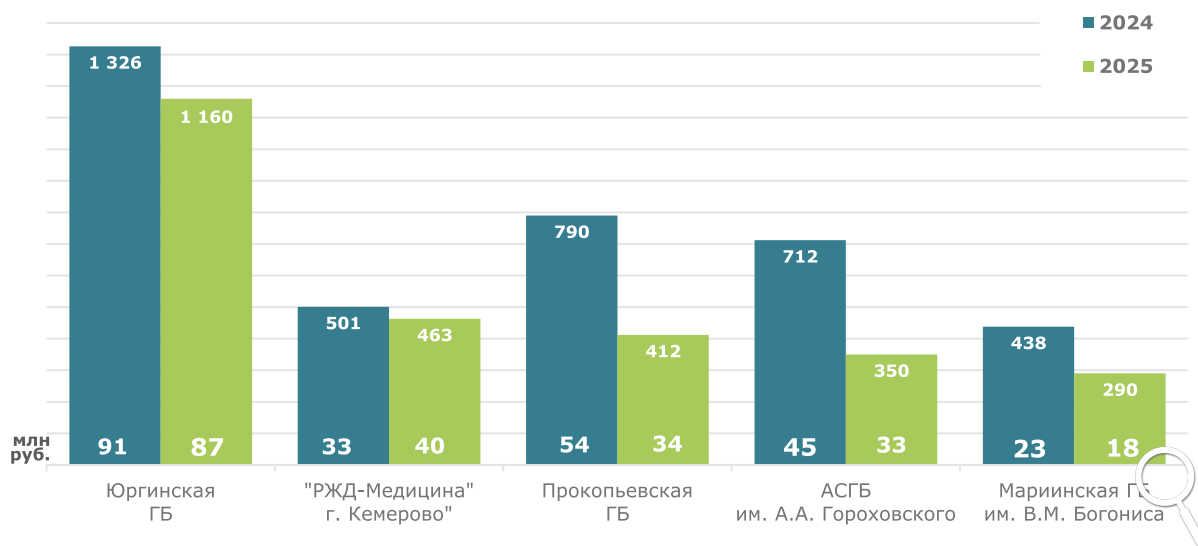
АНАЛИЗ ВЫДАННЫХ НАПРАВЛЕНИЙ НА ЛЕЧЕНИЕ

Медицинские организации Кузбасса – лидеры по количеству выданных направлений на лечение за пределы региона представлены на рисунке 9.

По итогам 2025 года в сравнении с 2024 годом по всем МО – лидерам наблюдается снижение числа выданных направлений. Тем не менее, не-

Таблица 3. МО – лидеры по расходам на медицинскую реабилитацию кузбассовцев за пределами региона, 2024-2025 гг., млн руб.

Медицинская организация	2024	2025
ООО «КЛРЦ «Территория здоровья», Алтайский край	12	19
ООО «РЦ Санаторий «Лесной», Новосибирская область	8	12
АНО «Клиника НИИТО», Новосибирская область	7	11

**Рисунок 8.** Топ частных МО – лидеров по расходам, 2024-2025 гг., млн руб.**Рисунок 9.** МО – лидеры по количеству выданных направлений на лечение за пределами региона, 2024-2025 гг.

смотря на проводимую работу, ЧУЗ «РЖД-Медицина» г. Кемерово» увеличила объем средств ОМС, направляемых за пределы Кузбасса (+7 млн руб.).

При формировании

плановых показателей деятельности на 2026 год Комиссия по разработке ТПОМС довела до медицинских организаций системы ОМС Кузбасса количество случаев оказания

медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров за минусом объемов, оказанных прикрепленным гражданам за пределами региона.

Таблица 4. Динамика МТР по счетам, предъявленным к оплате, 2024-2025 гг., млн руб.

Условия оказания МП	2024	2025	2025 / 2024, %	2025 / 2024, млн руб.
Расходы за лечение кузбассовцев за пределами области, млн руб.	1 726	1 437	83	-289
Доходы за пролеченных инообластных пациентов, млн руб.	951	1 163	122	+212
Отношение расходы/доходы, %	181	124		
Превышение расходов над доходами, млн руб.	+775	+274		



на рисунке 10.

Положительная динамика в балансе межтерриториальных расчетов, наметившаяся в 2025 году, подтверждает эффективность принятого вектора управленческих решений. Целенаправленная работа по снижению затрат на лечение жителей Кузбасса за пределами региона и повышению доступности медицинской помощи в медицинских организациях Кемеровской области дает устойчивый финансовый результат. Необходимо продолжить активную работу по дальнейшей реализации комплекса принятых управленческих решений в сфере ОМС региона совместно с Министерством здравоохранения Кузбасса, главными областными специалистами по профилям, а также усилить контроль в отношении МО – лидеров по выдаче направлений за пределы области.

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ

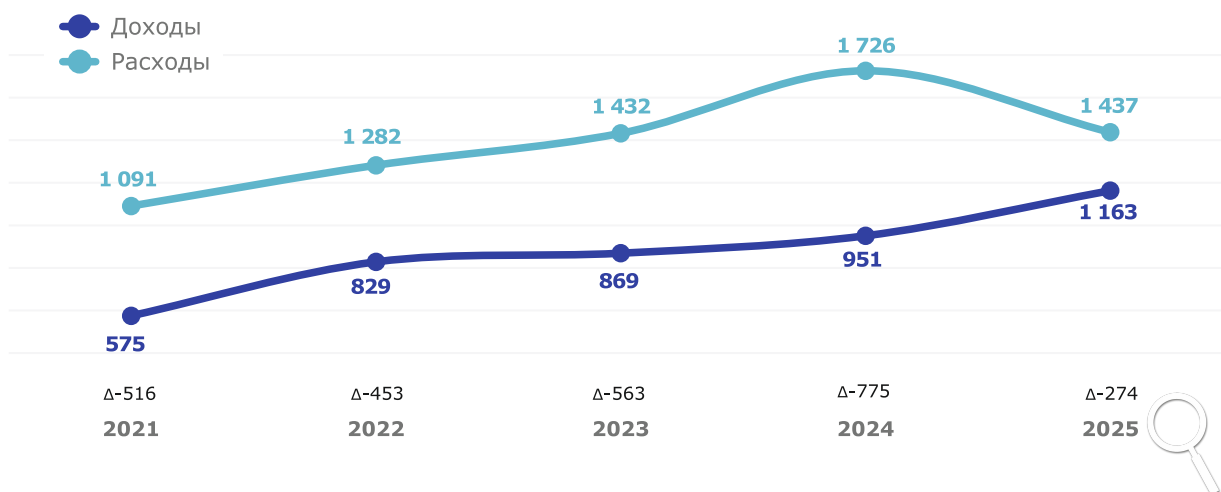
Если проанализировать динамику МТР за последние два года по предъявленным к оплате счетам (табл. 4), становится очевидно, что отрицательный баланс между расходами и доходами за 2025 год уменьшился на 501 млн рублей по сравнению с 2024 го-

дом (по итогам 9 месяцев 2025 снижение составляло 276 млн рублей).

Стоимость лечения кузбассовцев в других регионах по результатам 2025 года снизилась на 289 млн рублей относительно 2024 года.

Динамика межтерриториальных расчетов за последние пять лет показана

Рисунок 10. Динамика межтерриториальных расчетов, 2021-2025 гг., млн руб.



Климкина В.В., Ситникова Е.Ю., Астраханцева Э.Л.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

О ПЕРЕХОДЕ НА РАБОТУ В ПОДСИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ ДОХОДАМИ ГИИС «ЭЛЕКТРОННЫЙ БЮДЖЕТ»



Цифровая трансформация бюджетного процесса – глобальный тренд, определяющий эффективность государственного управления. Ключевой платформой для реализации данной задачи выступает Государственная интегрированная информационная система управления общественными финансами «Электронный бюджет» (далее – ГИИС «Электронный бюджет»). Ее развитие направлено на создание единого информационного пространства для всех участников бюджетного процесса, обеспечение прозрачности и подотчетности использования бюджетных средств.

Одним из наиболее значимых направлений развития ГИИС «Электронный бюджет» в 2025 году стал централизованный переход функционала по учету и распределению доходов бюджетной системы из региональной Системы удаленного финансового документообо-

рота территориального управления Федерального казначейства (далее – СУФД) в специализированную Федеральную Подсистему управления доходами ГИИС «Электронный бюджет» (далее – ПУД). Этот переход обусловлен не только необходимостью технологичес-

кой модернизации, но и стратегией импортозамещения программного обеспечения, а также потребностью во внедрении качественно новых технологических решений для администрирования доходов.

Администрирование доходов бюджета являет-

КЛИМКИНА В.В.,
начальник
финансово-
экономического
управления

СИТНИКОВА Е.Ю.,
начальник
отдела
бюджетного
планирования
и формирования
доходов

АСТРАХАНЦЕВА Э.Л.,
главный
консультант
отдела
бюджетного
планирования
и формирования
доходов

Таблица 1. Этапы работы по внедрению ПУД ГИИС «Электронный бюджет»

Этапы работы	
1	Определение перечня работников Фонда, ответственных за работу в ПУД
2	Регистрация пользователей, наделение полномочиями и назначение ролей в Подсистеме обеспечения информационной безопасности
3	Настройка автоматизированных рабочих мест в соответствии с присвоенными ролями
4	Настройка шаблонов листов согласования документов
5	Обучение, участие в совещаниях и видеоконференциях, проводимых Управлением Федерального казначейства (далее –УФК) по Кемеровской области - Кузбассу
6	Работа в тестовом режиме (ввод данных, согласование и утверждение документов)
7	Начало производственной эксплуатации процесса, формирование документов в личном кабинете

ся одной из главных функций Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса (далее – Фонд). Она обеспечивает финансовую устойчивость системы ОМС в регионе, включая аккумулирование и управление финансовыми средствами, контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты платежей, начисление, учет, взыскание и принятие решений о возврате (зачете) излишне уплаченных (взысканных) платежей, пеней и штрафов по ним, а также контроль погашения дебиторской задолженности и недопущение образования кредиторской задолженности по доходам.

Переход администраторов доходов бюджетной системы РФ на работу в ПУД ГИИС «Электронный бюджет» осуществлялся поэтапно, «волнами», в соответствии с графиками, утвержденными Федеральным казначейством и учитывающими готовность региональных

информационных систем. Кузбасс был включен в шестую волну перехода.

Для осуществления перехода на работу в ПУД Фондом проведена подготовительная работа, включающая несколько этапов (таблица 1).

Переход администраторов доходов бюджетных организаций Кемеровской области – Кузбасса на работу в ПУД ГИИС «Электронный бюджет» осуществлен в июле 2025 года, одновременно с Кузбассом перешли в ПУД 15 субъектов Российской Федерации (рис. 1).

С 14.07.2025 Фонд в качестве администратора доходов бюджета перешел на работу в ПУД ГИИС «Электронный бюджет».

В процессе подготовки и после перехода на работу в ПУД было налажено оперативное взаимодействие со службой технической поддержки УФК по Кемеровской области – Кузбассу для решения возникающих вопросов организационного и технического характера. Данный многоэтапный

подход позволил осуществить плавный переход в новую систему и обеспечить бесперебойный документооборот.

В связи с переходом на работу в ПУД были внесены изменения в ключевые нормативные акты Федерального казначейства:

- приказом Казначейства России от 26.11.2025 № 21н «О внесении изменений в Порядок открытия и ведения лицевых счетов территориальными органами Федерального казначейства, утвержденный приказом Федерального казначейства от 17 октября 2016 г. № 21н» внесены изменения в Порядок открытия и ведения лицевых счетов территориальными органами Федерального казначейства, в частности, оптимизирован реквизитный состав выписки из лицевого счета администратора доходов бюджета (далее – АДБ), исключено приложение к выписке из лицевого счета АДБ;

- приказом Казначейства России от 05.12.2024 № 20н «О внесении из-

Рисунок 1. Субъекты РФ шестой волны перехода на работу в ПУД ГИИС «Электронный бюджет»



менений в приказ Федерального казначейства от 14 мая 2020 г. № 21н «О Порядке казначейского обслуживания» внесены изменения в Порядок казначейского обслуживания, в частности, ранее используемые в СУФД формы документов «Заявка на возврат» и «Уведомление об уточнении вида и принадлежности платежа» заменены на единые формы: Распоряжение о совершении казначейского платежа (возврат) и Распоряжение о совершении казначейского

платежа (уточнение).

В результате снизилось количество получаемых финансовых документов (таблица 2), сократились временные затраты на формирование возвратов и уточнений платежа, что способствовало проведению масштабной корректировки отражения в бухгалтерском учете поступлений по искам, предъявленным лицам, ответственным за причинение вреда здоровью застрахованного лица, в целях возмещения расходов на оказание

медицинской помощи.

Интерфейсы СУФД и личного кабинета ПУД ГИИС «Электронный бюджет» представлены на рисунках 2 и 3.

Анализ работы в новой системе позволил выделить ряд существенных преимуществ ПУД по сравнению с работой в СУФД: простой и интуитивно понятный интерфейс, возможность автоматического формирования реквизитов документа из платежных поручений, встроенный контроль при формировании до-

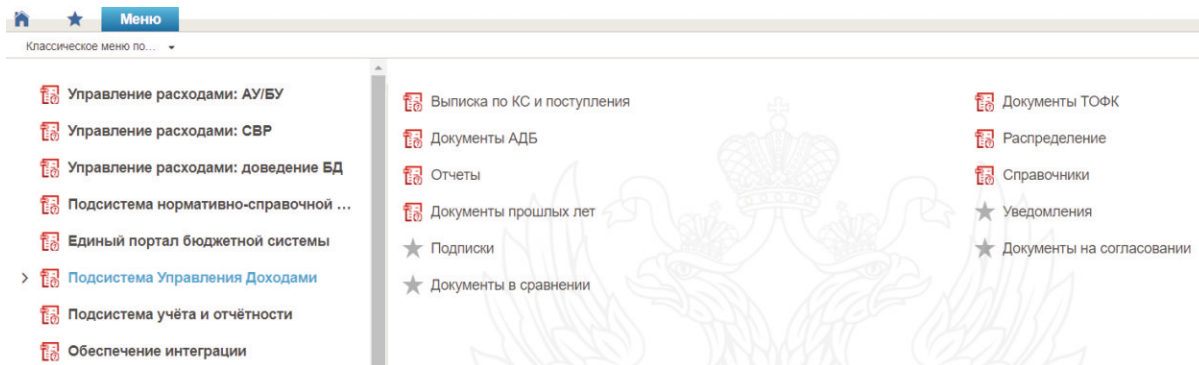
Таблица 2. Количество обрабатываемых документов в 2024 и 2025 годах

Виды работ и документов	2024	2025
Получение и обработка финансовых документов из УФК (платежные поручения, реестры, выписки, справки)	5 808	5 634
Обработка запросов на выяснение принадлежности платежа	41	43
Формирование и направление в УФК:		
- уведомлений об уточнении вида платежа/ распоряжение о совершении казначейского платежа (уточнение)	79	156
- заявок на возврат/распоряжение о совершении казначейского платежа (возврат)	185	189

Рисунок 2. Интерфейс СУФД

Дата отчета	Наименование отчета	Дата создания
09.06.2025	Справка о перечисленных поступлениях в бюджет	10.06.2025
09.06.2025	Выписка из казначейского счёта	10.06.2025
09.06.2025	Выписка из казначейского счёта	10.06.2025
09.06.2025	Справка о кассовых операциях со средствами бюджета	10.06.2025
09.06.2025	Справка о свободном остатке средств бюджета (0531859)	10.06.2025
10.06.2025	Реестр перечисленных поступлений	10.06.2025
09.06.2025	Выписка из счёта АДБ (МФ)	10.06.2025
09.06.2025	Приложение к выписке из счёта АДБ (МФ)	10.06.2025
09.06.2025	Выписка из счёта ПБС (МФ)	10.06.2025
09.06.2025	Приложение к выписке из счёта ПБС (МФ)	10.06.2025

Рисунок 3. Интерфейс ПУД ГИИС «Электронный бюджет»



кументов, более детальный статус документов, оптимизированный документооборот. Результаты внедрения ПУД представлены в таблице 3.

В период нестабильной экономической ситуации в регионе оперативный обмен данными в ПУД позволил сократить сроки поступления субвенции Федерального фонда ОМС в бюджет Фонда для своевременного финансирования медицинских организаций Кемеровской области – Кузбасса.

Для обеспечения открытости и доступности бюджетного процесса для граждан и организаций прогноз доходов бюджета Фонда размещается в ГИИС «Электронный бюджет» в соответствии с приказом Минфина России от 28.12.2016

№ 243н «О составе и порядке размещения и предоставления информации на едином портале бюджетной системы Российской Федерации».

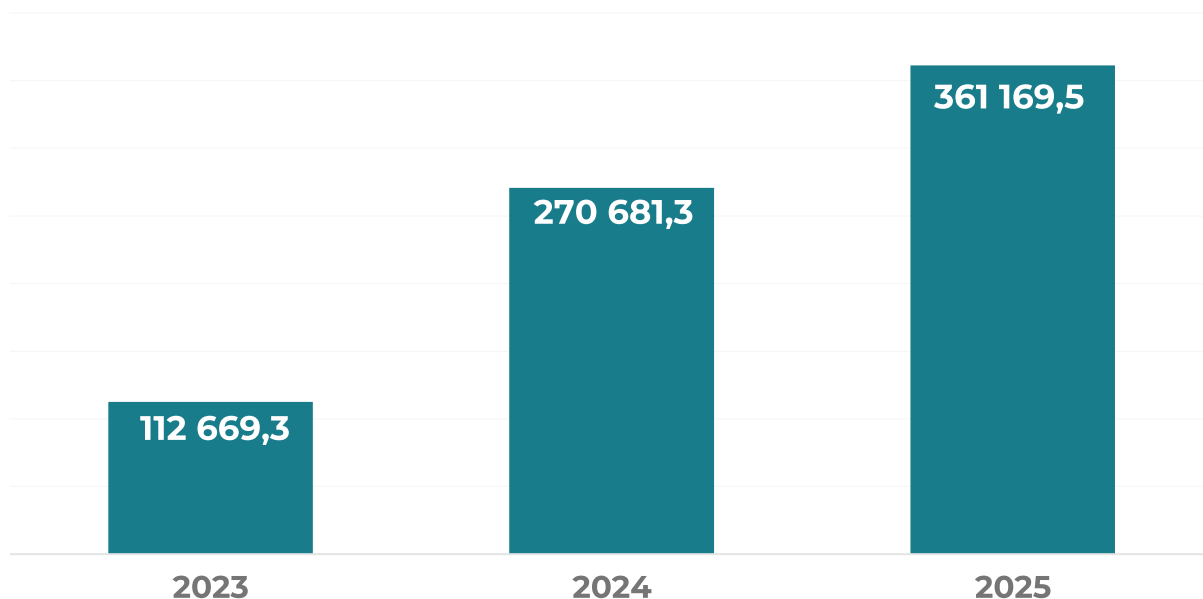
Кроме того, Фонд ежемесячно формирует в модуле кассового планирования подсистемы управления денежными средствами ГИИС «Электронный бюджет» прогноз движения средств на едином счете бюджета: на очередной месяц – с детализацией по дням, на год – с детализацией по месяцам, с учетом фактических данных за предыдущий период. Это позволяет предотвращать кассовые разрывы, своевременно и эффективно распределять расходы, качественно управлять временно свободными средствами бюджета Фонда и полу-

чать дополнительный доход на финансирование территориальной программы ОМС. Динамика поступления дохода от размещения временно свободных средств Фонда на банковских депозитах за три года представлена на рисунке 4.

Таким образом, возможность получения в ПУД ГИИС «Электронный бюджет» актуальной информации о поступлении платежей в режиме реального времени позволяет точнее прогнозировать доходы и планировать расходы бюджета Фонда, оптимально использовать временно свободные средства, своевременно финансировать медицинские организации и сохранять финансовую устойчивость системы здравоохранения Кузбасса.

**Таблица 3.** Результаты внедрения ПУД ГИИС «Электронный бюджет»

СУФД до 14.07.2025	ПУД с 14.07.2025	Результат
Заявка на возврат	Распоряжение о совершении казначейского платежа (возврат)	- Распоряжение о совершении казначейского платежа (РСКП) – универсальный электронный документ с единым набором реквизитов и структурой документа, заменяющий разные виды документов. - Стандартизация операций по возврату и уточнению платежей
Уведомление об уточнении вида и принадлежности платежа	Распоряжение о совершении казначейского платежа (уточнение)	
Выписка из л/с АДБ, приложение к выписке из л/с АДБ	Выписка из л/с АДБ	- Оптимизирован реквизитный состав документа. - Сокращено количество обрабатываемых документов
Ручной ввод реквизитов	Автоматическое заполнение реквизитов платежного документа	- Перенос данных из других платежных документов. - Минимизация риска ошибок, связанного с ручным вводом. - Экономия рабочего времени работников Фонда
Контроль после обработки документов Казначейством («постфактумный»)	Контроль в процессе ввода документов на соответствие действующему законодательству	Минимизация технических ошибок и нарушения регламентов
Итоговый статус документа	Детальный статус документа	Отслеживание статуса обработки документа на каждом этапе согласования и исполнения в режиме реального времени
Разные документы размещены в одном разделе	Документы сгруппированы по соответствующим разделам	Сокращение времени на формирование и поиск различных документов
Просмотр финансовых документов после обработки и формирования отчетности	Просмотр финансовых документов в текущем режиме	Возможность оперативного планирования и принятия финансовых решений

Рисунок 4. Динамика поступления дохода от размещения временно свободных средств Фонда на банковских депозитах в период 2023–2025 гг., тыс. руб.

Гатин В.Р., Шин А.П.

ГАУЗ «Кузбасская областная клиническая больница им. С.В. Беляева»

«ВТОРОЕ МНЕНИЕ» КАК НОВАЯ НОРМА: ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСИЛИУМОВ В СИСТЕМЕ ОМС ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СЛОЖНЫХ СЛУЧАЕВ В УДАЛЕННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ КУЗБАССА



ГАТИН В. Р.,
главный
врач

ШИН А.П.,
руководитель
«Центра
телемедицинских
технологий»

Обеспечение равного доступа к качественной медицинской помощи для жителей удаленных и труднодоступных территорий остается одной из наиболее острых проблем российского здравоохранения.

Согласно данным Федеральной службы государственной статистики, плотность населения в ряде регионов Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера не превышает 0,5–1 человека на квадратный километр, что делает невозможным создание полноценной специа-

лизированной медицинской инфраструктуры в каждой точке присутствия. Как справедливо отмечают эксперты, «применение телемедицины особенно актуально для лиц, проживающих на географически отдаленных территориях с низкой плотностью населения, испыты-

вающих трудности в физическом доступе к получению квалифицированной медицинской помощи» [1].

Ключевым организационным решением в данной ситуации становится реализация концепции «второго мнения» – возможности дистанцион-

ного разбора сложных диагностических случаев с участием ведущих специалистов региональных и федеральных медицинских центров. Наиболее востребована данная технология в онкологии, неврологии, кардиологии и педиатрии, где своевременность и точность диагностики напрямую определяют прогноз заболевания. Как подчеркивается в исследовании НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, «с учетом специфики детских онкогематологических и иммунологических заболеваний, принятие решения о дальнейшей тактике лечения или госпитализации необходимо принимать в кратчайшие сроки». Телемедицинские технологии позволяют обеспечить именно такую оперативность.

Знаковым событием стало включение телемедицинских консультаций в базовую программу обязательного медицинского страхования. Как отмечается в официальных комментариях, «телемедицина перестает быть экспериментальным инструментом и становится обязательным элементом базовой программы ОМС» [2]. Это создает беспрецедентные возможности для системного внедрения дистанционных консилиумов в рутинную клиническую практику.

Цель настоящей статьи – анализ организационной модели дистанционных консилиумов

в системе ОМС, разработанной в ГАУЗ «Кузбасская областная клиническая больница им. С.В. Беляева» (далее – ГАУЗ КОКБ) для повышения точности диагностики сложных случаев в удаленных районах Кемеровской области – Кузбасса, а также обоснование ее клинической эффективности.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОМС

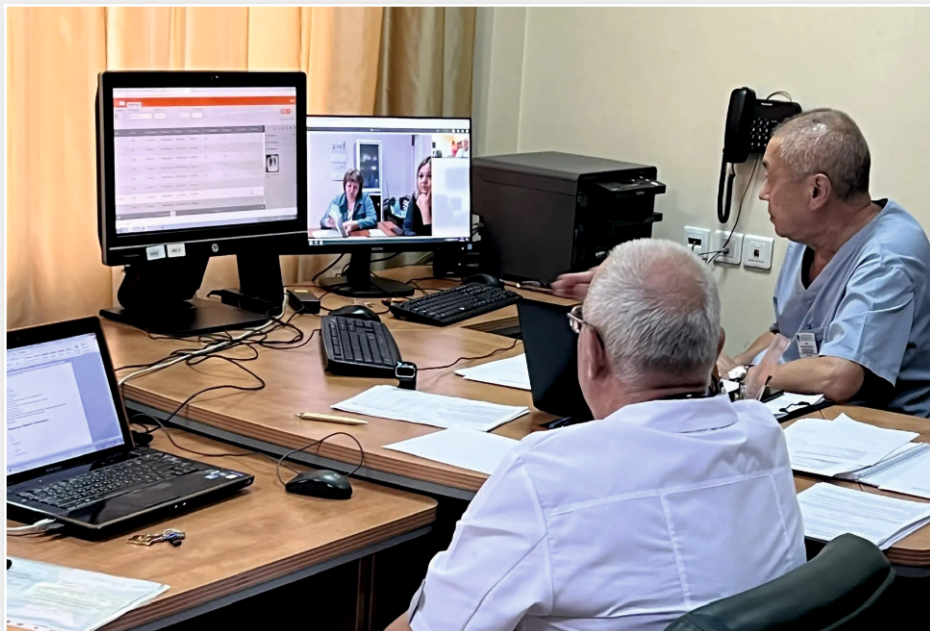
Формирование нормативно-правовой базы для телемедицины в системе ОМС прошло несколько этапов. Базовым актом является Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в статье 36.2 которого определены понятия «медицинская помощь с применением телемеди-

цинских технологий» и «телемедицинские технологии» как информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями при условии идентификации и аутентификации участвующих лиц.

