ТФОМС
КЕМЕРОВСКОЙ
ОБЛАСТИ – КУЗБАССА

ВЕСТНИК ОМС | 2024

№ 6

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

3 | О внесении изменений в Правила ОМС

4 | О методике отбора случаев диспансеризации для проведения экспертных мероприятий

6 | О расходовании средств ОМС медорганизациями Кузбасса за 1 пол. 2024 года

ТФОМС
КЕМЕРОВСКОЙ
ОБЛАСТИ – КУЗБАССА

СОДЕРЖАНИЕ

3 С 15 ОКТЯБРЯ 2024 ГОДА ИЗМЕНИЛИСЬ ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

4 ФОМС РАЗЪЯСНЯЕТ МЕТОДИКУ ОТБОРА СЛУЧАЕВ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

6 РАСХОДОВАНИЕ СРЕДСТВ ОМС МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССА ЗА 1 ПОЛУГОДИЕ 2024 ГОДА

С 15 ОКТЯБРЯ 2024 ГОДА ИЗМЕНИЛИСЬ ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Министерство здравоохранения России своим приказом от 04.09.2024 № 449н скорректировал Правила ОМС и внес изменения в Порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи по ОМС и ее финансового обеспечения.

Структура тарифа

Правила ОМС приведены в соответствие с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями, вступившими в силу с 01.01.2024). Большая часть изменений связана с увеличением лимита стоимости основных средств, которые можно закупать за счет средств ОМС, со 100 до 400 тыс. руб. за единицу.

Так, в структуру тарифа на оплату медицинской помощи включены расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 400 тыс. рублей за единицу. В состав работ и услуг по содержанию имущества, которые можно оплачивать за счет ОМС, дополнительно включены расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств.

В расчет стоимости медицинской услуги, финансируемой за счет обязательного медицинского страхования, можно включать затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 400 тыс. рублей за единицу, а свыше 400 тыс. рублей за единицу – только при условии, что указанные расходы включены в территориальную программу госгарантий.

Расходы на финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга при наличии у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности в течение трех месяцев, включаются в размере не более 400 тыс. рублей в год за один предмет лизинга.

Контрольные экспертные мероприятия

Стандарты медицинской помощи больше не являются критериями контроля по обязательному медицинскому страхованию. Также из Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения исключено требование давать оценку применения стандартов медицинской помощи при проведении контрольных экспертных мероприятий.

Стандарты медицинской помощи больше не являются критериями контроля по ОМС.

Непрофильная госпитализация

Новый приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации уточнил понятие непрофильной госпитализации, которая является поводом применения к медицинской организации финансовых санкций.

Теперь непрофильная госпитализация не считается нарушением, если медицинская помощь оказана в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций) в течение суток или более, если перевод в течение суток невозможен с учетом тяжести состояния пациента и его транспортабельности.

Информирование застрахованных граждан

С 15 октября 2024 года у страховых представителей СМО, которые являются специалистами контакт-центра, появились новые обязанности по информированию застрахованных лиц – о прохождении дополнительных медицинских обследований в соответствии с перечнем обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы (МСЭ) (в случае поступления от территориального фонда ОМС сведений о причинах возврата направления на медико-социальную экспертизу в медицинскую организацию).

Содержание >>

ФОМС РАЗЪЯСНЯЕТ
МЕТОДИКУ ОТБОРА СЛУЧАЕВ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Федеральный фонд ОМС утвердил Методические рекомендации по отбору случаев диспансеризации взрослого населения для проведения экспертных мероприятий в случае выявления у гражданина в течение одного года после прохождения диспансеризации заболевания, которое могло быть выявлено на этапе проведения профилактических мероприятий (письмо ФОМС от 16.10.2024 № 00-10-30-3-04/16734).

