



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ

# Парадоксы системы ОМС: логика спорных положений законодательства

**Ф.Н.Кадыров**

Москва, 2023

## **Интрига**

**Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗ**

Разработан Правительством РФ, а  
внесен – группой депутатов...

# Почему Федеральный фонд ОМС сделали субъектом ОМС?

- В целях повышения его значимости в системе ОМС?
- Попытка создать централизованную структуру, аналогичную Пенсионному фонду?
- Потому что он стал страховщиком!

**А почему Федеральный фонд решили  
сделать страховщиком?**

**Чтобы сохранить участие страховых  
медицинских организаций в системе  
ОМС!**

**В соответствии со статьей 6  
165-ФЗ от 16.07.1999 года «Об основах  
обязательного социального  
страхования»**

**страховщики - некоммерческие  
организации, создаваемые в  
соответствии с федеральными  
законами о конкретных видах  
обязательного социального  
страхования**

**Именно так и должно быть  
записано в законе об ОМС**

Поэтому большинство СМО,  
являющихся коммерческими  
организациями должны были бы  
уйти со страхового поля ОМС

**Кто до принятия 326-ФЗ был  
страховщиком в системе  
ОМС?**

# **Кто до принятия 326-ФЗ был страховщиком в системе ОМС?**

- Не угадали!
- В ранее действовавшем законе термина «страховщик» вообще нет!



# **Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию**

**является Федеральный фонд в  
рамках реализации базовой  
программы обязательного  
медицинского страхования**

# Федеральный фонд

—

некоммерческая организация,  
созданная Российской Федерацией в  
соответствии с Федеральным законом  
для реализации государственной  
политики в сфере обязательного  
медицинского страхования

# Для сравнения

Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации (государственное учреждение) и его территориальные органы составляют единую централизованную систему с вертикальной структурой управления.

# Социальный фонд России

является страховщиком по  
обязательному пенсионному  
страхованию, обязательному  
социальному страхованию

# Субъектами обязательного медицинского страхования будут являться (**проект**):

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) страховщик – Федеральный фонд;
- 4) территориальные фонды;
- 5) страховые медицинские организации;
- 6) медицинские организации.

# Субъектами обязательного медицинского страхования являются (**принятый закон**):

1. Субъектами обязательного  
медицинского страхования являются:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд. (Почему не «страховщик»?)

2. Участниками обязательного  
медицинского страхования являются:

- 1) территориальные фонды;
- 2) страховые медицинские организации;
- 3) медицинские организации.

# **Функции страховщика выполняют сразу три участника ОМС**

- 1) страховщик – Федеральный фонд;**
- 2) территориальные фонды;**
- 3) страховые медицинские  
организации;**

# **Закономерно возникает вопрос:**

а кто, в конечном счете, будет нести ответственность, если функции страховщика будут реализованы ненадлежащим образом?

С кого конкретно спрашивать?



**Для страховщика –  
Федерального фонда  
наличие лицензии не  
требуется**

**А для страховых медицинских  
организаций, не являющихся  
страховщиками - требуется**

# **Из договорных отношений в системе ОМС исключается**

**понятие договоров страхования, заключаемых между страхователем и страховщиком, которые определяли права, обязанности и ответственность сторон**

# **Это не позволяет**

**конкретизировать права,  
обязанности и ответственность  
сторон в договорах**

# **Очевидно, исключается именно потому,**

что страховщиком становится  
организация, представленная в  
единственном числе - Федеральный  
фонд, которому просто физически не  
справиться с объемом договоров  
страхования со всеми  
работодателями по стране

# Страховые медицинские организации (**законопроект**)

отвечают по своим обязательствам  
собственными средствами страховой  
медицинской организации

# Страховые медицинские организации (**принятый закон**)

отвечают по обязательствам, возникающим из договоров, заключенных в системе обязательного медицинского страхования, в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями договоров.

# Кто несет страховые риски в системе ОМС?

- Федеральный фонд ОМС?
- Территориальные фонды ОМС? (оплата труда вновь принятых по сравнению с 1 января)
- СМО? Только в пределах целевых средств и за нарушения.



## Риски несет медицинская организация:

- При недовыполнении объемов
- При превышении объемов
- При превышении стоимости оказанных услуг
- При низких тарифах
- При дефиците ФОМС и/или Терфондов
- При введении новых расходных обязательств  
(компенсационные выплаты за лечение COVID-19)



И.Т.Д.