Ключевым документом 2025–2026 годов стало Постановление Правительства РФ от 29.12.2025 № 2188, которым утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов. Данный акт впервые включил телемедицинские технологии в базовую программу ОМС на постоянной основе.

Особое значение имеет прямое разрешение





на проведение консультаций в формате «врач-врач» и «врач-пациент» (ранее телемедицина в ОМС была ограничена только взаимодействием между медицинскими работниками). Кроме того, закреплена возможность дистанционного диспансерного наблюдения после первичного очного установления диагноза, что открывает перспективы для проактивного ведения пациентов с хроническими заболеваниями.

Важным дополнением является норма о включении в структуру тарифа ОМС расходов на разработку, внедрение и техническое обслуживание медицинских информационных систем, а также на транспортные услуги, включая использование беспилотных авиационных систем для доставки биоматериалов. Это создает технологическую основу для функциониро-

вания единого цифрового контура.

Необходимо также отметить действующий экспериментальный правовой режим в сфере цифровых инноваций (Постановление Правительства РФ от 18.07.2023 № 1164), который до 1 августа 2026 года позволяет апробировать новые модели телемедицинской помощи, включая использование искусственного интеллекта и дистанционный мониторинг.

УРОВНИ И ФОРМАТЫ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСИЛИУМОВ В ГАУЗ КОКБ

В ГАУЗ КОКБ создана и действует трехуровневая система консилиумов с применением телемедицинских технологий (ТМК).

Первый уровень (локальный): врач медицинской организации Кемеровской области – Кузбасса инициирует запрос на телемедицинскую кон-

сультацию в ГАУЗ КОКБ. Показаниями служат: отсутствие узкого специалиста в медицинской организации, диагностическая неопределенность, подозрение на редкое заболевание, необходимость подтверждения показаний к высокотехнологичной помощи.

Второй уровень (региональный): на базе ГАУЗ КОКБ создан координационный центр телемедицины («Центр телемедицинских технологий»), который распределяет запросы по профильным специалистам и при необходимости организует мультидисциплинарный консилиум. Этот уровень ТМК позволяет уточнить диагноз, обсудить тактику лечения, получить «второе мнение» и проводить консилиумы. В Центре телемедицинских технологий работают два врача: заведующий центром, врач акушер-гинеколог, и врач анестезиолог-реаниматолог, ведущий мониторинг реанимационных больных.

Третий уровень (федеральный): при отсутствии необходимой компетенции в регионе или в особо сложных случаях запрос направляется в национальные медицинские исследовательские центры (НМИЦ).

РЕГЛАМЕНТ ПРОВЕДЕНИЯ КОНСИЛИУМОВ

На основании анализа практического опыта мы предлагаем следующий регламент проведения консилиумов:



- **Инициация (не более 2 часов с момента принятия решения):** врач медицинской организации оформляет электронную заявку в региональной медицинской информационной системе с приложением результатов инструментальных и лабораторных исследований (в формате DICOM для лучевой диагностики).

- **Модерация (до 4 часов):** координатор Центра телемедицинских технологий проверяет полноту данных, определяет профиль требуемого специалиста и назначает время консилиума.

- **Подготовка (до 24 часов при плановой консультации, 1 час при экстренной):** привлеченные специалисты знакомятся с материалами.

- **Проведение консилиума (30–60 минут):** видеоконференция с участием врача центральной районной больницы (ЦРБ), региональных экспертов (2–4 специалиста) и, при необходимости, пациента. Ведется протокол, фиксирующий коллективное решение.

- **Оформление заключения (до 24 часов):** итоговый документ с рекомендациями по диагностике, лечению или маршрутизации подписывается усиленными электронными подписями участников и вносится в электронную медицинскую карту пациента.

ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА ТМК

Для мониторинга эффективности ТМК мы

предлагаем использовать следующие показатели:

- **процессные:**

- доля запросов, рассмотренных в нормативный срок (цель – >95 %);
- среднее время ожидания консилиума;

- **результативные:**

- частота расхождения диагнозов после ТМК;
- доля пациентов, у которых изменена тактика лечения;
- частота необоснованных направлений в региональные центры (цель – снижение на 30 % за два года);

- **пациентоориентированные:**

- удовлетворенность пациентов (цель – > 90 % оценок «хорошо» и «отлично»).

На основе опыта работы ТМК в ГАУЗ КОКБ можно констатировать, что технология позволяет снизить количество необоснованных направлений в региональные цент-

ры, что уменьшает нагрузку на коечный фонд и транспортные расходы. Это также приводит к экономии средств ОМС за счет замещения очных консультаций и повышению удовлетворенности пациентов благодаря сокращению времени ожидания и исключению необходимости дальних поездок.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В 2025 году из 1 398 ТМК для МО Кемеровской области – Кузбасса 1 053 были проведены в формате видеоконференций (75,3 %, 2024 г. – 85,1 %). В 185 случаях по результатам ТМК были проведены госпитализация или перевод пациентов (13,2 %, 2024 г. – 20,6 %). Практически все проведенные ТМК для МО Кемеровской области были поданы на оплату по ОМС.



В таблице 1 представлены основные показатели ТМК с медицинскими организациями Кемеровской области – Кузбасса за последние три года.

ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ «ВТОРОГО МНЕНИЯ»

Наряду с позитивными результатами необходимо обозначить проблемы, связанные с внедрением технологии ТМК в ГАУЗ КОКБ. Главной из них является низкая стоимость ТМК в системе ОМС.

(Примечание редакции: тарифы на ТМК согласно утвержденным Тарифным соглашениям в зависи-

мости от врачебной специальности составляли: в 2025 году – от 222 до 486 рублей; в 2026 году – от 406,9 до 486 рублей. Для сравнения: базовый тариф на очный прием (осмотр, консультацию) врача-специалиста: в 2025 году составлял 495,5 рублей; в 2026 году – 532,6 рублей).

Накопленный опыт позволяет нам предложить следующие инструменты повышения качества «второго мнения».

1. Внедрение стандартизированных чек-листов для экспертов.

При анализе каждого типа исследований (ком-

пьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК), магнитно-резонансная томография головного мозга, маммография, эхокардиография (ЭхоКГ)) эксперт заполняет цифровой чек-лист, содержащий обязательные для оценки признаки. Это минимизирует пропуски патологии. Например, для КТ легких оцениваются: наличие узлов, их характер (солидные/частично-солидные/матовое стекло), локализация, связь с плеврой, состояние внутригрудных лимфоузлов.

2. Формирование «библиотеки сложных случаев». Все протоколы

Таблица 1. Структура ТМК с медицинскими организациями Кемеровской области – Кузбасса, 2023 – 2025 гг.

	Специальность	2023	2024	2025
1	Акушерство и гинекология	4	9	7
2	Гастроэнтерология	85	70	72
3	Гематология	216	254	296
4	Генетика	-	-	4
5	ЛОР	-	-	2
6	Неврология	47	46	53
7	Нейрохирургия	91	107	115
8	Нефрология	157	183	220
9	Офтальмология	-	4	59
10	Педиатрия	14	8	15
11	Пульмонология	81	110	112
12	Ревматология	60	103	110
13	ССХ	-	35	87
14	Урология	22	20	16
15	Фармакология	36	23	19
16	Хирургия	25	24	28
17	ЧЛХ	2	15	5
18	Эндокринология	76	91	178
19	Всего	916	1 102	1 398
20	Мониторинг COVID-19	12	1	-
21	Нефросовет	6	-	-
22	ТМК для КОКБ	214	220	223
23	Всего:	1 148	1 323	1 621

консилиумов, где было зафиксировано расхождение диагнозов, анонимизируются и сохраняются в обучающем модуле для врачей ЦРБ. Проводятся ежемесячные дистанционные клинико-анатомические конференции с разбором типичных диагностических ошибок.

3. Интеграция с системами поддержки принятия врачебных решений (СППВР).

Для наиболее сложных нозологий (интерстициальные заболевания легких, редкие кардиомиопатии, нейродегенеративные заболевания) планируется использование облачных сервисов на основе искусственного интеллекта (например, SecondEye для анализа КТ легких, Cardiologic AI для ЭхоКГ и т.п.). Это позволит повысить чувствительность диагностических методов до 95–97 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Включение телемедицинских консультаций в базовую программу ОМС является историческим рубежом для российского здравоохранения. Телемедицина – это не просто технология, это новый уровень взаимодействия между врача-

ми и пациентами и, по сути, новый стандарт диагностической помощи.

Предложенная в настоящей статье трехуровневая модель организации дистанционных консилиумов позволяет реализовать потенциал телемедицины для повышения точности диагностики сложных случаев в удаленных районах Кемеровской области. Дальнейшее развитие системы должно идти по пути интеграции технологий искусственного интеллекта для предварительного анализа диагностических изображений, расшире-

ния перечня нозологий для дистанционного наблюдения, а также совершенствования тарифной политики для стимулирования участия ведущих специалистов в телемедицинских консультациях. Внедрение «второго мнения» через механизм ОМС – это не просто организационное нововведение. Это этический императив современной медицины: каждый пациент, независимо от места жительства, имеет право на наиболее точный диагноз и оптимальную тактику лечения. Телемедицина делает это право реальностью.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бутайкин И.А. Современные тенденции и векторы развития правового регулирования медицинской деятельности в Российской Федерации. - Медицинское право. – № 1. – 2026.
2. Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2025 г. № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов».

Бирюков А.А., Казанцева О.Е.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

УЧЕТ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОМС КУЗБАССА: АНАЛИЗ, ДИНАМИКА, РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛЯ



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

КАЗАНЦЕВА О.Е.,
главный
специалист
врач-эксперт
отдела
организации
защиты прав
застрахованных

С 2019 года на официальном сайте ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса в круглосуточном режиме функционирует информационный ресурс «Телемедицинские консультации» (далее – ТМК).

Ресурс 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, а также 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».

В 2024 году ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса разработал и утвердил (17.06.2024) Методические рекомендации по взаимодействию участ-

ников ОМС на территории Кемеровской области – Кузбасса при осуществлении учета информации о телемедицинских консультациях.

АЛГОРИТМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ УЧАСТНИКОВ ОМС

Медицинские организации Кузбасса (далее – МО), оказывающие спе-

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

Страховые представители страховых медицинских организаций (далее – 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 мед-организацией сведений о получении рекомендаций НМИЦ страховой представитель СМО проводит очную медико-экономическую экспертизу (далее – МЭЭ) в соответствии с установленным порядком организации и проведения контроля. Результаты проведенной МЭЭ страховая медицинская организация загружает в подсистему «Управление госпитализацией» (режим «Учёт телемедицинских консультаций»).



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

РЕЗУЛЬТАТЫ УЧЕТА И КОНТРОЛЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ (2021–2025)

Ниже представлены данные о количестве проведенных ТМК, объеме контрольных мероприятий и доле случаев, принятых к оплате. Все количественные показатели сведены в таблицу 1.

2021 год

Медицинские организации внесли в ресурс ТФОМС сведения о 628 случаях ТМК. По всем случаям выполнены МЭЭ. На оплату предъявлено 336 случаев (53,5 %), после медико-экономи-

ческого контроля (МЭК) к оплате принято 335 случаев (99,7 % от предъявленных). Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) проведена по 241 случаю (71,9 % от принятых к оплате).

2022 год

Внесено 864 случая ТМК (МЭЭ выполнена в 100 % случаев). На оплату предъявлено 122 случая (14,1 %), принято к оплате 98 случаев (80,3 % от предъявленных). ЭКМП проведена по каждому принятому случаю (100 %).

2023 год

Загружена информация о 1 340 случаях ТМК (100 % МЭЭ). Предъявлено к оплате 203 случая (15,1 %), принято 160 случаев (78,8 % от предъявленных). ЭКМП проведена по каждому принятому случаю (100 %).

2024 год

Внесено 2 352 случая ТМК, по всем проведены МЭЭ. На оплату предъяв-

Таблица 1. Динамика проведения ТМК и контрольных экспертных мероприятий, 2021–2025 гг.

Период	Внесено на ресурс ТФОМС	Проведено МЭЭ по случаям ТМК	Предъявлено к оплате	Принято к оплате после МЭК (% от предъявленных)	Проведено ЭКМП (% от принятых к оплате)
2021	628	628 (100%)	336 (53,5%)	335 (99,7%)	241 (71,9%)
2022	864	864 (100%)	122 (14,1%)	98 (80,3%)	98 (100%)
2023	1 340	1 340 (100%)	203 (15,1%)	160 (78,8%)	160 (100%)
2024	2 352	2 352 (100%)	951 (40,4%)	942 (99%)	663 (70,4%)
2025	2 674	2 674 (100%)	1 118 (41,8%)	1 070 (95,7%)	751 (70,2%)

Примечание: проценты в столбцах «Предъявлено к оплате» рассчитаны от общего числа случаев ТМК, внесенных на информационный ресурс ТФОМС; «Принято к оплате» – от числа предъявленных к оплате; «Проведено ЭКМП» — от числа принятых к оплате.

лен 951 случай (40,4 %), принято 942 случая (99,0 % от предъявленных). ЭКМП проведена по 663 случаям (70,4 % от принятых к оплате).

2025 год

В информационный ресурс ТФОМС внесены сведения о 2 674 случаях ТМК (100 % МЭЭ). На оплату предъявлено 1 118 случаев (41,8 %), принято к оплате после МЭК 1 070 случаев (95,7 % от предъявленных). ЭКМП проведена по 751 случаю (70,2 % от принятых к оплате).

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

По итогам проведения СМО контрольных экспертных мероприятий за период 2021-2025 годы нарушений исполнения рекомендаций специалистов НМИЦ, выданных в ходе телемедицинских консультаций, по данным медицинской документации не зафиксировано.

Федеральный фонд ОМС в 2024 году и предшествующие периоды ежемесячно направлял информацию по проведенным ТМК с федерального ресурса ВЦМК «Защита» ФМБА РФ для кон-

троля полноты объемов МЭЭ и ЭКМП, выполненных СМО. Также осуществлялся контроль выполнения медицинскими организациями рекомендаций НМИЦ. Эти данные направлялись в СМО для проведения контрольных экспертных мероприятий в случае, если они не были проведены ранее.

В 2025 году информации по проведенным ТМК с федерального ресурса ВЦМК «Защита» от Федерального фонда ОМС не поступало.

Проведенный анализ свидетельствует о значительном росте числа телемедицинских консультаций в Кемеровской области – Кузбассе: с 628 случаев в 2021 году до 2 674 в 2025 году. При этом сохраняется высокий уровень контрольных мероприятий – МЭЭ проведена по 100 % внесенных случаев.

Доля случаев, предъявленных медицинскими организациями к оплате, выросла с 14-15 % в 2022-2023 годах до 40–42 % в 2024-2025 годах. Одновременно доля принятых к оплате от числа предъ-

явленных колебалась от 78,8 % (2023) до 99,7 % (2021), составив в 2025 году 95,7 %. Столь значительные колебания в 2022-2023 годах, вероятно, связаны с переходным периодом адаптации медицинских организаций к новым правилам учета и оформления ТМК, однако данное предположение требует отдельного анализа.

Доля случаев, по которым проведена экспертиза качества медицинской помощи, варьирует от 70 % до 100 %, что свидетельствует о выборочном, но системном характере ЭКМП в отдельные годы. Важно отметить, что за весь анализируемый период не было выявлено нарушений выполнения рекомендаций НМИЦ.

Таким образом, текущая модель взаимодействия медицинских организаций, страховых представителей и ТФОМС в Кузбассе демонстрирует устойчивость и эффективность в части учета ТМК, однако вариативность доли предъявленных к оплате случаев ТМК заслуживает дополнительного анализа.



Воронкова А.В., Садовская Е.Н.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ЦИФРОВИЗАЦИЯ ОМС В КУЗБАССЕ: ВНЕДРЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ ПОДСИСТЕМЫ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЁТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



2025 год стал поворотным для системы ОМС Кузбасса: регион вошел в число пилотных территорий по внедрению подсистемы государственной информационной системы ОМС – Федеральной подсистемы персонифицированного учёта медицинской помощи (далее – ФПУМП). Наряду с Республикой Марий Эл, Кемеровская область – Кузбасс получила уникальную возможность первой протестировать методологические и технологические подходы к унификации процессов контроля достоверности, полноты и актуальности сведений при организации персонифицированного учёта и формировании счетов на оплату оказанной медицинской помощи.

ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ВНЕДРЕНИЯ ФПУМП

Логика любого масштабного проекта начинается с нормативной базы. Основанием для внедре-

ния подсистемы является постановление Правительства РФ от 11.06.2021 № 901 «Об утверждении Правил функционирования государственной информационной систе-

мы обязательного медицинского страхования и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации» (далее – Постановление № 901), которое

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

САДОВСКАЯ Е.Н.,
начальник
управления
информационно-
аналитических
технологий

запустило процесс масштабной цифровой трансформации в сфере здравоохранения.

Что же представляет собой ФПУМП и для чего она нужна?

Подсистема ГИС ОМС ФПУМП предназначена для сбора, учета, обработки, передачи и хранения сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и служит для информационного обеспечения расчетов за оказанную медицинскую помощь между медицинскими организациями (далее – МО) и плательщиками (территориальными фондами ОМС – далее ТФОМС, страховыми медицинскими организациями – далее СМО), а также для контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи и предоставления сведений для формирования отчетности.

Важно понимать, что ФПУМП работает не изолированно. Являясь под-

системой ГИС ОМС, она взаимодействует с другими подсистемами:

- Федеральный единый реестр застрахованных лиц (ФЕРЗЛ);
- Цифровой медицинский профиль (ЦМП);
- Управленческие сервисы (УС);
- Сервисы информационного сопровождения застрахованных лиц (СИСЗЛ).

Схема взаимодействия подсистем ГИС ОМС представлена на рис. 1.

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА УПРАВЛЕНИЯ ПРОЕКТОМ

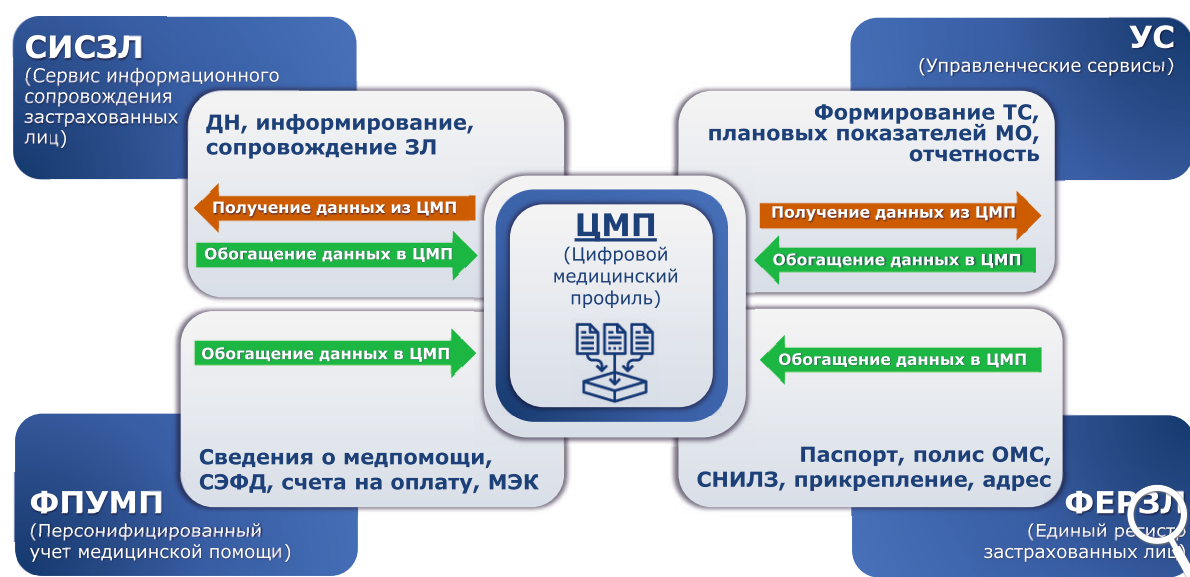
После создания нормативной базы необходимо определить организационную структуру управления проектом. Для реализации пилотного проекта 8 сентября 2025 года между Федеральным фондом ОМС и Правительством Кемеровской области – Кузбасса заключено соглашение об организации информационного взаимодействия.

Основные задачи, которые стояли перед участниками процесса внедрения ФПУМП, – это апробация и тестирование разработанных методологических и технологических подходов к унификации процессов контроля достоверности, полноты и актуальности сведений при организации персонализированного учета оказанной медицинской помощи и формировании счетов на оплату.

Для решения поставленных задач приказом Министерства здравоохранения Кузбасса от 09.09.2025 № 1390 была создана межведомственная рабочая группа, в которую вошли представители регионального Минздрава, Территориального фонда ОМС, Кузбасского областного информационно-аналитического центра, страховых медицинских организаций и медицинских организаций.

Ключевым документом, который определил конк-

Рисунок 1. Схема взаимодействия подсистем ГИС ОМС





решающие шаги участников процесса, стала «дорожная карта», подписанная 6 октября 2025 года руководителями Минздрава Кузбасса и Территориального фонда ОМС. Обозначенные в ней основные мероприятия по внедрению ФПУМП были выполнены в кратчайшие сроки:

- подача заявок на выдачу учетных сведений для доступа к тестовой (ПД15) и промышленной (ПД20) площадкам ФПУМП;
- настройка сетевой связанности с промышленной площадкой ФПУМП;
- загрузка регионозависимых справочников, плановых показателей деятельности медицинских организаций на тестовой и промышленной площадках;
- развертывание сервисов ФЕРЗЛ и ФПУМП в медицинских организациях;
- контроль передачи структурированных электронных финансовых документов (далее – СЭФД) через региональные медицинские информационные системы (далее – МИС) и через графический интерфейс.

Перейдем к главному вопросу: кто именно участвует в пилотном проекте и как организована их работа?

УЧАСТНИКИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

В 2026 году в пилотном проекте принимают участие



более 115 медицинских организаций, реализующих территориальную программу ОМС в Кемеровской области, в том числе:

- 5 медицинских организаций федерального подчинения;
- 49 государственных медицинских организаций;
- 61 медицинская организация частной формы собственности.

Разный уровень технической и кадровой готовности участников потребовал поэтапного подхода к внедрению.

ТЕХНОЛОГИЯ ПОДКЛЮЧЕНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ДАННЫХ

На первом этапе Федеральный фонд ОМС предоставил всем пользователям техническую возможность направлять сведения для персонифицированного учета в ФПУМП

через личный кабинет медицинской организации. Для подключения к ФПУМП медицинские организации самостоятельно направляют заявки в Федеральный фонд ОМС для каждого пользователя¹.

Важное требование: допускается использование только корпоративного персонифицированного email-адреса в доменной зоне .ru. Предоставление доступа на общедоступные адреса @yandex.ru, @mail.ru, @gmail.com и другие невозможно. На начальном этапе медицинские организации часто ошибочно направляли заявки с несоответствующими адресами – этой ошибки вполне можно избежать, четко следуя Методическим рекомендациям² по внедрению подсистемы ГИС ОМС.

Для обеспечения сете-

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

² Методические рекомендации размещены на сайте Федерального фонда ОМС в разделе: «Документы» / «Информационное взаимодействие в сфере ОМС» / «Пилотирование ПУМП».

вой связанности регион направляет заявку на подключение медицинской информационной системы (МИС) и информационной системы страховой медицинской организации к единой цифровой платформе Российской Федерации «ГосТех», где размещена ГИС ОМС. Для каждой организации на имя ответственного лица выдается персонализированная техническая учетная запись (ПТУЗ) по принципу: «одна организация – один ПТУЗ».

При формировании и обмене документами в информационной системе используются усиленные квалифицированные электронные подписи либо усиленные неквалифицированные электронные подписи³.

ВИДЫ ДОКУМЕНТОВ В ФПУМП

Медицинские организации формируют в ФПУМП три вида структурированных электронных финансовых документов (СЭФД), соответствующих основным видам медицинской помощи (табл. 1).

Государственные медицинские организации передают СЭФД через инте-

грацию своей МИС с ГИС ОМС. Частные и федеральные медицинские организации (57 % от общего числа участников) на начальном этапе вводят СЭФД в графическом интерфейсе личного кабинета – «вручную» по каждому случаю оказания помощи. Именно ручной ввод позволил пилотному региону детально разобрать причины ошибок формирования СЭФД и расчета стоимости медицинской помощи – это стало уникальным преимуществом пилота.

Теперь разберем самое главное: как ФПУМП рассчитывает стоимость медицинской помощи.

ПРИНЦИП РАСЧЕТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИН- СКОЙ ПОМОЩИ В ФПУМП

Стоимость оказанной медицинской помощи в ФПУМП рассчитывается с использованием данных из двух источников:

- со стороны медицинских организаций – через федеральный реестр медицинских организаций (ФРМО) и федеральный реестр медицинских работников (ФРМР);
- со стороны ТФОМС – через региональные справочники ФПУМП

(плановые показатели деятельности МО, справочники ТНКМУ).

