ТФОМС
КЕМЕРОВСКОЙ
ОБЛАСТИ – КУЗБАССА

ВЕСТНИК ОМС | 2024

№ 2

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

2 | О показателях результативности деятельности медицинских организаций

6 | Медико-психологическое консультирование: отдельные аспекты оплаты

7 | Иностранные граждане и полис ОМС

8 | Софинансирование расходов на оплату труда медицинских работников

СОДЕРЖАНИЕ

2 ОПЛАТА АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ. РЕЗУЛЬТАТЫ 2023 ГОДА И ПЕРИОДА С ДЕКАБРЯ 2023 ГОДА ПО ФЕВРАЛЬ 2024 ГОДА

6 МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ: ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОПЛАТЫ

7 У ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН НЕОБХОДИМО ПРОВЕРЯТЬ СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА ОМС

8 СОФИНАНСИРОВАНИЕ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: ОТВЕТЫ НА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

ОПЛАТА АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Результаты 2023 года и периода с декабря 2023 по февраль 2024 года

Анастасия Викторовна ВОРОНКОВА

Заместитель директора по модернизации системы ОМС

С 2020 года основным способом финансирования амбулаторной помощи стала оплата по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций (включая показатели объема медицинской помощи) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи.

В 2022 году Минздрав России и Федеральный фонд ОМС внесли изменения в правила стимулирования медицинских организаций первичного звена за качественную и эффективную работу по выявлению заболеваний в ходе профмероприятий, проведению диспансерного наблюдения, вакцинации и снижению смертности. Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС установлен перечень показателей результативности, обязательных для применения, и регламентирована методика расчета стимулирующей части подушевого норматива.

Внедренный способ оплаты призван увязать стимулирующие выплаты с повышением доступности и качества первичной медико-санитарной помощи, нейтрализовать негативные аспекты оплаты по подушевому нормативу, когда финансирование осуществляется ежемесячно на каждого прикрепленного гражданина в полном объеме независимо от факта посещения медицинской организации, стимулировать оказание приоритетных медицинских услуг.

Основная цель применения данной методики стимулирования медицинских организаций – это снижение показателей смертности населения.

Показатели результативности

В 2023 году оценка деятельности медицинских организаций осуществлялась по 25-ти показателям, которые отражают эффективность профилактических мероприятий, диспансерного наблюдения, охват вакцинацией и скринингом развития плода беременных женщин (оценка смертности выведена за систему балльной оценки).

Выплаты стимулирующего характера осуществляются в полном объеме после проведения оценки достижения целевого результата деятельности по установленным показателям при условии снижения показателей смертности прикрепленного населения, а также фактического выполнения не менее 90 % посещений с профилактическими и иными целями и обращений по заболеванию.

На территории Кемеровской области организовано четкое взаимодействие по передаче данных для расчета значений показателей результативности между Территориальным фондом ОМС Кемеровской области – Кузбасса (далее – Фонд), Министерством здравоохранения Кузбасса и медицинскими организациями. Информация о профилактических мероприятиях и диспансерном наблюдении пациентов с заболеваниями, являющимися основными причинами смертности, ежемесячно передается медицинскими организациями в реестрах оказания медицинской помощи.

Отчетность медицинских организаций об охвате вакцинацией, скринингом беременных женщин передается в Министерство здравоохранения Кузбасса, которое вместе с информацией о динамике смертности населения в возрасте 30–69 лет и 0–17 лет передает ее в Фонд.

Комиссия в рамках Тарифного соглашения в системе ОМС на 2023 год определила блоки работы медорганизаций, которые подлежат оценке: «Взрослое население», «Детское население», «Оказание акушерско-гинекологической помощи»; число показателей для каждой медицинской организации; порядок расчета значений показателей; целевые показатели результативности; порядок расчета балльной оценки.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по

Содержание >>

ОПЛАТА АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Результаты 2023 года и периода с декабря 2023 по февраль 2024 года

Продолжение.
(Начало на **стр. 2**)

каждой медицинской организации и их ранжирование проводится ежеквартально.

