

№2 (136)

МАРТ 2021



БРЯНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК



**IgG4-АССОЦИИРОВАННОЕ
ЗАБОЛЕВАНИЕ В ДИФФЕРЕН-
ЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ОРБИТОПАТИЙ**

МОЗАЛЬКОВА Е. Ф.

СТР. 19

**МИНИМАЛЬНО ИНВА-
ЗИВНАЯ ПЕРКУТАННАЯ
НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ:
ОБЗОР МЕТОДИК И АНАЛИЗ
ПОЛУЧЕННОГО ОПЫТА**

КУЛЕШОВ А. А.

СТР. 21

**МЕРОПРИЯТИЯ
ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА
‘СОЗДАНИЕ ЕДИНОГО
ЦИФРОВОГО КОНТУРА
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НА ОСНОВЕ ЕГИСЗ’**

ГОЛИКОВ В. В.

СТР. 42

БРЯНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК

МЕДИЦИНСКИЙ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

**СИСТЕМА ОМС
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ**
**О РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС
В 2021 ГОДУ**

М. А. Зайцева

Территориальный фонд ОМС

В связи с изменением законодательной базы на федеральном уровне в 2021 году реализация территориальной программы ОМС производится с учетом ряда особенностей и новаций. Федеральными законами от 8 декабря 2020 г. № 429-ФЗ и № 430-ФЗ внесены изменения в основной закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Первое изменение касается оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы ОМС в федеральных медицинских организациях. Если до 2021 года оплату медицинской помощи, оказанной в федеральных клиниках гражданам, застрахованным в нашей области, осуществлял территориальный фонд в рамках межтерриториальных расчетов, то с этого года финансирование федеральных клиник осуществляется напрямую из Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Данное нововведение касается только специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационаров. Порядок оплаты посещений и обращений в амбулаторных условиях не изменился.

Направление пациентов в федеральные клиники для получения специализированной медицинской помощи осуществляется в соответствии с Порядком, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2020 № 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования».

Данным порядком предусмотрен информационный обмен между направляющими медицинскими организациями и федеральными клиниками с целью упрощения процедуры отбора пациентов,

которым будет оказана специализированная медицинская помощь. Информационное взаимодействие осуществляется с помощью Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Разработка порядка проведения экспертиз согласно новому закону относится к полномочиям Министерства здравоохранения Российской Федерации, а не Федерального фонда ОМС, как было ранее. В связи с этим разрабатывается новый приказ о порядке проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, который заменит действующий приказ ФФОМС от 28 февраля 2019 г. № 36.

Вступившим в силу федеральным законом предусмотрено уменьшение доли средств на ведение дела страховыми медицинскими организациями не менее 0,8 и не более 1,1 процента от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию (ранее границы были установлены в промежутке 1–2 %).

В соответствии с действующими изменениями Федерального Закона, в январе этого года со всеми медицинскими организациями сферы ОМС были заключены трехсторонние договоры об оказании и оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Участниками договора выступают медицинская организация, территориальный фонд и все страховые медицинские организации, действующие на территории Брянской области. До 2021 года такие договоры были двухсторонними и составлялись без участия территориального фонда.

Изменения коснулись и проведения медико-экономического контроля реестров, представляемых на оплату. С этого года проведение данного вида контроля возложено не на страховые медицинские организации, а на территориальные фонды ОМС.

Важным отличием в порядке проведения медико-экономического контроля является то, что, начиная с этого года ежемесячной оплате подлежат объемы предоставления медицинской помощи в размере не более одной двенадцатой части от установленных на год. Кроме того, к функциям медико-экономического контроля добавится установление соответствия между стоимостью оказанной медицинской помощи, представлен-

ной в реестрах, и стоимостью, указанной в договоре на оказание и оплату медицинской помощи.

Последние три года при планировании территориальной программы ОМС объемы медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного и дневного стационаров, рассчитываются в разрезе клинико-статистических групп, поэтому руководители медицинских организаций должны обратить особое внимание на корректность данного планирования и впоследствии придерживаться запланированной структуры.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 2299 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» определено, что в 2021 году финансовое обеспечение расходов страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляется в порядке ежемесячного авансирования оплаты медицинской помощи в размере одной двенадцатой доли объема годового финансового обеспечения без учета фактического выполнения объемов предоставления медицинской помощи. Данная норма введена в связи с необходимостью обеспечения финансовой стабильности медицинских организаций в случае невыполнения запланированных объемов медицинской помощи из-за особых условий работы, вызванных угрозой распространения новой коронавирусной инфекции. Следует отметить, что и в 2020 году большинство медицинских организаций ежемесячно авансировалось в размере до 95 % от среднемесячных доходов.

Диспансеризация и профилактические осмотры взрослых и детей в 2021 году оплачиваются по тарифам законченного случая и включены в общий размер подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической помощи. Если медицинская организация не имеет возможности выполнить диспансеризацию или профилактический осмотр в полном объеме, должен быть заключен гражданско-правовой договор с другой медицинской организацией на оказание требуемых медицинских услуг. Взаиморасчеты осуществляются между медицинскими организациями напрямую, без участия страховых медицинских организаций.

В 2021 году в стационарных условиях добавлены следующие клинико-статистические группы (КСГ): 4 КСГ по лечению

новой коронавирусной инфекцией и 1 КСГ по долечиванию, выделены 3 КСГ «Инфаркт миокарда, легочная эмболия с применением тромболитической терапии» в зависимости от уровня сложности, значительно уменьшены коэффициенты затратоемкости по лекарственной терапии онкологических пациентов 1–10 уровня, добавлены КСГ «Медицинская реабилитация после онкоортопедических операций», «Медицинская реабилитация по поводу постмастэктомического синдрома в онкологии», «Медицинская реабилитация после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19 (3–5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ))».

При оплате стационарной помощи с 2021 года будут применяться коэффициенты сложности лечения пациентов (повышающий коэффициент стоимости лечения, равный 1,2). Этот коэффициент будет применяться в случаях предоставления спального места и питания законному представителю при госпитализации детей в возрасте до 4 лет, проведении первой иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации, а также при проведении сочетанных хирургических вмешательств.

Расходы на территориальную программу ОМС в 2021 году без учета средств на ведение дела СМО составят 15 309 146,3 тыс. руб, что на 1,8 %, или 276,5 млн руб, выше уровня 2020 года. Средства на межтерриториальные расчеты на 2021 год в составе территориальной программы ОМС запланированы в сумме 631,7 млн руб., что ниже уровня 2020 года на 343,3 млн руб. Снижение прогнозных показателей по межтерриториальным расчетам обусловлено изменением в 2021 году механизма оплаты медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями.

Литература:

1. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в редакции Федеральных законов от 08.12.2020 № 429-ФЗ и № 430-ФЗ.
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражд-

дана медицинская помощь на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов».

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 декабря 2020 года № 1363н «Об утверждении порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования».