

УДК 614.2:004

**ВНЕДРЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ СЕРВИСОВ В СИСТЕМУ
УЧЕТА И ОТЧЕТНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Дуплий К.Б., студент гр. 21105, I курс

Научный руководитель: Субаева А.К., к. э. н., доцент

Чистопольский филиал «Восток» Казанского национального исследователь-
ского технического университета им. А.Н. Туполева-КАИ
г. Чистополь

Долгое время система учета в здравоохранении строилась вокруг физического присутствия пациента в медицинской организации. Ключевыми единицами учета являлись посещения, госпитализации, вызовы скорой помощи. Однако внедрение телемедицинских технологий, легитимизированных Федеральным законом № 242-ФЗ и приказом Минздрава № 965н, потребовало пересмотра этих фундаментальных подходов. Сегодня дистанционное взаимодействие с пациентом становится не просто дополнительной опцией, а полноценным каналом оказания медицинской помощи, который должен находить адекватное отражение в учетной и отчетной документации.

Основная методологическая проблема заключается в том, что существующая система отчетности — формы № 30, № 14, отраслевые статистические наблюдения — формировалась в эпоху, когда медицинская услуга жестко привязывалась к месту ее оказания: поликлиника, стационар, дневной стационар. Телемедицина разрушает эту привязку. Появляется понятие «виртуального кабинета», где врач и пациент могут находиться в разных городах, а юридически значимым местом оказания помощи становится не географическая точка, а факт фиксации взаимодействия в электронной медицинской карте.

Нормативная база, безусловно, развивается. Приказ Минздрава России от 30 ноября 2017 года № 965н установил порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Однако для бухгалтерии, статистиков и управленцев этого недостаточно. С 2023–2024 годов телемедицинские консультации начали активно включаться в территориальные программы государственных гарантий, что означает: услуга, оплачиваемая из средств обязательного медицинского страхования, должна быть учтена корректно — от первичного протокола до итогового реестра счетов. Именно здесь возникает ключевое противоречие: отсутствие унифицированных кодов медицинских услуг для всех видов телемедицинских вмешательств приводит к тому, что в формах федерального статистического наблюдения дистанционные услуги либо «растворяются» в общем объеме посещений, либо вовсе выпадают из отчетности, искажая реальную нагрузку на медицинский персонал и искажая финансовые потоки.

Внедрение телемедицинских сервисов невозможно без глубокой трансформации первичной медицинской документации. Если телемедицинская платформа существует как отдельное приложение, не интегрированное с медицинской информационной системой учреждения, корректный учет становится невозможным. Каждая телемедицинская консультация должна фиксироваться в электронной медицинской карте как отдельный юридически значимый документ — протокол консультации, содержащий не только клинические заключения, но и технические параметры взаимодействия: время начала и окончания сеанса, идентификаторы участников, факт получения информированного согласия в электронной форме.

Особое значение приобретает маркировка типа дистанционного взаимодействия. Внутренний классификатор медицинской организации должен различать первичную дистанционную консультацию, динамическое наблюдение пациента с хроническим заболеванием, консилиум с участием фельдшерско-акушерского пункта и дистанционный мониторинг параметров здоровья с использованием носимых устройств. Каждый из этих типов требует разного подхода к учету трудозатрат, разной тарификации и разных способов отражения в отчетности.

На уровне управленческого учета медицинские организации вынуждены разрабатывать собственные аналитические инструменты, поскольку федеральные формы статистической отчетности пока не выделяют телемедицину в отдельный раздел. В практике наиболее эффективной оказалась модель, при которой в медицинской информационной системе закладываются дополнительные аналитические разрезы. Это доля телемедицинских консультаций в общем объеме посещений — показатель, необходимый для расчета фонда оплаты труда и оптимизации расписания приема. Это соотношение первичных телемедицинских консультаций и последующих очных визитов — индикатор, позволяющий оценить риски неполной диагностики. И, наконец, это учет фактической длительности сеанса связи, который часто не совпадает с нормативами, установленными для очного приема.

Самый сложный сегмент — финансовый учет в системе обязательного медицинского страхования. Тарифное соглашение каждого региона должно содержать четкие коды для оплаты телемедицинских услуг, однако практика субъектов Российской Федерации разнится. Для корректного отражения в бухгалтерском учете и в реестрах счетов необходимо, чтобы медицинская информационная система формировала отдельный реестр телемедицинских услуг, исключала двойной учет в случаях, когда дистанционная консультация переходит в очный визит в тот же день, и позволяла учитывать расходы на телемедицинские платформы и каналы связи как отдельную статью затрат в структуре себестоимости услуги.

