ТФОМС
КЕМЕРОВСКОЙ
ОБЛАСТИ – КУЗБАССА

ВЕСТНИК ОМС | 2024

№ 1

Сборник информационно-методических материалов
для участников системы ОМС Кемеровской области – Кузбасса

3 | О параметрах Территориальной программы ОМС в 2024 году

6 | Особенности Тарифного соглашения на 2024 год

10 | Использование средств НСЗ ТФОМС в 2024 году

11 | Изменения в расчете стимулирующих выплат за выявление ЗНО при проведении профмероприятий

СОДЕРЖАНИЕ

2 О ПАРАМЕТРАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2024 ГОД

6 ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ НА 2024 ГОД

10 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ТФОМС В 2024 ГОДУ

11 ЦЕЛЬ – ЭФФЕКТИВНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ

12 ОБ ОТДЕЛЬНЫХ ВОПРОСАХ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ГРАЖДАН К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ

ОБ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС НА 2024 ГОД

Майя Алексеевна ПРОМОЕ

Заместитель директора по организации ОМС

В основу формирования Территориальной программы ОМС ложатся базовые параметры, которые определяет для нас Программа государственных гарантий. О том, какие ключевые изменения произошли в системе ОМС в 2024 году, читайте в нашей публикации.

Финансирование системы ОМС

Финансовые показатели на 2024 год демонстрируют ежегодный традиционный рост. Стоимость Территориальной программы ОМС в текущем году составит 52,86 млрд рублей. Для сравнения: в прошлом году на финансирование кузбасского здравоохранения было направлено 47,6 млрд рублей (с учетом межбюджетного трансферта из областного бюджета в размере 521 млн рублей).

Подушевой норматив финансирования в рамках Территориальной программы ОМС увеличился на 2,3 тыс. рублей на одного застрахованного и составляет 21 545,5 рублей.

Программой предусмотрена приоритетность финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи. Поэтому наибольший денежный прирост – на 15 процентов – приходится на амбулаторную помощь: на финансирование первичного звена будет направлено 20,87 млрд рублей. Затраты на скорую помощь увеличатся на 10% и составят 3,14 млрд рублей. Объем финансирования медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, вырастет на 11% и составит 22,6 млрд рублей, в условиях дневного стационара – на 10%, на оплату случаев лечения будет направлено 5,78 млрд рублей.

Рост финансирования позволит расширить объем оказываемой гражданам медицинской помощи, повысить ее качество и доступность.

Объемные показатели медицинской помощи по ОМС

Территориальная программа на 2024 год предусматривает значительное увеличение нормативов объема медицинской помощи на одно застрахованное лицо к уровню 2023 года в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

Объёмы медицинской помощи по всем условиям оказания составят:

- **скорая медицинская помощь** – почти 711,5 тыс. вызовов;
- **круглосуточный стационар** – 432,3 тыс. госпитализаций;
- **дневной стационар** – 179,3 тыс. случаев лечения;
- **посещения** с профилактическими и иными целями – 6,95 млн случаев;
- **обращения** в связи с заболеваниями – 4,39 млн случаев;
- **неотложная помощь** – 1,32 млн посещений.

Профилактика – один из приоритетов Программы госгарантий

Особое внимание в Программе государственных гарантий уделяется профилактическому направлению работы первичного звена.

В 2024 году в программе диспансеризации появилось несколько нововведений.

Во-первых, пациенты, перенесшие COVID-19, смогут пройти углубленную диспансеризацию в течение года после выздоровления. Программой государственных гарантий впервые утверждены нормативы объемов на углубленную диспансеризацию граждан.

В этом году в Кузбассе планируется провести 124,5 тыс. комплексных посещений для проведения углубленной диспансеризации (для сравнения: в 2023 году этот показатель составил 59,3 тыс. случаев, рост к уровню прошлого года 110%).

Во-вторых, в программу диспансеризации включены исследования для оценки репродуктивного здоровья мужчин и женщин (проведение организуется поэтапно в зависимости от возрастных групп, одновременно с прохождением профилактического медосмотра).

С целью раннего выявления заболеваний репродуктивного здоровья у подростков Минздрав России планирует снизить возраст первой консультации акушера-гинеколога у девочек с 14 до 13 лет.

Проект приказа о внесении изменений в приложение № 1 к Порядку проведения профилактических медосмотров несовершеннолетних, утвержденному приказом Минздрава РФ от 01.08.2017 № 514н

Содержание >>

ОБ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС НА 2024 ГОД

Продолжение (начало на **стр. 2**)

В-третьих, теперь профилактические мероприятия можно проводить выездными медицинскими бригадами непосредственно в трудовых коллективах на месте работы или учебы, а также в удаленных населенных пунктах. Для проведения выездных медицинских осмотров руководители организаций должны заключить договор с медицинскими учреждениями и обеспечить подходящие условия для проведения профилактического медосмотра.

В Программе госгарантий уточнен порядок работы выездных медицинских бригад, которые участвуют в организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризации. О дате и времени выезда такой бригады медицинским организациям необходимо за семь дней проинформировать страховые медицинские организации.

