

ПРОВЕДЕНИЕ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ВЗАИМОРАСЧЕТОВ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РЕГИОНАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

А. В. Данилов, К. Б. Московченко

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Воронежской области

Поступила в редакцию 7 апреля 2018 г.

Аннотация: статья посвящена решению актуальной проблемы, имеющей важное практическое значение – определению путей совершенствования процесса проведения межтерриториальных взаиморасчетов. Выявлена необходимость усиления связи между утверждением общероссийской унифицированной методики расчета тарифов на медицинские услуги и внедрением единого подхода к оформлению и содержательной части реестров счетов на медицинские услуги при проведении оплаты медицинской помощи гражданам вне территории страхования в системе ОМС. Показана возможность использовать данные об объемах медицинской помощи, оказанной за пределами территорий страхования, как индикаторов действующей на них структуры профилей и видов медицинской помощи.

Ключевые слова: межтерриториальные взаиморасчеты, ТФОМС, территория страхования, территория оказания медицинской помощи, здравоохранение региона, финансирование, система ОМС.

Abstract: article is devoted to the solution of the urgent problem having important practical value – to definition of ways of improvement of process of carrying out interterritorial mutual settlements. Need of providing more close connection between the statement of the all-Russian unified method of calculation of tariffs for medical services and introduction of uniform approach to registration and a substantial part of registers of accounts on medical services when carrying out payment of medical care to citizens out of the territory of insurance in the compulsory health insurance system is revealed. An opportunity to use data on volumes of the medical care provided outside territories of insurance as indicators of the structure of profiles and types of medical care operating on them is shown.

Key words: interterritorial mutual settlements, TFOMS, territory of insurance, territory of delivery of health care, region health care, financing, compulsory health insurance system.

Одной из актуальных задач обязательного медицинского страхования является распределение имеющихся финансовых средств с целью обеспечения застрахованных медицинской помощью вне зависимости от региона, в котором они находятся в момент случая заболевания.

Важное место в работе Территориальных фондов ОМС (далее – ТФОМС) занимает обеспечение прав застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями (далее – МО) при наступлении страхового случая на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой ОМС [1].

ТФОМС по месту оказания медицинской помощи оплачивает медицинскую помощь, оказан-

ную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис. Его расходы компенсируются ТФОМС территории страхования.

Права ТФОМС территории страхования конкретизируются и подтверждаются п. 142 и 143 Правил ОМС, утвержденных приказом Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2011 г. №158н [2] и п. 77 приказа ФОМС от 1 декабря 2010 г. № 230, в соответствии с которыми он наделен полномочиями контроля качества оказанной помощи, в том числе проверки обоснованности применения тарифов на медицинские услуги [3].

При этом, как установлено ст. 36 Федерального закона № 326-ФЗ, объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС (далее – ТПОМС) субъекта РФ, в котором застрахованным лицам выдан полис

ОМС, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи застрахованным лицам, даже если они проживают за пределами территории этого субъекта РФ.

Практическая сторона осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис, определяется Правилами ОМС [2] и Общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере ОМС (далее – Общие принципы) [4].

Согласно Правилам [2] ТФОМС по месту оказания медицинской помощи проводит контроль предъявленного МО счета реестра счетов и при отсутствии дефектов и нарушений (далее – нарушения) осуществляет оплату оказанной медицинской помощи. ТФОМС по месту страхования проводит медико-экономический контроль счета и при выявлении дефектов отказывает в оплате счетов. ТФОМС по месту оказания медицинской помощи проводит экспертизу непринятых позиций счета и направляет исправленную часть счета в ТФОМС по месту страхования [5].

Причины, требующие дополнительного рассмотрения отдельных позиций счета, определяются приказом ФОМС от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Порядок).

Установление единых требований и правил информационного взаимодействия в электронной форме, применяемых участниками и субъектами системы ОМС на территории Российской Федерации, определено Общими принципами.