Например, при оценке выполнения показателя «Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет» учитывается прирост показателя за период по отношению к целевому значению:

- прирост < 5 % – 0 баллов;
- прирост ≥ 5 % – 0,5 балла;
- прирост ≥ 10 % – 1 балл;
- прирост выше среднего по субъекту – 0,5 балла;
- максимально возможное значение по субъекту – 1 балл.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы:

I – выполнившие до 40 процентов показателей,

II – от 40 (включительно) до 60 процентов показателей,

III – от 60 (включительно) процентов показателей.

Стимулирующие выплаты медицинским организациям I группы не предоставляются. Количество медорганизаций, входящих в I группу, с начала 2023 года постепенно сокращалось:

- за период декабрь 2022 года – май 2023 года – 7 МО;
- за период декабрь 2022 года – август 2023 года – 4 МО;
- за период декабрь 2022 года – ноябрь 2023 года – 1 МО (ООО «Поликлиника «Общая (групповая) врачебная практика»).

Таким образом, эффективность работы амбулаторно-поликлинического звена Кемеровской области в течение 2023 года имела позитивную динамику.

Общая сумма стимулирующих выплат

В 2023 году объем резервируемых средств для стимулирования амбулаторного звена снизился с 5 до 1 % от начисленного подушевого норматива и составил 77,7 млн рублей (в 2022 году – 312,8 млн рублей).

70 % средств, или 54,4 млн рублей, были распределены между 46 медорганизациями, выполнившими более 40 % показателей (II и III группы МО), пропорционально численности прикрепленного населения.

В топе лидеров по количеству выполненных показателей следующие медицинские организации:

МО-ЛИДЕРЫ по количеству выполненных показателей	% выполнения показателей	Рейтинг МО
ГАУЗ «Кемеровская клиническая районная больница имени Б.В. Батиевского»	96 %	1
ГБУЗ «Тяжинская районная больница»	96 %	1
ГБУЗ «Тисульская районная больница имени А.П. Петренко»	92 %	2
ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница № 29 имени А.А. Луцика»	84 %	3
ГБУЗ «Гурьевская районная больница»	84 %	3
ГАУЗ «Яйская районная больница»	84 %	3
ГАУЗ «Кемеровская городская детская клиническая больница № 2»	83 %	4
ГБУЗ «Киселевская детская больница»	83 %	4

Содержание >>

ОПЛАТА АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Результаты 2023 года и периода с декабря 2023 по февраль 2024 года

Продолжение.
(Начало на **стр. 2**)

Вторая часть стимулирующих выплат – 30 % (23,3 млн рублей) распределилась между 30 медицинскими организациями, выполнившими более 60 % показателей (III группа медицинских организаций), с учетом абсолютного количества набранных баллов. На данном этапе оценивается качество работы первичного звена.

В топе лидеров преимущественно районные медицинские организации.

Общий объем стимулирующей части подушевого норматива определяется путем суммирования двух расчетных частей, и, таким образом, в числе лидеров по суммам финансирования оказываются медорганизации с наибольшим количеством прикрепленного населения.

Однако, для всех медицинских организаций объем стимулирования имеет разных вес относительно размера подушевого норматива. Если для Новокузнецкой городской клинической больницы № 1 им. Г.П. Курбатова стимулирующая часть представляет собой чуть более 10 % месячного подушевого норматива, то для ГБУЗ «Кемеровская городская клиническая больница № 11», которая занимает 30-е место в рейтинге по сумме стимулирования, это уже более четверти средств месячного подушевого норматива.

Дополнительные критерии оценки

Следуя нормам Методических рекомендаций, Комиссия проанализировала выполнение показателей объемов посещений с профилактической целью, обращений по заболеванию, динамики смертности прикрепленного населения.