СМО, в свою очередь, не менее чем за три дня должны проинформировать застрахованных граждан, проживающих в месте выезда медицинской бригады, о дате и времени проведения профилактических мероприятий. А затем провести мониторинг посещения гражданами указанных медосмотров и предоставить результаты в ТФОМС.

Повышение эффективности профмероприятий

В Программе государственных гарантий на 2024 год впервые включено положение об усилении контроля за эффективностью проведения профилактических мероприятий. Так, если в течение одного года после прохождения диспансеризации у гражданина диагностировано заболевание, которое могло быть выявлено в процессе диспансеризации, то страховая медицинская организация проводит по данному случаю медико-экономическую экспертизу, а при необходимости – экспертизу качества медицинской помощи.

Диспансерное наблюдение

В Терпрограмме ОМС на 2024 год скорректированы принципы оплаты диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями. Впервые установлены дифференцированные нормативы объема и финансовых затрат для трех видов диспансерного наблюдения.

Средний тариф

на диспансерное наблюдение пациентов с онкологическими заболеваниями составляет 3 802,2 руб. за комплексное посещение, с болезнями системы кровообращения – 3 192,1 руб., с сахарным диабетом – 1 435,5 руб.

Информированием застрахованных граждан, за которыми установлено диспансерное наблюдение, о рекомендуемых сроках явки на диспансерный прием (осмотр, консультацию) занимаются медицинские организации с использованием Единого портала государственных услуг и с привлечением страховых медицинских организаций.

С этого года в Территориальной программе госгарантий закреплена обязанность страховых компаний проводить оценку соблюдения периодичности диспансерных приемов (осмотров, консультаций) и передавать информацию обо всех случаях несоблюдения периодичности в Территориальный фонд ОМС Кемеровской области – Кузбасса и Минздрав Кузбасса – для осуществления ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Финансирование профилактических мероприятий

Оплата профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, углубленной диспансеризации и диспансерного наблюдения, как и в прошлом году, выделяется из подушевого норматива и осуществляется за единицу объема.

Объем финансирования диспансеризации, в том числе углубленной, и профилактических медосмотров взрослому и детскому населению в 2024 году увеличится почти на 27% и в общей сумме составит 5,2 млрд рублей.

Финансовые нормативы на диспансеризацию и профосмотры выросли на 9% и в среднем составляют 3,3 тыс. рублей и 2,7 тыс. рублей соответственно.

На оплату диспансерного наблюдения в 2024 году из средств системы ОМС планируется выделить 1,73 млрд рублей.

Консультация медицинского психолога

С 2024 года по направлению лечащего врача посетить кабинет медико-психологического консультирования могут пациенты, которые состоят на диспансерном учете, ветераны боевых действий, а также женщины в период беременности, родов и в послеродовой период.

Оплата услуг медицинского психолога осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи.

Содержание >>

ОБ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС НА 2024 ГОД

Продолжение (начало на стр. 2)

Отдельные диагностические исследования

Уже пятый год подряд (начиная с 2020 г.) с целью раннего выявления онкологических, сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний для целого ряда диагностических исследований Программой госгарантий устанавливаются нормативы объемов и стоимости единицы медицинской помощи на одно застрахованное лицо. Следовательно, и оплата этих медицинских исследований производится не в рамках подушевого норматива, а по факту выполнения за единицу объема медицинской помощи.

В Территориальной программе ОМС на 2024 год перечень отдельных диагностических услуг не изменился, а вот нормативы объема на ряд исследований будут скорректированы с учетом реальных потребностей региона.

Увеличатся нормативы объемов и, соответственно, количество эндоскопических и молекулярно-генетических исследований, магнитно-резонансной томографии. При этом уменьшатся нормативы объемов на ПЦР-диагностику COVID-19, патологоанатомические исследования по сравнению с федеральным нормативом.

Телемедицинские консультации

Медицинские организации, расположенные в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, организовывают проведение телемедицинских консультаций, если это необходимо по медицинским показаниям и в соответствии с клиническими рекомендациями. Информация о проведении и результатах такой консультации в обязательном порядке вносится в медицинскую документацию пациента.

Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи осуществляется с учетом передачи медицинскими организациями структурированных электронных медицинских документов (перечень и порядок передачи устанавливается Минздравом РФ).

Медицинская реабилитация

В 2024 году продолжается приоритетное развитие медицинской реабилитации.

На оплату амбулаторной медицинской реабилитации в территориальной программе ОМС предусмотрено почти 200 млн рублей (плюс 14% к 2023 году).

На финансирование медицинской реабилитации в условиях круглосуточного стационара планируется направить 756,9 млн рублей (плюс 7% к 2023 году); в условиях дневного стационара – 196,4 млн рублей (рост на 5,4%).

Отдельно в Программе госгарантий установлено, что продолжительная медицинская реабилитация (длительностью 30 суток и более) в стационарных условиях доступна в том числе для ветеранов боевых действий, принимавших участие (содействовавших выполнению задач) в специальной военной операции на территориях ДНР, ЛНР и Украины с 24.02.2022, на территориях Запорожской и Херсонской областей с 30.09.2022, уволенным с военной службы.