Внедрение телемедицинских сервисов в систему учета неизбежно влечет за собой изменение ролей медицинского персонала и требует пересмотра организационной структуры учреждения. Одна из наиболее острых проблем заключается в том, что трудозатраты врача на оформление документации при

телемедицинской консультации зачастую выше, чем при очном приеме, при этом учетная единица — условная единица трудозатрат или стоимость услуги — либо не установлена, либо занижена. В результате врачи, работающие в системе обязательного медицинского страхования, нередко отказываются от ведения дистанционного приема, что сдерживает развитие сервиса.

Решением может стать введение в штатное расписание новых должностей — оператора телемедицинского центра или медицинского регистратора дистанционной записи. Эти сотрудники берут на себя техническую часть работы: верификацию данных пациента, проверку качества связи, загрузку файлов в электронную медицинскую карту, оформление протокола под диктовку врача. Одновременно с этим должны корректироваться положения об оплате труда: включение коэффициента за ведение телемедицинских консультаций в стимулирующую часть заработной платы, привязанного не к абстрактным «посещениям», а к количеству оформленных протоколов в медицинской информационной системе.

Не менее значимый вызов — интеграция с внешними системами, прежде всего с вертикально интегрированными медицинскими информационными системами и Единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения. Телемедицинские сервисы, приобретаемые медицинскими организациями, часто работают как «островные» решения, не обменивающиеся данными с основными системами. Для корректного учета необходимо обеспечить двусторонний обмен: запись на телемедицинскую консультацию через Единый портал государственных услуг должна автоматически формировать запись в расписании медицинской информационной системы и талон в системе обязательного медицинского страхования. Протокол консультации должен быть доступен в Единой государственной информационной системе для врачей других учреждений — только так может быть реализован принцип непрерывности медицинской помощи.

Соблюдение законодательства о персональных данных и врачебной тайны накладывает дополнительные ограничения на систему учета. При формировании отчетности для органов управления важно соблюдать баланс между детализацией и анонимизацией. Внутренние управленческие отчеты должны строиться на обезличенных данных, в то время как первичная документация защищена средствами криптографической защиты информации. Любое нарушение этого баланса может привести не только к штрафам, но и к дискредитации самой идеи телемедицины в глазах пациентов и медицинского сообщества.

Практическая реализация учета телемедицинских услуг наиболее наглядно прослеживается на конкретных моделях организации помощи. Одна из таких моделей — централизованный телемедицинский консультационный центр, создаваемый в рамках региональных программ, особенно в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В таких центрах дежурные врачи-специалисты проводят дистанционные консультации для фельдшерско-акушерских пунктов и районных больниц. С точки зрения учета, это требует введения дополнительной формы — журнала телемедицинских консультаций, где

фиксируются как плановые, так и экстренные обращения. Учет ведется не по месту нахождения врача, а по месту нахождения пациента, что позволяет корректно распределять финансирование из системы обязательного медицинского страхования. Опыт регионов, внедривших такую модель, показывает увеличение выявляемости заболеваний при одновременном снижении необоснованных госпитализаций, что напрямую отражается в отчетности по использованию конечного фонда.

Другой значимый объект учета — дистанционный мониторинг пациентов с хроническими заболеваниями, таких как артериальная гипертензия или сахарный диабет. С точки зрения классической системы учета, это не разовая услуга, а длящийся процесс, который может длиться месяцами. Алгоритм учета в таких случаях строится следующим образом: пациент вносится в реестр профилактического наблюдения, ежемесячно формируется акт выполненных работ по интерпретации данных, полученных с носимых устройств, и оплата производится по тарифу «диспансерное наблюдение с применением телемедицинских технологий». Однако текущие формы федерального статистического наблюдения не учитывают так называемые «пациенто-дни» мониторинга. Медицинские организации вынуждены использовать внутренние управленческие дашборды, чтобы доказать эффективность программ региональным министерствам здравоохранения для получения субсидий.

Отдельного внимания заслуживает вопрос кадрового учета. При заполнении годовой отчетности по форме № 30 «Сведения о медицинской организации» возникает сложность: как учитывать ставки врачей, работающих исключительно в телемедицине? Ошибочной практикой является отнесение их к клинико-диагностическим подразделениям. Корректным решением становится выделение отдельного структурного подразделения — отдела или центра телемедицинских технологий — со своим шифром и коэффициентом совместительства, что позволяет не только корректно отражать штатную численность, но и обосновывать перед контролирующими органами расходы на закупку оборудования и программного обеспечения.

Стратегические направления развития системы учета телемедицинских услуг определяются общей логикой цифровой трансформации здравоохранения. В рамках стратегии до 2030 года заявлен переход от «отчетности по форме» к «отчетности по данным» — модели, в которой традиционные статистические формы будут замещены автоматической выгрузкой структурированных данных из медицинских информационных систем и телемедицинских платформ. Для системы учета телемедицины это означает необходимость разработки и внедрения универсальных классификаторов телемедицинских вмешательств на федеральном уровне, а также включение меток «телемедицина» во все ключевые срезы данных — от заболеваемости до льготного лекарственного обеспечения.