МО-ЛИДЕРЫ ПО КОЛИЧЕСТВУ НАБРАННЫХ БАЛЛОВ	Количество набранных баллов
ГБУЗ «Тисульская районная больница имени А.П. Петренко»	28,0
ГБУЗ «Гурьевская районная больница»	26,5
ГБУЗ «Тяжинская районная больница»	26,0
ГАУЗ «Кемеровская клиническая районная больница имени Б.В. Батиевского»	24,0
ГАУЗ «Клинический консультативно-диагностический центр имени И.А. Колпинского»	23,0

ТОП МО ПО СУММЕ СТИМУЛИРОВАНИЯ	Рейтинг по сумме стимулирования
ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница № 1 имени Г.П. Курбатова»	1
ГБУЗ «Кузбасский клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша»	2
ГАУЗ «Клинический консультативно-диагностический центр имени И.А. Колпинского»	3
ГАУЗ «Прокопьевская городская больница»	4
ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница № 29 имени А.А. Луцика»	5

Содержание >>

ОПЛАТА АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Результаты 2023 года и периода с декабря 2023 по февраль 2024 года

Продолжение.
(Начало на **стр. 2**)

Все медицинские организации превысили 90-процентный уровень по профилактическим мероприятиям, однако планового объема обращений по заболеванию достигли только три медорганизации:

- ГБУЗ «Тяжинская районная больница»,
- ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» города Мариинск»,
- ООО «Поликлиника «Общая (групповая) врачебная практика» (в три раза превысила план обращений по заболеванию, но при этом не вошла в перечень стимулируемых медицинских организаций, так как не выполнила минимально необходимые 40 % показателей результативности).

На данном этапе расчетов к суммам стимулирования по решению Комиссии был применен понижающий коэффициент 0,9.

При оценке динамики смертности прикрепленного населения снижение показателей отмечено только у 17 медорганизаций из 47 (36 %). В итоге к суммам стимулирования 30 медицинских организаций также был применен коэффициент 0,9.

Объем средств, который образовался после применения понижающих коэффициентов, дополнительно распределен между медорганизациями пропорционально рассчитанным стимулирующим выплатам.

Стимулирующие выплаты по результатам оценки достижения медицинскими организациями показателей результативности за период декабрь 2022 года – ноябрь 2023 года были включены в счета за декабрь 2023 года (решение Комиссии от 22.12.2023, протокол № 14).

Предварительные итоги за период декабрь 2023 года – февраль 2024 года

В 2024 году сохраняются прежние подходы к оценке качества и эффективности работы поликлиник и расчету стимулирующих выплат за достижение медицинскими организациями показателей результативности.

Мониторинг показателей за период декабрь 2023 года – февраль 2024 года позволяет сделать следующие выводы.

В I группу медицинских организаций, которые в настоящий момент выполнили менее 40 % установленных показателей, вошли восемь МО. Во II группу медорганизаций, которые выполнили от 40 до 60 % показателей, вошли 20 медицинских организаций.

В III группу МО, которые выполнили более 60 % установленных показателей, включены 19 медицинских организаций. Таким образом, на распределение стимулирующих выплат претендуют 83 % медицинских организаций.

За период январь – февраль 2024 года для стимулирования медорганизаций зарезервирована сумма в размере 13,56 млн рублей.

В настоящее время способы оплаты медицинской помощи рассматриваются уже не только в качестве способа финансового обеспечения медорганизаций, но и в качестве инструмента развития конкретных направлений деятельности.

Система стимулирования медицинских организаций по итогам оценки показателей результативности является одним из элементов тарифной политики системы ОМС.

Медицинским организациям необходимо локальными нормативными актами, регулирующими внутреннюю систему оплаты труда и премирования, предусмотреть ее привязку к вовлеченности медицинских работников в организацию эффективной работы амбулаторно-поликлинического звена и достижение установленных показателей в рамках целей, поставленных Федерацией.

Содержание >>

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ: ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОПЛАТЫ

Ольга Геннадьевна ХАКИМОВА

начальник управления организации ОМС

С 2024 года консультация медицинского психолога включена в Территориальную программу государственных гарантий. Так как любые нововведения на первоначальном этапе всегда вызывают у медицинских организаций массу вопросов, попробуем сегодня дать разъяснения на некоторые из них.

Какие категории пациентов могут посетить кабинет медико-психологического консультирования?

– Консультирование медицинским психологом могут получить пациенты, которые состоят на диспансерном учете, ветераны боевых действий, а также женщины в период беременности, родов и в послеродовой период.

Консультирование проводится по вопросам, связанным с имеющимся у пациента заболеванием и/или состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, по направлению лечащего врача.