Целью исследования является изучение на примере взаиморасчетов Воронежской области финансирования медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории области, за ее пределами, а именно:

- выявление особенностей представления к оплате субъектами РФ счетов за медицинскую помощь, оказанную при взаиморасчетах;

- выявление воздействия объемов и уровня медицинской помощи, оказанной за пределами территории страхования, на ТПОМС субъекта РФ и обоснование необходимости их учета в процессе финансового управления региональным здравоохранением;

- выявление влияния внедрения единой методики расчета тарифов на необходимость совершенствования представления реестров счетов по МТВР.

Материалами для работы служили:

- тарифные соглашения и приложения к ним, помещенные на сайтах субъектов РФ;

- реестры счетов, полученных ТФОМС Воронежской области от других территорий за медицинскую помощь, оказанную гражданам, застрахованным на территории Воронежской области, за 2017 г.;

- материалы научных исследований, конференций и семинаров по проблемам финансирования медицинских услуг в системе ОМС, в части межтерриториальных взаиморасчетов, и публикации на указанную тему.

Изучение счетов, представляемых в рамках межтерриториальных взаиморасчетов, показало, что приводимая в них информация различается по разным территориям как по содержательной части, так и по оформлению. Отметим, что нормативные акты, определяющие необходимые и достаточные данные, указываемые в реестрах счетов, разработаны до введения единой методики расчета тарифов на медицинские услуги в системе ОМС.

ТФОМС Воронежской области проводит расчеты по оказанию медицинской помощи застрахованным на территории Воронежской области со всеми территориальными фондами ОМС. При этом рассматриваются счета МО всех уровней. В результате накоплен большой объем информации об особенностях оплаты медицинской помощи и выставления счетов на медицинские услуги на оплату ТФОМС и МО субъектов РФ.

Из множества реестров счетов, поступающих в ТФОМС Воронежской области, наиболее подробно рассматривались реестры счетов, содержащие в среднем за месяц не менее 100 позиций. Этому критерию соответствовали реестры от большинства граничащих с областью регионов, а также от г. Москвы, Московской области, Санкт-Петербурга, Краснодарского края. Значения объемов и, как следствие, выставленных сумм для субъектов РФ, не граничащих с Воронежской областью, значительно меньше (таблица).

Законодательно установлено, что вне зависимости от того приехал ли человек из «бедного» региона в «дорогой» и наоборот, территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи оплатит МО оказанную медицинскую помощь, а территориальный фонд субъекта РФ, в котором выдан полис, должен будет возместить средства

Таблица

Объемы медицинских услуг и величина оплаты по счетам, поступившим в ТФОМС Воронежской области от ряда субъектов РФ в рамках межтерриториальных взаиморасчетов в 2017 г.

Наименование региона	Выставлено счетов, (тыс. руб.)	Всего позиций	Объемы госпитализаций в условиях КС	Объемы медпомощи вне МО	Объемы госпитализаций в условиях ДС	Объемы АПП, в том числе услуг
Белгородская область*	17 004 555,25	8438	498	646	102	7211 751
Волгоградская область*	12 943 111,2	5951	353	381	151	5066 496
Краснодарский край	21 462 090,74	13148	657	2028	43	5779 1009
Курская область*	5 242 046,69	2500	170	187	31	2114
Ленинградская область	4 281 486,52	1565	98	192	23	1252 53
Липецкая область*	27 055 596,82	5062	708	334	100	3920 326
г. Москва	309 320 455,58	93815	4878	1775	242	86920 40124
Московская область	79 746 198,84	28002	1549	1178	148	25127
Орловская область	1 419 272,63	636	35	62	3	536
Ростовская область*	13 675 960,82	5786	389	341	66	4990 551
Самарская область	905 986,09	388	47	73	12	256
г. Санкт-Петербург	41 361 782,58	3911	854	658	158	2241 256
Саратовская область*	5 322 283,43	530	222	72	8	228
Тамбовская область*	37 540 776,05	7956	505	329	460	6680 221

*субъекты РФ, граничащие с Воронежской областью.

территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи. Таким образом, у МО не возникнет потерь при лечении гражданина, застрахованного в другом регионе [6]. Потери возникают у МО территорий страхования, так как выполняемые ими объемы помощи сокращаются за счет оказываемых за пределами территорий страхования.

Из таблицы видно, что максимальные объемы и финансирование оказанной лицам, застрахованным на территории Воронежской области, медицинской помощи приходится на МО г. Москвы, Московской области и г. Санкт-Петербурга. Резко отрицательный баланс по МТВР с этими территориями имеют многие ТФОМС [7]. Это связано в первую очередь с тем, что в г. Москве, Московской области и г. Санкт-Петербурге расположено большинство МО федерального уровня. Также важной представляется сложившаяся в других субъектах РФ нехватка мощностей для оказания высокотехнологичных медицинских услуг по ряду про-

филей. Для Воронежской области дефицит мощности или технологической оснащенности прослеживается в основном по онкологии и офтальмологии. Другие субъекты к таким профилям относят также кардиологию, гематологию, нейрохирургию, неврологию [6].

Кроме того, представляется верным утверждение, что величина сумм по выставленным счетам в г. Москве и Московской области объясняется не только объемами, но и тем, что стоимость их медицинских услуг значительно выше стоимости в большинстве регионов. Так, счета Московской области № 708361 от 9 октября 2017 г. и Краснодарского края № 2033 от 6 октября 2017 г. содержат близкое число позиций: 1991 и 2042 соответственно. Представленные же по этим счетам суммы значительно различаются: 6 083 339,55 руб. в счете Московской области и 3 688 752,04 руб. в счете Краснодарского края. При анализе оплаты медицинских услуг на разных территориях отме-

чаются значительные колебания средней стоимости одного случая лечения. Такой разброс сумм по счетам безусловно связан с ресурсным обеспечением территориальных программ ОМС [9] и в ряде случаев со способами определения тарифов (например, в Москве и Санкт-Петербурге используются собственные методики).

Довольно часто встречается мнение, что в схеме взаимодействия ТФОМС по месту страхования и по месту оказания медицинской помощи отсутствует реальная ответственность ТФОМС по месту страхования (далее – ТФОМС 2) за неоплату выставленных ТФОМС по месту оказания медицинской помощи (далее – ТФОМС 1) счетов в полном объеме за оказанную медицинскую помощь. Считается, что у ТФОМС 2 имеется определенный соблазн сократить данные выплаты за счет необоснованных отказов в оплате представленных счетов. Согласно публикациям, такая возможность уже успешно реализуется в ряде ТФОМС, причем отказ от повторного выставления счетов ТФОМС 2 обосновывается принципом неэтичности выставления судебных исков одного ТФОМС другому и реализуется в следующем варианте: ТФОМС 2, получив счет от ТФОМС 1 на оплату медицинской помощи, оказанной в ином субъекте РФ, «заказывает» ТФОМС 1 проведение экспертизы качества оказанной медицинской помощи по всему ее объему. ТФОМС 1, не располагая соответствующими объемами экспертизы трудовыми, временными и транспортными ресурсами, не может выполнить полный объем экспертиз и вынужден соглашаться на усечение собственного счета [8].

Накопленный ТФОМС Воронежской области опыт показал справедливость законодательной нормы, что не только ТФОМС 1, но и ТФОМС 2 несет ответственность за точное и однозначное, не допускающее толкований оформление счетов, причем последний в том числе как несущий ответственность перед застрахованными (пациентами) [4; 10; 11].

Проблема взаимодействия ТФОМС по месту страхования и ТФОМС по месту оказания медицинской помощи во многом связана с тем, что не всегда получаемой в счетах информации достаточно для принятия однозначного решения об оплате счета без получения дополнительных сведений.

В некоторых случаях по данным в счетах трудно оценить, необходимо или нет госпитализировать больного в круглосуточный стационар. Особенно при сверхкоротких сроках госпитализации. Например, повреждение кисти. Это может быть простой

перелом, требующий наложения лангеты, т. е. медицинская помощь может быть оказана в условиях травматологического пункта, но может быть более тяжелая травма, лечение которой осуществляется с проведением операции по восстановлению связок, что требует медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара. Однако сведения о проведении конкретных оперативных вмешательств в большинстве случаев в счетах отсутствуют.

Возможность решить эту проблему при формировании первичных счетов в электронной форме обуславливается возможностями, заложенными в Общих принципах [4]. В счетах многих территорий уже используется имеющаяся в электронном файле реестра счета техническая возможность представления данной информации, впрочем, в качестве условной. Так, необязательная в настоящее время к заполнению графа «код МЭС» используется некоторыми фондами для указания номеров КСГ (или кодов амбулаторно-поликлинических приемов). В счетах некоторых территорий указываются коды услуг, в отдельных счетах – коды дополнительных услуг.

Значительные трудности при проверке величины стоимости медицинской помощи связаны с применением на разных территориях различных вариантов (в рамках общего подхода) применения поправочных коэффициентов. Причем территория, на которой оказывалась медицинская помощь, считает, что все остальные территории должны в деталях знать особенности их расчетов.

Особой проблемой является произвольный учет числа медицинских услуг. Так, если в обычном роддоме при родах здорового ребенка учитывается в счете одна госпитализация (матери), то в реестрах счетов Ленинградской области перинатальные центры вместо одного случая выставляют два (для матери и для ребенка). Для территории по месту страхования это ведет к превышению утвержденных объемов, так как объемы медицинской помощи при ее оказании в рамках межтерриториального взаимодействия являются частью нормативных объемов именно для территории страхования. Таким образом, объемы медицинской помощи, снимаемые с территориальных МО за счет объемов, оказанных застрахованным на других территориях, являются «головной болью» территорий страхования.

Субъективное увеличение объемов медицинской помощи за счет разницы в учете медицинских услуг касается не только медицинской помощи в

условиях круглосуточных стационаров. При заполнении счетов за амбулаторно-поликлиническую помощь некоторые территории выставляют отдельными позициями счета услуги по параклиническим исследованиям, манипуляциям и т. п. (медицинский массаж, взятие крови из вены, кровопускание). Такой учет особенно характерен для г. Москвы (см. таблицу).

Данная проблема может быть решена путем отнесения такой информации в ячейку «Услуги», при этом в качестве объемов учитываются только посещения врачей или самостоятельный прием фельдшеров. Другой вариант решения проблемы – прописать для территорий страхования право учета нескольких неразрывных по лечению пациента позиций за один случай (посещение и все процедуры, оказанные для одного застрахованного).

Разница в соотношении расходов и доходов по МТВР затрагивает не только здравоохранение Воронежской области, но и других территорий.

В некоторых случаях медицинским учреждениям рекомендуется всемерно расширять объемы медицинских услуг, оказанных в рамках МТВР.

Так, в приложении 1 к Тарифному соглашению по реализации Московской областной программы ОМС от 31 декабря 2015 г. (в ред. от 26.02.2016) указывалось на значимость мероприятий, направленных на:

- уменьшение потока застрахованных в Московской области пациентов, направляемых в стационары других субъектов РФ;

- уменьшение потока пациентов с территории обслуживания конкретного стационара, с сохранением занятости койки и финансирования за счет увеличения объема медицинской помощи, оказываемой застрахованным в других субъектах РФ [10].

Нельзя не отметить, что значительные объемы медицинской помощи, оказываемые за пределами региона по отдельным профилям, указывают на их недостаточное развитие в самом регионе. Наибольшие объемы плановых медицинских услуг за пределами области оказываются по профилям онкология и офтальмология. Отметим, что в области планируется значительно усилить онкологическую службу. Нуждается в улучшении процесс оказания медицинской помощи по офтальмологии.

Велико различие, даже для однотипных МО, между размерами тарифов, зачастую по одной болезни. Тарифы на оказание медицинской помощи в центральной МО и филиалах ФГАУ «МНТК

«Микрохирургия глаза» имени академика С. Н. Федорова» значительно отличаются. Максимальные тарифы выставлялись в счетах Тамбовского филиала, намного меньше указывались в счетах Волгоградского филиала и в центральной организации (г. Москва). Например, в счетах за 2017 г. стоимость лечения заболевания с диагнозом Н26.2 «Осложненная катаракта» в Волгоградском филиале определялась по КСГ № 164 «Проведение операции на органе зрения (уровень 5)» и равнялась 56 199,50 руб., в Тамбовском филиале – по тарифам высокотехнологичной медицинской помощи и равнялась 62 641,00 руб., в центральной организации – по оригинальному, действующему только в г. Москве, МЭС 67130 «Катаракта» и равнялась 36 689,91 руб.

По данным Высшей школы экономики, фактические затраты в разных регионах на операцию при злокачественном новообразовании молочной железы различались в 2015 г. в 3,6 раза, на один случай оказания стационарной помощи при кровоизлиянии в мозг – в 4,9 раза, на один случай оказания стационарной помощи при воспалительных заболеваниях центральной нервной системы – в 8,3 раза [11].

Некоторые МО федерального уровня относятся одновременно к нескольким территориям.

Различается оплата одинаковых медицинских услуг стационарами одного уровня. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» (далее – НМИРЦ) расположен и зарегистрирован и в г. Москве, с кодом 773390, и в г. Обнинске Калужской области, с кодом 400086. По МТВР счета поступают и от МГФОМС, и от ТФОМС Калужской области, причем при оплате аналогичных случаев применяются разные тарифы. Например, при диагнозе заболевания С53 «Злокачественное новообразование шейки матки» (КСГ 116) стоимость лечения в НМИРЦ – Москва равна 126 635,82 руб., в НМИРЦ – Калуга – 86 313,01 руб., при диагнозе заболевания С18.6 «Злокачественное новообразование нисходящей обводной кишки» (КСГ 145) стоимость лечения в НМИРЦ – Москва равна 23 816,31 руб., в НМИРЦ – Калуга – 58 013,66 руб. Отметим, что в Калужской области для НМИРЦ установлен коэффициент уровня 1,4 (максимальный).

В этих примерах тарифы, хотя и отличаются по величине, достаточно жестко привязаны к МО и их филиалам.

Встречаются другие случаи. Тарифы на высокотехнологичную медицинскую помощь некоторых территорий превышают величину, установленную

постановлением Правительства Российской Федерации. В одних случаях такое отличие объясняется применением коэффициента территориальной дифференциации, отражающего природные особенности регионов: северные и приравненные к ним, безводные, горные. В других учитываются иные факторы. Так, постановлением для тарифа ВМП № 21 стоимость определена в 74 674 руб., однако, например, в тарифах для системы ОМС г. Москвы ее размер равен 86 547,17 руб.

Максимальный дисбаланс в оплате устанавливается, согласно многим авторам, между большинством регионов и столичными регионами [5; 6]. Конечно, и они разнятся. По некоторым КСГ тарифы Московской области превышают тарифы города Москвы, по другим – наоборот.

Ряд МО федерального уровня: ФГБУ НМХЦ имени Н. М. Пирогова, ФГБУ ННПЦ ДГОИ имени Дмитрия Рогачева и некоторые другие, включены в перечни МО, оказывающих медицинские услуги в условиях круглосуточных стационаров и г. Москвы, и Московской области. При этом они выставляют счета, утвержденные и для той и для другой территории, что является некорректным.

Как известно, МО федерального уровня находятся в подчинении Минздрава РФ. Оплату их деятельности (хотя и через ТФОМС) осуществляет ФФОМС. То есть их вхождение в перечень МО той или иной территории носит номинальный характер.

Предлагается объемы медицинской помощи для МО федерального уровня планировать на уровне Минздрава РФ.

Во многих случаях сроки госпитализации в МО даже федерального уровня по срокам лечения отличаются от установленных медицинскими стандартами, часто составляя 2–4 дня (при полной оплате). Это может быть связано с тяжестью состояния больного: при лечении легких случаев сроки сокращаются. Для усиления связи уровень МО – тяжесть состояния предлагается расширить перечень КСГ и перечень КСГ, оплачиваемых без применения коэффициентов уровня.

Существенно влияет на величину затрат при МТВР то, что гражданин застрахован в одном месте, а фактически проживает (работает) в другом.

Как отмечается в ряде источников, в настоящее время право выбора СМО представлено самому гражданину. В связи с этим произошло массовое перестрахование работающих граждан по месту постоянной регистрации. Кроме того, работающие в столичном регионе неофициально и ранее не

имеющие статуса застрахованных также обратились в СМО за получением полиса, так как разрешительный барьер со стороны органов местного управления для них был устранен. В выступлении на совещании директоров ТФОМС ЦФО в г. Костроме 28 августа 2015 г. директор Владимирского ТФОМС О. М. Ефимова сообщила, что вследствие этого возросло число застрахованных в регистре Владимирской области, фактически работающих и обращающихся за медицинской помощью на территории города Москвы и Московской области.