Онкологическая помощь

В 2024 году продолжается развитие онкологической помощи. Расходы системы ОМС на оказание онкологической помощи в этом году составят более 5 млрд рублей.

Количество схем противоопухолевой лекарственной терапии увеличилось с 1 293 до 1 320 схем.

В 2024 году введен контроль за проведением молекулярно-генетических исследований при назначении таргетной химиотерапии. В частности, сформирован список из 19 таргетных препаратов, применение которых возможно только при наличии заключения о проведении молекулярно-генетического тестирования.

При отсутствии молекулярно-генетических исследований счета на оплату лечения данными лекарственными средствами приниматься не будут.

Эксперты полагают, что это позволит решить проблему необоснованного назначения дорогостоящего лечения.

Содержание >>

ОБ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС НА 2024 ГОД

Продолжение (начало на **стр. 2**)

Лечение вирусного гепатита С

Минздрав России продолжает погружать в ОМС все большие объемы медицинской помощи больным с хроническим вирусным гепатитом С.

В Программе государственных гарантий на 2024 год впервые выделены объемные и финансовые нормативы на лечение гепатита С в дневном стационаре.

Исходя из федерального норматива, для нашего региона на 2024 год должно быть запланировано всего 680 случаев лечения. Однако, с учетом потребностей региона этот показатель в Территориальной программе ОМС будет увеличен в три раза – до 2 048 случаев лечения, на оплату которых предусмотрено 281,3 млн рублей.

Высокотехнологичная медицинская помощь

Еще одна из важных новаций Программы госгарантий на 2024 год – это пересмотр методов и тарифов внутри перечней высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).

Для повышения доступности высокотехнологичной помощи некоторые ее виды переведены в программу обязательного медицинского страхования. В 2024 году перечень ВМП-I дополнен 14 новыми группами ВМП по профилям «травматология и ортопедия», «акушерство и гинекология», «офтальмология», «педиатрия», «сердечно-сосудистая хирургия», «урология».

Раздел ВМП-I (ОМС)

В результате пересмотра методов высокотехнологичной медицинской помощи обновленная версия раздела ВМП-I вместо 67 групп содержит 81 группу. Тарифы увеличены в среднем на 5-7%.

Экстракорпоральное оплодотворение

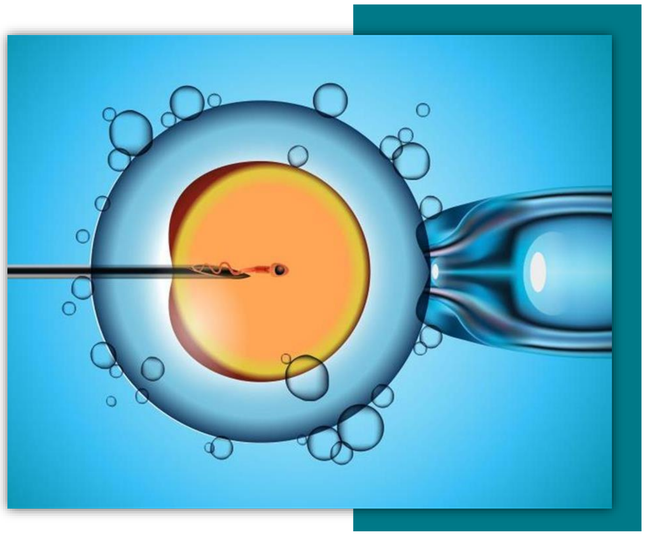
Несмотря на то, что федеральный норматив объемов экстракорпорального оплодотворения в Программе государственных гарантий не изменился, в Кузбассе плановое количество циклов ЭКО сократилось с 1 386 до 1 374 случаев. Это объясняется снижением общей численности застрахованного населения. Объем финансирования программы ЭКО составляет более 180 млн рублей.

С 2024 года Министерство здравоохранения России ставит на особый контроль эффективность проведения экстракорпорального оплодотворения. Работать в системе ОМС смогут только те клиники, которые выполняют не менее 100 циклов ЭКО в год (за счет всех источников финансирования).

Участие страховых медицинских организаций

Начиная с 2024 года страховые медицинские организации будут:

- проверять, какая доля пациентов была обследована перед проведением вспомогательных репродуктивных технологий по клиническим рекомендациям «Женское бесплодие»;
- выяснять, соответствует ли нормативам такой показатель, как «Число циклов ЭКО, выполняемых медицинской организацией в течение года»;
- оценивать эффективность применения вспомогательных репродуктивных технологий, в частности, долю женщин, у которых беременность после применения процедуры (циклов с переносом эмбрионов) завершилась родами»;
- проводить экспертизы всех случаев ЭКО и направлять результаты экспертиз в ТФОМС для рассмотрения на заседаниях Комиссии по разработке территориальной программы ОМС при распределении объемов на этот вид медицинской помощи.



В настоящее время готовится пакет документов о внесении изменений в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденную постановлением Правительства Кемеровской области – Кузбасса от 29.12.2023 № 927.

Изменения учитывают положения постановления Правительства РФ от 28.12.2023 № 2353 о Программе государственных гарантий и письма Министерства здравоохранения России от 31.01.2024 № 31-2/И/2-1602 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024-2026 годы».