Обязательно ли оформлять направление на медико-психологическое консультирование?

– Лечащий врач (врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения) организует своевременное квалифицированное обследование и лечение пациента, при необходимости оформляет «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию» (учетная форма 057у-04), в котором указывает полное наименование медицинского учреждения, куда направляется пациент, и код диагноза по классификации МКБ-10.

Направление формы 057-у/04 является основанием для приема и оплаты приема медицинского психолога для лиц, находящихся в группах диспансерного наблюдения.

На основании изложенного, код МКБ-10 в реестре на оплату указывается в соответствии с имеющимся у застрахованного лица заболеванием и/или состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

За счет каких средств и каким образом оплачивается медико-психологическое консультирование?

– Консультации медицинского психолога оплачиваются за счет средств ОМС в рамках подушевого норматива финансирования.

Если в поликлинике прикрепления отсутствует кабинет медико-психологического консультирования, то лечащий врач обязан выдать направление по форме 057-у/04 в ту медицинскую организацию, в штате которой есть медицинский психолог и где пациенту могут оказать необходимую медицинскую помощь.

Приложением № 12 к Тарифному соглашению в системе ОМС Кемеровской области – Кузбасса на 2024 год предусмотрен тариф на посещение, обращение к клиническому психологу. Средняя кратность посещений в связи с заболеванием в одном обращении за счет средств ОМС составляет 2,6 посещения.

Доабортное консультирование беременных женщин, включая консультацию психолога в целях профилактики прерывания беременности, оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования как профилактическое посещение к акушеру-гинекологу.

Расходы на правовую, психологическую и медико-социальную помощь беременным женщинам не учитываются в стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования и оплачиваются за счет средств родовых сертификатов.

Так как оказание медицинской помощи женщинам с **послеродовой депрессией** по классификации МКБ-10 относится к психическим расстройствам и расстройствам поведения, связанным с послеродовым периодом, не классифицированным в других рубриках – F53, данная медицинская помощь не подлежит оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

Содержание >>

У ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН НЕОБХОДИМО ПРОВЕРЯТЬ СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА ОМС

Наталья Валерьевна КИСЕЛЕВА

Начальник отдела организации ОМС

По федеральному закону от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об ОМС в РФ» право на получение полиса ОМС имеют не только граждане России, но и отдельные категории иностранных граждан. Если россиянам полис ОМС оформляется бессрочно, то иностранным гражданам он выдается сроком действия до конца календарного года, но не более срока пребывания, срока действия разрешения на временное проживание, срока действия вида на жительство, срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государства-члена ЕАЭС, или исполнения соответствующих полномочий.

Ежегодно 31 декабря действие полисов ОМС, выданных иностранным гражданам на текущий календарный год, автоматически аннулируется. Следовательно, иностранцам необходимо каждый год заново оформлять полис ОМС. Если иностранные граждане своевременно не посетили страховую компанию и не получили полис ОМС на новый календарный год, то они не считаются застрахованными по ОМС и, следовательно, не имеют права на получение бесплатной медицинской помощи.

По состоянию на 01.01.2023 в Региональном сегменте ЕРЗЛ числилось 4 664 иностранных граждан.

По данным на 01.01.2024 в базе застрахованных содержатся сведения о 2 574 иностранных граждан. Таким образом, порядка 2 000 человек не переоформили полисы ОМС по разным причинам.

Риски медорганизаций

Плановая медицинская помощь, оказанная иностранным гражданам в стационаре или на амбулаторном этапе по полисам ОМС с истекшим сроком действия, не будет оплачена. Реестры счетов не пройдут форматно-логический контроль и будут отклонены от оплаты.

В связи с этим медицинским организациям рекомендуется при каждом посещении иностранным гражданином лечебного учреждения для получения медицинской помощи в обязательном порядке проводить сверку с Региональным сегментом Единого регистра застрахованных лиц, используя Сервис автоматической проверки факта страхования.

Если в процессе проверки сведений о пациенте в информационной базе выяснится, что гражданин в данный момент не застрахован по ОМС, то его необходимо направить в страховую компанию для оформления полиса ОМС на текущий календарный год.