# **Участие в системе ОМС медицинских организаций любых организационно- правовых форм**

В соответствии со ст.2 закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

# Реальным новшеством является

уведомительный порядок включения  
медицинских организаций в систему  
ОМС

# **Медицинским организациям не требуется**

решение органов государственной  
власти субъектов Российской  
Федерации об их участии в  
системе обязательного  
медицинского страхования

# **Медицинские организации включаются в реестр**

медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр

# Плюсы этого порядка

это снимает необоснованные  
барьеры для участия частных  
медицинских организаций в  
системе ОМС.

# Минусы этого порядка

сложности при планировании – ведь для государственных (муниципальных) учреждений плановые объемы в системе ОМС - это еще и ассигнования, субсидии и т.д., которые должны быть предусмотрены в бюджете.

# Объемы предоставления медицинской помощи,

установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением комиссии, по разработке территориальной программы ОМС, между СМО и медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, ***а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.***



# Критерии выделения объемов ОМС частным медицинским организациям (варианты):

- Пропорционально объемам заявок
- По срокам поступления заявок («последнему кошке»)
- Пропорционально мощностям стационаров и т.д.
- По критериям (качества и т.д.)
- По остаточному принципу (то, что не смогли освоить региональные медорганизации)





# Покупка медицинских услуг у сторонних организаций

- По какому принципу, по какому критерию, по какой цене?



# По каким ценам должны закупаться медицинские услуги у внешних производителей?

Варианты:

- По среднерыночным
- По цене без прибыли
- По договорной цене
- По конкурсной цене



# **Пациент в системе ОМС имеет право тройного выбора:**

1. страховой организации;
2. медицинской организации;
3. врача.

Часть 1 статьи 21 Основ (323-ФЗ)

определяет,

что при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации *в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти*, и на выбор врача с учетом согласия врача.

# **Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи**

за счет средств обязательного  
медицинского страхования  
осуществляется с 1 января 2013  
года.

# Закономерный вопрос:

- Для чего скорую помощь включили в ОМС?

# Взносы в ОМС за работающее население, в %

	<b>1993</b>	<b>2010</b>	<b>С 2011 (план)</b>	<b>2011 (измен.)</b>	<b>2012 (измен.)</b>
<b>Федеральный фонд</b>	<b>0,2</b>	<b>1,1</b>	<b>2,1</b>	<b>3,1</b>	<b>5,1</b>
<b>Территориальный фонд</b>	<b>3,4</b>	<b>2,0</b>	<b>3,0</b>	<b>2,0</b>	<b>-</b>
<b>Программы модерниз.</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>(2,0)</b>	<b>(2,0)</b>
<b>ИТОГО</b>	<b>3,6</b>	<b>3,1</b>	<b>5,1</b>	<b>5,1</b>	<b>5,1</b>

# Резюме

В законе много кажущихся нелогичностей.

Но при ближайшем рассмотрении обнаруживается вполне конкретная логика.

Зачастую понять ее можно только в рамках общих тенденций реформирования здравоохранения.



**Федеральный закон от 8  
декабря 2020 г. № 430-ФЗ “О  
внесении изменений в  
Федеральный закон “Об  
обязательном медицинском  
страховании в Российской  
Федерации”**

**ФГБУ "Центральный научно-исследовательский  
институт организации и информатизации  
здравоохранения" Министерства  
здравоохранения Российской Федерации**

**Аналитический доклад:**

**ОЦЕНКА ПРИЧИН И ПОСЛЕДСТВИЙ МАСШТАБНЫХ  
ИЗМЕНЕНИЙ В НОРМАТИВНО-ПРАВОВОМ  
РЕГУЛИРОВАНИИ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 2021 ГОДУ**

[https://mednet.ru/images/materials/news/doklad\\_oms.pdf](https://mednet.ru/images/materials/news/doklad_oms.pdf)



Согласно изменениям в  
ФЗ 326-ФЗ,  
дополнились некоторые  
полномочия органов  
государственной  
власти.