Будущее внедрения телемедицинских сервисов в учетно-отчетную систему напрямую зависит от того, насколько успешно эти технологии будут встроены в систему мотивации руководителей и врачей. Целевые показатели

эффективности работы главных врачей должны включать долю пациентов с хроническими заболеваниями, охваченных дистанционным мониторингом. Показатели эффективного контракта с врачами — учитывать сложность и трудоемкость дистанционной работы наравне с очным приемом. Без этого любые технические решения останутся невостребованными, а инвестиции в телемедицину — некупаемыми.

Вместе с тем медицинские организации, внедряющие учет телемедицинских услуг, сталкиваются с серьезными рисками. Юридический риск связан с неправильным оформлением протокола консультации, отсутствием видеофиксации согласия пациента, что ведет к отказам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в оплате. Путь его минимизации — внедрение модулей аудита в медицинские информационные системы, которые автоматически проверяют наличие всех необходимых реквизитов перед отправкой реестра счетов. Риск двойного счета возникает, когда один и тот же факт обращения учитывается и как очный визит в регистратуре, и как телемедицинская консультация в отдельной системе. Решением становится сквозная идентификация на уровне единой регистратуры, где учетный талон должен блокировать создание дублирующих записей.

Таким образом, внедрение телемедицинских сервисов в систему учета и отчетности представляет собой не просто техническую задачу по настройке программного обеспечения, а комплексную трансформацию управленческой модели медицинской организации. Сегодня нормативная база, особенно на уровне ведомственных приказов Министерства здравоохранения и методологии Федеральной службы государственной статистики, объективно отстает от темпов внедрения цифровых технологий. Для достижения эффективности необходимо унифицировать коды телемедицинских услуг в системах обязательного медицинского страхования, автоматизировать учет на уровне медицинских информационных систем, исключив ручное дублирование данных, и пересмотреть подходы к оплате труда с учетом фактической трудоемкости дистанционной работы.

Только при условии полной интеграции данных телемедицина перестанет быть «надстройкой» или способом разгрузки очередей и станет полноценным, юридически значимым и финансово прозрачным сегментом системы здравоохранения. Это, в свою очередь, повысит качество статистической базы для принятия государственных управленческих решений и позволит реализовать потенциал цифровых технологий в полном объеме — на благо пациентов, медицинских работников и системы здравоохранения в целом.

Список литературы:

1. Баланов, А. Н. Внедрение и использование систем управления: CRM, BPM, ERM, ECM: практическое пособие / А. Н. Баланов. - Москва: Агентство электронных изданий «Интермедиатор», 2025. - 124 с. - (Айтишный университет. Топ-менеджер). - ISBN 978-5-91349-130-5. - Текст: электронный. - URL: <https://znanium.ru/catalog/product/2238155> (дата обращения: 10.03.2026). - Режим доступа: по подписке.

2. Инноватика и технологический суверенитет в здравоохранении России: монография / И. П. Алехин, В. В. Белова, А. В. Бобров [и др.]; под. науч. ред. Л. П. Храпылиной. - Москва: Издательство «Научный консультант», 2023. - 834 с. - ISBN 978-5-907692-59-6. - Текст: электронный. - URL: <https://znanium.ru/catalog/product/2179005> (дата обращения: 26.03.2026). – Режим доступа: по подписке.

3. Миславская, Н. А. Международные стандарты учета и финансовой отчетности: учебник / Н. А. Миславская, С. Н. Поленова. — Москва: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2018. - 370 с. - ISBN 978-5-394-01245-7. – Текст: электронный. – URL: <https://znanium.com/catalog/product/1092986> (дата обращения: 12.03.2026). – Режим доступа: по подписке.

4. Основы учета и отчетности: учебное пособие / Е. М. Евстафьева, Н. Т. Лабынцев, Т. В. Макаренко [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - Ростов-на-Дону: Издательско-полиграфический комплекс Рост. гос. экон. ун-та (РИНХ), 2022. - 136 с. - ISBN 978-5-7972-2988-9. - Текст: электронный. - URL: <https://znanium.ru/catalog/product/2213097> (дата обращения: 10.03.2026). – Режим доступа: по подписке.

5. Петров, А. М. Современные концепции бухгалтерского учета и отчетности: учебник / А.М. Петров. — Москва: Вузовский учебник: ИНФРА-М, 2019. — 228 с. — (Высшее образование: Магистратура). - ISBN 978-5-9558-0573-3. - Текст: электронный. - URL: <https://znanium.com/catalog/product/996151> (дата обращения: 15.03.2026). – Режим доступа: по подписке.