Ключевое условие корректной работы системы: достоверное формирование стоимости и финансирование оказанной медицинской помощи в полном объеме возможны только при своевременном и корректном обновлении данных в подсистемах ЕГИСЗ (ФРМО, ФРМР). Речь идет о сведениях о медицинских работниках, о движении по отделениям и кабинетам, об организационно-штатной структуре, о структурных подразделениях медицинской организации, а также о справочниках тарифов независимого каталога медицинских услуг (далее – ТНКМУ) и плановых показателей МО, утвержденных комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

В момент формирования счета ФПУМП автоматически проверяет:

- подлинность информации о медицинском работнике на дату оказания помощи;
- наличие данной штатной единицы в структурном подразделении, от которого СЭФД предъяв-

Таблица 1. Перечень СЭФД по видам медицинской помощи

Обозначение	Вид помощи	Основа (форма документа)
АМБ	Амбулаторно-поликлиническая	Талон амбулаторного пациента (ТАП025/у)
СТЦ	Стационарная	Форма Ф066/у
СМП	Скорая медицинская помощь	Форма Ф110/у

³ Электронные подписи и требования к ним регламентированы, но эти детали выходят за рамки настоящей статьи.



лено к оплате;

- соответствие предъявленной к оплате медицинской помощи лицензии организации;
- соответствие клинико-статистических групп уровню медицинской организации и многое другое.

ТАРИФИКАЦИЯ УСЛУГ: ПЕРЕХОД НА ТНКТМУ И КОДЫ МОДИФИКАТОРОВ

Одной из наиболее сложных задач стало формирование СЭФД по отдельным лабораторным и диагностическим исследованиям. Участники системы здравоохранения Кузбасса привыкли использовать коды номенклатуры услуг согласно приказу Минздрава РФ от 13.10.2017 № 804н и региональный справочник кодов обстоятельств, которые применяются при особых условиях применения тарифов, например, – использование телемедицинских технологий. Однако в ФПУМП амбулаторные услуги и исследования кодируются по справочнику основ ТНКТМУ – тарифы независимого каталога. Соответствие кодов основ ТНКТМУ и кодов номенклатуры услуг приведено в Приложении 2.13 к Методическим рекомендациям по внедрению ФПУМП. А для выбора особых условий применения тарифа используются модификаторы услуг.

Пример кодирования услуги: для компьютерной томографии позвоночника с контрастирова-

нием в ФПУМП указывается:

- код основы ТНКТМУ 1.01636 (по Приложению 2.13 соответствует коду номенклатуры A06.03.058);
- код модификатора #ContrastingCTorMRScan='1' (кодирует введение внутривенного контраста);
- рассчитывается коэффициент отношения тарифа с контрастированием к тарифу основной услуги.

Аналогично кодируются: применение искусственного интеллекта, оказание помощи мобильной бригадой, работа в выходной день, различные цели посещений (неотложная помощь, профилактические мероприятия) и другие тарифы, особенности которых отражены в региональном Тарифном соглашении.

Вся эта работа по кодированию каждого тарифа проводится территориальным фондом ОМС в ручном режиме на этапе подготовки к внедрению ФПУМП. Чем разнообраз-

нее тарифная политика региона, тем выше трудоемкость кодирования услуг. Кроме того, обновление справочников на промышленном контуре (ПД20) через систему управления заявками «Интрасервис» происходит с задержкой в несколько дней, что создает сложности при формировании СЭФД и приводит к ошибкам при расчете стоимости.

Какие же проблемы выявил пилотный регион за первый год работы?

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ФПУМП (НА ОСНОВЕ ОПЫТА КУЗБАССА)

В процессе внедрения Кузбасс как пилотный регион столкнулся с рядом системных проблем, которые могут возникнуть и в других субъектах Российской Федерации:

1. Неактуальные справочники ФРМО/ФРМР.

На первоначальном этапе объем ошибок, связанных с несвоевременным





обновлением сведений о медицинских работниках в ФРМР должны быть заполнены до момента оказания медицинской помощи, а не постфактум.

2. Несоответствие уровней и подуровней медицинской организации структурным подразделениям в ФРМО.

При оплате стационарной помощи коэффициенты уровня/подуровня должны быть определены для соответствующих профильных отделений.

3. Подключение филиалов медицинских организаций.

Сложности возникают с филиалами, не являющимися отдельными юридическими лицами, но самостоятельно формирующими СЭФД.

4. Отсутствие знаний об интерфейсе ФПУМП.

Медицинские организации на этапе внедрения

подсистемы не знакомы с интерфейсом ФПУМП, не знают, как правильно заполнить СЭФД для корректного определения тарифа (чтобы определился нужный код основы ТНКТУ и был учтен код модификатора, прежде всего, по профилактическим мероприятиям, стоматологической помощи).

5. Недостаточность инструментов контроля для ТФОМС.

Отсутствует возможность общей оценки причин снятий на медико-экономическом контроле (МЭК) – работа ведется с каждым отдельным СЭФД. Пока не реализована возможность работы со сведениями Социального фонда России о тяжелых несчастных случаях на производстве и поиска этих случаев для снятия с оплаты.

Для оперативного устранения ошибок сотрудники МИС, ТФОМС, СМО и медицинских организаций оформляют заявки через систему управления заявками «Интрасервис»⁴.

Несмотря на трудности, внедрение ФПУМП дает и важные преимущества.

ВАЖНОЕ ПРЕИМУЩЕСТВО: РАСЧЕТ СТОИМОСТИ В МОМЕНТ СОЗДАНИЯ СЧЕТА

В ФПУМП формирование стоимости оказанной медицинской помощи происходит в момент создания счета. Это означает, что медицинская организация может увидеть итоговый тариф уже при вводе структурированного электронного финансового документа.

Какие еще возможности открывает новая система? Обратимся к перспективам.

ПЕРСПЕКТИВЫ И ПЛАНИРУЕМЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФПУМП

Внедрение подсистемы персонифицированного учета создаст прозрачные условия работы в системе ОМС, обеспечит удобство и достоверность формирования отчетных данных и мониторингов, а в перспективе – приведет к снижению трудозатрат всех участников. Хранение данных в единой

⁴ Доступ к системе управления заявками «Интрасервис» (СУЗ) предоставляется по официальному запросу на адрес support_it@ffoms.gov.ru с указанием наименования организации, информации о пользователе, адреса электронной почты, контактного телефона. В ответ высылаются логин и пароль для входа в личный кабинет СУЗ.

Таблица 2. Перечень возможностей подсистемы ФПУМП

Направление	Возможность
Направления и талоны	- Формирование реестра направлений на основе данных реестра электронной медицинской документации (РЭМД) ЕГИСЗ и направлений, переданных в СЭФД; - Получение талонов на оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи с привязкой к соответствующим направлениям
Расчет стоимости	- Расчет стоимости оказанной медицинской помощи в момент формирования счета (включая предварительное формирование счета)
Учет лекарств и изделий	- Учет лекарственных средств с возможностью расчета стоимости до уровня упаковки с маркировкой; - Учет медицинских изделий с возможностью расчета стоимости
Единый МЭК и платежи	- Единый МЭК при формировании счета; - Платежные документы единого образца для каждого плательщика; - Формирование счетов для межтерриториальных расчетов на базе принятых счетов для скачивания ТФОМС и взаиморасчетов между ними
Контроль качества	- Единый интеллектуальный контроль качества медицинской помощи; - Таргетирование экспертиз; - Централизованное управление проведением экспертиз; - Предоставление эксперту СЭМД на время проведения экспертизы
Мониторинг	- Мониторинг плановых и фактических показателей медицинской помощи в режиме реального времени
Доступ врачей	Полный доступ к информации о пациенте (история болезни, результаты обследований, назначенное лечение) непосредственно на приеме

информационной системе упростит их консолидацию и анализ, повысит оперативность получения информации, исключит дублирование и ошибки учёта.

На основе этих сведений будут работать аналитические системы Федерального фонда ОМС. Результаты аналитической работы станут доступны территориальным фондам ОМС и органам управления здравоохранением для проведения мониторингов выполнения целевых показателей и принятия управленческих решений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ПЕРВЫЕ ИТОГИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

Подведем итоги первого года работы Кузбасса как пилотного региона по внедрению ФПУМП.

Во-первых, организационные задачи выполнены в полном объеме.

Создана рабочая группа, подписана «дорожная карта», к проекту подключены все 115 медицинских организаций региона (100 % от плана). Обеспечена сетевая связанность

с платформой «ГосТех», развернуты сервисы ФЕРЗЛ и ФПУМП.

Во-вторых, выявлены и систематизированы ключевые проблемы внедрения. Они детально описаны и доведены до сведения Федерального фонда ОМС и разработ-



чиков системы. Это позволяет другим регионам, которые будут внедрять ФПУМП, заранее подготовиться и избежать аналогичных трудностей.

В-третьих, накопленный опыт уже дает практические результаты.

Ручной ввод СЭФД частными и федеральными МО позволил детально проанализировать каждый тип ошибок. Доля ошибок, связанных с ФРМО/ФРМР, снижается по мере актуализации справочников медицинскими организациями. Количество технических заявок в систему СУЗ постепенно уменьшается.

Основные рекомендации для других регионов, которые будут внедрять ФПУМП:

1. Начать актуализацию справочников ФРМО/ФРМР необходимо задол-

го до старта пилота – минимум за 2-3 месяца.

2. Обеспечить обучение медицинских организаций работе с интерфейсом ФПУМП на этапе подготовки (на базе тестового контура ПД15).

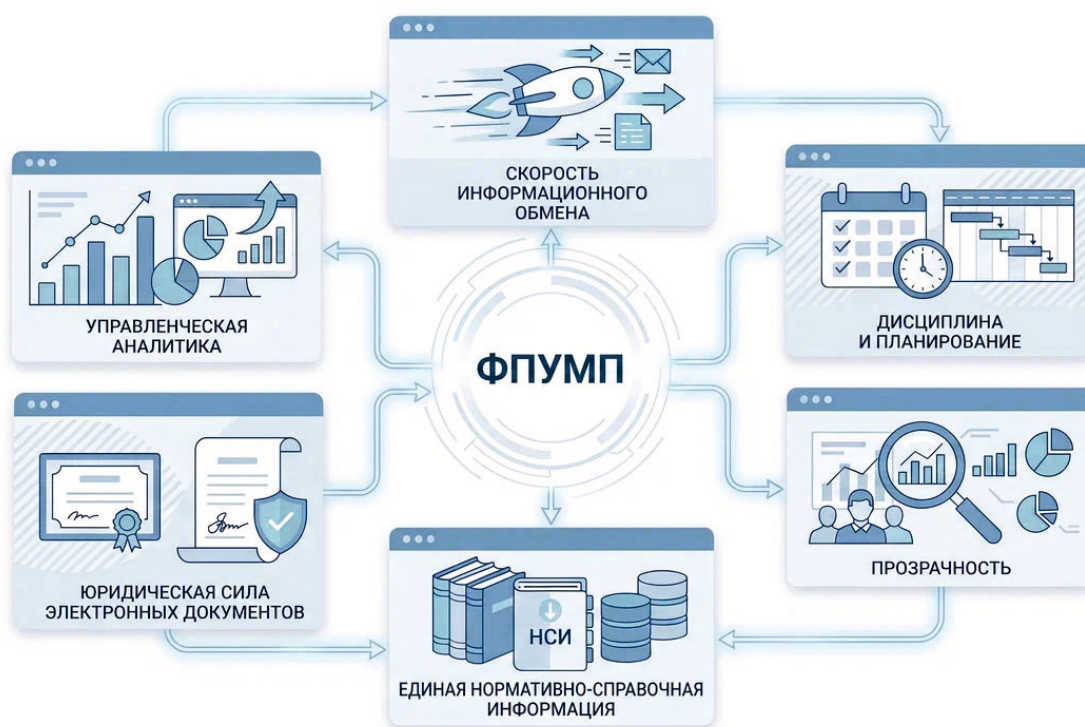
3. Заранее проработать вопросы подключения филиалов, не являющихся юридическими лицами.

4. Рассчитать трудоемкость кодирования тарифов (в зависимости от сложности Тарифного соглашения) и, при необходимости, заложить дополнительный ресурс ТФОМС на этот этап.

Процесс перехода на подсистему ФПУМП в Кузбассе продолжается. Количество ошибок формирования СЭФД и счетов неуклонно снижается, вопросы к разработчикам системы становятся более специализированными.

Накопленный пилотным регионом практический опыт, включая выявленные проблемы и найденные решения, может быть полезен другим субъектам Российской Федерации при внедрении персонифицированного учёта медицинской помощи.

Цифровая трансформация ОМС, главным драйвером которой становится ГИС ОМС как «ядро» цифрового контура российского здравоохранения, направлена на создание прозрачной, эффективной и удобной системы для всех участников – от медицинских организаций до пациентов. Кузбасс сделал первый шаг на этом пути, и его опыт – это вклад в общую копилку лучших практик.



Киселева Н.В., Наумова Т.В., Звезда К.В.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ВАЖНОСТЬ АКТУАЛИЗАЦИИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ В СИСТЕМЕ ОМС



В условиях цифровой трансформации системы обязательного медицинского страхования (ОМС) особое значение приобретает качество и актуальность персональных данных застрахованных лиц. Цифровизация открывает новые возможности для повышения доступности и качества медицинской помощи, однако ее эффективность напрямую зависит от достоверности сведений, содержащихся в едином регистре застрахованных лиц.

С 1 декабря 2022 года в Российской Федерации сформирован единый регистр застрахованных лиц (далее – ЕРЗЛ), сведения из которого путем запроса гражданином информации поступают в личный кабинет на Единый портал государственных и муниципальных услуг (далее – ЕПГУ, портал «Госуслуги») при условии наличия подтвержденной

учетной записи и согласия на получение обновленных данных от Федерального фонда ОМС.

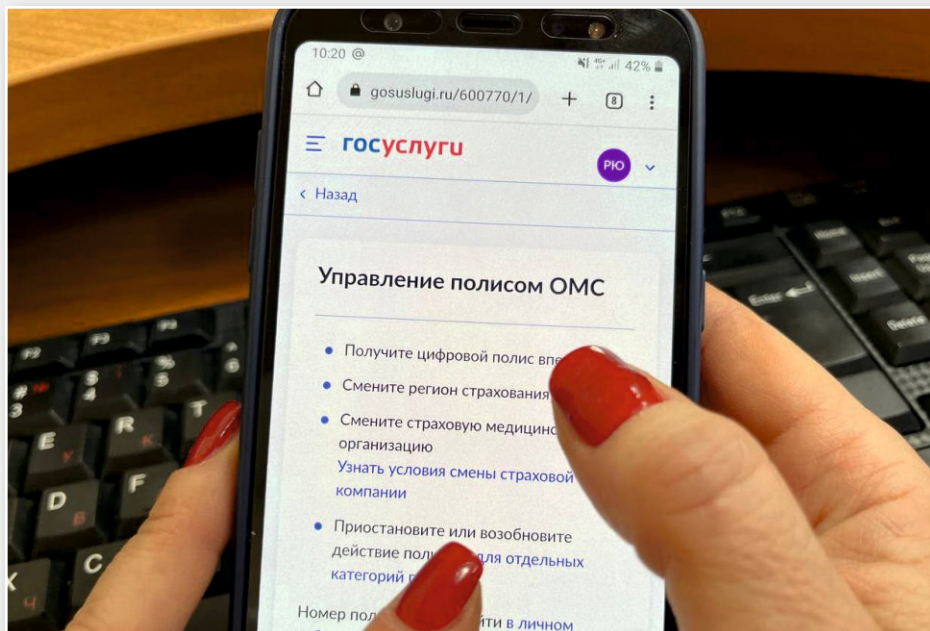
Тем не менее, практика работы территориальных фондов ОМС показывает, что некорректное отображение полиса ОМС на ЕПГУ, отсутствие сведений о прикреплении к поликлинике и невозможность онлайн-записи к врачу – не редкость, а

системная проблема, возникающая по причине неактуальности персональных данных. Цель настоящей статьи – на примере Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса (далее – ТФОМС, Фонд) проанализировать основные причины возникновения таких ситуаций, оценить масштаб обращений

КИСЕЛЕВА Н.В.,
начальник
отдела
организации
ОМС

НАУМОВА Т.В.,
консультант
отдела
организации
ОМС

ЗВЕЗДИНА К.В.,
главный
специалист
отдела
организации
ОМС



граждан в 2025 году и показать механизмы актуализации сведений, реализуемые страховыми медицинскими организациями и Фондом.

ЦИФРОВЫЕ СЕРВИСЫ ОМС НА ЕПГУ

На ЕПГУ гражданам доступны различные услуги в сфере обязательного медицинского страхования:

- цифровой полис ОМС – запись из ЕРЗЛ, содержащая сведения о номере полиса, страховой медицинской организации и уникальный штрих-код;
- цифровой медицинский профиль пациента – база данных, аккумулирующая информацию о здоровье человека (результаты обследований, назначения врачей, пройденные процедуры, электронную медицинскую карту и др.);
- сервисы информационного сопровождения, направленные на повышение вовлеченности

и информированности лиц, состоящих на диспансерном наблюдении (уведомления о необходимости посетить врача-специалиста для граждан с хроническими заболеваниями и т.д.);

- онлайн-управление полисом ОМС: замена региона страхования или страховой медицинской организации (далее – СМО), выбор и замена медицинской организации прикрепления для получения первичной амбулаторно-поликлинической помощи, приостановление действия полиса ОМС и т.д.

Для использования этих сервисов требуется подтвержденная учетная запись на портале «Госуслуги», согласие на получение обновленных данных от Федерального фонда ОМС, а также актуальные, подтвержденные соответствующими ведомствами, данные о документах, удостоверяющих личность, и СНИЛС.

ПРОБЛЕМНЫЕ СИТУАЦИИ И АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ В ТФОМС В 2025 ГОДУ

Несмотря на технологические возможности, нередко случаи, когда полис ОМС не отображается или отображается некорректно, а также когда в личном кабинете на ЕПГУ отсутствует актуальная информация о поликлинике прикрепления. В таких ситуациях граждане могут подать обращение в территориальный фонд ОМС через платформу обратной связи ЕПГУ (далее – ПОС) или обратиться к специалистам ТФОМС за разъяснениями и консультациями по другим каналам связи.

В 2025 году в отдел организации ОМС ТФОМС Кузбасса поступило:

- 625 обращений на телефон горячей линии ТФОМС.

Основные темы обращений:

- «Выбор/замена СМО» – 98 обращений;
- «Переоформление/сдача полиса ОМС на материальном носителе, приостановление полиса ОМС» – 258 обращений;
- «О выборе медицинской организации» – 104 обращения;
- «Невозможность записаться на прием к врачу в медицинскую организацию из-за проблем с отображением полиса ОМС на ЕПГУ» – 37 обращений;
- Прочие темы – 128 обращений.

- 63 обращения посредством личного приема (устные обращения), личные письменные обра-



щения и обращения, полученные почтовым сообщением.

- 3 629 обращений, полученных через ПОС.

Основные темы:

- «Выбор/замена СМО» – 87 обращений;
- «Переоформление/сдача полиса ОМС на материальном носителе, приостановление полиса ОМС» – 226 обращений;
- «О выборе медицинской организации» – 954 обращения;
- «Невозможность записаться на прием к врачу в медицинскую организацию из-за проблем с отображением полиса ОМС на ЕПГУ» – 2 159 обращений;
- Прочие темы – 203 обращения.

ПРИЧИНЫ НЕКОРРЕКТНОГО ОТОБРАЖЕНИЯ ПОЛИСА ОМС

Полис ОМС может не отображаться в личном кабинете на ЕПГУ по ряду причин, среди которых:

1. Несоответствие персональных данных застрахованного лица в ЕРЗЛ с данными, указанными в профиле на ЕПГУ (фамилия, имя, отчество, дата рождения и СНИЛС);
2. Неактуальные данные о документе, удостоверяющем личность гражданина, в ЕРЗЛ;
3. Ошибки при ручном вводе номера полиса ОМС гражданином (приводят к некорректному отображению данных).

ПОСЛЕДСТВИЯ НЕАКТУАЛЬНЫХ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Актуальность персо-

нальных данных в системе ОМС – не формальность, а необходимое условие беспрепятственного получения медицинской помощи. Несвоевременное обновление информации влечет серьезные последствия для застрахованного лица.

Проблемы в получении медицинской помощи

1. При обращении в медицинские организации специалисты регистратуры проводят проверку факта страхования гражданина по ОМС. При несовпадении данных предъявляемых документов с данными в ЕРЗЛ возникают задержки в оказании медицинской помощи. В таких случаях медицинские организации осуществляют проверку факта страхования гражданина через электронные сервисы и направляют запросы об идентификации в ТФОМС.

Согласно Правилам ОМС, утвержденным При-

казом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н, ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса на постоянной основе проводит работу с ходатайствами об идентификации в качестве застрахованного лица, поступающими из медицинских организаций региона. В отношении лиц, не идентифицированных в период оказания медицинской помощи, медицинская организация направляет в Фонд запрос, содержащий предполагаемые сведения о застрахованном лице (Ф.И.О., пол, дата и место рождения, гражданство, место пребывания, сведения о документе, удостоверяющем личность). Территориальный фонд ОМС в течение трех рабочих дней со дня получения запроса проверяет наличие у гражданина действующего полиса в ЕРЗЛ и в течение одного рабочего дня после окончания проверки направляет результат в медицинскую организацию.



2. Неактуальные персональные данные в регистре застрахованных СМО могут стать причиной сложностей при оформлении льготных рецептов.

3. При несоответствии адреса регистрации по месту жительства в документе, удостоверяющем личность застрахованного лица, и в регистре застрахованных СМО возникают проблемы с территориальным прикреплением к медицинской организации, которое специалисты СМО проставляют на основании адреса регистрации по месту жительства и передают в ТФОМС.

Проблемы с использованием цифровых сервисов

- При возникновении проблем с отображением полиса ОМС в личном кабинете на ЕПГУ невозможна запись к врачу в онлайн-режиме.
- При отсутствии сведений о полисе ОМС на портале «Госуслуги» не отображается информация

о прикреплении к медицинской организации. Это затрудняет реализацию права выбора и замены медицинской организации через онлайн-сервисы.

- Из-за проблем с отображением полиса ОМС и поликлиники прикрепления гражданина ограничивается доступ к медицинским документам (не подгружаются протоколы исследований, результаты анализов и т.д.).
- Также становится невозможной замена страховой медицинской организации.

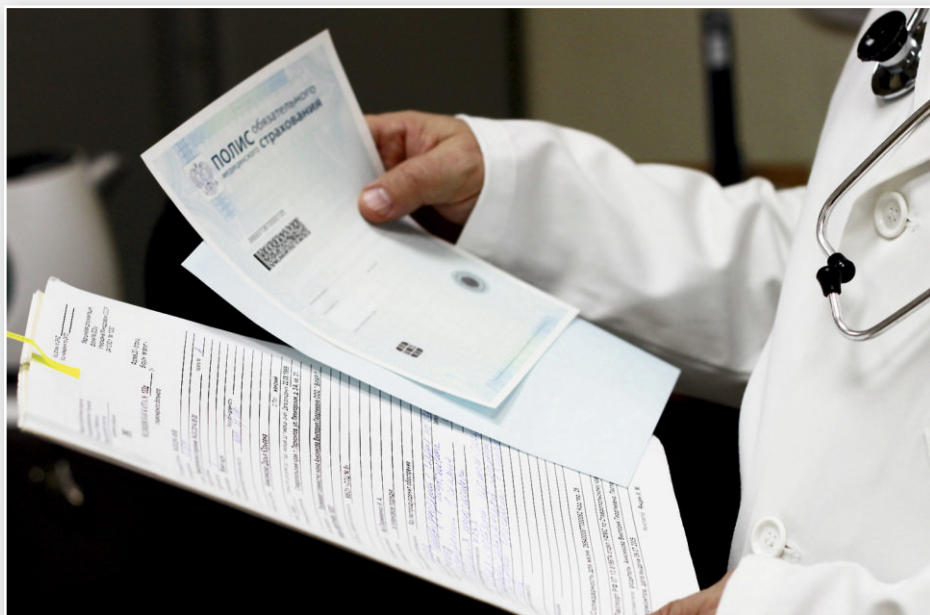
РАБОТА ТФОМС И СМО ПО АКТУАЛИЗАЦИИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах осуществляют Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации.

Для обеспечения корректности и актуальности персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах специалисты отдела ООМС в рамках реализации норм действующего законодательства в сфере ОМС проводят работу с выявляемыми несоответствиями в записях.

1) 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» ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса проверяет достоверность сведений о застрахованных лицах путем направления запросов в органы, осуществляющие выдачу и замену документов, удостоверяющих личность гражданина. На основании полученной информации в ручном режиме данные о документах, удостоверяющих личность, актуализируются в ЕРЗЛ. При выявлении несоответствий в данных регистрации по месту жительства или иных расхождений, требующих уточнения у застрахованного лица, информация направляется в СМО для корректировки сведений. В 2025 году в СМО направлена информация о 608 гражданах, у которых выявлены ошибочность, неактуальность или неточность в персональной информации.

2) ТФОМС проводит работу по актуализации информации о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организа-





циям, осуществляет проверку регионального сегмента ЕРЗЛ (далее – РСЕРЗЛ) на наличие сведений о прикреплении к врачу (СНИЛС врача первичного звена) в разрезе медицинских организаций согласно требованиям Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также в соответствии с «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.