Страховые медицинские организации проводят экспертные мероприятия по случаям диспансеризации застрахованных граждан в возрасте 18 лет и старше, которые были проведены в течение года до оказания медицинской помощи, по результатам которой впервые выявлено хроническое неинфекционное заболевание (ХНИЗ), не установленное при прохождении диспансеризации.

Порядок отбора случаев диспансеризации

Отбор случаев диспансеризации для проведения экспертизы осуществляется ежемесячно на основании счетов, принятых к оплате по результатам медико-экономического контроля, проведенного ТФОМС.

Из реестра счета отбираются случаи оказания медицинской помощи с кодом по МКБ-10, который соответствует клиническому диагнозу основного хронического неинфекционного заболевания, включенного в перечень заболеваний при проведении диспансеризации (Приложение 1 к письму ФОМС от 06.08.2024 № 0-10-30-3-04/13015), и признаком «впервые выявленный».

При этом медицинская помощь может быть оказана как в амбулаторных условиях (врачебные посещения и обращения), так и в условиях круглосуточного и дневного стационаров; в экстренной, неотложной и плановой формах.

Отобранные случаи оказания медицинской помощи с ХНИЗ и признаком «впервые выявленный» являются основанием для ретроспективного выявления случаев диспансеризации, проведенных застрахованным лицам в течение 12 месяцев до даты впервые установленного диагноза ХНИЗ.

Экспертные мероприятия проводятся только по случаям диспансеризации взрослого населения

Для проведения медико-экономической экспертизы (МЭЭ) отбираются случаи диспансеризации с неустановленным диагнозом ХНИЗ, который был выявлен во время оказания медицинской помощи, оказанной позже диспансеризации.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится по тем случаям диспансеризации, когда это требуется по результатам МЭЭ.

НЕ ПОДЛЕЖАТ ОТБОРУ случаи диспансеризации, по которым ранее уже были проведены контрольные экспертные мероприятия, и случаи лабораторных и инструментальных исследований, которые проводились в рамках диспансеризации

Применение финансовых санкций

Если при проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи были выявлены нарушения, то к случаю диспансеризации применяются финансовые санкции.

В Методических рекомендациях приводится порядок применения отдельных кодов нарушений по перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

1 ***При отсутствии в первичной медицинской документации дневниковых записей, подтверждающих проведение диспансеризации,*** применяется код дефекта 2.16.2 «Включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу».

Содержание >>

ФОМС РАЗЪЯСНЯЕТ
МЕТОДИКУ ОТБОРА СЛУЧАЕВ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Продолжение.
(Начало на **стр. 4**)

2 ***При наличии в первичной медицинской документации дневниковой записи врача-терапевта, врача общей практики, не позволяющей подтвердить проведение застрахованному лицу диспансеризации,*** применяется код дефекта 2.16.3 «Некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации».

3 ***При отсутствии в диагнозе, установленном по результатам диспансеризации, сведений о хроническом неинфекционном заболевании, имеющемся у пациента и подтвержденном предыдущими записями в первичной медицинской документации,*** применяется код дефекта 2.14 «Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и (или) учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы)».

4 ***При наличии в дневниковой записи, оформленной по результатам диспансеризации, признаков искажения сведений (дописки, исправления, искажение сведений о проведенных диагностических мероприятиях)*** применяется код дефекта 2.14 «Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятий, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и (или) учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы)».

5 ***Если по результатам ЭКМП установлено, что диагноз ХНИЗ мог быть поставлен ранее при проведении диспансеризации,*** применяется код дефекта 3.1.3 «Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств <…> приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания».

6 ***При наличии в первичной медицинской документации записей с перечислением лабораторно-диагностических исследований либо консультаций узких специалистов, которые не подтверждены бланками результатов исследований либо записями в журналах учета исследований, дневниковыми записями врачей-специалистов,*** применяется код дефекта 3.11 «Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи».