ТФОМС Воронежской области обращался в другие фонды с просьбой обосновать оказание плановой медицинской помощи, выслав копии направлений амбулаторно-поликлинических организаций, к которым прикреплены застрахованные. В подавляющем большинстве случаев были представлены направления от амбулаторных учреждений по месту оказания медицинской помощи. Граждане, застрахованные на территории Воронежской области, оказались временно, а во многих случаях постоянно зарегистрированными и прикрепленными к поликлиникам на территории оказания медицинской помощи, от которых получали направления в «свои» круглосуточные стационары. Наиболее часто информация о таком положении дел поступает от ТФОМС Московской области.

При прикреплении, пусть временном, к какой-либо поликлинике вне территории постоянного страхования гражданин фактически попадает под эгиду фонда по месту нахождения поликлиники, к которой он прикрепляется, (так как и фонд (как выставляющий счета другим фондам) и поликлиника относятся к конкретному субъекту РФ и представляют взаимосвязанную часть единого организма регионального здравоохранения), что, на наш взгляд, должно быть нормативно закреплено.

Вопрос оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным на одной территории, но проживающим и прикрепляющимся к МО на другой территории, предлагается решить через соглашения между страховыми медицинскими организациями (далее – СМО).

Известно, что большинство «местных» СМО стали филиалами центральных СМО. Если по месту новой и старой регистрации СМО имеет филиал, то проблема сводится к перераспределению застрахованного контингента внутри СМО между филиалами. В другом случае центральные конторы могут «обмениваться» перераспределенными за-

страхованными. При многочисленных перераспределениях избыточные и недостаточные значения числа застрахованных могут быть сведены к минимуму.

Как любая значимая часть динамически развивающейся системы, какой является ОМС, организация межтерриториальных взаиморасчетов для того, чтобы избежать стагнации, нуждается в постоянном совершенствовании.

Примером такого подхода необходимо считать изменения, вносимые в приказ № 79 приказом ФФОМС от 23 марта 2018 г. № 54 заполнению счетов за законченный случай лечения, что предполагает перевод ряда сведений, указываемых в электронной форме счета при МТВР из условных в обязательные, например:

– перевод номера КСГ (КПП) для стационаров, кода приема для амбулаторно-поликлинической помощи, из условно-обязательной информации в обязательную, что на практике делается многими фондами;

– при проведении в процессе лечения оперативного вмешательства указывать в счете код выполненной услуги в соответствии с действующим группировщиком, что делается некоторыми фондами.

Также предлагается в случае, если больному в период госпитализации оказывались необходимые для уточнения диагноза и процесса лечения услуги, не входящие в тариф на эту услугу, и, как следствие, при сложном составе стоимости счета, например, госпитализация плюс МРТ (или другая простая услуга, оплачиваемая сверх стоимости госпитализации) указывать в счете код этой услуги. При этом услуги следует указывать в счете в скрытой форме. При проведении записи услуг отдельными позициями счета необходимо принять решение, в результате которого такие услуги указывались бы только дополнительными строками, и поэтому не учитывались в объемах.

Другой вариант решения проблемы – прописать для территорий страхования право учета нескольких позиций как одной, а именно одно посещение и несколько процедур для одного застрахованного считать одним случаем, т. е. учитывать как объемы только приемы врача или фельдшера.

Возможно несколько вариантов решения проблемы застрахованных на одной территории и прикрепленных к МО другой, часто зарегистрированных вне территории страхования. При анализе причины страхования иногородних жителей в больших количествах вне места жительства выяв-

лено, что во многих случаях это связано с миграционными процессами. Желательно принять решения о порядке перестрахования этих граждан.

В целях оптимизации оплаты медицинской помощи, в том числе по МТВР, предлагается и в дальнейшем корректировать методику выделения подгрупп из групп КСГ.

Продолжить процесс расширения списка КСГ (или нозологий), к которым коэффициенты уровня не применяются. При этом коэффициенты уровня не должны применяться к КСГ, по которым медицинская помощь в полном объеме надлежащего качества может быть оказана в МО первого уровня.