В 2025 году в рамках этой работы:

- в **МО** направлены сведения для актуализации данных в медицинских информационных системах и передачи информации в РСЕРЗЛ:

- об отсутствии СНИЛС врача первичного звена – 1 239 человек;

- о прикреплении к СНИЛС врача первичного звена менее 10 человек – 1 133 человека;

- о прикреплении к недопустимым подразделениям МО – 4 человека;

- о несоответствиях в файлах сверки сведений о прикрепленном населении между МО и ТФОМС – 2 282 человека;

- о «двойном» прикреплении в ФЕРЗЛ – 14 человек;

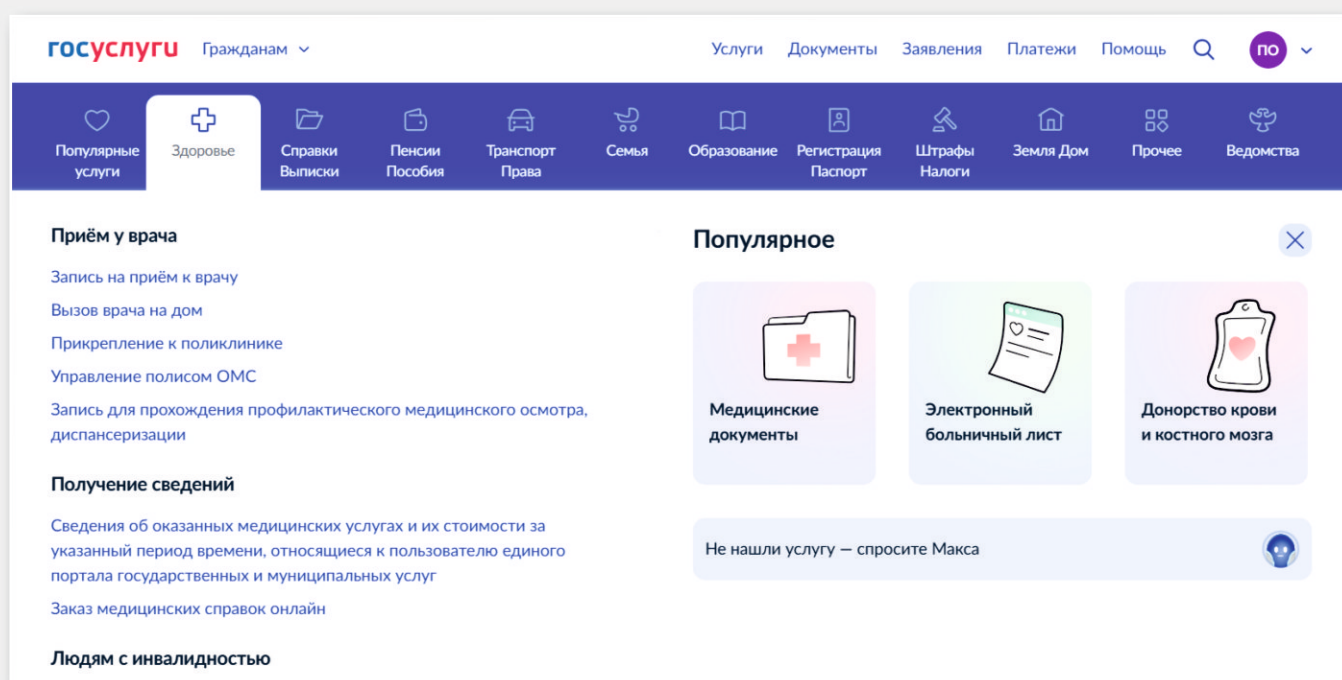
- в **СМО** направлены сведения для актуализации данных в регистрах застрахованных страховых медицинских организаций и передачи данных в РСЕРЗЛ:

- о некорректном прикреплении к МО (подразделениям МО) – 81 человек;

- о несоответствии СНИЛС врача первичного звена в МО и РСЕРЗЛ – 14 человек;

- об отсутствии прикреплении к МО – 361 человек.

Таким образом, актуализация персональных данных застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования является ключевым аспектом обеспечения прав граждан на получение качественной, доступной и своевременной медицинской помощи, а также соблюдения законодательства в сфере обработки персональных данных.



Чуйков Д.В.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ЦИФРОВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТА КАК ИНСТРУМЕНТ РЕАЛИЗАЦИИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ



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

ЧТО ТАКОЕ ЦИФРОВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПРОФИЛЬ?

Цифровой медицинский профиль – это гибридное хранилище данных о состоянии здоровья каждого гражданина, застрахованного в системе ОМС. В отличие от разрозненных баз данных отдельных медицинских организаций, профиль аккумулирует всю информацию о медицинской истории человека независимо от того, в каком ре-

В 2025 году российское здравоохранение завершило этап формирования нормативно-правовой и технологической базы для перехода на новый этап цифровой трансформации. Утверждённая Президентом Российской Федерации Стратегия развития здравоохранения до 2030 года закрепила переход к единой цифровой среде, в центре которой находится цифровой медицинский профиль пациента.

В отличие от локальных электронных медицинских карт, ЦМП представляет собой не просто оцифрованную версию бумажного носителя, а комплексный инструмент, обеспечивающий непрерывность, полноту и доступность данных о здоровье застрахованного лица независимо от места и времени оказания медицинской помощи. Такой подход существенно меняет взаимодействие врача и пациента, делает медицину более персонализированной, доступной и эффективной.

гионе или в каком медицинском учреждении (государственном или частном) была оказана услуга.

В структуру ЦМП входят:

- электронная медицинская карта;
- результаты всех инструментальных и лабораторных исследований (МРТ, КТ, рентгенография, лабораторная диагностика);
- данные о ранее перенесённых заболеваниях и операциях (анамнез);
- назначения врачей, включая выданные рецепты;
- сведения о полисе ОМС и страховой принадлежности

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДСИСТЕМЫ

Внедрение ЦМП решает две стратегические задачи: повышение качества медицинской помощи и оптимизация работы системы здравоохранения.

Для врачей цифровой медицинский профиль обеспечивает возможность видеть целостную картину здоровья пациента в режиме реального времени. Доктор в любом регионе страны получает доступ к полному анамнезу пациента, что критически важно при экстренных состояниях. Примером служит удалённая консуль-

тация пациента в критическом состоянии с тяжёлым панкреатитом из Приморского края специалистами Сеченовского университета в мае 2025 года: анализ цифрового профиля позволил сформировать тактику лечения пациента без необходимости его экстренной транспортировки. Кроме того, доступ к ЦМП исключает необоснованное дублирование лабораторных и инструментальных диагностических исследований, что даёт прямой экономический эффект для системы ОМС.

Для пациентов система открывает возможности проактивной медицины. На основе агрегированных данных ЦМП страховые представители и медицинские организации формируют персонализированные маршруты заботы о здоровье. Как отметил председатель Федерального фонда ОМС И. В. Баланин, граждане начнут получать адресные напоминания о необходимости пройти диспансеризацию, а люди с хроническими заболеваниями – персональные графики диспансерного наблюдения. Также пациенты смогут хранить все свои медицинские документы в электронном виде в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Возможность предоставления врачу доступа к документам через ЕГИСЗ (в том числе из частных клиник) повышает преемственность медицинской помощи.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК СТАНДАРТ «ВТОРОГО МНЕНИЯ»

Накопление большого массива структурированных данных в ЦМП создаёт основу для активного внедрения технологий искусственного интеллекта (ИИ) в рутинную клиническую практику.

С 2024 года в тарифы ОМС включено применение ИИ для анализа маммограмм в роли «второго мнения», что позволило перераспределить нагрузку врачей-рентгенологов. В 2025 году направления применения ИИ расширились: теперь он используется для интерпретации снимков флюорографии, рентгенографии и КТ органов грудной клетки.

В ряде субъектов РФ умные алгоритмы уже используются для раннего выявления патологий, подбора дозировок лекарственных препаратов и прогнозирования риска осложнений. При этом ИИ не замещает врача, а выполняет функции преаналитической обработки,

берет на себя рутинную работу и обработку огромных объемов данных, позволяя врачу сосредоточиться на индивидуальном подходе к пациенту.

ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ: ЗАЩИТА ДАННЫХ И ДОВЕРИЕ ПАЦИЕНТОВ

Оборотной стороной цифровизации является вопрос сохранности и конфиденциальности персональных данных. С ростом зависимости от технологий остро встает проблема защиты личной информации. Эксперты отмечают высокий уровень настороженности граждан: согласно опросам, до 90 процентов людей готовы предоставлять медицинскую информацию исключительно при условии её анонимизации и использования в научных или клинических целях.

Для решения этой проблемы предлагается создание специализированных защищенных платформ с доступом только для сертифицированных участников. Важным механизмом



становится использование обезличенных данных для разработки алгоритмов ИИ и проведения научных исследований. Внедряется концепция доверенного посредника – независимой организации, обеспечивающей кибербезопасный обмен данными. Важным нормативным шагом стало закрепление в законодательстве возможности оформления информированного добровольного согласия в электронной форме, что значительно упрощает процесс взаимодействия, но требует развития инфраструктуры для идентификации пациентов.

СРОКИ ВНЕДРЕНИЯ

Внедрение подсистемы «Цифровой медицинский профиль» уже перешло из стадии пилотирования в фазу масштабирования. В 2024 году пилотный проект был успешно апробирован в пяти регионах: Республика Марий Эл, Республика Коми, Вологодская, Нижегородская

области и Ямало-Ненецкий автономный округ. В результате дополнительно взяты на диспансерное наблюдение десятки тысяч граждан.

Поэтапное внедрение ЦМП для всех граждан, застрахованных по ОМС, запланировано на 2025–2026 годы. К 2030 году на базе цифровых профилей должна полноценно функционировать единая национальная платформа «Здоровье», которая обеспечит полный цикл управления здоровьем человека – от профилактики до получения высокотехнологичной медицинской помощи.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса в 2025 году провел значительную работу по наполнению цифрового медицинского профиля ретроспективными данными. На федеральный уровень переданы сведения об оказанной медицинской помощи за период с начала 2019 по конец 2025 года. Всего загружено порядка 130 мил-

лионов случаев медицинской помощи, при этом уровень точности переданных данных приближён к 100 %. Данный опыт свидетельствует о готовности региональной системы ОМС к полноформатной эксплуатации цифрового медицинского профиля.

В заключение хочется отметить, что цифровой медицинский профиль пациента – это фундамент, на котором строится медицина будущего в России. Это основа для перехода от системы лечения заболеваний к системе сохранения здоровья. Благодаря интеграции данных, использованию алгоритмов искусственного интеллекта и телемедицинских технологий создаются дополнительные условия для:

- повышения точности и своевременности диагностики за счёт доступа к полному анамнезу пациентов;
- оптимизации расходов ОМС путём устранения дублирующих исследований и необоснованных госпитализаций;
- реализации проактивной диспансеризации и персонализированного диспансерного наблюдения пациентов с хроническими заболеваниями. Ключевым условием устойчивости данной модели остаётся обеспечение прозрачности, кибербезопасности и правовой определённости при обработке медицинских данных. Только при выполнении этого условия сохраняется главный нематериальный актив здравоохранения – доверие между врачом и пациентом.



Тарасов В.А.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ОСОБЕННОСТИ СОЗДАНИЯ УЧЕТНЫХ ЗАПИСЕЙ В ПОДСИСТЕМАХ ГИС ОМС

С 2025 года наш регион и, в частности, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса (далее – ТФОМС) участвует в пилотном проекте по внедрению подсистем государственной информационной системы ОМС (далее – ГИС ОМС), в число которых входят: Федеральный единый регистр застрахованных лиц (ФЕРЗЛ), Федеральный персонифицированный учёт медицинской помощи (ФПУМП), Цифровой медицинский профиль (ЦМП), Управленческие сервисы (УС), Сервисы информационного сопровождения застрахованных лиц (СИСЗЛ).

Цель настоящей публикации – описать процедуру создания учётных записей (далее – УЗ) пользователей в перечисленных подсистемах, акцентировать внимание на типичных ошибках и требованиях информационной безопасности, возникающих при работе в разделе «Документы ОМС» (далее – ДОМС) на сайте Федерального фонда ОМС (далее – ФОМС).

ПОРЯДОК СОЗДАНИЯ УЧЁТНОЙ ЗАПИСИ

Создание учётных записей осуществляется в разделе ДОМС. Для инициации процесса руководитель организации выполняет авторизацию в ДОМС и переходит в соответствующий раздел.

Для изменения данных УЗ пользователя в подсистемах ГИС ОМС необходи-

мо выполнить следующий порядок действий.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗАЯВКИ НА РЕГИСТРАЦИЮ

Пользователь создает и заполняет в ДОМС заявку на регистрацию с типом «Подсистемы ГИС». Для регистрации нового пользователя в системе необходимо нажать на кнопку «Новая заявка Подсистемы ГИС» и выбрать пункт «На регистрацию пользователя» (рис. 1).

Важное условие:

заявки формируются отдельно на каждую подсистему ГИС ОМС (ФЕРЗЛ, ФПУМП, УС, ЦМП, СИСЗЛ). Если в заявке указываются несколько подсистем ГИС ОМС, то такая заявка подлежит автоматическому отклонению. Таким образом, для подключения одного пользователя к двум подсистемам



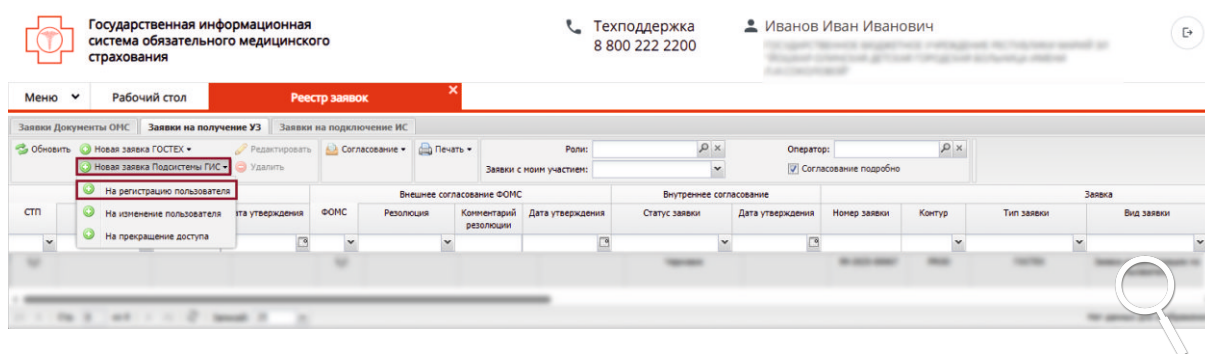
(например, к ФПУМП и ФЕРЗЛ) необходимо создать две самостоятельные заявки.

ЗАПОЛНЕНИЕ ДАННЫХ ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ

В окне «Заявка на регистрацию пользователя» (рис. 2) отдельные поля заполняются автоматически и недоступны для редактирования:

- Вид заявки,
- Тип заявки,
- Автор заявки,
- Организация,
- ОГРН, ИНН, КПП,
- Тип организации,
- Код организации.

ТАРАСОВ В.А.,
начальник
отдела
системного
администрирования

Рисунок 1. Создание заявки Подсистемы ГИС на регистрацию пользователей**Рисунок 2.** Окно «Заявка на регистрацию пользователя»

Поля, обязательные для заполнения, с дополнительными пояснениями приведены в таблице 1.

ТРЕБОВАНИЯ К АДРЕСУ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

В соответствии с политикой обеспечения информационной безопасности Единой цифровой платформы Российской Федерации «ГосТех», доступ к системе не предоставляется пользователям, которые используют

общедоступные почтовые сервисы и общие (неперсонифицированные) адреса электронной почты.

Недопустимые домены и адреса:

- @yandex.ru, @mail.ru, @gmail.com и аналогичные;
- общие наименования: admin, glavvrach, buz, priem и т.п.

Допускается использование только корпоративного, персонифицированного e-mail адреса в до-

менной зоне .ru (например, ivanov@foms.gov.ru; ipetrov@zdrav10.ru и т.п.). Следовательно, организациям-участникам необходимо предварительно организовать корпоративный домен и создать в нем персонифицированные e-mail адреса для сотрудников.

После заполнения всех полей, обязательных для регистрации нового пользователя, следует нажать кнопку «Сохранить».

**Таблица 1.** Обязательные для заполнения поля заявки на регистрацию

Поле	Примечание
Субъект РФ	Выбирается из справочника
ОКАТО	Заполняется автоматически после выбора субъекта РФ, допускается ручная корректировка
Фамилия, Имя	Обязательны
Отчество	Поле необязательно для ввода (заполняется при наличии) при условии включенного чекбокса «Отсутствует отчество»
Должность	Указывается в свободной форме
Пол	Выбирается из списка
СНИЛС	Обязателен
Телефон	Должен начинаться с «8» и содержать 11 цифр
Email	В формате <логин(имя почты)@.домен>
Контур использования	Выбирается из списка

НАЗНАЧЕНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ

После сохранения заявки становится доступной для редактирования область «Полномочия». Для назначения полномочий для регистрируемого

пользователя необходимо:

- 1) Нажать кнопку «Добавить полномочие» (рис. 3).
- 2) В открывшемся окне «Выбор полномочий для добавления» из предложенного перечня полно-

мочий и соответствующих им ролей (доступен поиск) отметить галочкой необходимые позиции или воспользоваться опцией «Выбрать все».

- 3) Нажать кнопку «Выбрать».

Рисунок 3. Добавление полномочий

Заявка на регистрацию пользователя 02-2025-00002 от 19.02.2025

Общие сведения

Вид заявки: Заявка на регистрацию пользователя Тип заявки: ГОСТЕХ
 Номер заявки: 02-2025-00002 Дата создания заявки: 19.02.2025 11:46
 Автор заявки: Иванов Иван Иванович

Информация о пользователе

Организация: [название организации]
 ОГРН: 1021602860300 ИНН: 1653006786 КПП: 165501001
 Тип организации: [тип организации] Код организации: 16
 Субъект РФ: [субъект РФ] ОКАТО: 92000
 Фамилия: Иванов
 Имя: Иван
 Отчество: Иванович Отсутствует отчество: ☐
 Должность: Директор
 Пол: Мужской
 Телефон: [номер телефона]
 Email: [адрес электронной почты]

Полномочия

Обновить **Добавить полномочие** Удалить

Наименование полномочия	Роль	Тип действия

Сохранить Закрыть

СОГЛАСОВАНИЕ И УТВЕРЖДЕНИЕ ЗАЯВКИ

Процедура согласования включает несколько последовательных этапов и требует использования электронной подписи.

Для формирования листа согласования необходимо:

- 1) Выделить соответствующую строку заявки одним нажатием левой кнопки мыши.
- 2) Нажать на кнопку

«Согласование» и выбрать пункт [Согласование] (рис. 4).

3) В открывшемся окне «Лист согласования» нажать «Добавить» для выбора согласующих лиц.

4) В окне «Выбор пользователей» необходимо отметить соответствующего сотрудника (или сотрудников) одним нажатием левой кнопки мыши и нажать на кнопку «Выбрать».

Важно: добавление утверждающего лица

осуществляется аналогичным образом, но при этом можно указать только одно лицо. Лист согласования невозможно сохранить, если не выбран утверждающий.

5) После выбора согласующих лиц и утверждающего лица необходимо нажать на кнопку «Сохранить» (рис. 5).

После этого в графе «Статус направления на рассмотрение» значение изменится на «На согласовании».

Рисунок 4. Окно «Заявка на регистрацию пользователя»

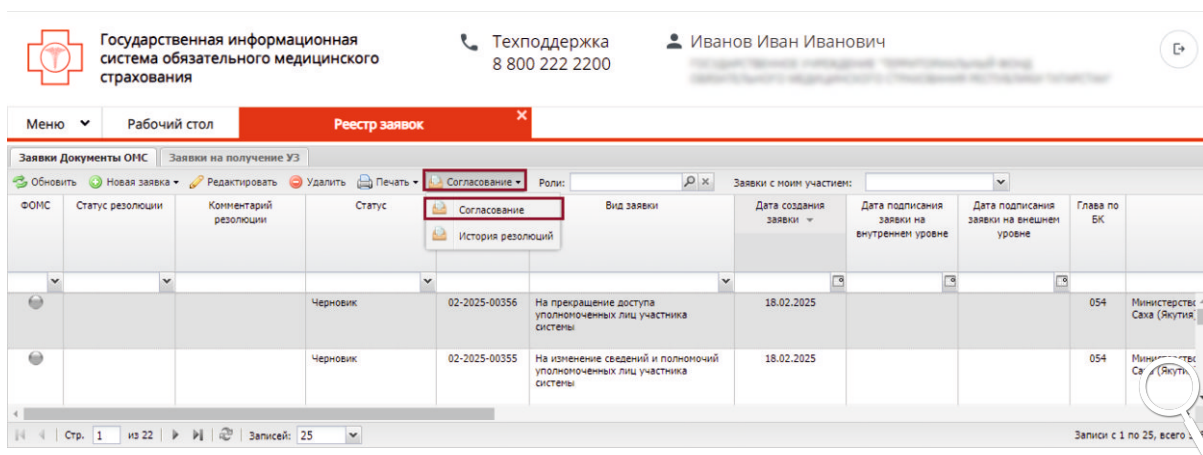
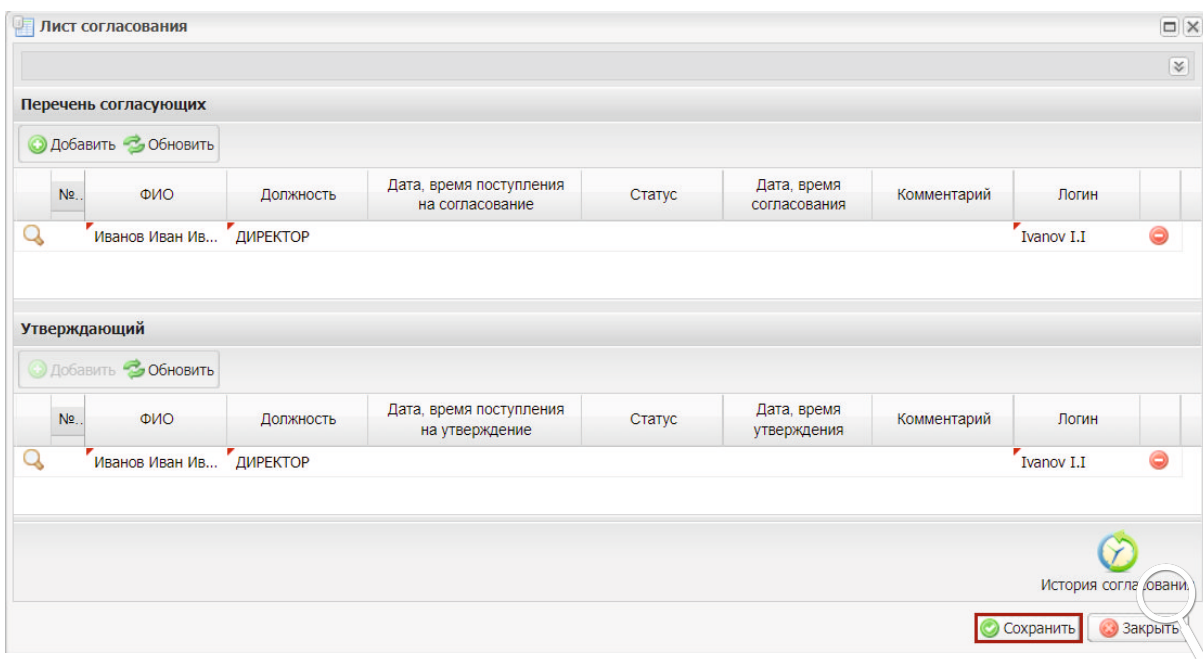


Рисунок 5. Окно «Лист согласования»





СОГЛАСОВАНИЕ ДОКУМЕНТА

Для согласования документа необходимо одним нажатием левой кнопки мыши выделить соответствующую строку, нажать на кнопку «Согласование» и выбрать пункт [Согласование] (рис. 6).

В открывшемся окне «Лист согласования» необходимо нажать на кнопку «Согласовано». В результате значение соответствующей строки в графе «Статус направления на рассмотрение» изменится на «Согласовано».

УТВЕРЖДЕНИЕ ДОКУМЕНТА

Для утверждения документа необходимо одним нажатием левой

кнопки мыши выделить соответствующую строку, нажать на кнопку «Согласование» и выбрать пункт [Согласование] (рис. 7).

В открывшемся окне «Лист согласования» необходимо нажать на кнопку «Утверждено». В открывшейся печатной форме заявки необходимо наложить электронную подпись, нажав на кнопку «Подписать».

После успешного выполнения операций:

- в графе «Статус» значение изменится на «Утверждено»;
- в графе «Статус резолюции» значение изменится на «Согласовано»;
- индикатор согласования «ФОМС» отобразится желтым цветом (рис. 8).

УТВЕРЖДЕНИЕ ДОКУМЕНТА

После успешного внутреннего согласования и утверждения заявка передается на рассмотрение в ФОМС. В столбце «Реестр заявок» для отображения статуса резолюции, наложенной пользователем ФОМС, используется цветовая индикация (табл. 2, рис. 9).

После согласования с ФОМС заявка уходит к исполнителям – специалистам техподдержки (СТП). После завершения процесса создания учетной записи результат будет указан в соответствующем комментарии рядом с индикатором.