Иностранные граждане, которые ранее уже были застрахованы по ОМС и сведения о них содержатся в Едином регистре застрахованных лиц, выписку о полисе ОМС получат в тот же день в офисе страховой компании. Если иностранный гражданин впервые оформляет полис ОМС, то на присвоение единого номера полиса (ЕНП) отводится 1-2 дня.

Так как вместе с полисом ОМС автоматически аннулируется и прикрепление к медицинской организации, иностранным гражданам нужно ежегодно подавать заявление о выборе медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (то есть поликлинику прикрепления).

А медицинским организациям, соответственно, необходимо держать этот вопрос на контроле и вести учет прикрепленного населения, так как от этого зависит объем подушевого финансирования.

В отличие от граждан Российской Федерации, иностранные граждане не могут подать заявление на оформление полиса ОМС через портал «Госуслуги». Им для оформления полиса необходимо посетить офис страховой медицинской организации и предъявить необходимый пакет документов.

Содержание >>

СОФИНАНСИРОВАНИЕ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

ОТВЕТЫ НА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

Елена Юрьевна СИТНИКОВА

Начальник отдела бюджетного планирования и формирования доходов

Начиная с 2019 года, одним из инструментов снижения кадрового дефицита в государственных медицинских организациях системы ОМС являются мероприятия по софинансированию расходов МО на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала из средств нормированного страхового запаса ТФОМС.

Данные мероприятия позволяют медицинским организациям при увеличении численности медицинских работников в течение года (за счет приема новых работников) получить дополнительное финансирование и сохранить запланированный размер средств на оплату труда имеющихся работников, что способствует достижению целевых значений заработной платы отдельных категорий медработников.

Порядок и условия предоставления средств НСЗ ТФОМС медорганизациям на софинансирование заработной платы регламентированы приказами Минздрава России. Нормативными документами предусмотрено ежемесячное предоставление медорганизациями заявок на софинансирование оплаты труда и пакета документов, подтверждающих выполнение условий предоставления средств НСЗ ТФОМС на данные цели.

Успешная реализация мероприятий напрямую зависит от:

- качества и достоверности составления заявок медицинскими организациями;
- соблюдения сроков предоставления заявок в Минздрав Кузбасса;
- полноты представленного пакета документов;
- соблюдения условий софинансирования оплаты труда;
- соблюдения сроков поступления согласованных заявок в ТФОМС для своевременного перечисления средств в МО.

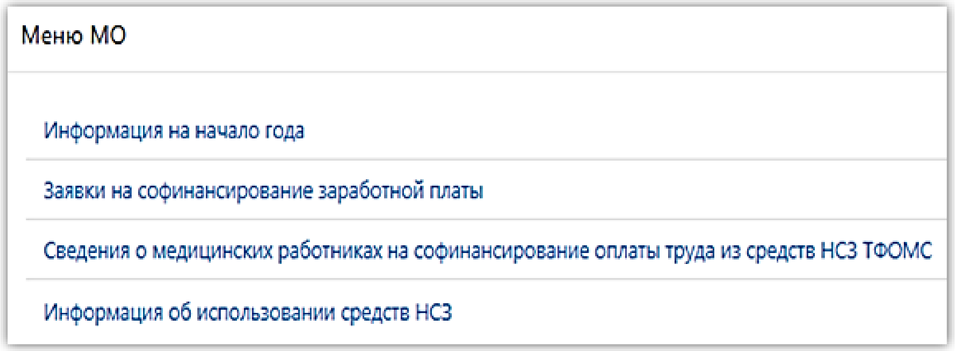
Программа для учета заявок на софинансирование

Чтобы минимизировать риски отражения в заявках МО недостоверной информации, предоставления неполного пакета документов или несвоевременной передачи документов в Минздрав Кузбасса и ТФОМС, в 2023 году была разработана и внедрена в работу автоматизированная система обработки информации «Учет заявок медицинских организаций на софинансирование заработной платы» (далее – программа).