Результаты проведенных в соответствии с Методическими рекомендациями экспертных мероприятий страховые медицинские организации направляют в ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса (до 15 числа месяца, следующего за отчетным), а ТФОМС Кемеровской области – Кузбасса направляет в Федеральный фонд ОМС сводную информацию по субъекту РФ в системе УССОИ-М в срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным.

Содержание >>

РАСХОДОВАНИЕ СРЕДСТВ ОМС МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССА ЗА 1 ПОЛУГОДИЕ 2024 ГОДА

Анастасия Викторовна ВОРОНКОВА

Заместитель директора по модернизации системы ОМС

Мониторинг расходования средств ОМС медицинскими организациями Кемеровской области – Кузбасса осуществляется на основе множества форм медицинской и финансовой отчетности, в том числе отчетности по формам № 14-Ф «Сведения о поступлении и расходовании денежных средств ОМС медицинской организацией» и 14-МЕД (ОМС) «Сведения о работе медицинских организаций в сфере ОМС». Данные формы позволяют оценить объем поступлений и расходования средств системы ОМС по условиям оказания медицинской помощи, а также размер остатков на счетах медорганизаций, а значит, и проанализировать сложившуюся структуру реализации Территориальной программы ОМС Кемеровской области – Кузбасса (далее – ТПОМС).

На протяжении последних пяти лет наблюдается снижение количества медицинских организаций (далее – МО), реализующих ТПОМС на территории Кемеровской области, – со 186 в 2020-ом году до 153 в 2024-ом году. При этом количество частных медицинских организаций превышает количество государственных, что говорит о привлекательности системы ОМС и тарифов на оказываемые услуги (рис. 1). Для работы в системе ОМС в 2025 году заявилось 154 МО, из них 84 частные.

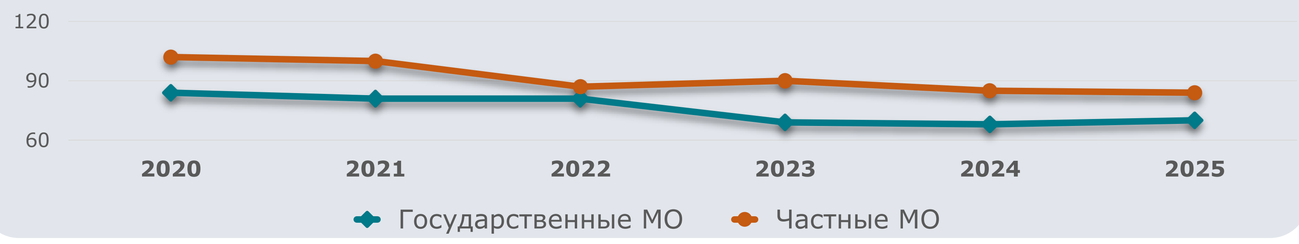
Анализируя остатки на счетах медицинских организаций, можно отметить постоянный рост объема средств на отчетные даты. На 1 января 2023 года остаток средств составлял 2,9 млрд рублей, что составляет 83 % от среднемесячного дохода медицинских организаций в системе ОМС.

На 1 января 2024 года остаток средств на счетах увеличился на 11 %, а на 1 июля 2024 года составил уже 3,6 млрд рублей – 89 % среднемесячного дохода МО. Размер остатков на счетах медицинских организаций анализируется Федеральным фондом ОМС, и рост их объема к среднемесячному доходу оценивается как достаточность средств системы ОМС, а при наличии кредиторской задолженности у отдельных медорганизаций в субъекте РФ – как несвоевременная корректировка объемов медицинской помощи Комиссией по разработке ТПОМС между медицинскими организациями.

В топе лидеров по доле остатков средств на счетах государственных МО присутствуют медицинские организации, у которых объем остатков в 3-4 раза превышает средне-месячный доход. В частных медицинских организациях доля остатков средств достигает 16-кратного уровня среднемесячного дохода, что говорит о рентабельности тарифов в системе ОМС на оказываемую ими медицинскую помощь, однако в абсолютном выражении суммы на счетах таких МО незначительны.