Создание персонифицированных технических

Рисунок 6. Согласование документа

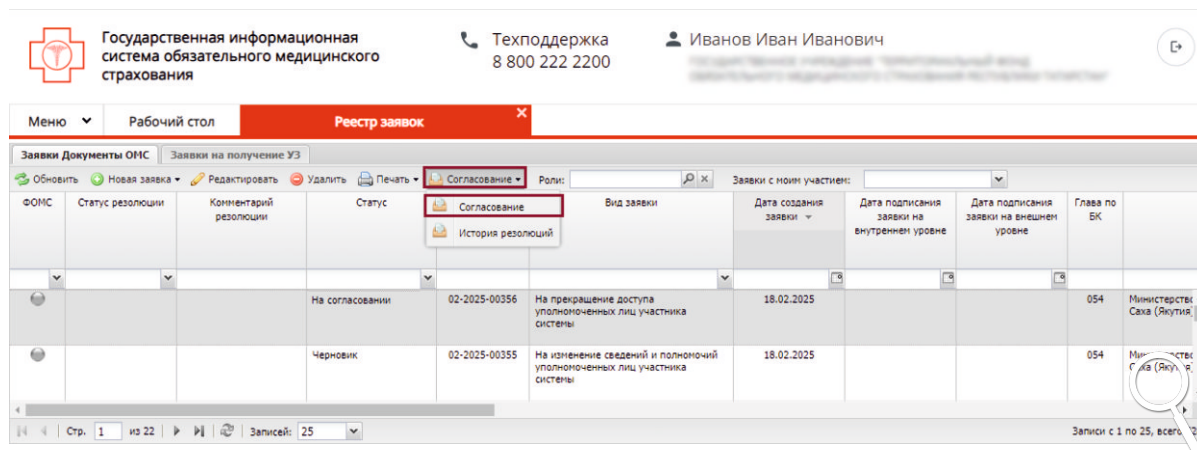


Рисунок 7. Утверждение документа

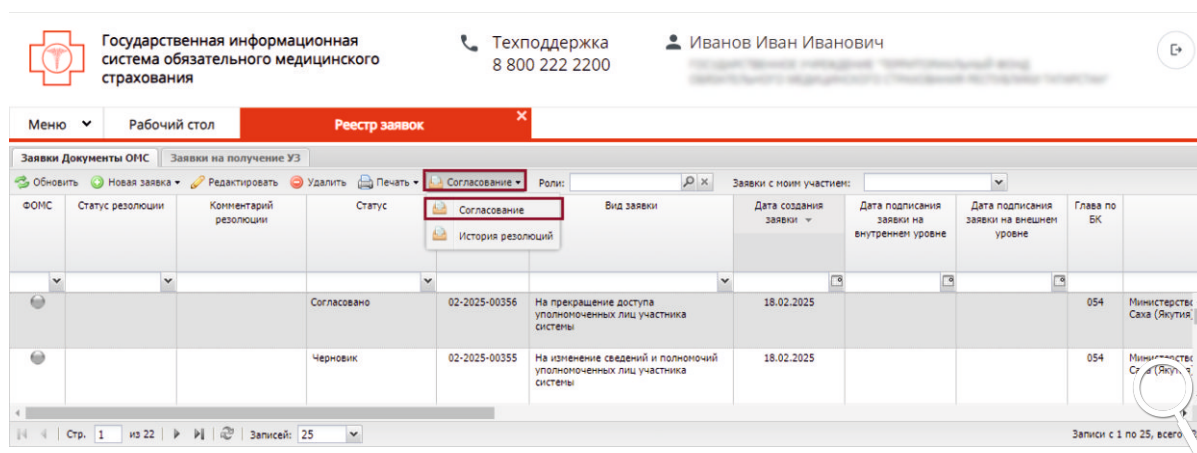
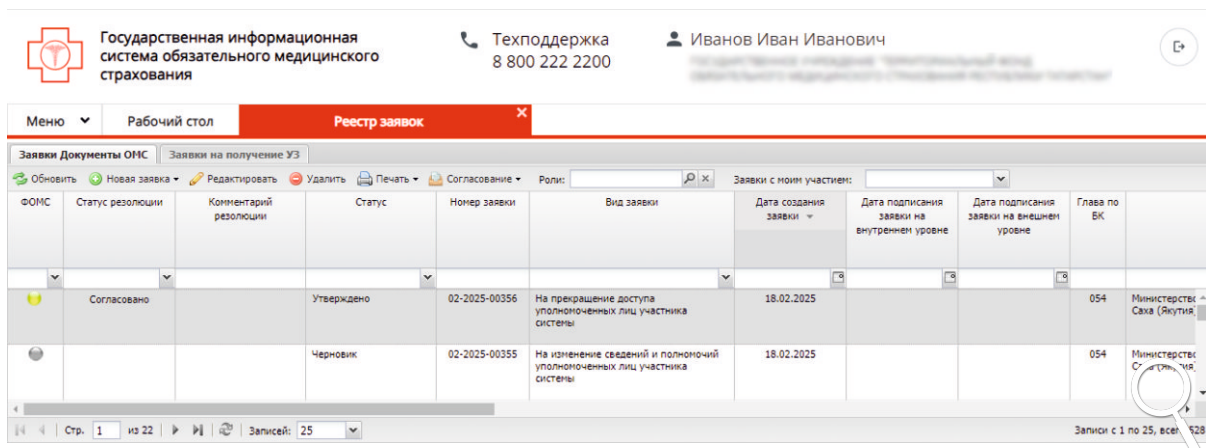


Рисунок 8. Строка со статусом «Утверждено»

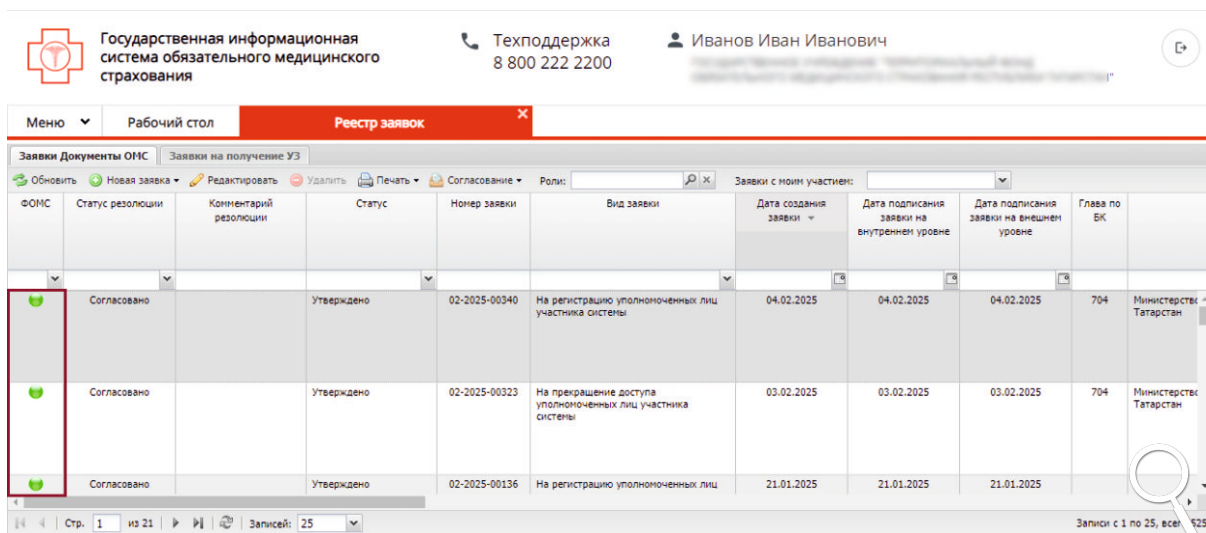


ФОМС	Статус резолюции	Комментарий резолюции	Статус	Номер заявки	Вид заявки	Дата создания заявки	Дата подписания заявки на внутреннем уровне	Дата подписания заявки на внешнем уровне	Глава по БК	Министерство
	Согласовано		Утверждено	02-2025-00356	На прекращение доступа уполномоченных лиц участника системы	18.02.2025			054	Министерство Саха (Якутия)
			Черновик	02-2025-00355	На изменение сведений и полномочий уполномоченных лиц участника системы	18.02.2025			054	Министерство Саха (Якутия)

Таблица 2. Цветовая индикация статуса заявки

Цвет индикатора «ФОМС»	Статус
Серый	Резолюция не создана, заявка еще не перешла на согласование в ФОМС
Жёлтый	Заявка находится на согласовании в ФОМС
Зелёный	Резолюция положительная («Подписано»)
Красный	Резолюция отрицательная («Отклонено»)

Рисунок 9. Индикаторы заявки



ФОМС	Статус резолюции	Комментарий резолюции	Статус	Номер заявки	Вид заявки	Дата создания заявки	Дата подписания заявки на внутреннем уровне	Дата подписания заявки на внешнем уровне	Глава по БК	Министерство
	Согласовано		Утверждено	02-2025-00340	На регистрацию уполномоченных лиц участника системы	04.02.2025	04.02.2025	04.02.2025	704	Министерство Татарстан
	Согласовано		Утверждено	02-2025-00323	На прекращение доступа уполномоченных лиц участника системы	03.02.2025	03.02.2025	03.02.2025	704	Министерство Татарстан
	Согласовано		Утверждено	02-2025-00136	На регистрацию уполномоченных лиц	21.01.2025	21.01.2025	21.01.2025		

учетных записей (ПТУЗ) осуществляется по аналогичным правилам. Дополнительно необходимо будет указать:

- наименование информационной системы;
- лиц, ответственных за эксплуатацию;
- их контактные данные.

Описанный регламент создания учётных записей в подсистемах ГИС ОМС, апробированный в ходе

реализации пилотного проекта в Кемеровской области – Кузбассе, демонстрирует высокий уровень требований к информационной безопасности. Наиболее критичными элементами процедуры являются:

- строгое разделение заявок по каждой подсистеме;
- использование только корпоративных персон-

фицированных e-mail-адресов в доменной зоне .ru;

- многоступенчатое согласование с применением электронной подписи.

Соблюдение данных требований позволяет минимизировать количество отклонённых заявок и обеспечить устойчивое функционирование единой цифровой платформы «ГосТех» в сфере ОМС.

Марковцев М.М., Погадаев Ю.С.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ЗАЩИТА ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ



В основе взаимодействия между медицинским работником и пациентом лежит принцип доверия, который неразрывно связан с гарантиями сохранения конфиденциальности получаемых сведений. Обязанность сохранения врачебной тайны, которая исторически восходит к этическому постулату Гиппократу, в современном праве приобрела характер одного из основополагающих принципов охраны здоровья. Однако процесс цифровой трансформации отрасли – внедрение электронных медицинских карт (ЭМК), телемедицинских технологий, систем персонализированного учета оказанной медицинской помощи – создает новые угрозы безопасности для защищаемой информации. В современных реалиях обеспечение режима врачебной тайны превращается из статичного правила в динамический процесс управления рисками, требующий пересмотра существующих подходов к информационной безопасности.

ПРАВОВАЯ ПРИРОДА ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ И ЕЁ СООТНОШЕНИЕ С КАТЕГОРИЕЙ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Для создания эффективной системы защиты

информации, относящейся к категории врачебной тайны, необходимо разграничить смежные, но не тождественные правовые категории.

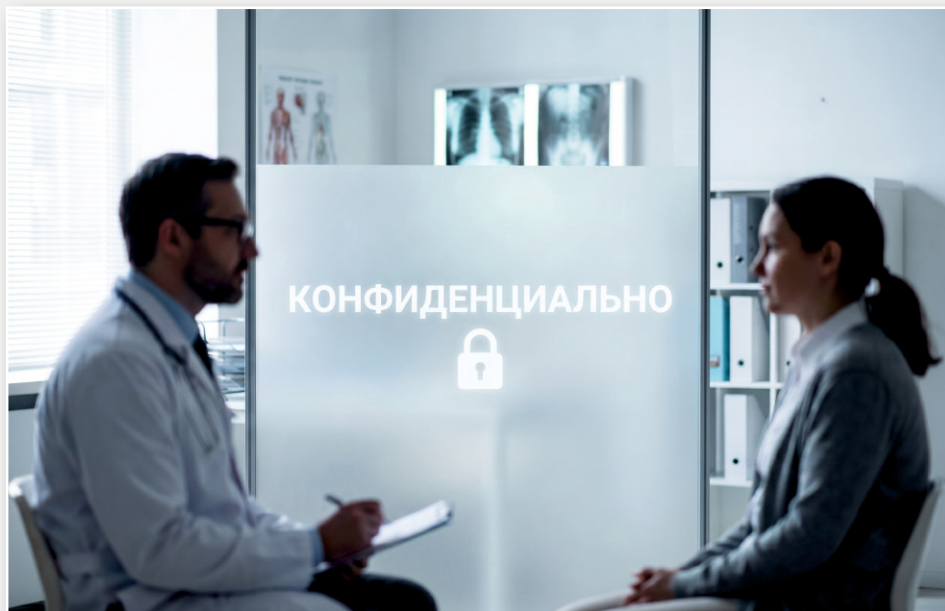
Закон четко разделяет

два понятия – «персональные данные» и «врачебная тайна».

Персональные данные (ПДн), регулируемые Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ

МАРКОВЦЕВ М.М.,
начальник
отдела
информационной
безопасности

ПОГАДАЕВ Ю.С.,
инженер
по защите
информации
отдела
информационной
безопасности



ратуры, информирование органов внутренних дел о поступлении пациента с признаками противоправного причинения вреда здоровью. Даже наличие у официального представителя пациента нотариальной доверенности не гарантирует право на получение таких сведений, если в доверенности прямо не указано согласие гражданина на разглашение врачебной тайны.

АКТУАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Статистика последних лет демонстрирует тревожную динамику: медицинская отрасль превратилась в одну из наиболее привлекательных и уязвимых целей для злоумышленников.

По результатам исследования экспертно-аналитического центра (ЭАЦ) «InfoWatch», опубликованного в августе 2025 года¹,

«О персональных данных», охватывают широкий круг сведений, прямо или косвенно относящихся к физическому лицу (Ф.И.О., дата и место рождения, адрес и пр.).

Врачебную тайну, согласно ч. 1 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ-323), составляют сведения о факте обращения гражданина за медицинской помощью, состоянии его здоровья и диагнозе, а также иные данные, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Указом Президента РФ от 06.03.1997 № 188 данные сведения отнесены к категории конфиденциальной информации.

Принципиальное отличие двух понятий заключается в особом правовом

режиме защиты: врачебная тайна охраняется бесспорно, в том числе после смерти человека, и не может быть разглашена без согласия пациента, кроме строго оговорённых случаев, которые предусмотрены ч. 4 ст. 13 ФЗ-323. К таким исключениям относятся, например, запросы органов дознания и следствия, суда, проку-



¹ Россия на втором месте в мире по утечкам из медицинских организаций
URL: <https://www.infowatch.ru/company/presscenter/news/rossiya-na-vtorom-meste-v-mire-po-utechkam-iz-meditsinskikh-organizatsiy> (дата обращения: 06.03.2026).

в мировом рейтинге по количеству утечек персональных данных из компаний сферы здравоохранения Россия занимает второе место – на отечественные медицинские организации пришлось 8,1 % всех зарегистрированных в мире инцидентов. На первом месте США (55,8 %), на третьей строчке Индия (4,1 %).

Эксперты отмечают, что медицинские структуры интересны злоумышленникам массивами конфиденциальных данных, которые могут быть использованы для шантажа, осуществления мошеннических действий в отношении социально незащищенных слоев населения или продажи сведений в даркнете.

Возможные каналы утечки персональных данных условно можно разделить на две категории:

- 1) Технические – связанные с использованием оборудования, сетей или носителей (например, перехват речевой информации с помощью подслушивающих устройств, кибератаки на сервера с данными пациентов);
- 2) Нетехнические – связанные с действиями или бездействием людей (например, сотрудники могут намеренно раскрыть информацию из корыстных побуждений, случайная отправка конфиденциальной информации по неверному адресу,

сохранение данных на личные устройства).

ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПРАВОПРИМЕНИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА

Нарушение конфиденциальности врачебной тайны влечет за собой различные виды ответственности в зависимости от обстоятельств и тяжести последствий:

- **дисциплинарную** (от замечания по ст. 192 ТК РФ до увольнения по пп. «в» п. 6 ст. 81 ТК РФ);
- **административную** (ст. 13.14 КоАП РФ, административные штрафы на юридическое лицо – до 200 тысяч рублей (например, за неуведомление Роскомнадзора о факте утечки информации);
- **гражданско-правовую** (при разглашении сведений, составляющих вра-

чебную тайну, пациент вправе обратиться в суд с иском о возмещении материального и морального вреда по ст. 151 ГК РФ);

- **уголовную** (статья 137 УК РФ «Нарушение неприкосновенности частной жизни» предусматривает лишение свободы на срок до 5 лет).

Например, за неправомерный доступ к охраняемой компьютерной информации, которая содержится в КИИ, последует штраф до 1 млн рублей в сочетании с ограничением свободы до двух лет или лишением свободы до 6 лет (п. 2 ст. 274.1 УК РФ).

Показательным прецедентом, демонстрирующим реализацию уголовной ответственности, является приговор в отношении заведующего отделением горбольницы в Башкирии². Используя



² В России впервые осудили врача за разглашение данных ЕМИАС. Рамблер : сайт. – URL: https://woman.rambler.ru/beauty/54147634/?utm_content=woman_media&utm_medium=read_more&utm_source=copylink (дата обращения 06.03.2026).



служебное положение и доступ к Единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС), по просьбе своего знакомого он осуществил неправомерный доступ к компьютерной информации и направил ему фотографию результатов медицинского осмотра несовершеннолетней девушки. Суд признал врача виновным по ч. 3 ст. 272 УК РФ («Неправомерный доступ к компьютерной информации, совершенный с использованием своего служебного положения») и части 2 статьи 137 УК РФ («Нарушение неприкосновенности частной жизни, совершенное с использованием своего служебного положения») и назначил наказание в виде ограничения свободы на 10 месяцев, штрафа в размере 100 тыс. рублей и конфискации мобильного телефона.

Данный случай иллюстрирует сразу несколько проблемных зон:

- несовершенство системы разграничения доступа к персональным данным (врач имел доступ к карте пациента, который не находился под его непосредственным наблюдением);
- недостаточный уровень осознания медицинским персоналом тяжести последствий при нарушениях конфиденциальности врачебной тайны;
- использование личных гаджетов и передачу конфиденциальной информации через установленные мессенджеры.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЗАЩИТЫ ИНФОРМАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Для обеспечения режима врачебной тайны необходим системный подход, который объеди-

нит правовые, технические и кадровые меры.

1. Нормативно-методологическая база

Медицинская организация обязана разработать и утвердить локальные нормативные акты: Политику в отношении обработки персональных данных и Политику в отношении врачебной тайны. В этих документах необходимо четко регламентировать уровень доступа к базам данных и разработать регламент взаимодействия с государственными информационными системами (ЕМИАС, ГИС ОМС), порядок хранения и уничтожения данных.

2. Технические меры защиты

Для обеспечения защиты информации рекомендуется внедрение следующих мер:

- **многофакторная аутентификация** для доступа к медицинским информационным системам, входа в электронную медицинскую карту, которая исключает использование простых паролей;
- **шифрование данных** – как хранящихся на серверах, так и передаваемых по каналам связи;
- **сегментация сети:** строгое разделение сети, в которой врачи работают с медицинскими данными (результаты обследований, диагнозы, назначенное лечение и т.п.), от гостевого Wi-Fi.

¹ Россия на втором месте в мире по утечкам из медицинских организаций
URL: <https://www.infowatch.ru/company/presscenter/news/rossiya-na-vtorom-meste-v-mire-po-utechkam-iz-meditsinskikh-organizatsiy> (дата обращения: 06.03.2026).

• **установка систем обнаружения вторжений** и регулярное обновление антивирусного ПО.

3. Организационные меры и работа с персоналом

Регулярное обучение сотрудников способно свести к минимуму влияние человеческого фактора. Для повышения эффективности и результативности такой работы тренинги должны моделировать реальные угрозы в области информационной безопасности. Например, рекомендуется проводить анализ конкретных примеров фишинговых атак, объяснять, по каким признакам можно распознать фишинг³,

как защититься от мошенников, которые используют методы социальной инженерии⁴; разъяснять недопустимость использования мессенджеров (WhatsApp, Telegram) для пересылки медицинских документов (например, результатов диагностических исследований).

Необходимо разработать четкий регламент действий при наступлении инцидента, включая обязательное уведомление Роскомнадзора в установленный законом срок (24 часа).

Таким образом, в современных реалиях защита врачебной тайны перестала быть исключительно этической категорией

и трансформировалась в сложную междисциплинарную задачу.

Соблюдение требований действующего законодательства в сфере информационной безопасности должно рассматриваться руководством медицинских организаций не как избыточная бюрократическая нагрузка, а как важнейшее условие выживания и дальнейшего устойчивого развития. Инвестиции в кибербезопасность, обучение персонала и создание культуры конфиденциальности являются прямым вкладом в сохранение главного нематериального актива медицины – доверия пациентов.



³ Фишинг – вид интернет-мошенничества, при котором злоумышленник пытается выманить у жертвы личную информацию под видом официального запроса: логины, пароли, данные банковской карты, номера документов, коды подтверждения.

⁴ Социальная инженерия – это манипулирование людьми с целью получения конфиденциальной информации или доступа к защищенным системам. В отличие от технических кибератак, таких как взлом паролей или использование вредоносного ПО, социальная инженерия ориентирована на психологическое влияние на жертву.



Бирюков А.А., Новоселова Н.В.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ОТ ПЕРВИЧНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СМО К ПОВТОРНОМУ КОНТРОЛЮ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕТЕНЗИОННОЙ РАБОТЫ В СФЕРЕ ОМС КУЗБАССА В 2025 ГОДУ



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

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

В соответствии с Федеральным законом об обязательном медицинском страховании одной из обязанностей страховых медицинских организаций является проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам. Данный контроль осуществляется в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации¹.

Контрольные экспертные мероприятия (далее – КЭМ) выступают связующим элементом взаимодействия трех основных участников системы обя-

зательного медицинского страхования:

- территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС);

- страховых медицинских организаций (далее – СМО);

- медицинских организаций (далее – МО).

В 2025 году первичный

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».

контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реализован СМО путем проведения:

- медико-экономической экспертизы (далее – МЭЭ);
- экспертизы качества медицинской помощи (далее – ЭКМП).

Экспертиза качества медицинской помощи проводится с привлечением экспертов качества по соответствующим специальностям, включенным в единый реестр экспертов качества медицинской помощи в сфере ОМС. С 2022 года данный реестр ведется в государственной информационной системе обязательного медицинского страхования (ГИС ОМС).

ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАЗНОГЛАСИЙ И ПОРЯДКА ОБЖАЛОВАНИЯ

Поскольку результаты контрольных экспертных мероприятий СМО в случае выявления нарушений являются основанием для применения к медицинским организациям финансовых санкций, заключения СМО нередко 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 страхо-

ванию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (далее – Порядок проведения контроля) медицинские организации вправе обжаловать заключение СМО по результатам контроля двумя способами:

– путем направления протокола разногласий в СМО;

– путем направления претензии в ТФОМС.

Для обжалования заключения СМО по результатам первичного контроля медицинской организации необходимо в течение 15 рабочих дней со дня получения заключения экспертизы сформировать и направить протокол разногласий. СМО рассматривает протокол разногласий в течение 10 рабочих дней с момента получения. По итогам рассмотрения медицинской организации направляется либо повторное заключение по результатам КЭМ, либо мотиви-

рованная 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 полным пакетом документов для её рассмотрения.

Важное уточнение: если медицинская организация первично направляла в СМО протокол разногласий, подписанный с возражениями/разногласиями, срок обжалования заключения СМО по результатам контроля в ТФОМС составляет также 15 рабочих дней и исчисляется со дня получения от СМО результатов рассмотрения указанного протокола.

ПРОЦЕДУРА РАССМОТРЕНИЯ ПРЕТЕНЗИЙ

При получении претензии медицинской органи-





зации ТФОМС обеспечивает проверку:

- сроков предъявления претензии;
- соответствия предоставленных документов количественно и качественно требованиям, установленным нормативными актами Министерства здравоохранения РФ, Минздрава Кузбасса и ТФОМС.

При соблюдении медицинской организацией всех условий (сроков направления претензии, предоставления полного пакета документов, необходимых для её рассмотрения) ТФОМС организует проведение повторных КЭМ в течение 30 рабочих дней с даты поступления претензии. Решение территориального фонда ОМС с заключением повторного контроля, а также 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 пунктом 85 Порядка проведения контроля в судебном порядке.

При несоответствии документов установленному перечню или нарушении срока подачи претензия к рассмотрению не принимается.

Претензионная работа в сфере ОМС при проведении контрольных экспертных мероприятий СМО служит для ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса эффективным средством мониторинга

качества проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам, осуществляемого страховыми медицинскими организациями.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРЕТЕНЗИОННОЙ РАБОТЫ В 2025 ГОДУ (по данным на 01.03.2026)

В 2025 году контрольно-экспертные мероприятия проведены в 98,6 % страховых случаев, включенных в претензии медицинских организаций (в 2023 году – 97,3 %; в 2024 году – 99,5 %). Доля случаев, отклоненных по причине несоответствия пакета документов и нарушения сроков предоставления претензии, составила 1,4 %, что говорит об улучшении качества оформления претензий медицинскими организациями и о более серьезном подходе к организации претензионной работы (для сравнения: в 2023 году отклонены 2,7 % случаев).

КОЛИЧЕСТВО ПРЕТЕНЗИЙ И ОСПАРИВАЕМЫХ СЛУЧАЕВ

Количество претензий, рассмотренных Территориальным фондом ОМС за последние три года, отражено в таблице 1.