Эта программа позволяет медицинской организации:

- заполнить сведения о каждом медицинском работнике, включенном в прирост численности в заявке на предоставление средств;
- ввести информацию о суммах начисленной заработной платы медицинских работников, включенных в прирост численности;

- подгрузить сканы подтверждающих документов (с соблюдением условий хранения персональных данных);
- формировать заявки на софинансирование заработной платы;
- согласовывать заявки с Минздравом Кузбасса и ТФОМС;
- формировать отчетность об использовании средств НСЗ ТФОМС, другие аналитические формы.



Медицинские организации ежемесячно вводят в программу информацию о количестве принятых и уволенных медицинских работников с начала года (нарастающим итогом), прирост численности при этом рассчитывается автоматически.

Содержание >>

СОФИНАНСИРОВАНИЕ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

ОТВЕТЫ НА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

Продолжение.
(Начало на **стр. 8**)

При внесении суммы начисленной заработной платы и начислений на оплату труда в отчетном месяце (отдельно по врачам и по средним медицинским работникам) автоматически формируется общая сумма ФОТ.

Благодаря автоматической проверке идентичных данных в различных разделах программы исключаются неточности и арифметические ошибки, которые встречались достаточно часто до внедрения в работу автоматизированной системы учета информации.

Подписание заявок и отчетов осуществляется посредством электронной подписи в СБИС, благодаря чему полностью исключается бумажный документооборот, сокращается время обмена и согласования документов.

Таким образом, использование автоматизированной системы «Учет заявок медицинских организаций на софинансирование заработной платы» существенно упрощает процесс формирования заявок и делает прозрачным весь процесс движения и согласования документов.

За март 2024 года заявки на софинансирование расходов на выплату заработной платы врачам и среднему медицинскому персоналу поступили от 12 медорганизаций Кузбасса на сумму 2,2 млн рублей.

Прирост численности медработников в этих МО составил 13 врачей и 16 работников среднего медперсонала.

По данным на 15.04.2024 заработную плату из средств нормированного страхового запаса получили 18 врачей и 24 работника среднего медицинского персонала, в МО направлено 4,2 млн руб.

Всего в бюджете ТФОМС по данному направлению предусмотрено 243,2 млн руб.

Несмотря на то, что программа софинансирования оплаты труда медицинских работников за счет средств НСЗ ТФОМС действует с 2019 года, в ТФОМС продолжают поступать вопросы от медицинских организаций. Сегодня мы ответим на наиболее часто встречающиеся из них.

Может ли МО вступить в программу софинансирования оплаты труда после 1 января текущего года?

- Да, может. При включении МО в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по ТПОМС, либо в случае расширении утвержденного Минздравом России перечня медицинских организаций, участвующих в программе софинансирования в текущем году, Минздрав Кузбасса может включить вышеуказанные МО в план потребности в медицинских работниках на текущий год.

Могут ли осуществляться выплаты за счет средств софинансирования медицинским работникам, принятым на ставку временно отсутствующего работника (например, в связи с продолжительной болезнью, отпуском по беременности и родам или по уходу за ребенком)?

- Нет. В заявку на софинансирование заработной платы могут быть включены только медицинские работники, принятые на вакантную ставку (не менее одной ставки).

Могут ли осуществляться выплаты за счет средств софинансирования медицинским работникам, принятым на неполную ставку?

- Нет, так как одно из основных условий предоставления средств – новый работник принимается на штатную должность по ОМС в полном объеме (не менее одной ставки). Средства направляются на оплату труда медицинского работника, который оказывает медицинскую помощь по территориальной программе ОМС.

Могут ли осуществляться выплаты за счет средств софинансирования врачам-стажерам?

- Да. Должность врач-стажер включена в номенклатуру должностей медицинских работников, утвержденную приказом Минздрава России от 02.05.2023 № 205н.

Содержание >>

СОФИНАНСИРОВАНИЕ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

ОТВЕТЫ НА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

Продолжение.
(Начало на **стр. 8**)

Можно ли включать в заявку на софинансирование медицинских работников, принятых по срочному договору?

- Да, можно. Работники, заключившие срочный трудовой договор, могут быть включены в прирост медработников в случае, если они приняты не менее чем на одну ставку.

Нужно ли предоставлять информацию о трудовой деятельности медработника за предыдущий период, если у него электронная трудовая книжка?

- Да. Выписку сведений о трудовой деятельности работника за последний год необходимо предоставлять вне зависимости от того, в какой форме ведется его трудовая книжка.

Могут ли осуществляться выплаты за счет средств софинансирования заведующему неврологическим отделением врачу-неврологу, принятому на полную ставку?

- Нет. Согласно номенклатуре должностей медицинских работников, утвержденной приказом Минздрава России от 02.05.2023 № 205н, категория заведующего отделением относится к категории руководителей, а не специалистов.

Могут ли осуществляться выплаты за счет средств софинансирования медицинским регистраторам, врачам-методистам?

- Нет. В соответствии с п. 7 Порядка формирования, условий предоставления МО средств НСЗ ТФОМС для софинансирования расходов МО на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала, утвержденных приказом Минздрава России от 22.02.2019 № 85н, главным условием софинансирования является наличие работника, принятого для оказания медицинской помощи на штатную должность в полном объеме, сверх численности медработников по состоянию на 1 января текущего года. Медицинские регистраторы и врачи-методисты не оказывают медицинскую помощь.

В программе «Учет заявок медицинских организаций на софинансирование заработной платы» при вводе данных в раздел «Сведения о медицинских работниках на софинансирование оплаты труда из средств НСЗ ТФОМС», появляется окно ошибки. Что делать?

- Необходимо проверить данные, указанные в разделе «Заявка на софинансирование заработной платы». Общее количество врачей и среднего медперсонала, включенных в прирост, а также суммы начисленной им заработной платы должны соответствовать данным, указанным в разделе «Сведения о медицинских работниках на софинансирование оплаты труда из средств НСЗ ТФОМС».

Можно ли включать в заявку на софинансирование оплаты труда оператора ЭВМ, переведенного на должность медицинской сестры?

- Да. Это перевод работника из одной категории (прочий персонал) в другую (средний медицинский персонал).

Можно ли подписывать электронной подписью заявки на софинансирование в системе СБИС 5 числа месяца, следующего за отчетным?

- Нет. Согласованную и подписанную заявку на софинансирование необходимо предоставить в ТФОМС строго до 5 числа месяца, следующего за отчетным (за декабрь – до 20 декабря).

Содержание >>

СОФИНАНСИРОВАНИЕ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

ОТВЕТЫ НА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

Продолжение.
(Начало на **стр. 8**)

Нужно ли заполнять в программе заявку и отчет при нулевых значениях прироста работников и отсутствия софинансирования?

- Да. Заявки и отчеты необходимо заполнять каждый месяц, а при отсутствии прироста и фактического софинансирования из средств НСЗ ТФОМС в текущем финансовом году, вводить информацию за отчетный месяц, с нулевыми показателями в соответствующих графах.

Нужно ли в разделе «Сведения о медицинских работниках на софинансирование оплаты труда» повторно прикреплять файлы с подтверждающими документами на медицинских работников, включенных в прирост в течение отчетного года, если документы уже были прикреплены в программу в январе?

- Нет. Файлы с подтверждающими документами (сканы заверенных МО копий приказа о приеме на работу, трудовой книжки и сертификата специалиста) прикрепляются в программу в первый месяц, когда медицинский работник был включен в прирост на софинансирование. Повторного предоставления документов не требуется, если специалист продолжает работать в данной МО на текущую дату.

Можно ли включать в заявку на софинансирование работников, уволившихся из медицинской организации после 29 декабря предыдущего года и принятых в эту же МО в начале января отчетного года?

- Нет, так как в данной ситуации отсутствует временной период, когда медицинский работник не находился в трудовых отношениях с этой МО.

В программе при проверке сведений в разделе «Заявка на софинансирование заработной платы» появляется окно ошибки. Что делать?

- Необходимо проверить данные, указанные в разделе «Информация на начало года». Размер прироста численности по категориям медицинских работников в заявке должен быть меньше либо равен размеру потребности во врачах и среднем медицинском персонале в информации на начало года. В случае, если прирост численности выше заявленной потребности, необходимо направить запрос об увеличении плана потребности в медицинских работниках в Минздрав Кузбасса. В дальнейшем на основании информации, полученной из Минздрава Кузбасса, ТФОМС вносит изменения в программу.

Содержание >>