Содержание >>

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ НА 2024 ГОД

Валентина Васильевна КЛИМКИНА

Начальник финансово-экономического управления

Тарифное соглашение в системе ОМС – это документ, который регламентирует порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным гражданам в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Кузбасса.

Тарифное соглашение является важным инструментом во взаимодействии участников системы ОМС (Территориального фонда ОМС, СМО, МО), устанавливающим необходимые параметры и условия для расчета и оплаты стоимости оказанной медицинской помощи. В этом документе находят отражение все новации утвержденной Территориальной программы ОМС и федеральных методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС.

Подушевой норматив финансирования амбулаторной помощи

Одно из существенных нововведений 2024 года – изменение правил применения коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования при расчете среднего базового норматива финансирования амбулаторной помощи.

В Программе госгарантий прописаны условия расчета дифференцированного подушевого норматива для федеральных медицинских организаций, негосударственных медицинских организаций, являющихся единственными МО в конкретном населенном пункте, и районных больниц.

Во-первых, для этих категорий медицинских организаций коэффициенты уровня расходов МО и достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами», не могут быть меньше единицы.

Во-вторых, для федеральных медорганизаций и негосударственных медицинских организаций, являющихся единственными медицинскими организациями в конкретном населенном пункте, подушевой норматив финансирования на одного прикрепленного к поликлинике не должен быть ниже среднего базового подушевого норматива финансирования для медорганизаций, расположенных в крупных городах. Данные меры приняты для того, чтобы не допустить снижения общего объема подушевого финансирования этих учреждений и уменьшить отклонения между значениями дифференцированных подушевых нормативов медицинских организаций.

По состоянию на начало прошлого года средний базовый подушевой норматив финансирования на одно застрахованное лицо составлял 257,81 руб. в месяц (3 093,72 руб. в год), на начало текущего года – 282,01 руб. в месяц (3 384,1 руб. в год).

Профилактические мероприятия

Программа госгарантий на 2024 год расширяет объемы и финансовое обеспечение амбулаторно-поликлинической помощи, особенно при проведении профилактических осмотров и диспансеризации застрахованных граждан.

В этом году к профилактическим мероприятиям добавился еще один вид диспансеризации – для оценки репродуктивного здоровья мужчин и женщин (перечень обязательных осмотров и исследований приведен в Приложении 6 к Программе госгарантий).

Данные профмероприятия также будут оплачиваться вне подушевого финансирования за единицу объема по утвержденному в Приложении 15.1 к Тарифному соглашению тарифу – 4 416,62 руб.

Если в поликлинике нет нужных специалистов (акушера-гинеколога, уролога) либо лабораторных мощностей для проведения указанных диагностических исследований, то руководство медицинской организации обязано направить пациентов в другие клиники региона и оплатить им услуги по системе межучрежденческих взаиморасчетов.

Диспансерное наблюдение

Тарифы на оплату диспансерного наблюдения установлены дифференцированно в зависимости от профиля врача, проводящего диспансерное наблюдение (Приложение 14 к Тарифному соглашению на 2024 год). Средний тариф на диспансерное наблюдение увеличился на 76% (к уровню прошлого года) и составил 2 698,2 руб.

В связи с выделением в Территориальной программе государственных гарантий трех приоритетных направлений при проведении диспансерного наблюдения для приема пациентов с онкологическими заболеваниями, болезнями системы кровообращения и

Содержание >>

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ НА 2024 ГОД

Продолжение (начало на **стр. 6**)

сахарным диабетом добавлены соответствующие коды услуг и установлены тарифы на их оплату.

Так, тариф на диспансерное наблюдение пациентов со злокачественными новообразованиями составляет 3 802,2 руб., с болезнями системы кровообращения – 3 192,1 руб., с сахарным диабетом – 1 435,5 руб.

Принцип оплаты не изменился – комплексное посещение по поводу диспансерного наблюдения подается на оплату как отдельная медицинская услуга при условии выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, которые предусмотрены порядком проведения диспансерного наблюдения и учтены при расчете стоимости комплексного посещения.

Так как тариф на диспансерное наблюдение включает в себя не только усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, но и стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, посещения и обращения к врачам-специалистам дополнительно к оплате не подаются.

Школы сахарного диабета

Расходы на ведение школ для больных сахарным диабетом осуществляются в рамках подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях. Для данного вида услуг утверждены три вида тарифа с целью учета затрат на проведение занятий и проверку дневников самоконтроля, а также количества занятий, проводимых в школах сахарного диабета, в зависимости от типа заболевания:

- взрослые с сахарным диабетом 1 типа – 1 885 рублей;
- взрослые с сахарным диабетом 2 типа – 1 562 рубля;
- дети и подростки с сахарным диабетом – 2 480 рублей.

За единицу объема принимается комплексное посещение, в рамках которого пациент посещает занятия школы (общей продолжительностью от 15 до 20 часов), проводится проверка дневников самоконтроля. Предполагается, что занятия проходят в группах в среднем по десять человек.

Патологоанатомические вскрытия

С 2024 года за счет средств ОМС осуществляется финансовое обеспечение проведения патологоанатомических вскрытий (посмертное патологоанатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патологоанатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление данного вида деятельности, в случае смерти застрахованного при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях.

Диагностические исследования

В этом году раздел «Тарифы на медицинские услуги» дополнен еще одной услугой – «Маммография» с использованием искусственного интеллекта. Стоимость услуги составляет 515 рублей (используется в рамках взаиморасчетов между медицинскими организациями).

Медицинское консультирование

С текущего года в рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц оплачиваются услуги медицинского психолога (из справочника врачебных специальностей исключена «Психотерапия» и добавлена «Клинический психолог»). Стоимость одного посещения составляет 399 руб.

Медико-психологическое консультирование проводится по направлению лечащего врача по вопросам, включенным в базовую программу ОМС, следующим категориям пациентов: ветеранам боевых действий; пациентам, которые состоят на диспансерном наблюдении; женщинам в период беременности, родов и в послеродовый период.

Доабортное консультирование беременных женщин, включая консультацию психолога, в целях профилактики прерывания беременности оплачивается за счет средств ОМС как профилактическое посещение акушера-гинеколога.

Финансирование ФАПов и фельдшерских здравпунктов

Важное изменение внесено в принцип финансирования фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских здравпунктов: если в составе работников отсутствует акушерка, отдельные полномочия по работе с женщинами репродуктивного возраста (от 18 до 49 лет включительно), проживающими на терри-

Содержание >>

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ НА 2024 ГОД

Продолжение (начало на **стр. 6**)

тории обслуживания, возложены на фельдшера (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем).

Для указанных ФАПов и ФЗ при расчете объема финансового обеспечения применяется отдельный повышающий коэффициент, который рассчитывается с учетом доли таких женщин в численности прикрепленного населения.

Согласно федеральным методическим рекомендациям прогнозная длительность одной консультации, связанной с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем, составляет 10 минут. Предполагаемое количество консультаций в год на одну женщину репродуктивного возраста составляет 1-2 консультации.

Финансирование ФЗ и ФАПов

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов на 2024 год составляет в среднем:

- *при обслуживании до 100 жителей – 1 340,0 тыс. рублей;*
- *при обслуживании от 101 до 900 жителей – 1 488,9 тыс. рублей;*
- *при обслуживании от 901 до 1500 жителей – 2 977,7 тыс. рублей;*
- *при обслуживании от 1501 до 2000 жителей – 3 517,6 тыс. рублей;*
- *при обслуживании более 2001 жителя – 3 869,4 тыс. рублей*

При несоответствии ФЗ и ФАПов требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, применяется коэффициент специфики 0,75, при неукомплектованности медицинским персоналом – 0,25.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов.

Дальнейшее развитие модели КСГ

В 2024 году увеличение финансирования специализированной медицинской помощи наблюдается по таким приоритетным направлениям, как малоинвазивная хирургия, лечение пациентов с вирусным гепатитом С в условиях дневного стационара.

В результате исключения отдельных КСГ и добавления новых групп общее количество клинико-статистических групп увеличилось:

- для оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара – с 431 до 438 групп,
- в условиях дневного стационара – с 206 до 207 групп.

Новые КСГ с оперативным вмешательством лапароскопическим доступом и, соответственно, тарифы введены для операций на женских половых органах, почке и мочевыделительной системе, органах брюшной полости, кишечнике.

Пересчитаны тарифы на более чем 100 лапароскопических и эндоскопических операций. По отдельным профилям этого направления стоимость тарифов увеличилась, что позволит медицинским организациям за проведение сложных операций с применением современных технологий получать соответствующую оплату.

Актуализирована стоимость схем противоопухолевой лекарственной терапии. Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи Минздрава РФ пересчитал стоимость

КСГ на химиотерапию с учетом фактических закупочных цен на лекарственные препараты, многие из которых снизились. Изменения коснулись тарифов на лечение онкогематологии и солидных опухолей.

В перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до трех дней включительно добавились четыре группы для круглосуточного стационара – операции на почке и мочевыделительной системе (уровень 7), лечение кишечных инфекций.

В Тарифное соглашение на 2024 год включены разгруппированные на региональном уровне КСГ по профилю «Медицинская реабилитация» на подгруппы без применения и с применением ботулинического токсина:

- в условиях круглосуточного стационара – четыре КСГ «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы» 3 балла по ШРМ, 4 балла по ШРМ, 5 баллов по ШРМ и «Продолжительная медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы»;
- в условиях дневного стационара – две КСГ «Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями центральной нервной системы» 2 балла по ШРМ и 3 балла по ШРМ.

Содержание >>

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТАРИФНОГО СОГЛАШЕНИЯ НА 2024 ГОД

Продолжение (начало на стр. 6)

Лечение вирусного гепатита С в дневном стационаре

С 2024 года оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита В и С осуществляется в соответствии со схемами лекарственной терапии.

Для оплаты лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С сформированы 13 схем лекарственной терапии с установленной длительностью одной госпитализации 28 дней.

Для оплаты случаев лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите В с дельта-агентом сформированы две схемы лекарственной терапии с установленной длительностью одной госпитализации 30 дней.