**Новая система договоров в рамках  
обязательного медицинского  
страхования**

# **Особенности участия в системе ОМС федеральных медицинских организаций:**

# Сравнительная характеристика различных видов договоров на оказание и оплату медицинской помощи в системе ОМС

ЦНИИОИЗ



Параметр сравнения	Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (в рамках тер.программ ОМС)	Договор на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования
Реализуется в рамках	Территориальной программы ОМС	Базовой программы ОМС
Стороны договора	1. Территориальный фонд ОМС 2. Страховая медицинская организация 3. Медицинская организация	1. Федеральный фонд ОМС 2. Федеральная медицинская организация
Требования к медицинским организациям	Включение в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС и которым решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС	Включение в единый реестр медицинских организаций, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, которой установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования
Проведение медико-экономического контроля осуществляет	Территориальный фонд ОМС	Федеральный фонд ОМС
Проведение медико-экономической экспертизы осуществляет	Страховая медицинская организация	Федеральный фонд ОМС
Проведение экспертизы качества медицинской помощи осуществляет	Страховая медицинская организация	Федеральный фонд ОМС
Оплаты счетов (реестров счетов) осуществляет	Страховая медицинская организация	Федеральный фонд ОМС
Санкции к медицинским организациям применяет	Страховая медицинская организация	Федеральный фонд ОМС



Новый механизм финансирования федеральных медицинских организаций в том числе призван уменьшить отток из них высококвалифицированных специалистов, заработная плата которых сейчас зачастую ниже зарплат их коллег, работающих в городских медицинских организациях. Прежде всего это вызвано сложившимся распределением финансирования (объемов) по ОМС для федеральных медицинских организаций в регионах по остаточному принципу.

# Почему поменяли порядок финансирования «федералов»?

- «Денег на всех рассчитано не было» - дефицит
- Необходимость повышения зарплат в рамках дорожных карт для региональных врачей и т.д.
- Федералами «не покомандуешь»
- Неэффективное использование потенциала федеральных клиник (как правило, лучше оснащенных) приносит больше ущерба, чем просто региональных
- Неравномерное распределение федеральных клиник по территории страны и, соответственно, разная доступность для пациентов
- Система направления пациентов в федеральные клиники несовершенна;
- Система контроля качества силами региональных экспертов оказалась неэффективной – в федеральных клиниках обычно очень квалифицированные узкоспециализированные специалисты



# Финансовое обеспечение системы ОМС



**Федеральный закон от 05.12.2022 N 468-ФЗ "О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов"**



# Финансирование ОМС (млрд.руб.)

	Доходы	Расходы	Прирост расходов
2018	1 887,9	1 994,1	14,9 %
2019	2 098,1	2 190,4	9,8 %
2020	2 367,2	2 368,6	8,1 %
2021	2 533,8	2 545,4	7,4 %
2022	2 779,2	2 801,1	10,0 %
2023	3 101,1	3 183,8	13,7 %
2024	3 738,7	3 885,8	22,0 %



# Доходы бюджета ФФОМС:

- 2020 год:

- план - 2 225,4 млрд. руб.,

- факт - 2 392,7 млрд. руб.

- 2021 год:

- план - 2 359,0 млрд. руб.,

- факт - 2 631,4 млрд. руб.

- 2022 год:

- план - 2 779,2 млрд. руб.,

- факт - 2 919,4 млрд. руб.



- Размер взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливается в соответствии с Федеральным законом от 30.11.2011 N 354-ФЗ "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения" исходя из тарифа 18 864,6 рубля, коэффициентов дифференциации и коэффициентов удорожания стоимости медицинских услуг (индексируется ежегодно).



- На 2023 год коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг (к сумме 18 864,6 руб.) составляет 1,366. То есть итоговый тариф (без учета коэффициента дифференциации) составляет 25769,04 руб.
- На 2024 год коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг (к сумме 18 864,6 руб.) составляет 1,503. То есть итоговый тариф (без учета коэффициента дифференциации) составляет 28353,49 руб.





# Соотношение численности работающего и неработающего населения, застрахованного по ОМС, и размера страховых взносов на 2023 год

Контингент застрахованных по ОМС	Численность застрахованных		Размер страховых взносов на ОМС		
	Всего (млн. чел.)	Доля от общего количества (в %)	Всего (млрд.руб.)	На 1 застрахованного (тыс.руб.)	Доля от общей суммы (в %)
Работающее население	63,7	44,0	1 788,2	28,1	66,6
Неработающее население	80,9	56,0	898,2	11,1	33,4
<b>ИТОГО</b>	<b>144,6</b>	<b>100,0</b>	<b>2 686,4</b>	<b>18,6</b>	<b>100,0</b>



- Действительно, при среднем тарифе взноса на ОМС порядка 10 тыс. рублей затраты на лечение пенсионеров составляют 39 тыс. рублей. При этом взносы на ОМС неработающего населения формируют значительную нагрузку на бюджеты субъектов. И она постоянно увеличивается, усиливая зависимость регионов от поступлений федерального бюджета. **(Глава Счетной палаты РФ Галина Изотова – по поводу бюджета ФОМС 2023 года)**





**Федеральный закон от 27.11.2023 N 541-ФЗ  
"О бюджете Федерального фонда  
обязательного медицинского страхования на  
2024 год и на плановый период 2025 и 2026  
годов"**



# Соотношение численности работающего и неработающего населения, застрахованного по ОМС, и размера страховых взносов на 2024 год

Контингент застрахованных по ОМС	Численность застрахованных		Размер страховых взносов на ОМС		
	Всего (млн. чел.)	Доля от общего количества (в %)	Всего (млрд.руб.)	На 1 застрахованного (тыс.руб.)	Доля от общей суммы (в %)
Работающее население	62,9	43,6	2 168,0	34,5	68,0
Неработающее население	81,2	56,4	1 021,6	12,6	32,0
<b>ИТОГО</b>	<b>144,1</b>	<b>100,0</b>	<b>3189,6</b>	<b>22,1</b>	<b>100,0</b>



- Общий размер страховых взносов на ОМС работающего населения оценивается на 2024 год в сумме 2 168,0 млрд. рублей с приростом к предыдущему году на 379,8 млрд. рублей или на 21,2%.
- В доходах бюджета Фонда учтены поступления страховых взносов на ОМС работающего населения, уплачиваемых плательщиками страховых взносов, осуществляющими свою деятельность на территориях Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской и Херсонской областей в 2024 году в сумме 14,8 млрд. рублей (0,7% от общей суммы страховых взносов на работающее население).
- Размер поступления страховых взносов на ОМС неработающего населения определен в следующих объемах: на 2024 год в сумме 1 021,6 млрд. рублей с приростом к предыдущему году на 123,5 млрд. рублей или



- На 2024 год в бюджете Фонда предусматривается поступление страховых взносов на ОМС неработающего населения за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджетах Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области и Херсонской области, в сумме 24,0 млрд. рублей (0,1 % от общей суммы страховых взносов на ОМС неработающего населения).
- Прогнозная численность населения в новых субъектах Российской Федерации на 1 января 2024 года определена в количестве 3 227 429 человек.
- Кстати, субвенции новым регионам не выделяются. Средства в новые регионы будут поступать отдельно из нормированного страхового запаса.



В бюджете Фонда предусмотрены субвенции терфондам ОМС:

- на 2020 год - 2 225,4 млрд. рублей,
- на 2021 год - 2 359,0 млрд. рублей,
- на 2022 год - 2 461,2 млрд. рублей,
- на 2023 год - 2 746,9 млрд. рублей
- на 2024 год - 3 120,2 млрд. рублей

По сравнению с предыдущим годом прирост субвенции составил:

- в 2020 году - 157,1 млрд.руб, (7,6%),
- в 2021 году - 133,6 млрд. руб (6%),
- в 2022 году - 102,2 млрд. руб (4,3%),
- в 2023 году - 285,7 млрд.руб (11,6%)
- в 2024 году - 373,3 млрд.руб (13,6%)



# Итак, темпы роста субвенций регионам отстают от темпов роста расходов общего бюджета ФОМС

- А почему отстают?
- Потому что некоторые другие расходы растут быстрее.
- Так, средства ФГУ на оказание медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС увеличиваются со 163,6 млрд.руб. до 213,7 млрд.руб., то есть, более, чем на 30%.
- Нормированный страховой запас ФОМС увеличивается со 170,4 млрд.руб. до 257,6 млрд.руб., то есть, более, чем в 1,5 раза. Почему? На какие цели?



## **Средства нормированного страхового запаса будут направляться:**

- на софинансирование расходов на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала в целях устранения кадрового дефицита;
- на выплаты стимулирующего характера за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических осмотров населения;
- на финансовое обеспечение расходов по оказанию медицинской помощи лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, проживающим на территориях ДНР, ЛНР, Запорожской области и Херсонской области, в рамках базовой программы ОМС, в порядке, установленном Правительством Российской Федерации;
- на финансовое обеспечение отдельных решений Правительства Российской Федерации (в т.ч. направляются средства в Социальный фонд России для осуществления специальных социальных выплат, введенных с 01.01.2023.). Кстати, это свидетельствует о том, что специальные социальные выплаты, не являются дополнительным источником средств для финансового обеспечения здравоохранения – это те же средства ОМС, которые перераспределяются и доводятся до субъектов РФ (до медицинских работников) по другим каналам.