Решить проблему оплаты лечения в федеральных клиниках больных, застрахованных в регионах, можно при выставлении всеми МО федерального уровня счетов по единым тарифам, определяемым на федеральном уровне, при утверждении для них объемов медицинской помощи также на федеральном уровне. В этом случае все территории окажутся в равных условиях.

Кроме того, используя опыт МО г. Москвы, можно установить следующее требование к МО федерального уровня. В счете следует указывать номер протокола врачебной комиссии, принявшей решение о наличии (отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента в данную МО, в соответствии с Порядком направления пациентов в подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания специализированной медицинской помощи, утвержденным приказом МЗ России от 2 декабря 2014 г. № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи».

Большие объемы медицинских услуг, оказанные за пределами территории страхования по какому-либо профилю заболеваний, должны быть сигналом для управления здравоохранения этой территории о необходимости усиления кадрового и технологического обеспечения МО, оказывающих медицинские услуги по этому профилю.

ЛИТЕРАТУРА

1. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ. – Режим доступа: <http://www.ffoms.ru/upload/iblock/02a/02abaf0bcd80a1b4d8982afa06c88e1f.pdf>
2. Об утверждении Правил ОМС : приказ Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2011 г. № 158н. – Режим доступа: <http://www.ffoms.ru/upload/iblock/4fa/4fa352002722ecc8db03b9ce802d2082.pdf>

3. Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС : Приказ ФФОМС от 1 декабря 2010 г. № 230. – Режим доступа: <http://www.ffoms.ru/upload/iblock/d6b/d6b558a2223551f1b040e37369934147.pdf>

4. Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере ОМС : Приказ ФФОМС от 7 апреля 2011 г. № 79. – Режим доступа: <http://www.ffoms.ru/upload/iblock/67d/67d8ccf3980d5ee4691ac3ae52475662.pdf>

5. *Кадыров Ф. Н.* Порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования / Ф. Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 5. – С. 70–76.

6. *Кравчук С. Г.* Нюансы Закона № 326-ФЗ об ОМС / С. Г. Кравчук // Бюджет. – 2011. – № 5. – Режим доступа: <http://wiseeconomist.ru/poleznoe/6175-nyuansy-zakona>

7. *Погонцева Е.* Деньги утекают за пациентом / Е. Погонцева. – Режим доступа: <http://www.medvestnik.ru/content/articles/dengi-utekaut-za-pacientom.htm>

8. *Старченко А. А.* Не всё так радужно с исполнением нового законодательства об ОМС / А. А. Старченко // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 9. – С. 47–48.

9. *Гехт И. А.* О некоторых вопросах межтерриториальных расчетов в системе ОМС / И. А. Гехт, Г. Б. Артемова // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 8. – С. 31–36.

10. Тарифное соглашение по реализации Московской областной программы ОМС от 31 декабря 2015 г. (в ред. от 26.02.2016). – Режим доступа: http://www.mofoms.ru/upload/iblock/c02/TS_2016.zip

11. *Шишкин С. В.* Здравоохранение : современное состояние и возможные сценарии развития / С. В. Шишкин [и др.]; рук. авт. колл. С. В. Шишкин. – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. – 54 с.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Воронежской области

Данилов А. В., директор ТФОМС Воронежской области, кандидат медицинских наук, доцент кафедры «Общественное здоровье, экономика и управление в здравоохранении» Института дополнительного профессионального образования Воронежского государственного медицинского университета имени Н. Н. Бурденко

Московченко К. Б., эксперт отдела формирования и экономического обоснования территориальной программы ОМС

E-mail: vrn@omsvrn.ru

Тел.: (473) 252-19-66

Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Voronezh Region

Danilov A. V., MD., PhD, Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Voronezh region, Assistant Professor of the Public Health, Economics and Management in Medical Care Department of the Institute of Advanced Professional Education of the N. N. Burdenko Voronezh State Medical University

Moskovchenko K. B., Expert of the Department of Formation and Economic Feasibility of Territorial OMI Program

E-mail: vrn@omsvrn.ru

Tel.: (473) 252-19-66