Оплата случаев лекарственной терапии хронического вирусного гепатита В без дельта-агента осуществляется в рамках КСГ ds12.020 при назначении противовирусной терапии лекарственными препаратами группы нуклеоз(т)идов с установленной длительностью одной госпитализации 30 дней.

Учитывая длительность полного курса лечения, подача счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках случая лекарственной терапии, возможна со следующего дня после окончания установленной длительности одного случая госпитализации.

Квартальное планирование

В текущем году в целях учета сезонности при оказании медицинской помощи, сглаживания ситуации с неравномерным выполнением медицинскими организациями плановых объемов, снижения уровня сверхобъемов (особенно в первые месяцы года) Тарифным соглашением установлен контроль исполнения плановых показателей в условиях круглосуточного и дневного стационаров ежемесячно в пределах плановых объемов и стоимости на квартал.

По итогам мониторинга и анализа выполнения медицинскими организациями плановых показателей за первый квартал текущего года будет принято решение о дальнейшем порядке контроля исполнения установленных планов медорганизациями.

Структура тарифа

В соответствии с действующими требованиями федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» медицинские организации обязаны использовать средства ОМС, полученные за оказанную медицинскую помощь, только в соответствии с утвержденной структурой тарифа.

В соответствии с внесенными изменениями в федеральный закон в структуру тарифа добавлены расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств. Лимит для приобретения одной единицы медицинского оборудования увеличен в четыре раза – со 100 до 400 тыс. рублей.

Средства ОМС по-прежнему не направляются на капитальные вложения в строительство, реконструкцию и капитальный ремонт, покупку недвижимости, транспортных средств, ценных бумаг и долей в уставный капитал организаций, а также на уплату процентов и погашение основной суммы долга по кредитам.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА Кемеровской области – Кузбасса
«Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (в редакции постановления Правительства Кемеровской области – Кузбасса от 29.12.2023 № 927)

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ в системе ОМС Кемеровской области – Кузбасса на 2024 год

РЕШЕНИЕ КРТП от 24.01.2024
«О внесении изменений в Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса на 2024 год»

РЕШЕНИЕ КРТП от 09.02.2024
«О внесении изменений в Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса на 2024 год»

РЕШЕНИЕ КРТП от 21.02.2024
«О внесении изменений в Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса на 2024 год»

Содержание >>

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ТФОМС В 2024 ГОДУ

Ирина Владимировна БОНДАРЕВА

Начальник экономического отдела

Елена Юрьевна СИТНИКОВА

Начальник отдела бюджетного планирования и формирования доходов

Содержание >>

В текущем году продолжается работа по финансированию медицинских организаций за счет средств НСЗ ТФОМС по нескольким ключевым направлениям: приобретение и ремонт медицинского оборудования, оплата обучения по программам повышения квалификации и софинансирование оплаты труда медицинских работников.

Мероприятия за счет средств НСЗ

Соглашения о финансовом обеспечении мероприятий за счет средств НСЗ на 2024 год заключили 30 медицинских организаций.

По состоянию на 15.02.2024 объем средств НСЗ сформирован в размере 27,5 млн рублей. В План мероприятий на первый квартал текущего года включены заявки на:

- обучение 814 медицинских работников общей стоимостью 3,9 млн рублей;
- приобретение пяти единиц медицинского оборудования (системы анестезиологические общего назначения, электрохирургические системы) на сумму 18,9 млн рублей;
- ремонт шести единиц медицинской техники для проведения диагностических исследований (маммограф, аппарат для УЗИ-диагностики, рентген-аппарат для исследования грудной клетки, видеогастроскопы), на оплату которых будет направлено 4,7 млн рублей.

Использование НСЗ в 2023 году

В 2023 году за счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС 2 882 медицинских работника повысили свою квалификацию (12,3 млн руб.), для медицинских организаций Кузбасса приобрели 18 единиц медицинского оборудования (100,9 млн руб.), плюс отремонтировали 3 единицы медоборудования (2,5 млн руб.).

Софинансирование заработной платы медработников

В 2024 году Кузбассу из бюджета ФОМС на софинансирование оплаты труда медицинских работников предоставляется межбюджетный трансферт в размере 243,2 млн рублей.

Софинансирование в 2023 году

В прошлом 2023 году Кузбассу на эти цели выделялись средства в размере 129,4 млн рублей, из них использовано 107,3 млн рублей или 82,9 % от выделенной суммы. Всего в течение года зарплату из средств нормированного страхового запаса получили 126 врачей и 334 средних медработника из 39 медорганизаций.

Трехсторонние соглашения на софинансирование расходов на 2024 год заключены с 47 медицинскими организациями, которые в общей сложности до конца года планируют привлечь на работу 345 врачей и 517 работников среднего медперсонала.

Заявки за январь 2024 года на предоставление средств НСЗ на софинансирование расходов по выплате заработной платы медицинскому персоналу поступили от 10 медицинских организаций на общую сумму 751,2 тыс. рублей. С начала года численность медицинских работников увеличилась на 15 человек: 7 врачей и 8 работников среднего медицинского персонала.