# Инфляция

- ЦБ: годовая инфляция в России в 2021 году составила 8,39%.
- Прогноз инфляции на 2022 год – до начала специальной военной операции составлял 4,0-4,5%.
- Теперь инфляция в 2022 году оценивается на уровне 11,9 %.
- Прогноз на 2023 год – 4,0-5,0 % (6-7%)
- Прогноз на 2024 год – 4,0-5,0 %.





# Перспективы системы ОМС в Российской Федерации



ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ОРГАНИЗАЦИИ И  
ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
[www.mednet.ru](http://www.mednet.ru)

# Рыночная или социальная модель ОМС нам нужна?

- В рамках действующего законодательства – социальная.
- Что мешает внедрению рыночной модели?



# Теоретически конкуренция между СМО может идти по следующим основным направлениям

- объем застрахованных;
- «качество» застрахованных (наименее подверженные заболеваниям контингенты);
- заключение договоров с лучшими медицинскими организациями;
- предоставление лучших условий обслуживания застрахованных.



# Не «классическая» структура системы ОМС

Лишнее звено в системе ОМС



## Нужно выбирать, что убрать:

- либо фонды ОМС (если ориентироваться на рыночные модели, предполагающие полноправное и конкурентное участие страховщиков в лице страховых организаций в сборе финансовых средств).
- либо страховые медицинские организации (СМО) (если рассматривать СМО не как организации, несущие страховые риски, а как структуры, призванные только довести средства ОМС до медицинских учреждений, каковыми в действительности сейчас они и являются).



## Предпосылки для уменьшения роли страховых медицинских организаций в системе ОМС:

- В последние годы наметилась явная тенденция уменьшения роли страховых медицинских организаций в системе ОМС, которая проявляется, в частности, в том, что с 2021 года:
  - - норматив на ведение дел для страховых медицинских организаций уменьшился с диапазона 1-2 % до диапазона 0,8-1,1 %;
  - - функция проведения медико-экономического контроля передана от страховых медицинских организаций территориальным фондам ОМС;
  - - в рамках договора на оказании и оплате медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС взаимодействие Федерального фонда и федеральных медицинских организаций происходит без участия страховых медицинских организаций;
  - - еще ранее страховые медицинские организации лишились права на использование части экономии целевых средств в целях формирования собственных средств.
  - - важной особенностью финансовой системы ОМС новых регионов является отсутствие страховых медицинских организаций.
- Поэтому отсутствие страховых медицинских организаций в системе ОМС новых регионов нужно рассматривать в рамках указанной тенденции. Очевидно, что опыт работы новых регионов в условиях отсутствия страховых медицинских организаций будет учтен в дальнейшем для оценки перспектив развития обязательного медицинского страхования в стране.



## **Основная причина уменьшения роли СМО – информатизация:**

- МЭК – это оценка соответствия данных реестров счетов данным, хранящимся в базах данных ГИС ОМС. Это делают машинные алгоритмы с относительно небольшим участием человека.
- МЭЭ – это оценка соответствия данных реестров счетов данным, содержащимся в первичной медицинской документации и т.д. Можно ли автоматизировать эту работу и отобрать у СМО? Да, при повсеместном переходе на электронный документооборот. Но при этом и ошибок в реестрах будет гораздо меньше!
- ЭКМП - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, степени достижения запланированного результата. Часть информации для ЭКМП можно напрямую получать из электронных медицинских карт – виды исследований и т.д., сроки их выполнения и т.д. ИИ будет постепенно заменять и оставшиеся функции – функции **экспертов качества медицинской помощи.**

# Другие тенденции в системе ОМС





## Централизация:

- Централизация сбора средств в ФОМС;
- Централизация распределения средств ОМС;
- Согласование с ФОМС и Минздравом целого ряда документов (ТПГГ и т.д.)
- Предстоящая централизация (унификация) систем оплаты труда в рамках планируемой новой системы оплаты труда в здравоохранении



## Расширение применения нормативных подходов:

- Дальнейшая дифференциация (детализация) нормативов объемов и финансового обеспечения отдельных видов медицинской помощи, КСГ и т.д.
- Нормирование труда



# Результаты:

- Унификация (стандартизация)
- Снижение дифференциации в уровнях финансового обеспечения, зарплаты и т.д., и, как результат – в качестве и доступности медицинской помощи.



## Вызовы и проблемы:

- Финансовые проблемы, связанные с демографической ситуацией, бурным развитием дорогих и сложных медицинских технологий и т.д.
- Персонализация оказания медицинской помощи – с одной стороны, и единые тарифы, клинические рекомендации, стандарты медицинской помощи и т.д. – с другой.





---

**Спасибо за внимание!**