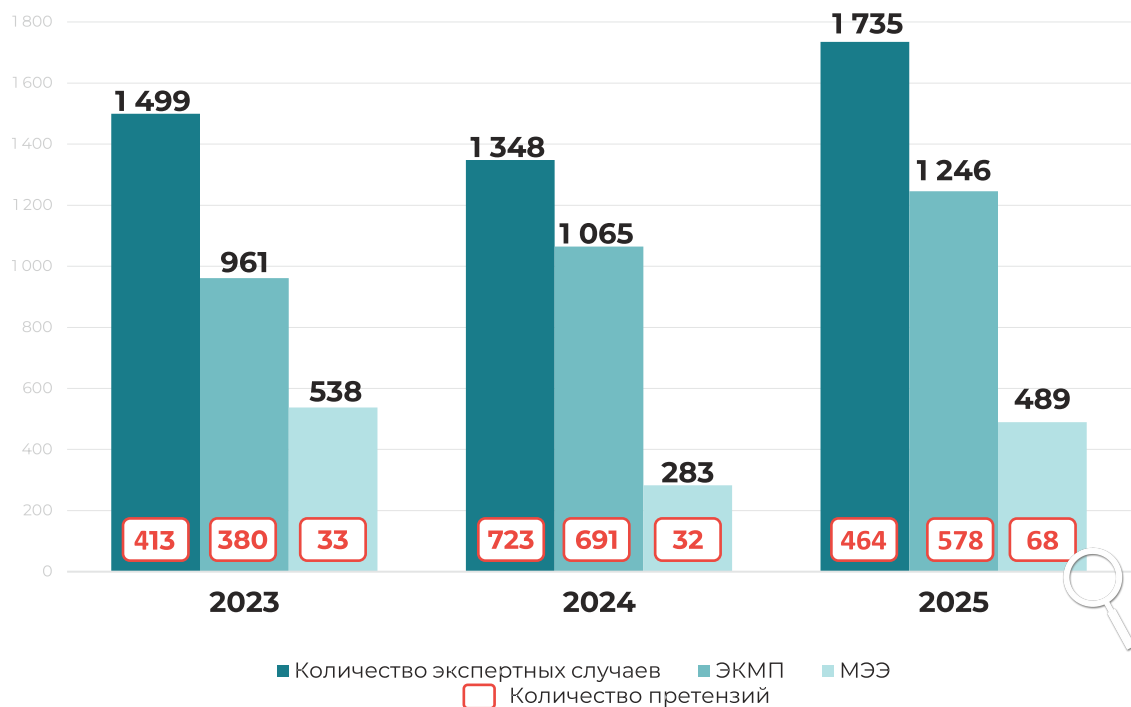
В 2025 году отмечается уменьшение количества претензий по сравнению с 2024 годом, однако об-

Таблица 1. Количество претензий, рассмотренных ТФОМС Кузбасса за 2023-2025 гг.

Показатель	2023	2024	2025
Количество претензий МО	413	723	646
Количество оспариваемых страховых случаев	1 499	1 348	1 735

**Таблица 2.** Распределение претензий МО по видам экспертиз, 2023-2025 гг.

Вид экспертизы	2023	2024	2025
Претензии по результатам МЭЭ (кол-во претензий / страховых случаев)	33 / 538	32 / 283	68 / 489
Претензии по результатам ЭКМП (кол-во претензий / страховых случаев)	380 / 961	691 / 1 065	578 / 1 246

Рисунок 1. Динамика количества претензий медицинских организаций и экспертных случаев, 2023-2025 гг.

щее число оспариваемых страховых случаев увеличилось на 387 случаев.

Распределение претензий по видам экспертиз представлено в таблице 2 и на рисунке 1.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ОБЖАЛОВАНИЯ ЭКСПЕРТИЗ

По результатам рассмотрения претензий ме-

дицинских организаций в 2025 году ТФОМС в 43 % случаев отменил результаты первичных экспертиз СМО (табл. 3).

В 2025 году в ходе повторных контрольных мероприятий, организованных при рассмотрении претензий медицинских организаций, удалось существенно снизить сумму средств, не подлежащих

оплате медицинским организациям по результатам контроля (табл. 4). По результатам повторных контрольных мероприятий сумма неоплаты, подлежащая исключению из оплаты медицинской организации, снижена на 5,7 млн рублей по сравнению с первичными заключениями СМО и составила 21,6 млн рублей.

Таблица 3. Доля первичных экспертиз СМО, отмененных в результате повторной экспертизы ТФОМС, 2023–2025 гг.

Вид экспертизы	2023	2024	2025
Отмена результатов МЭЭ	22 %	68 %	74 %
Отмена результатов ЭКМП	12 %	20 %	31 %
Общая доля отмененных экспертиз СМО	31 %	16 %	43 %

Таблица 4. Финансовые результаты повторных контрольных экспертных мероприятий, 2023–2025 гг., тыс. рублей

Показатель	2023	2024	2025
Сумма снижения неоплаты в пользу МО по результатам повторного контроля	8 744,5	9 156,8	5 713,3
– заявлено СМО	29 996,7	34 984,6	27 333,9
– подтверждено ТФОМС	21 252,2	25 827,8	21 620,6
Сумма штрафных санкций, снятых с МО	450,7	2 079,6	1 405,6
– заявлено СМО	1 445,2	6 781,6	2 687,2
– подтверждено ТФОМС	994,5	4 702,1	1 281,6

Для сравнения: в 2024 году результат претензионной работы ТФОМС был еще более наглядным: после проведения повторной экспертизы итоговая сумма неоплаты сократилась на 9,15 млн рублей и составила 25,83 млн рублей (по результатам экспертизы СМО сумма неоплаты изначально составляла 34,98 млн руб.).

Размер штрафных санкций, предъявленных медицинским организациям

в 2025 году, после проведения повторной экспертизы ТФОМС снизился на 1,41 млн рублей и составил 1,28 млн рублей (по результатам экспертизы СМО сумма штрафов изначально составляла 2,69 млн рублей).

В 2024 году итоговая сумма штрафов оказалась существенно выше – 4,7 млн рублей (первоначально по результатам экспертизы СМО штрафы составляли 6,78 млн руб.,

но после проведения повторной экспертизы сумму удалось сократить на 2,08 млн рублей).

СТРУКТУРА ВЫЯВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЙ

При анализе выявленных ТФОМС нарушений согласно Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты), лидирующую позицию занимают следующие коды дефектов (табл. 5).

Таблица 5. Анализ выявленных нарушений при рассмотрении претензий, 2023–2025 гг.

Код нарушения	2023	2024	2025
3.2.1. – невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых диагностических и/или лечебных мероприятий (не повлияло на состояние здоровья)	330 (26,1 %)	525 (57,9 %)	546 (54,0 %)
3.13. – необоснованное назначение лекарственных препаратов, нерациональная лекарственная терапия	111 (8,8 %)	64 (7,1 %)	97 (9,6 %)
3.2.2. – невыполнение необходимых мероприятий, приведшее к ухудшению состояния здоровья либо создавшее риск прогрессирования заболевания	160 (12,7 %)	109 (12,0 %)	95 (9,4 %)
2.16.3. – несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов (некорректное отражение сведений)	427 (33,9 %)	22 (2,4 %)	80 (7,3 %)
2.16.1. – несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов (оплаченный случай не соответствует тарифу)	11 (0,9 %)	66 (7,3 %)	48 (4,8 %)
3.11. – отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, дневниковых записей, позволяющих оценить качество медицинской помощи	145 (11,5 %)	35 (3,9 %)	43 (4,3 %)
2.12. – непредставление медицинской документации	-	-	28 (2,8 %)



Код нарушения	2023	2024	2025
2.13. – отсутствие или ненадлежащее оформление информированного добровольного согласия (ИДС)	83 (6,6 %)	8 (0,9 %)	12 (1,2 %)
2.14. – наличие признаков искажения сведений в медицинской документации	-	1 (0,1 %)	11 (1,1 %)
3.1.1. – установление неверного диагноза, не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица	-	1 (0,1 %)	11 (1,1 %)
2.17. – отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии	-	1 (0,1 %)	6 (0,6 %)
2.1 – нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных ТПОМС	-	1 (0,1 %)	4 (0,4 %)
2.16.2. – несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов (при отсутствии сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи)	13 (1,0 %)	44 (4,9 %)	3 (0,3 %)
2.18. – нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программами ОМС	4 (0,3 %)	14 (1,5 %)	2 (0,2 %)
3.6. – нарушение по вине МО 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 %)	-
3.2.6. – невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение диагностических и (или) лечебных мероприятий (не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица по результатам проведенного диспансерного наблюдения)	-	4 (0,4 %)	-
Прочие дефекты: 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 %			

ПРОФИЛЬНАЯ СТРУКТУРА ПРЕТЕНЗИЙ

Анализ распределения претензий по профилям медицинской помощи (табл. 6) позволяет выявить наиболее проблем-

ные с точки зрения экспертной оценки направления.

Онкологический профиль является безусловным лидером как по числу оспариваемых

случаев (443, или 25,5 % от всех претензий), так и по доле подтвержденных дефектов (79,2 %).

Второе место занимает профиль «Неврология» – 215 случаев (12,4 %);

Таблица 6. Анализ профилей медицинской помощи в структуре претензий МО, 2023 – 2025 гг.

Профиль медицинской помощи	2025		2024		2023	
	Кол-во случаев/ доля от общего числа	из них признано дефектными	Кол-во случаев/ доля от общего числа	из них признано дефектными	Кол-во случаев/ доля от общего числа	из них признано дефектными
Акушерство и гинекология	92 (5,3 %)	47 (51,0 %)	33 (2,4 %)	17 (51,5 %)	137 (9,1 %)	19 (1,5 %)
Гастроэнтерология	17 (0,9 %)	11 (64,7 %)	7 (0,5 %)	7 (100 %)	24 (1,6 %)	5 (0,4 %)
Гематология	31 (1,8 %)	23 (74,2 %)	2 (0,1 %)	1 (50,0 %)	-	-
Детская хирургия	7 (0,4 %)	4 (57,1 %)	1 (0,07 %)	1 (100 %)	3 (0,2 %)	3 (0,2 %)
Инфекционные болезни	17 (0,9 %)	9 (52,9 %)	13 (1,0 %)	5 (38,5 %)	114 (7,6 %)	94 (7,6 %)
Кардиология	95 (5,5 %)	51 (53,7 %)	33 (2,4 %)	18 (54,5 %)	85 (5,7 %)	55 (4,4 %)
Детская кардиология	1 (0,06 %)	1 (100 %)	-	-	-	-



Профиль медицинской помощи	2025		2024		2023	
	Кол-во случаев/доля от общего числа	из них признано дефектными	Кол-во случаев/доля от общего числа	из них признано дефектными	Кол-во случаев/доля от общего числа	из них признано дефектными
Неонатология	4 (0,2 %)	4 (100 %)	-	-	-	-
Терапия, лечебное дело/ семейная медицина	162 (9,3 %)	69 (42,6 %)	268 (19,9 %)	89 (33,2 %)	33 (2,2 %)	27 (2,2 %)
Медицинская реабилитация	4 (0,2 %)	2 (50,0 %)	8 (0,6 %)	3 (37,5 %)	31 (2,1 %)	30 (2,4 %)
Неврология	215 (12,4 %)	116 (53,9 %)	69 (5,1 %)	14 (20,3%)	19 (1,3 %)	17 (1,4 %)
Нейрохирургия	35 (2,0 %)	10 (28,6 %)	9 (0,7 %)	7 (77,8 %)	-	-
Нефрология	-	-	4 (0,3 %)	2 (50,0 %)	1 (0,07 %)	1 (0,08 %)
Онкология	443 (25,5 %)	351 (79,2 %)	599 (44,4 %)	540 (90,2 %)	564 (37,6 %)	531 (42,7 %)
Оториноларингология	9 (0,5 %)	2 (22,2 %)	6 (0,4 %)	3 (50,0 %)	3 (0,2 %)	1 (0,08 %)
Офтальмология	1 (0,06 %)	-	31 (2,3 %)	30 (96,8 %)	3 (0,2 %)	1 (0,08 %)
Педиатрия	19 (1,1 %)	12 (63,2 %)	12 (0,9 %)	8 (66,7 %)	-	-
Пульмонология	14 (0,8 %)	12 (85,7 %)	3 (0,2 %)	3 (100 %)	16 (1,1 %)	12 (1,0 %)
Радиология	34 (1,9 %)	16 (47,1 %)	13 (1,0 %)	13 (100 %)	9 (0,6 %)	6 (0,5 %)
Ревматология	7 (0,4 %)	5 (71,4 %)	6 (0,4 %)	2 (33,3 %)	2 (0,1 %)	2 (0,2 %)
Сердечно-сосудистая хирургия	25 (1,4 %)	13 (52,0 %)	19 (1,4 %)	18 (94,7 %)	18 (1,2 %)	15 (1,2 %)
Торакальная хирург	10 (0,6 %)	5 (50 %)	1 (0,07 %)	-	3 (0,2 %)	3 (0,2 %)
Травматология и ортопедия	136 (7,8 %)	99 (72,8 %)	82 (6,1 %)	42 (51,2 %)	20 (1,3%)	17 (1,4 %)
Урология	124 (7,2 %)	12 (9,7 %)	7 (0,5 %)	4 (57,1 %)	10 (0,7%)	9 (0,7 %)
Детская урология	17 (0,9 %)	6 (35,3 %)	-	-	-	-
Хирургия/ комбустиология	132 (7,6 %)	71 (53,8 %)	110 (8,2 %)	46 (41,8 %)	12 (0,8 %)	9 (0,7 %)
Челюстно-лицевая хирургия	27 (1,6 %)	10 (37,0 %)	1 (0,07 %)	1 (100 %)	-	-
Эндокринология	20 (1,7 %)	10 (50 %)	4 (0,3 %)	4 (100 %)	6 (0,4 %)	6 (0,5 %)
Детская эндокринология	10 (0,6 %)	8 (80 %)	-	-	-	-
Гериатрия	3 (0,2 %)	1 (33,3 %)	-	-	-	-
Дерматовенерология	12 (0,7 %)	7 (58,3 %)	-	-	-	-
Токсикология	12 (0,7 %)	2 (16,7 %)	-	-	-	-
Всего	1 735	989	1 348	879	1 499	1 245

на третьем месте профиль «Терапия» – 162 случая (9,3 %), на четвертом – профиль «Травматология-ортопедия» – 136 (7,8 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ

1. Высокий уровень проведения повторных КЭМ

В 2025 году контрольные экспертные мероприятия проведены в 98,6 % случаев, включённых

в претензии, что подтверждает высокую организационную готовность ТФОМС к рассмотрению разногласий.

2. Рост эффективности претензионной работы МО

Доля решений СМО, отменённых ТФОМС по результатам повторной экспертизы, увеличилась с 16 % в 2024 году до 43 % в 2025 году. Данный рост свидетельствует как

о повышении качества подготовки претензий – медицинские организации стали серьёзнее подходить к оценке выполнения лечебно-диагностических мероприятий и обоснованию своей позиции, так и о более тщательном пересмотре экспертных заключений СМО со стороны ТФОМС.

3. Снижение финансовой нагрузки на МО

В результате претензии-

онной работы ТФОМС сумма средств, не подлежащая оплате медицинским организациям, сократилась на 5,7 млн рублей.

4. Типичные нарушения

По количеству нарушений, выявленных в 2025 году, лидирующие позиции занимают коды дефектов 3 раздела Порядка проведения контроля – нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи. Наиболее частым дефектом остаётся код 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) – 54 % всех нарушений. Нарушения, связанные с необоснованным назначением лекарственных препаратов (код 3.13), находятся на втором месте.

5. Профили – лидеры

Онкология, неврология, терапия, травматология и хирургия составляют более 60 % всех пре-

тензионных случаев.

Особого внимания требует онкологический профиль, где доля подтверждённых дефектов достигает 79,2 %.

6. Повышение качества оформления документации

Резкое снижение доли выявленных нарушений по коду 2.16.3 (несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов (некорректное отражение сведений) с 33,9 % в 2023 году до 7,3 % в 2025 году свидетельствует о повышении дисциплины медицинских организаций при формировании реестров счетов.



Прилуцкая Н.Ю.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТФОМС В 2025 ГОДУ: СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС



ПРИЛУЦКАЯ Н.Ю.,
начальник
контрольно-
ревизионного
управления

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОБЪЕМ КОНТРОЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В 2025 ГОДУ

Контрольно-ревизионная деятельность ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса в отчетном периоде осуществлялась в соответствии с Графиком и Программой проверок, утвержденными приказом ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса. Пла-

Одним из приоритетных направлений деятельности территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС) является контроль за целевым и эффективным (рациональным) расходованием средств ОМС. В настоящей статье представлены результаты контрольно-ревизионной работы ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса за 2025 год, включая количественные показатели проверок, типологию выявленных нарушений и правовую оценку наиболее спорных категорий расходов медицинских организаций.

ном предусматривалось проведение 80 проверок целевого и эффективного расходования средств ОМС (в 78 медицинских организациях и в двух страховых медицинских организациях).

По итогам года контрольно-ревизионным управлением ТФОМС проведено 97 контрольных мероприятий, в том числе:

- 80 плановых проверок в медицинских организациях (далее – МО) и страховых медицинских организациях (далее – СМО);
- 17 внеплановых проверок (восемь – в МО и девять – в СМО).

Внеплановые проверки инициировались в связи с:

- установлением причин

недостатка средств на оплату медицинской помощи (в двух СМО);

- реорганизацией МО путем присоединения (слияния) к другому юридическому лицу;
- уведомлением об исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в 2025 году;
- требованием Прокуратуры Кемеровской области – Кузбасса о проверке доводов публикации, размещенной 18.08.2025 в телеграмм-канале «ЖурБасс», о незаконном взимании платы за услуги, гарантированные в рамках ОМС (таблица 1).

**Таблица 1.** Структура контрольных мероприятий, проведенных в 2025 году

Вид проверки	Количество	
	План	Факт
Комплексные проверки в СМО целевого и эффективного использования средств ОМС	2	2
Тематические проверки СМО по установлению причин недостатка целевых средств	0	9
Комплексные проверки в МО целевого и эффективного использования средств ОМС, в том числе:	78	86
документарные проверки	0	3
Внеплановые проверки МО, в том числе:	0	8
- по фактам реорганизации медицинских организаций путем присоединения (слияния) к другому юридическому лицу; отсутствия уведомления о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Кемеровской области – Кузбасса на 2025 год; исключения медицинской организа- ции из реестра МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в 2025 году	0	7
- для проверки доводов публикации, размещенной 18.08.2025 в телеграмм-канале «ЖурБасс», о незаконном взимании платы за услуги, которые должны оказываться в рамках ОМС	0	1
ИТОГО:	80	97

ТИПОЛОГИЯ И ПРИЧИНЫ ВЫЯВЛЕН- НЫХ НАРУШЕНИЙ

Результаты контрольных мероприятий свидетельствуют, что расходование средств ОМС медицинскими организациями нередко осуществляется с нарушением требований действующего законодательства об ОМС. Последствиями таких нарушений являются:

- репутационные риски для лечебных учреждений и их руководителей;
- необходимость восстановления неправомерно использованных средств в бюджет ТФОМС за счет других источников в течение срока, установленного Федеральным законом № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страхо-

вании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ), что отражается на финансовом положении медицинских организаций и влечет за собой финансовую и административную ответственность.

В числе основных причин использования средств ОМС с нарушением действующего законодательства и неэффективного расходования средств – недостаточная компетенция специалистов, некорректная трактовка законодательства, несовершенство законодательства в некоторых вопросах, отсутствие должного внутреннего финансового контроля, в отдельных случаях – личное отношение руко-

водства к организации учетной политики и т.д.

СТРУКТУРА ВЫЯВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЙ

В число основных нарушений, выявленных в ходе проверок в 2025 году, вошли:

1) Оплата расходов, не включенных в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС (далее – ТП ОМС) (69 %):

- выплата выходного пособия, среднемесячного заработка, пособия по временной нетрудоспособности лицам, прекратившим трудовые отношения с медицинской организацией; стимулирующих выплат «... с целью



поддержания работников и в связи с празднованием «Дня автомобилиста» ...», «Международного женского дня 8 марта», «Дня защитника Отечества», приобретение плакатов «9 Мая», баннера «9 Мая»; выплата за участие в спортивном мероприятии;

- оплата доставки сотрудников к месту работы и обратно;
- оплата аренды движимого имущества при наличии просроченной кредиторской задолженности;
- капитальный ремонт конструктивного элемента пристройки – «крыша» и приобретение материалов (товаров) для капитального ремонта;
- оплата образовательных услуг по программам: «Антитеррористическая защищенность на объектах (территориях) здравоохранения», «Обеспечение защиты служебной информации ограниченного распространения, содержащейся в паспорте безопасности и иных

документах объектов (территорий), в том числе служебной информации ограниченного распространения о принимаемых мерах антитеррористической защищенности объектов (территорий)», «Мобилизационная подготовка органов государственной власти, органов местного самоуправления, организаций, предприятий и учреждений (включая воинский учет и бронирование)», «Актуальные вопросы оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», «Воинский учет и бронирование граждан, пребывающих в запасе», «Мобилизационная подготовка и мобилизация в организациях», сметное дело в строительстве, современные аспекты энергосбережения и повышения энергетической эффективности;

- приобретение рамок для грамот, а также грамот и благодарственных писем;
- возмещение вреда,

допущенного по вине учреждения, работника;

- оплата труда работников в период их дежурств на спортивных мероприятиях;

- оплата труда специалиста по связям с общественностью, пресс-секретаря, социального работника, врача-косметолога, врача-рефлексотерапевта;
- компенсация расходов, понесенных работниками, нахождение медицинской комиссии при устройстве на работу;

- материальная помощь в связи со смертью близких родственников работника;

- выплата заработной платы во время простоя отделения (капитальный ремонт);

- уплата земельного налога за участок, используемый под вертолетную площадку и земельный налог за участок, не используемый при оказании медицинской помощи;

- приобретение средств индивидуальной защиты (самоспасателей);

- приобретение стенда «воинский учет», флага, плакатов СВО; оплата участия во II Молодежном форуме Кузбасса «Союз поколений – вместе вперед!», в медицинском сопровождении на избирательных участках.

2) Расходование средств при отсутствии подтверждающих документов (29 %):

- предъявление реестров счетов (запрошенных сумм финансирования) в отсутствие фактов, подтверждающих приобретение МО лекарственных



препаратов, изделий медицинского назначения, расходных материалов, необходимых для оказания такой помощи;

- выплата, учитывающая производственную мощность (работнику).

3) Финансирование структурных подразделений МО, которые обеспечиваются из иных источников (0,6 %):

- оплата содержания автомобильного транспорта, используемого при осуществлении коммерческой деятельности, отсутствующего в списках арендованных транспортных средств и не числящегося в собственности организации;
- списание запасных частей для автомобиля психиатрической бригады скорой медицинской помощи.

4) Использование средств нормированного страхового запаса (НСЗ) ТФОМС в нарушение условий их получения (0,5 %):

- необоснованное получение средств НСЗ на софинансирование оплаты труда медицинского работника, принятого в текущем финансовом году на штатную должность менее одной ставки.

5) Расходование средств сверх норм, установленных соответствующими министерствами и ведомствами (0,3 %):

- оплата горюче-смазочных материалов сверх установленных обоснованных нормативных объемов;
- выплата работникам

суточных и возмещение расходов по найму жилого помещения в служебной командировке сверх норм, установленных соответствующими нормативными правовыми актами.

6) Использование средств ОМС на иные цели, не соответствующие условиям их предоставления (0,1 %):

- списание товарно-материальных ценностей (запасных частей) на транспортные средства при отсутствии их фактической установки.

Особое внимание уделяется проверкам частных медицинских организаций, число которых в системе ОМС ежегодно растет. Основным видом нарушений в данной группе МО является отсутствие раздельного учёта доходов и расходов по источникам финансирования (ч. 6 ст. 15 Федерального закона № 326-ФЗ), что противоречит условиям договора на оказание

и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

ПРАВОМЕРНОСТЬ ПОЛУЧЕНИЯ СРЕДСТВ НСЗ НА СОФИНАНСИРОВАНИЕ РАСХОДОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ НА ОПЛАТУ ТРУДА ВРАЧЕЙ И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

В соответствии с частью 6.6. Федерального закона от № 326-ФЗ средства нормированного страхового запаса ТФОМС предоставляются медицинским организациям государственной и муниципальной систем здравоохранения, работающим в рамках территориальной программы ОМС.

Данные средства направляются на цели, указанные в пункте 4 части 6 статьи 26 Федерального закона № 326-ФЗ, и выделяются на основании соглашения. Типовая форма соглашения, а также по-



рядок его заключения, формирования, использования и условия предоставления средств НСЗ устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Согласно пункту 4 Порядка формирования и условий предоставления средств НСЗ (утв. приказом Минздрава России от 22.02.2019 № 85н), средства для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда предоставляются медицинским организациям при соблюдении установленных требований и на основании соглашения, заключаемого между медицинской организацией, органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

В соответствии с подпунктом «г» пункта 7 указанного Порядка одним из обязательных условий предоставления средств НСЗ является наличие принятого на работу медицинского работника для оказания медицинской помощи в текущем финансовом году. При этом работник должен быть трудоустроен на штатную должность в полном объеме (не менее одной ставки) сверх численности медицинских работников, сложившейся в организации по состоянию на 1 января текущего года (либо на дату распределения объемов предоставления медицинской помощи согласно части 10 статьи 36

Федерального закона № 326-ФЗ).