ЦЕЛЬ – ЭФФЕКТИВНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ

Ольга Геннадьевна ХАКИМОВА

начальник управления организации ОМС

В 2024 году медицинские работники первичного звена здравоохранения продолжат получать денежные выплаты стимулирующего характера за выявление онкологических заболеваний при проведении диспансеризации и профилактических медосмотров.

В 2023 году на стимулирование медицинских работников наш регион получил 480 тыс. рублей, из которых на осуществление выплат направлено 104,3 тыс. рублей (или 22% от общей суммы межбюджетного трансферта).

Всего за прошедший год при проведении профилактических мероприятий злокачественные новообразования выявлены у 88 пациентов, и в 67% случаев болезнь обнаружена на I и II стадиях, когда шансы на эффективное лечение для пациента значительно выше.

Лидерами по выявлению ЗНО в ходе диспансеризации в 2023 году стали Кемеровская клиническая районная больница имени Б.В. Батиевского (27 случаев) и Новокузнецкая городская клиническая больница № 29 им. А.А. Луцика (21 случай).

В текущем году на стимулирующие выплаты медицинским работникам за раннее выявление онкопатологии для Кузбасса будут выделены 645,5 тыс. рублей.

Изменения в методике расчета стимулирующих выплат

Постановлением Правительства РФ от 05.02.2024 № 120 внесены изменения в Правила предоставления межбюджетных трансфертов по осуществлению денежных выплат стимулирующего характера медработникам за выявление онкологических заболеваний (утверждены постановлением Правительства РФ от 30.12.2019 № 1940).

Если прежняя редакция Правил предусматривала деление выплаты в размере 1 тысячи рублей между тремя медицинскими работниками, то теперь всю сумму получает один медицинский работник, который первым заподозрил у пациента ЗНО, выдал направление на консультацию врача-специалиста, прохождение инструментальных и (или) лабораторных исследований на выявление злокачественных новообразований по результатам проведения диспансеризации и профилактического медицинского осмотра.

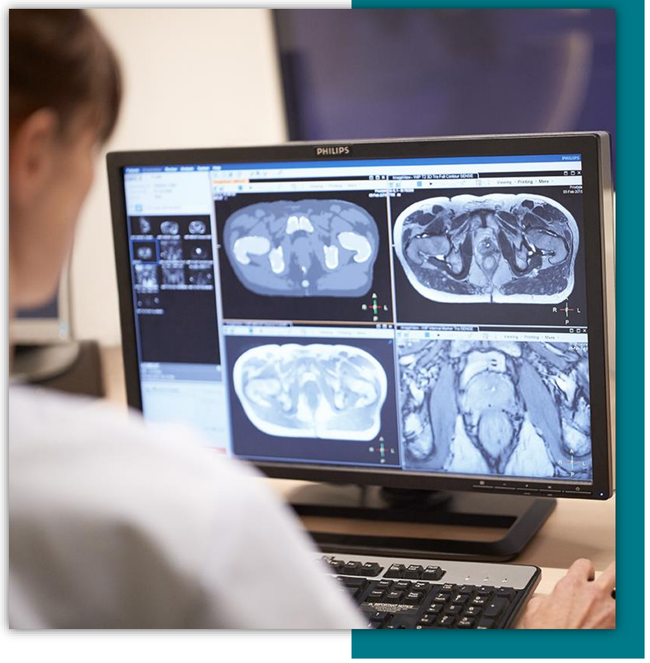
По мнению экспертов, изменения, внесенные в Правила предоставления межбюджетных трансфертов, позволят повысить мотивацию у медицинских работников к раннему выявлению онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения, увеличить количество случаев онкологических заболеваний, выявленных на ранних стациях, что повысит эффективность оказываемой медицинской помощи.

В настоящее время ожидается внесение соответствующих изменений в приказ Минздрава РФ от 26.01.2022 № 25н «Об утверждении порядка и условий осуществления денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения».

Алгоритм формирования и предоставления сведений о впервые выявленных случаях ЗНО

Напоминаем, что медицинская организация предоставляет на оплату реестр счета, содержащий сведения о диспансеризации, профилактическом медосмотре пациента, включая сведения о направлении на консультацию врача-специалиста, диагностические исследования с признаком подозрения на ЗНО. Территориальный фонд ОМС осуществляет отбор всех случаев с признаком подозрения на ЗНО для дальнейшего формирования сведений.

После поступления реестра счета, который содержит сведения об установлении пациенту диагноза ЗНО, подтвержденного результатами диагностических исследований, ТФОМС на основании данных персонифицированного учета оказания медицинской помощи формирует сведения о законченном случае выявленного онкологического заболевания. Эти сведения передаются в медицинскую организацию для формирования заявки на получение стимулирующих выплат.



До внесения изменений в приказ Минздрава РФ от 26.01.2022 № 25н ТФОМС, начиная с периода за январь 2024 года, будет учитывать каждый случай впервые выявленного онкологического заболевания, диагноз которого подтвержден результатами соответствующих диагностических исследований, и аккумулировать эти сведения. В последующем информация будет направлена в медицинские организации.

