

# ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ОМС В 2021 ГОДУ

С начала года вступили в силу изменения, которые были внесены в Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010. Большая часть изменений связана с финансированием федеральных медицинских организаций и оказанием ими специализированной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС.

После реформы системы ОМС федеральные медицинские центры (ФМЦ) будут получать финансирование напрямую из Федерального фонда ОМС, соответственно, попасть на прием будет достаточно просто – для этого нужен полис ОМС и зарегистрированное в электронной системе направление от лечащего

врача. В федеральных медицинских центрах оказывают преимущественно сложные услуги – высокотехнологичное лечение или помощь при редких заболеваниях. Поэтому за финансовое обеспечение предоставления застрахованным лицам медицинской помощи, оказываемой ФМЦ в соответствии с едиными требованиями базовой программы ОМС, отвечает ФФОМС. А конкретные объемы финансирования устанавливаются Министерством здравоохранения. Минздрав будет также определять и параметры расходов средств нормированного страхового запаса.

Кроме того в этом году меняется программа диспансеризации. Теперь, если врач-терапевт заподозрит у пациента сахарный диабет, он направит его на анализ

гликированного гемоглобина в крови. А при обнаружении признаков рака слизистых оболочек или кожи – отправит пациента на дерматоскопию и на консультацию к врачу-дерматологу. Предусмотрено увеличение финансирования медицинской помощи по онкологическому профилю. Дневные стационары будут финансировать на 4% больше, а круглосуточные – на 5,7%. Также в программу ОМС включен пересмотр результатов гистологического исследования. То есть появляется возможность перепроверить образцы тканей в другой лаборатории и на другом оборудовании, если это необходимо, чтобы исключить неверный диагноз.

Теперь в программу ОМС введено тестирование на COVID-19

и в целом подушевые нормативы финансирования на медицинскую помощь выросли в этом году. То есть поликлиники будут получать за прикрепленных к ним пациентов больше, чем в 2020-м.

Что касается порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи в рамках ОМС, то он будет новым. Полномочия по установлению порядка контроля переданы от ФФОМС в Минздрав России, как и полномочия по установлению требований к тарифному соглашению ОМС в регионах. Экспертов, которые проверяют качество медпомощи, разделят на две группы – одни будут проверять только медпомощь, оказанную ФМЦ по базовой программе ОМС, а остальные (из территориальных реестров экспертов КМП) все остальные случаи оказания медицинской помощи. Порядок ведения единого реестра экспертов устанавливается Минздравом РФ.

Для страховых медицинских организаций изменится объем финансирования на ведение дел. Если раньше он составлял 1–2%

от суммы средств, поступивших в СМО, то теперь от 0,8 до 1,1%.

Информационное обеспечение персонифицированного учета застрахованных лиц и полученной ими медицинской помощи будет производиться на базе государственной информационной системы ОМС, оператором которой является ФФОМС.

Другие важные показатели и нормативы остаются в силе с 2020 года. Так, срок ожидания специализированной медицинской помощи по направлению составляет от 7 до 14 рабочих дней, а для пациентов с онкозаболеваниями – до 7 рабочих дней с момента постановки диагноза. Кроме того, пациент может ждать КТ или МРТ не дольше 14 рабочих дней с момента назначения, а если врач подозревает онкологическое заболевание – то не больше 3 рабочих дней. Сохранен строгий запрет на отказ в предоставлении застрахованным медицинской помощи в соответствии с программами ОМС (и базовой, и территориальной). Пациенты вправе выбирать себе не только поликлинику, но и федеральный МЦ в соответствии с установленным порядком.



ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ

ТЕЛЕФОН БЕСПЛАТНОЙ ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ: 8-800-222-11-77

г. Брянск, улица Софьи Перовской, д. 83 (4-й этаж)