Финансирование оплаты труда врача по ставке 0,5 (по профилю, отличному от профиля основной занятости на 1,0 ставку) противоречит требованиям вышеуказанного Порядка формирования и условий предоставления средств НСЗ. Несоблюдение данного требования влечет за собой необоснованное получение средств НСЗ, предназначенных для софинансирования оплаты труда врачей и среднего медицинского персонала. Согласно пункту 6 Порядка использования средств нормированного страхового запаса ТФОМС, средства для софинансирования расходов на оплату труда медперсонала, необоснованно полученные медицинской организацией, подлежат возврату в бюджет ТФОМС в порядке, установленном бюджетным законодательством Российской Федерации.

ПРАВОМЕРНОСТЬ РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС НА ВЫПЛАТУ ВЫХОДНОГО ПОСОБИЯ, СРЕДНЕМЕСЯЧНОГО ЗАРАБОТКА, ОПЛАТУ ЛИСТА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ УВОЛЕННОМУ РАБОТНИКУ

Одним из основных принципов обязательного медицинского страхования, установленных статьей 4 Федерального закона № 326-ФЗ, является обеспечение за счет средств ОМС гарантий

бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной и базовой программ ОМС.

В силу части 6 статьи 14 Федерального закона № 326-ФЗ средства, поступающие в медицинскую организацию для оплаты медицинской помощи, имеют целевое назначение.

В соответствии с пунктом 5 части 2 статьи 20 Федерального закона № 326-ФЗ и пунктом 8.11 договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС медицинская организация обязана использовать полученные средства в соответствии с программой ОМС.

Расходование средств ОМС регламентируется структурой тарифов на оплату медицинской помощи. Согласно части 1 статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ, а также пункту 185 Правил ОМС, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС № 108н), пункту 267 Правил ОМС, утвержденных приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС № 496н), тарифы рассчитываются в соответствии с методикой, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполни-

тельной власти, и включают затраты, установленные территориальной программой ОМС.

Пунктом 184 Правил ОМС № 108н и пунктом 264 Правил ОМС № 496н установлено, что расчет тарифов осуществляется на единицу объема медицинской помощи, медицинскую услугу, вызов скорой медицинской помощи, законченный случай лечения заболевания, а также на основе подушевых нормативов финансирования на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц, подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи.

В пунктах 192 Правил ОМС № 108н и 274 Правил ОМС № 496н определено, что в расчет тарифов включаются две группы затрат:

- затраты, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления;
- затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи.

В соответствии с подпунктом 1 пунктов 193 Правил ОМС № 108н и 275 Правил ОМС № 496н в состав затрат, непосредственно связанных с оказанием медпомощи, включаются в том числе расхо-

ды на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников, принимающих непосредственное участие в оказании медицинской помощи.

Согласно пунктам 194, 195 Правил ОМС № 108н и 276, 277 Правил ОМС № 496н к затратам, необходимым для обеспечения деятельности медорганизации в целом, относятся расходы на оплату труда и начисления на выплаты работникам, не принимающим непосредственного участия в оказании медицинской помощи (административно-управленческий, административно-хозяйственный, вспомогательный и иной персонал).

Статья 129 Трудового кодекса РФ определяет заработную плату как вознаграждение за труд в зависимости от квалификации сотрудника, сложности, количества, качества и условий выполняемой

работы, а также компенсационные и стимулирующие выплаты.

Поскольку основанием для выплаты выходного пособия, среднемесячного заработка и оплаты листка нетрудоспособности уволенному работнику является прекращение трудового договора, а не выполнение должностных обязанностей в рамках реализации территориальной программы ОМС, данные выплаты не являются затратами медицинской организации, непосредственно связанными с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемыми в процессе ее предоставления. Следовательно, они не относятся к обязательствам системы ОМС, не связаны с реализацией территориальной программы ОМС и расцениваются как использование средств ОМС с нарушением требований законодательства об ОМС.



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

В связи с утверждением в прошлом году новых Правил ОМС (утв. Приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н), в частности, пункта 288, в котором детализированы затраты на арендную плату, в том числе финансовую аренду объектов (лизинг), проверка правомерности осуществления арендных платежей за один объект аренды основных средств в соответствии с программой государственных гарантий стала еще одним направлением контрольных мероприятий.

Подпункт 6 пункта 288 Правил ОМС № 496н детализирует порядок учета затрат на арендную плату, в том числе финансовую аренду. Установлено, что затраты на содержание движимого имущества могут быть детализированы по группам затрат, в том числе включать арендную плату (лизинговые платежи) и выкуп предмета лизинга (в соответствии со ст. 624 ГК РФ) при отсутствии у медицинской организации в течение трех месяцев просроченной кредиторской задолженности за счет средств ОМС. В таком случае действует ограничение платежей в год за один объект аренды основных средств, предусмотренное программой государственных гарантий.

При наличии у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности сроком более трех месяцев затраты на арендную плату, в том числе на финансовую аренду объектов (лизинг) или приобретение предмета лизинга по действующим договорам, не могут превышать 400 тыс. рублей в год за один объект аренды.

ПРАВОМЕРНОСТЬ РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС НА ОПЛАТУ ТРУДА СПЕЦИАЛИСТА ПО СВЯЗЯМ С ОБЩЕСТВЕННОСТЬЮ

Средства ОМС, поступающие в медицинскую организацию, являются целевыми и предназначены для оплаты оказанной медицинской помощи (ч. 6 ст. 14 Федерального закона № 326-ФЗ).

В соответствии с ч. 1 ст. 30 Федерального закона № 326-ФЗ тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются по утвержденной методике и включают статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС. Структура тарифа формируется на основе средних нормативов программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты (ч. 7 ст. 35 Федерального закона № 326-ФЗ, п. 185 Правил ОМС № 108н и п. 268 Правил ОМС № 496н).

Согласно должностной

инструкции, обязанности специалиста по связям с общественностью соответствуют квалификационной характеристике, установленной Постановлением Минтруда РФ от 21.08.1998 № 37, и включают разработку и размещение информационных (рекламных) материалов.

Федеральный закон от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» определяет, что рекламой является информация, распространяемая любым способом, в любой форме и с использованием любых средств, направленная на привлечение внимания к объекту рекламирования, формирование или поддержание интереса к нему.

В то же время анализ обязанностей медицинской организации в сфере ОМС показывает:

- медицинские организации обязаны размещать на своих сайтах информацию о режиме работы и видах оказываемой помощи (пп. 6 ч. 2 ст. 20 Федерального закона № 326-ФЗ). Иные обязанности по информированию граждан в рамках реализации территориальной программы ОМС для медицинских организаций законодательством не предусмотрены;
- обязанности по информационному сопровождению застрахованных лиц (включая разъяснение видов, качества и условий предоставления медицинской помощи) возложены на страховые медицинские организации (ч. 9 ст. 14 Федерального закона № 326-ФЗ, разделы XV

Правил ОМС № 108н и XVI Правил ОМС № 496н).

Таким образом, перечисленные в должностной инструкции обязанности специалиста по связям с общественностью (разработка и размещение информационных рекламных материалов) не имеют прямого или косвенного отношения к реализации ТП ОМС и не относятся к затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в рамках данной программы. Следовательно, заработная плата данному специалисту за указанный период не могла выплачиваться за счет средств ОМС. Более того, структура тарифа на оплату медицинской помощи не предусматривает расходов на рекламу.

Учитывая вышеизложенное, расходы на оплату труда специалиста по связям с общественностью произведены в нарушение статей 147, 306.4 Бюджетного кодекса РФ, п. 5 ч. 2 ст. 20, ч. 1 ст. 30, ст. 35 Федерального закона № 326-ФЗ, Правил ОМС № 108н, № 496н и Территориальной программы ОМС на 2025 год. Использование средств ОМС на эти цели квалифицируется как нарушение требований законодательства об ОМС.

ПРАВОМЕРНОСТЬ РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС НА ОПЛАТУ ТРУДА САДОВНИКА, ВОСПИТАТЕЛЯ

В ходе проверки ТФОМС установлено, что

медицинской организацией производилось расходование средств ОМС на выплату заработной платы работникам, занимающим должности воспитателя и садовника. Указанные расходы являются неправомерными в силу следующих обстоятельств.

В соответствии с п. 1 ч. 1 ст. 20 Федерального закона № 326-ФЗ медицинские организации имеют право на получение средств за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с установленными тарифами и в иных случаях, предусмотренных Федеральным законом № 326-ФЗ. При этом, согласно п. 5 ч. 2 ст. 20 Федерального закона № 326-ФЗ, а также п. 8.11 договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, медицинская организация обязана

использовать полученные средства строго по целевому назначению.

Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования (часть 6 статьи 14 Федерального закона № 326-ФЗ).

Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с частью 1 статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ на основе методики, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе Правил ОМС, и включают затраты, определенные территориальной программой ОМС.

Согласно п. 184 Правил ОМС № 108н (п. 264 Правил ОМС № 496н) расчет тарифов осуществляется на единицу объема медицинской помощи. В структуру тарифа на основании п. 192 Правил ОМС № 108н





(п. 274 Правил ОМС № 496н) включаются:

- затраты МО, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления;
- затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи детально конкретизирована нормами Федерального закона № 326-ФЗ (ч.7 ст. 35) и Правилами ОМС (пункты 186, 192, 195, 196 Правил ОМС № 108н; пункты 268, 274, 277, 278 Правил ОМС № 496н) и не предусматривает расходов на содержание должностей, не связанных с медицинской деятельностью (воспитатель), а также на мероприятия по озеленению территории объекта недвижимости медицинской организации.

Должность «воспитатель» не предусмотрена Рекомендуемыми штатными нормативами для отделения травматологии и ортопедии (Приложение № 8 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия», утвержденному приказом Минздрава РФ от 12.11.2012 № 901н).

Согласно должностной инструкции, в обязанности садовника входят работы по подготовке тары (ящиков, горшков, вазонов) для посадки растений, подготовка семенного материала, художественное оформление газонов и клумб, подготовка земли к посадке растений, устройство цветников и прочее. Должностная инструкция садовника разработана на основании постановления Минтруда РФ от 10.11.1992 № 31 «Об утверждении тарифно-квалификационных характеристик по общепрофессиональным профессиям рабочих» и профессионального стандарта

«Мастер растениеводства» (приказ Минтруда РФ от 17.06.2019 № 408н).

Содержание прилегающих территорий в соответствии с санитарными правилами и нормами является обязанностью юридических лиц независимо от их участия в системе ОМС, следовательно, данные расходы не могут быть оплачены за счет средств ОМС, предназначенных для реализации территориальной программы.

Исходя из вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1) деятельность воспитателя и садовника напрямую не связана с оказанием медицинской помощи;

2) выполнение данными работниками своих функций не относится к затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в рамках ОМС, поскольку не обусловлено реализацией территориальной программы ОМС;

3) указанные затраты не включены в структуру тарифов на оплату медпомощи, установленную ч. 7 ст. 35 Федерального закона № 326-ФЗ и Правилами ОМС.

Следовательно, оплата труда воспитателя и садовника за счет средств ОМС в проверяемом периоде произведена неправомерно. В соответствии с п. 9 ст. 39 Федерального закона № 326-ФЗ использование медицинской организацией средств, перечисленных по договору на оказание и оплату медицинской помощи



по ОМС, с нарушением требований законодательства об ОМС влечет обязанность вернуть указанные средства в бюджет ТФОМС.

ПРАВОМЕРНОСТЬ РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС НА ПРИОБРЕТЕНИЕ САМОСПАСАТЕЛЕЙ УНИВЕРСАЛЬНЫХ ФИЛЬТРУЮЩИХ ГАЗОДЫМОЗАЩИТНЫХ

В соответствии с частью 1 статьи 306.4 Бюджетного кодекса РФ нецелевым использованием бюджетных средств признается направление их на цели, не соответствующие полностью или частично целям, определенным законом (решением) о бюджете, сводной бюджетной росписью, бюджетной сметой, договором (соглашением) либо иным документом, являющимся правовым основанием предоставления указанных средств.

Согласно пункту 5 части 2 статьи 20 Федерального закона № 326-ФЗ, медицинские организации обязаны использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами ОМС.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи детально конкретизирована нормами Федерального закона № 326-ФЗ (ч. 7 ст. 35) и Правилами ОМС (пункты 186, 192, 195, 196 Правил ОМС № 108н; пункты 268, 274-279 Правил ОМС № 496н) и включает широкий перечень расходов.

Согласно пункту 275 Правил ОМС № 496н, в составе затрат, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи, учитываются затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания медицинской помощи. В силу пунктов 276 и 279 Правил ОМС № 496н затраты, необходимые для обеспечения деятельности организации в целом (которые невозможно отнести напрямую к оказанию медицинской помощи), также могут включать затраты на материальные запасы, непосредственно используемые для оказания медицинской помощи.

Важно отметить, что перечень расходов медицинской организации на оказание медицинской помощи в системе ОМС является открытым. Критерием отнесения расходов к системе ОМС выступает их направленность либо на непосредственное оказание медицинской помощи, либо на обеспечение деятельности организации в целом, связанное с этим процессом.

Необходимость приобретения рассматриваемых средств индивидуальной защиты (универсальных фильтрующих малогабаритных самоспасателей) обусловлена требованиями законодательства о гражданской обороне и пожарной безопасности, которые не связаны с оказанием медицинской помощи.

Статьей 1 Федерального закона от 12.02.1998

№ 28-ФЗ «О гражданской обороне» (далее – Закон № 28-ФЗ) установлено, что требования в области гражданской обороны включают в том числе использование средств индивидуальной защиты.

Частью 4 статьи 18 Закона № 28-ФЗ определено, что обеспечение мероприятий по гражданской обороне в организациях осуществляется за счет средств организаций, то есть относится к собственным обязательствам юридического лица, а не к обязательствам бюджета ОМС. Финансирование таких расходов в бюджетных учреждениях здравоохранения Кемеровской области – Кузбасса производится из соответствующих источников областного бюджета, а не за счет средств ОМС (часть 2 статьи 18 Закона № 28-ФЗ). Требования пожарной безопасности установлены Правилами противопожарного режима в Российской Федерации (утв. постановлением Правительства РФ от 16.09.2020 № 1479; далее – Правила № 1479).

Пунктом 6 Правил № 1479 предусмотрено, что на объектах с круглосуточным пребыванием людей руководитель обязан организовать круглосуточное дежурство обслуживающего персонала и обеспечить его средствами индивидуальной защиты органов дыхания и зрения от опасных факторов пожара из расчета не менее одного СИЗ на каждого дежурного.

Таким образом, приоб-

ретенение универсальных фильтрующих малогабаритных самоспасателей для работников медицинской организации является исполнением требований законодательства о гражданской обороне и пожарной безопасности. Указанные мероприятия не связаны с оказанием медицинской помощи, следовательно, не подлежат финансированию за счет целевых средств, выделенных на оказание бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС.

Медицинские организации не имеют правовых оснований для оплаты затрат на приобретение данных средств индивидуальной защиты за счет средств ОМС. Расходы на эти цели необходимо осуществлять за счет иных источников финансирования.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА

В настоящее время контрольно-ревизионная

работа ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса заключается 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» размещены:

- Методическое пособие по организации учета средств ОМС в медицинских организациях негосударственной формы собственности, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС;
- Классификатор нарушений и недостатков для использования участниками системы ОМС с целью недопущения возможных нарушений и недостатков;
- Информация об актуальных изменениях в законодательстве об ОМС (в части структуры тарифа), которая выступает в качестве практической подсказки в работе для

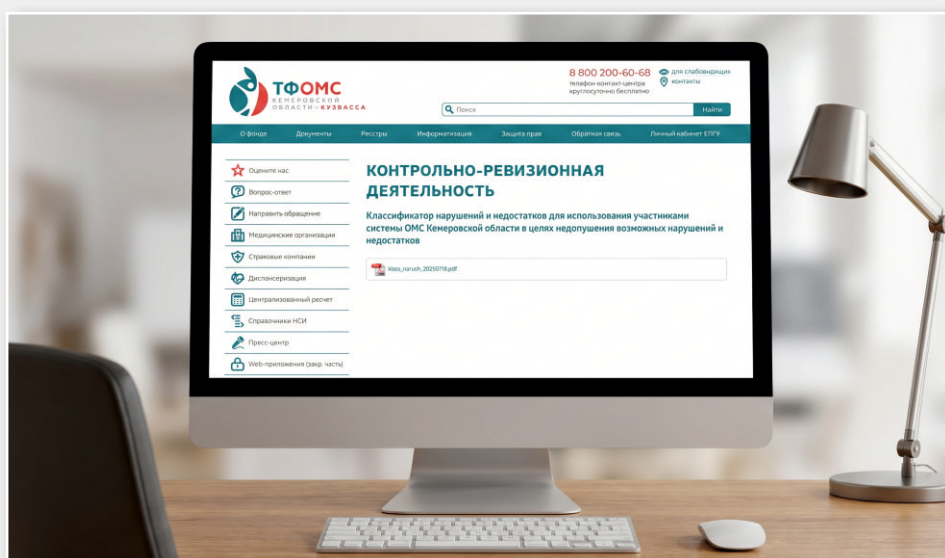
специалистов медицинских организаций по осуществлению расходования средств обязательного медицинского страхования.

В разделе «Вопрос-ответ» размещена информация по наиболее частым запросам медицинских организаций о целевом и эффективном использовании средств ОМС, чтобы минимизировать риски возможных нарушений законодательства в сфере ОМС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В 2025 году контрольно-ревизионная деятельность ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса продемонстрировала высокую интенсивность (выполнение 97 мероприятий при плане 80). Наиболее частыми нарушениями являются оплата расходов, не входящих в структуру тарифа (69 %), и расходование средств при отсутствии подтверждающих документов (29 %). Значительный массив нарушений связан с неверной трактовкой целевого характера средств ОМС (оплата труда PR-специалистов, садовников, воспитателей, приобретение самоспасателей, различные выплаты уволенным сотрудникам).

Полученные результаты проверок ложатся в основу профилактической работы и корректировки внутреннего финансового контроля медицинских организаций, в том числе частной формы собственности.



Афанасьева А.В., Голубева А.О.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ВЗЫСКАНИЕ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА ЗА НЕКАЧЕСТВЕННОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



Некачественное оказание медицинской помощи способно причинить существенный физический и психологический вред застрахованному лицу (далее также – пациент). Поскольку полностью исключить подобные ситуации на практике невозможно, законодатель предусмотрел право пациента на возмещение ущерба, причиненного медицинской организацией в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи (п. 9 ч. 1 ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»¹ (далее – Закон об ОМС)).

Ущерб может быть причинен как имуществу, так и нематериальным благам застрахованного лица. Статья 150 Гражданского

кодекса Российской Федерации² (далее – ГК РФ) относит к нематериальным благам жизнь, здоровье, достоинство лич-

ности, личную неприкосновенность, честь и доброе имя, личную и семейную тайну, а также иные нематериальные блага,

АФАНАСЬЕВА А.В.,
начальник
юридического
отдела

ГОЛУБЕВА А.О.,
консультант -
юрисконсульт
юридического
отдела

¹ Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ, 06.12.2010, № 49, ст. 6422;

² Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 05.12.1994, № 32, ст. 3301;



принадлежащие гражданину от рождения. Одним из способов защиты нематериальных благ является компенсация морального вреда³ (статьи 12, 151 ГК РФ).

Определение морального вреда приведено в постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» (далее – Постановление № 33).

Под моральным вредом понимаются нравственные или физические страдания, причиненные действиями (бездействием), посягающими на принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона нематериальные блага или нарушающими его личные неимущественные права (например, жизнь, здоровье, достоинство личности, свободу, личную неприкосновенность, неприкосновенность частной жизни, лич-

ную и семейную тайну, честь и доброе имя, свободу передвижения, свободу выбора места пребывания и жительства, право на охрану здоровья и медицинскую помощь и др.), а также имущественные права гражданина (п. 1 Постановления № 33).

Таким образом, компенсация морального вреда возможна при наличии нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе предоставляемой по полису ОМС. Как правило, в качестве основных нематериальных благ пациента, которые могут быть ущемлены при оказании медицинской помощи по ОМС, рассматриваются жизнь и здоровье гражданина (при непосредственном причинении вреда жизни и здоровью застрахованного лица в результате оказания медицинской помощи либо в результате неполного оказания

необходимой медицинской помощи).

Вместе с тем медицинские работники могут затронуть и иные блага пациента, например:

- неприкосновенность частной жизни, личная тайна (врачебная тайна);
- физическая неприкосновенность (например, медицинское вмешательство без согласия пациента или его законного представителя);
- человеческая индивидуальность (например, нежелательное для пациента изменение внешности, наступившее в результате некачественно выполненной хирургической операции).

ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ПРЕДЪЯВЛЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ О КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА

Застрахованное лицо либо члены его семьи вправе предъявить медицинской организации требования о взыскании морального вреда в следующих наиболее распространенных случаях:

- оказание некачественной медицинской помощи;
- неоказание медицинской помощи в должном объеме;
- разглашение врачебной тайны и (или) персональных данных;
- незаконные действия (бездействие) органов управления здравоохранением, нарушающие права граждан;

³ Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 15.11.2022 № 33 «О практике применения судами норм о компенсации морального вреда» // Российская газета, № 267, 25.11.2022;



- травмы пациентов в помещениях и на территории медицинской организации по ее вине;
- заражение персонала и пациентов инфекционными заболеваниями в результате несоблюдения санитарных требований;
- ДТП с участием транспортных средств медицинской организации и т.д.).

Из норм гражданского законодательства и позиции Верховного суда РФ следует, что обязанность по возмещению морального вреда лежит не на конкретном враче или отделении, а на юридическом лице – медицинской организации.

Моральный вред, причиненный работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей, подлежит компенсации работодателем (абзац 1 пункта 1 статьи 1068 ГК РФ). Осуждение или привлечение работника к административной ответственности, равно как и прекращение в отношении него уголовного дела и (или) уголовного преследования, а также производства по делу об административном правонарушении не освобождают работодателя от обязанности компенсировать моральный вред, причиненный данным работником (п. 20 Постановления № 33).

Согласно пунктам 3, 4 статьи 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁴ 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.

Таким образом, средства ОМС могут быть направлены исключительно на оказание застрахованному лицу качественной медицинской помощи при наступлении заболеваний и состояний, предусмотренных в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и направленной на поддержание и (или) восстановление здоровья. Следовательно, чтобы взыскать компенсацию морального вреда, пациент должен в первую очередь доказать факт нарушения права на получение качественной медицинской помощи по ОМС.

Верховный Суд РФ подчеркивает: при рассмотрении дел о взыскании компенсации морального вреда судам надлежит устанавливать не только

то, «соответствовала ли организация обследования и лечебного процесса установленным порядкам оказания медицинской помощи, стандартам оказания медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения), но и были ли приняты при оказании медицинской помощи пациенту все необходимые и возможные меры для его своевременного и квалифицированного обследования в целях установления правильного диагноза» (абз. 2 п. 48 Постановления № 33). Проверка качества медицинской помощи в судебных спорах определяется, как правило, в рамках судебно-медицинской экспертизы (СМЭ). Кроме того, доказательственное значение имеют и результаты экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП), проведенной во внесудебном порядке (государственный, ведомственный контроль, а также контроль в сфере ОМС).

ПРИМЕНИМОСТЬ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О ЗАЩИТЕ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ

В правовой литературе до настоящего времени отсутствует единое мнение о том, применимы ли положения Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»⁵ (далее – Закон о защите прав потребителей) к правоотношениям в сфере ОМС.

⁴ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ, 28.11.2011, № 48, ст. 6724;

⁵ Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» // Собрание законодательства РФ, 15.01.1996, № 3, ст. 140;

В ряде случаев суды полагают, что для применения положений данного закона необходимо наличие договора на оказание медицинских услуг, заключенного между медицинской организацией и гражданином.

Вместе с тем п. 9 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей»⁶ указывает, что к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей.

В данном случае полагаем возможным применение положений законодательства о защите прав потребителей к отношениям по взысканию морального вреда за некачественное оказание медицинских услуг в рамках ОМС в части, не противоречащей законодательству, регулирующему правоотношения в сфере ОМС.

Так, в силу ст. 4 Закона о защите прав потребителей исполнитель обязан оказать услугу, качество которой соответствует договору. При отсутствии в договоре условий о ка-

честве исполнитель обязан оказать услугу в соответствии с обычно предъявляемыми требованиями. Поэтому для оценки критериев качества при нарушении договорных обязательств суды ориентируются на положения Закона об основах охраны здоровья граждан и приказа Минздрава России от 14.04.2025 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»⁷.

Согласно ст. 37 Закона об ОМС, право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реализуется на основании договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и (или) договора на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС. Полис обязательного медицинского страхования удостоверяет право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме базовой программы ОМС (ст. 45 Закона об ОМС). Поэтому в правоотношениях, связанных с получением ме-

дицинских услуг в рамках ОМС, следует руководствоваться программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которая предусматривает обязанность медицинских организаций оказывать качественные медицинские услуги.

ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ПРЕДЪЯВЛЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ О КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА

Следующее необходимое условие – наличие у лица, претендующего на компенсацию, физических и нравственных страданий. Их понятие определено в п. 14 Постановления № 33.

Физические страдания – это физическая боль, связанная с причинением увечья, иным повреждением здоровья, либо заболеванием, в том числе перенесенное в результате нравственных страданий, ограничение возможности передвижения вследствие повреждения здоровья, неблагоприятные ощущения или болезненные симптомы.