Положения постановления Правительства РФ от 05.02.2024 № 120 распространяются на правоотношения, возникшие с 1 января 2024 года. По новому алгоритму ТФОМС ведет отбор только тех случаев ЗНО, которые выявлены в 2024 году.

Постановление Правительства РФ от 05.02.2024 N 120

«О внесении изменений в постановление Правительства РФ от 30 декабря 2019 г. N 1940»

Содержание >>

ОБ ОТДЕЛЬНЫХ ВОПРОСАХ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ГРАЖДАН К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ

Наталья Валерьевна КИСЕЛЕВА

Начальник отдела организации ОМС

Совместное письмо Минздрава Кузбасса и ТФОМС от 13.07.2023 № 6202/4656

«Методические рекомендации по учету информации о выборе застрахованными гражданами медицинских организаций…»

Содержание >>

Право гражданина на выбор медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи закреплено в федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ст. 21).

При этом гражданин может выбрать любую медорганизацию из числа включенных в Территориальный реестр МО, которые участвуют в реализации ТПГГ на территории Кузбасса. Воспользоваться этим правом граждане могут один раз в год либо чаще в случае изменения места жительства или места пребывания.

Порядок выбора медицинской организации

Порядок выбора гражданином медорганизации утвержден приказом Минздравсоцразвития от 26.04.2012 № 406н.

После получения от гражданина письменного заявления о выборе МО у медицинского учреждения есть четыре рабочих дня на принятие решения.

Информация о факте страхования гражданина, о страховой медицинской организации, дате и типе прикрепления (территориальное, фактическое) проверяется по базе Регионального сегмента ЕРЗЛ.

В течение двух рабочих дней после получения подтверждающей информации от поликлиники, к которой гражданин был прикреплен ранее, руководитель медорганизации информирует гражданина письменно или устно (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии на медицинское обслуживание. Открепление от прежней поликлиники происходит автоматически.

Особенности прикрепления инообластных застрахованных

Граждане, застрахованные за пределами Кемеровской области (по данным ФЕРЗЛ), но проживающие в нашем регионе, также могут прикрепиться к медицинской организации Кузбасса по письменному заявлению о выборе МО. Подать заявление гражданин может как лично, так и через своего представителя (по доверенности).

Прикрепление инообластных застрахованных граждан осуществляется к медицинским организациям, которые оказывают первичную медико-санитарную помощь, за исключением травмпунктов, стоматологических поликлиник и женских консультаций.

Медицинская организация, выполнив фактическое прикрепление инообластного гражданина, в течение одного рабочего дня направляет в ТФОМС в электронном виде сообщение обо всех инообластных застрахованных лицах, прикрепленных к данной медицинской организации на текущий день.

Прикрепление инообластного застрахованного к медицинской организации Кузбасса осуществляется на 120 дней. Через указанный срок открепление осуществляется автоматически, и гражданам нужно повторно подавать заявление о выборе МО.

Учет информации о прикреплении

Информационное взаимодействие участников системы ОМС (МО, СМО и ТФОМС) по учёту информации о выборе застрахованными гражданами медицинских организаций для оказания медицинской помощи в рамках ТПГГ, подробно описан в Методических рекомендациях, которые утверждены совместным письмом ТФОМС и Министерства здравоохранения Кузбасса от 13.07.2023 № 6202/4656.

ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса ежемесячно (до 5 числа) проводит с медорганизациями сверку прикрепления, то есть сравнивает данные регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц с теми данными о прикреплении, которые предоставили медицинские организации.

По результатам последней сверки прикрепления на 05.02.2024 к медицинским организациям Кузбасса прикреплены:

- по данным ТФОМС – 2 380 749 чел.;
- по сведениям, предоставленным медорганизациями, – 2 319 971 чел.;
- количество совпадений по данным ТФОМС составило 2 288 371 человек (доля совпадений 96%).

Среди наиболее частых ошибок можно назвать случаи, когда:

- реестровый номер МО прикрепления застрахованного лица не совпадает с данными РСЕРЗЛ;
- в учетных данных застрахованного лица обнаруживаются расхождения хотя бы по одному из реквизитов (ФИО, дата рождения);
- данные о застрахованном отсутствуют в РСЕРЗЛ;
- граждане учтены в РСЕРЗЛ, но отсутствуют в информационных пакетах, поступающих от медицинских организаций.

Возникновение ошибок в учете прикрепления застрахованных граждан создают различные риски. В частности, граждане могут столкнуться с отказом в оказании бесплатной помощи по полису ОМС; реестры счетов за оказанную медицинскую помощь могут быть отклонены от оплаты; возможны ошибки при осуществлении взаиморасчетов между медицинскими организациями. К тому же, полнота информации о прикреплении и своевременность ее передачи напрямую влияют на корректное отображение информации о гражданах на портале ЕПГУ и на возможность записи к врачу через «Госуслуги».

Чтобы избежать подобных ситуаций ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса рекомендует медорганизациям вести точный учет прикрепленного населения. А чтобы информация о прикреплении застрахованных лиц всегда была полной, корректной и актуальной, регулярно проводить сверки информации со страховыми компаниями и Территориальным фондом ОМС.