Нравственные страдания – страдания, относящиеся к душевному неблагополучию (нарушению душевного спокойствия) человека (чувства страха, унижения, беспомощности, стыда, разочарования, осознание своей

⁶ Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» // Бюллетень Верховного Суда РФ, № 9, сентябрь, 2012;

⁷ Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 29.05.2025;

неполноценности из-за наличия ограничений, обусловленных причинением увечья, переживания в связи с утратой родственников, потерей работы, невозможностью продолжать активную общественную жизнь, раскрытием семейной или врачебной тайны, распространением не соответствующих действительности сведений, порочащих честь, достоинство или деловую репутацию, временным ограничением или лишением каких-либо прав и другие негативные эмоции).

Обязательным условием взыскания компенсации морального вреда является наличие причинно-следственной связи между противоправным поведением причинителя вреда и моральным вредом (страданиями как последствиями нарушения личных неимущественных прав или посягательства на иные нематериальные блага).

Несмотря на то, что на законодательном уровне не предусмотрено разграничение причинно-следственной связи на прямую и косвенную, в юридической практике такое разделение присутствует. Прямая связь возникает, когда следствие непосредственно возникает из действий (бездействия) причинителя вреда с учетом объективных закономерностей и в условиях, имеющих место до совершения действия. Косвенная связь устанавливается при изменении причинителем вреда окружающей

обстановки в виде отступления от обычных условий, способствующих наступлению вреда.

В п. 15 Постановления № 33 указывается, что наличие морального вреда у потерпевшего в связи с причинением вреда его здоровью во всех случаях предполагается; сам факт причинения вреда здоровью (даже при невозможности точного определения его степени тяжести) является достаточным основанием для удовлетворения иска о компенсации морального вреда.

При решении вопроса о компенсации морального вреда вследствие оказания медицинской помощи ненадлежащего качества Верховный Суд РФ рекомендует учитывать причинно-следственную связь между нарушением и причиненным вредом. В частности, судам необходимо установить, «повлияли ли выявленные дефекты оказания меди-

цинской помощи на правильность проведения диагностики и назначения соответствующего лечения; повлияли ли выявленные нарушения на течение заболевания пациента (способствовали ухудшению состояния здоровья, повлекли неблагоприятный исход) и, как следствие, привели к нарушению его прав в сфере охраны здоровья» (п. 48 Постановления № 33).

На практике суды при рассмотрении данной категории дел принимают во внимание не только прямую, но и косвенную (опосредованную) причинную связь, независимо от поведения пациента. Рассмотрим пример из судебной работы ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса.

Истцы, действующие в своих интересах и в интересах несовершеннолетнего <данные изъяты>, обратились с иском к ГАУЗ «Кузбасская област-



ная детская клиническая больница имени Ю.А. Атаманова» (далее – ГАУЗ «КОДКБ им. Ю.А. Атаманова») о взыскании компенсации морального вреда.

Требования мотивированы тем, что 15.10.2021 несовершеннолетний сын истцов <данные изъяты> получил травму <данные изъяты> в результате падения, после чего был доставлен в приемное отделение ГАУЗ «КОДКБ им. Ю.А. Атаманова», где его осмотрел врач-невролог, пояснивший, что поскольку у ребенка нет <данные изъяты>, беспокоиться не о чем. В течение октября 2021 несовершеннолетний неоднократно говорил о <данные изъяты>, но в декабре 2021 г. его состояние резко ухудшилось.

09.12.2021 несовершеннолетний был госпитализирован в ГАУЗ «КОДКБ им. Ю.А. Атаманова», где по результатам <данные изъяты> была выявлена

<данные изъяты>. Ему была проведена операция по удалению <данные изъяты>

Один из родителей несовершеннолетнего обратился в Кемеровский филиал ООО «АльфаСтрахование-ОМС», где была проведена экспертиза качества оценки медицинской помощи, в соответствии с которой были выявлены дефекты оказания медицинской помощи при осмотре 15.10.2021, которые, по мнению истцов, могли создать риск возникновения нового заболевания. Данные обстоятельства, по мнению родителей, привели к физическим страданиям несовершеннолетнего, нравственным страданиям всех членов семьи, что явилось основанием для обращения в суд с иском о взыскании морального вреда. В ходе исследования обстоятельств дела судом была назначена судебно-

медицинская экспертиза, по результатам проведения которой эксперты пришли к следующим выводам.

В соответствии с данными медкарты незадолго до обращения за медицинской помощью в травмпункт ГАУЗ «КОДКБ им. Ю.А. Атаманова» 15 октября 2021 несовершеннолетний получил <данные изъяты>. На момент осмотра врачом-травматологом выявлена <данные изъяты>. Других повреждений отмечено не было. На основании жалоб, анамнеза, объективных данных несовершеннолетнему установлен диагноз <данные изъяты>. Проведена медикаментозная обработка <данные изъяты>. Для исключения <данные изъяты> повреждений рекомендована консультация <данные изъяты>. В тот же день несовершеннолетний был осмотрен <данные изъяты> в приемном отделении ГАУЗ «КОДКБ им. Ю.А. Атаманова». На момент осмотра жалоб <данные изъяты> не имелось.

Несовершеннолетнему установлен диагноз <данные изъяты>, что соответствовало клиническим проявлениям. Для исключения неблагоприятных последствий отдаленного характера <данные изъяты> оправданно даны рекомендации по наблюдению у <данные изъяты> в поликлинике. На основании вышеизложенного экспертная комиссия пришла к выводу, что медицинская помощь на этапе

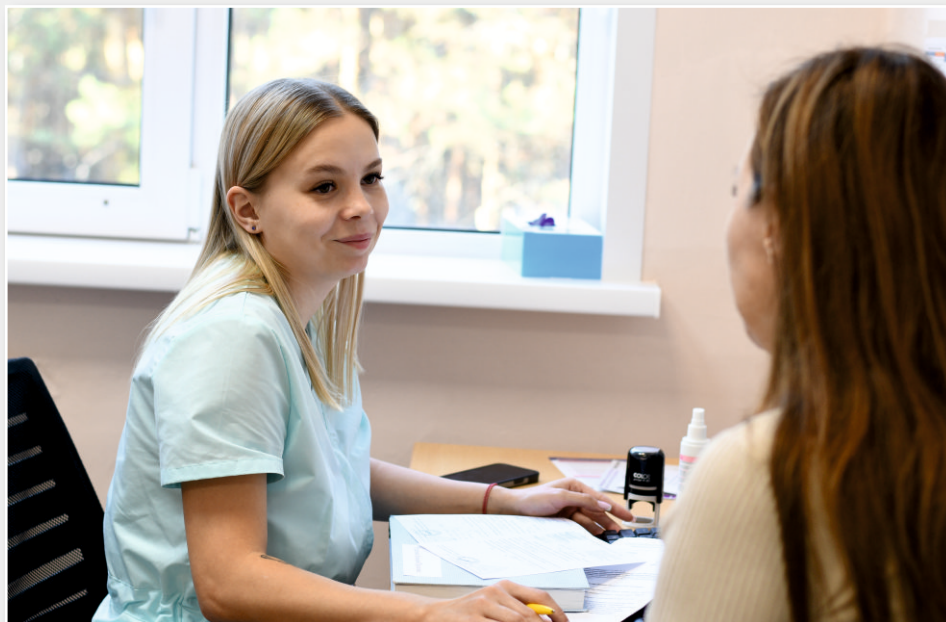


обращения в ГАУЗ «КОДКБ им. Ю.А. Атаманова» 15.10.2021 оказана в должном объеме, каких-либо дефектов ее оказания не установлено.

Согласно данным материалов дела (исковое заявление) в ближайшие дни после травмы и в течение октября несовершеннолетний периодически жаловался на «данные изъятия». При наличии вышеуказанных жалоб ребенка данных об обращении к «данные изъятия» в ближайшее время после «данные изъятия» (октябрь, начало декабря) не установлено, что свидетельствует о несоблюдении врачебных рекомендаций по необходимости наблюдения в поликлинике. Несовершеннолетний продолжал вести привычный образ жизни, посещал школу и секцию каратэ.

В начале декабря 2021 состояние ребенка ухудшилось, появились «данные изъятия». В связи с чем 6 декабря 2021 года в ГАУЗ «КОДКБ им. Ю.А. Атаманова» ребенок был осмотрен врачом «данные изъятия» в приемном отделении. Из анамнеза выяснено, что ухудшение появлялось в процессе аппаратного лечения «данные изъятия», с какой-либо травмой не связано (факт травмы родители отрицают). При осмотре состояние пациента расценено как средней тяжести, «данные изъятия» расстройств выявлено не было («данные изъятия»). Несовершеннолетнему проведено динамическое наблюдение в течение часа и диагнос-

тическое обследование – «данные изъятия». По результатам обследования отклонений со стороны внутренних органов не обнаружено. На основании клинической картины ребенку установлен диагноз «данные изъятия». В связи с отсутствием анамнестических сведений о факте получения травмы вышеуказанный диагноз требовал диагностического уточнения, которое решено провести в плановом порядке. Несовершеннолетний направлен на обследование к «данные изъятия» в поликлинику. По данным осмотра «данные изъятия» 7 декабря 2021 года каких-либо грубых «данные изъятия» расстройств не выявлено, рекомендовано симптоматическое лечение, однако, в связи с тяжестью состояния («данные изъятия») рекомендовано обследование и госпитализация в условиях «данные изъятия» отделения стационара.



При наличии рекомендаций по обследованию в условиях стационара ребенок 09.12.2021 (через два дня) повторно обращается в амбулаторное учреждение, где его состояние резко ухудшилось. Возможность «данные изъятия» у ребенка в результате получения «данные изъятия» 15.10.2021 в связи с несоответствием давности следует исключить (причинно-следственная связь с «данные изъятия» отсутствует).

При этом суд пришел к выводу о наличии косвенной причинно-следственной связи: ГАУЗ «КОДКБ им. Ю.А. Атаманова» следовало проявить настороженность, более тщательно собрать травматический анамнез (в соответствии с общепринятыми подходами для исключения «данные изъятия»), расширить круг обследований с проведением «данные изъятия», чего не было сделано. Неполный объем обследования



в данном случае был квалифицирован как недостаток оказания медицинской помощи, и суд взыскал с медицинской организации в пользу истцов компенсацию морального вреда (определение Восьмого кассационного суда общей юрисдикции по делу № 88-27686/2024 от 28.01.2025).

Следует также отметить, что в случае причинения морального вреда в результате нарушения прав потребителя медицинской услуги причинно-следственная связь не имеет решающего значения. Суды неоднократно указывали, что ненадлежащее ведение медицинской документации безусловно нарушает «права истца как потребителя на предоставление ему надлежащей информации об оказываемых услугах, в связи с чем имеется право на взыскание компенсации морального вреда».

Основанием для компенсации морального вреда выступает именно факт нарушения прав по-

требителя, а не схожие по форме обстоятельства. Например, неоказание пациенту медицинской помощи может быть как следствием отказа медицинской организации в оказании медицинской помощи, так и следствием неявки самого пациента на прием (определение Кемеровского областного суда по делу № 33-146/2024 (2-23/2023)).

Моральный вред подлежит компенсации независимо от формы вины причинителя вреда (умысел, неосторожность). Вместе с тем при определении размера компенсации морального вреда суд учитывает форму и степень вины причинителя вреда (статья 1101 ГК РФ; п. 22 Постановления № 33).

Вина медицинской организации является многоаспектной категорией, поскольку на качество оказания медицинской помощи могут воздействовать различные факторы: были ли медицинскими работниками предприняты все необходимые меры

по обследованию пациента, чтобы установить правильный диагноз; соответствовали ли фактические обследования обследованиям, предусмотренным порядками и стандартами оказания медицинской помощи; вовремя ли была проведена необходимая диагностика; повлияли ли ошибки в оказании медицинской помощи на состояние здоровья гражданина. Кроме того, качество услуги зависит от поведения пациента (например, соблюдение предписаний врача напрямую влияет на процесс выздоровления).

Еще одним условием возмещения морального вреда в сфере оказания медицинских услуг являются именно противоправные действия медицинских работников. Это важно, потому что, во-первых, заболевания и без медицинского вмешательства создают для человека неблагоприятную психологическую ситуацию, приводят к нравственным страданиям, во-вторых, люди по-разному могут воспринимать характер различных медицинских действий, поэтому даже базовая процедура может вызвать переживания пациента, что не дает ему права на возмещение морального вреда в случае правомерности действий врача.

При нарушении прав потребителя не требуется установления наличия вины для присуждения компенсации. Если моральный вред связан с причинением вреда жизни и здоровью в результате



неоказания услуги, оказания некачественной услуги, непредоставления информации, предоставления неполной или недостоверной информации, ответственность наступает по ст. 1095 ГК РФ. Если вред жизни и здоровью при оказании услуги не был причинен, компенсация морального вреда присуждается истцу при установлении судом факта нарушения его прав (п. 3 Постановления № 33, п. 45 Постановления № 17). Таким образом, категория вины при рассмотрении такого рода дел вторична по отношению к факту нарушения прав потребителя и служит своего рода инструментом для определения размера компенсации.

ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА

Процесс получения компенсации состоит из нескольких последовательных этапов.

Первый этап – обращение в МО с претензией. Данный этап не является обязательным, однако в п. 24 Постановления № 33 допускается возможность добровольного удовлетворения медицинской организацией требования пациента о компенсации морального вреда во внесудебном порядке.

В Постановлении № 33 указано: причинитель вреда вправе добровольно предоставить потерпевшему компенсацию

морального вреда как в денежной, так и в иной форме (например, в виде ухода за потерпевшим, передачи какого-либо имущества (транспортного средства, бытовой техники и т.д.), оказания какой-либо услуги, выполнения самим причинителем вреда или за его счет работы, направленной на сглаживание (смягчение) физических и нравственных страданий потерпевшего). Факт получения потерпевшим добровольно предоставленной причинителем вреда компенсации как в денежной, так и в иной форме, как и сделанное потерпевшим в рамках уголовного судопроизводства заявление о полной компенсации причиненного ему морального вреда, не исключает возможности взыскания компенсации морального вреда в порядке гражданского судопроизводства. Суд вправе взыскать компенсацию морального вреда в пользу потерпевшего, которому во внесудебном порядке была выплачена (предоставлена в неденежной форме) компенсация, если, исходя из обстоятельств дела и с учетом положений статей 151 и 1101 ГК РФ, придет к выводу о том, что компенсация, полученная потерпевшим, не позволяет в полном объеме компенсировать причиненные ему физические или нравственные страдания.

Второй этап – в случае,

если требования не были удовлетворены медицинской организацией, либо пациент изначально не обращался в МО с требованием о возмещении морального вреда, застрахованному лицу следует обратиться в страховую медицинскую организацию (далее – СМО), в которой данное лицо (пострадавший член семьи) застраховано.

Согласно ч. 9.3. ст. 14 Закона об ОМС, а также положениям главы XVI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н (далее – Правила ОМС)⁸ защита прав и законных интересов застрахованных лиц, в том числе их сопровождение, осуществляется уполномоченными лицами страховой медицинской организации (далее – представители СМО).

При осуществлении сопровождения застрахованных лиц представители СМО оказывают им помощь в предъявлении претензий к медицинским организациям в связи с отказом в оказании медицинской помощи, некачественным ее оказанием либо взиманием денежных средств за оказание медицинской помощи путем предоставления им консультаций в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Кроме того,

⁸ Приказ Минздрава России от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, 29.08.2025

СМО обязана проверить качество оказанной медицинской помощи и принять меры для защиты прав застрахованного лица.

Среди обязанностей по сопровождению застрахованных лиц Правила ОМС предусматривают:

- защиту прав и законных интересов застрахованных лиц путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной в рамках базовой и территориальной программ ОМС;
- рассмотрение обращений застрахованных лиц в порядке, установленном Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» (далее – Закон № 59-ФЗ);
- оказание помощи застрахованным лицам в предъявлении претензий к медицинским организациям в связи с отказом в оказании медицинской помощи или некачественным оказанием медицинской помощи, взиманием денежных средств за оказание медицинской помощи путем предоставления им консультаций (п. 338 Правил ОМС).

Пунктами 386 и 387 Правил ОМС установлено, что СМО осуществляет досудебную защиту прав застрахованного лица. При этом при обращении застрахованного лица или его представителя (в том числе законного представителя) с жалобой на некачественное оказание медицинской помощи

или взимание платы за медицинскую помощь, включенную в территориальную программу, СМО регистрирует письменное обращение, а по жалобе на некачественное оказание медицинской помощи проводит медико-экономическую экспертизу и (или) экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля и в сроки, установленные Законом № 59-ФЗ.

В случае неэффективности мер досудебной защиты за застрахованными лицами сохраняется право на судебную защиту.

Третий этап – непосредственно судебная защита прав застрахованного лица, которая осуществляется в виде обращения в районный (городской) суд общей юрисдикции по месту нахождения медицинской организации, по месту причинения вреда либо по месту жительства истца (альтернативная подсудность).

Данный вид защиты осуществляется путем подачи гражданского иска либо в рамках деликтного либо договорного обязательства.

Следует отметить, что пунктом 10 части 7 статьи 34 Закона об ОМС территориальным фондам ОМС предоставлено право предъявлять претензии и (или) иски к медицинской организации о возмещении имущественного или морального вреда, причиненного застрахованному лицу.

При подаче искового

заявления истец самостоятельно определяет размер денежной компенсации морального вреда, который будет требовать в судебном порядке, исходя из степени своих физических или нравственных страданий, и указывает его в иске.

Наиболее простой для пациента вариант получения компенсации морального вреда – исковое требование о защите прав потребителя в рамках договорных отношений. Истцу необходимо доказать факт нарушения его прав, а наличие и степень вины медицинской организации являются лишь факторами, влияющими на определение размера компенсации. Закон о защите прав потребителя может распространяться на отношения в сфере ОМС и программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Однако вполне вероятны законодательные изменения, которые выведут формально бесплатные для пациента медицинские услуги из-под действия Закона о защите прав потребителей.

Таким образом, система ОМС закладывает прочную основу для защиты прав застрахованных граждан и предлагает многоступенчатый механизм восстановления нарушенных прав и справедливого взыскания компенсации морального вреда при получении медицинской помощи ненадлежащего качества.



Ярцева В.С.

Новокузнецкий филиал ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса

ПРАКТИКА ВОЗМЕЩЕНИЯ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ ВСЛЕДСТВИЕ ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ИХ ЗДОРОВЬЮ: РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ НОВОКУЗНЕЦКОГО ФИЛИАЛА ТФОМС В 2025 ГОДУ

В 2025 году Новокузнецкий филиал Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса (далее – Новокузнецкий филиал) осуществлял деятельность по возмещению расходов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, здоровью которых был причинён вред. Указанная деятельность реализуется путём предъявления исковых требований в порядке регресса к лицам, виновным в причинении вреда здоровью.

МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ОТВЕТЧИКОВ

В 2025 году Новокузнецкий филиал использовал общедоступные сведения о судебном делопроизводстве, размещённые в Государственной автоматизированной системе Российской Федерации «Правосудие» (ГАС РФ «Правосудие»). На основе анализа судебных актов осуществлялся поиск лиц, виновных в причинении вреда застрахованным, для последующего предъявления исковых требований.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБОСНОВАНИЕ РЕГРЕСНЫХ ТРЕБОВАНИЙ

Требования ТФОМС о возмещении расходов к лицам, виновным в причинении вреда здоровью застрахованных, носят императивный характер и базируются на следую-

щих нормах действующего законодательства.

1. Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

- *Часть 1 статьи 31:* расходы на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью (за исключением расходов на оплату медицинской помощи непосредственно после произошедшего тяжёлого несчастного случая на производстве) подлежат возмещению лицом, причинившим вред здоровью застрахованного лица.
- *Пункт 11 части 7 статьи 34:* территориальный фонд вправе предъявлять иск к юридическим или физическим лицам, ответственным за причинение вреда здоровью застрахованного лица,



в целях возмещения расходов в пределах суммы, затраченной на оказание медицинской помощи застрахованному лицу.

2. Гражданский кодекс Российской Федерации

- *Часть 1 статьи 1064:* вред, причиненный личности или имуществу гражданина, а также вред, причиненный имуществу юридического лица, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред.
- *Абзац 1 п. 1 ст. 1068:* юридическое лицо либо гражданин возмещает вред,

ЯРЦЕВА В.С.,
директор
Новокузнецкого
филиала
ТФОМС КУзбасса

причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей.

АНАЛИЗ СОСТАВОВ ПРАВОНАРУШЕНИЙ И ПРЕСТУПЛЕНИЙ

В целях выявления лиц, виновных в причинении вреда застрахованным лицам, Новокузнецкий филиал проводил анализ судебных актов по следующим объектам преступлений и правонарушений.

1. Уголовный кодекс Российской Федерации Преступления против жизни и здоровья:

- *Статья 111* – умышленное причинение тяжкого вреда здоровью;
- *Статья 112* – умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью;
- *Статья 114* – причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью при превышении пределов необходимой обороны либо при превышении мер, необходимых для задержания лица, совершившего преступление;
- *Статья 118* – причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности.

Преступления против собственности:

- *Статья 162* – разбой (нападение в целях хищения чужого имущества, совершенное с применением насилия, опасного для жизни или здоровья).

Преступления против безопасности движения и эксплуатации транспорта

- *Статья 264* – нарушение правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств,

повлекшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью человека.

2. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях

- *Статья 12.24* – Нарушение правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств, повлекшее причинение легкого или средней тяжести вреда здоровью потерпевшего.

ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПОДСУДНОСТЬ

Исковые требования Новокузнецким филиалом предъявляются преимущественно в суды подведомственных территорий (южная агломерация Кузбасса):

- г. Новокузнецк;
- г. Осинники;
- г. Калтан;
- г. Мыски;
- г. Междуреченск;
- г. Таштагол;
- Новокузнецкий район.

С июля 2025 года в связи с присоединением Прокопьевского филиала ТФОМС к Новокузнецкому филиалу перечень подведомственных территорий дополнен следующими муниципальными образованиями:

- г. Прокопьевск;
- г. Киселевск;
- г. Белово;
- г. Гурьевск;
- Прокопьевский район;
- Беловский район;
- Гурьевский район.

Кроме того, поскольку иск предъявляется по месту жительства ответчика, Новокузнецкий филиал направлял иски в

суды иных территорий Кемеровской области – Кузбасса (г. Мариинск, г. Ленинск-Кузнецкий, Тисульский район, Промышленновский район, пгт Яя), а также в суды других регионов Российской Федерации: Новосибирская область, Алтайский край, Краснодарский край, Республика Хакасия.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ РАБОТОДАТЕЛЯ

В случае если лицо, причинившее вред здоровью застрахованного, действовало в рамках должностных обязанностей, то Новокузнецкий филиал в соответствии с абз. 1 п. 1 ст. 1068 ГК РФ предъявляет иски к работодателю. В 2025 году был предъявлен один иск к АО «ПАТП» на сумму 39 035,17 руб. в связи с причинением вреда здоровью работником данного предприятия.

ДОСУДЕБНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ И ДОБРОВОЛЬНОЕ ИСПОЛНЕНИЕ

Новокузнецкий филиал активно работает с ответчиками по исполнению регрессных требований. Меры разъяснительного и убеждающего характера в ряде случаев позволили достичь исполнения регрессных требований без принудительного взыскания:

- 17 ответчиков добровольно оплатили долг по искам в полном объеме на общую сумму 1 666 740,64 рублей;
- в 6 случаях с ответчиками заключены мировые



Таблица 1. Динамика количества регрессных исков и взыскиваемых сумм, 2023–2025 гг.

Показатель	2023	2024	2025
Количество решений, принятых судами по регрессным искам	211	126	122
Общая сумма подлежащих взысканию средств по принятым решениям, тыс. руб.	14 936,5	13 270,5	8 916,9
Сумма восстановленных средств, тыс. руб.	1 420,2	5 262,3	5 930,2

соглашения о рассрочке платежей на сумму 584 713,10 рублей.

В остальных случаях взыскание осуществляется в порядке исполнительного производства через Федеральную службу судебных приставов. Новокузнецкий филиал взаимодействует с подразделениями ФССП России в целях контроля и анализа поступлений средств в бюджет ТФОМС.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НОВОКУЗНЕЦКОГО ФИЛИАЛА

В таблице 1 представлены основные количественные показатели регрессной работы Новокузнецкого филиала за три года.

Как следует из приве-

дённых данных, при снижении количества принятых судебных решений на 42 % (с 211 до 122) и уменьшении общей суммы заявленных требований на 40 % (с 14,9 до 8,9 млн руб.) объём фактически восстановленных средств увеличился в 4,2 раза и достиг 5,93 млн руб. в 2025 году (рис. 1).

Эффективность взыскания, рассчитываемая как отношение суммы восстановленных средств к общей сумме, подлежащей взысканию по решениям суда, выросла с 9,5 % в 2023 году до 66,5 % в 2025 году. Данная динамика свидетельствует о повышении качества претензионно-исковой работы, усилении взаимодействия с ответчиками

на досудебной стадии (добровольное погашение, мировые соглашения) и более эффективном контроле за исполнением судебных решений через подразделения ФССП России.

ПЛАНЫ НА 2026 ГОД

В 2026 году Новокузнецкий филиал планирует продолжить работу по предъявлению требований о возмещении затрат за оказанную медицинскую помощь к лицам, виновным в причинении вреда здоровью застрахованным лицам, а также усилить взаимодействие с отделами и отделениями Федеральной службы судебных приставов России по исполнению судебных решений.

Рисунок 1. Суммы средств ОМС, восстановленных по регрессным искам, 2023–2025 гг., тыс.руб.