За 1 полугодие 2024 года в медицинские организации Кемеровской области поступило 24,6 млрд рублей, при этом 98 % средств поступило от страховых медицинских

Рис. 1. Динамика количества МО в системе ОМС 2020–2025 гг.



Содержание >>

РАСХОДОВАНИЕ СРЕДСТВ ОМС МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССА ЗА 1 ПОЛУГОДИЕ 2024 ГОДА

Продолжение.
(Начало на **стр. 6**)

организаций, 2% от Территориального фонда ОМС. Объем поступлений составил 47,6 % от стоимости ТПОМС без учета расходов на оказание медицинской помощи кузбассовцам за пределами региона – это 113 % к доходам медицинских организаций за 1 полугодие 2023 года.

Израсходовано медицинскими организациями за 1 полугодие 2024 года 24,3 млрд рублей – 112 % к уровню 1 полугодия 2023 года. Большая доля средств направлена на обеспечение стационарной помощи – 53,1 %, при этом в Территориальной программе ОМС на 2024 год финансовое обеспечение по данному условию оказания составляет 41,7%. Таким образом, в учете расходования средств медицинскими организациями происходит смещение финансового обеспечения на более затратоёмкое лечение (рис. 2).

Доля расходов в структуре на стационарную помощь на 11,4 пункта больше плановой по ТПОМС. В сравнении с 1 полугодием 2023 года доля расходов на стационар увеличилась на 2,3 пункта, в дневном стационаре – снизилась соответственно.

По направлениям расходования в 1 полугодии 2024 года выросла доля расходов на фонд оплаты труда – с 67,3 до 68,5 %, при этом доля расходов на медикаменты и перевязочные средства сохранилась на том же уровне (рис. 3).

Используя отчетные формы медицинских организаций, можно также оценить фактическую стоимость единицы медицинской помощи.

Учитывая тот факт, что финансирование амбулаторно-поликлинической помощи и скорой медицинской помощи осуществляется

Рис. 2. Структура расходов МО по условиям оказания медицинской помощи, 6 мес. 2023-2024 гг.

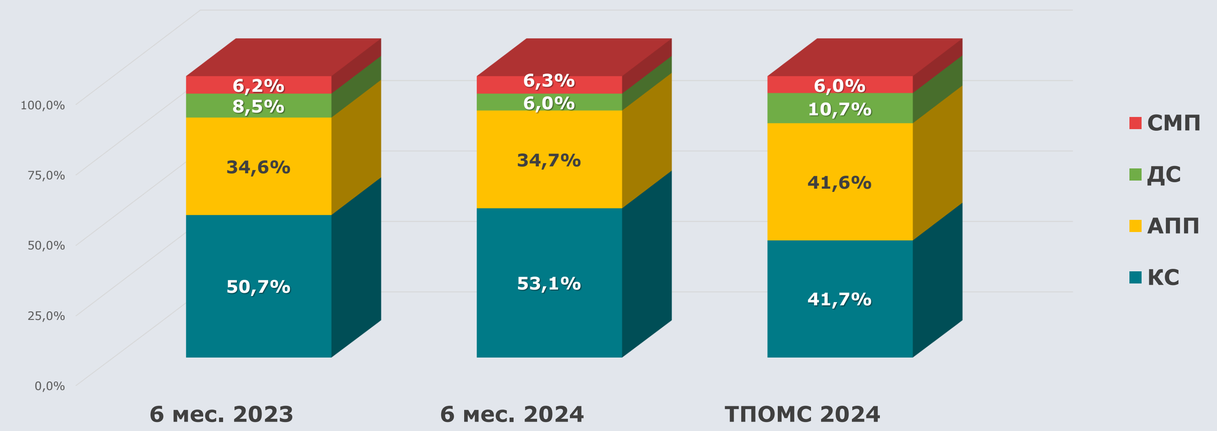
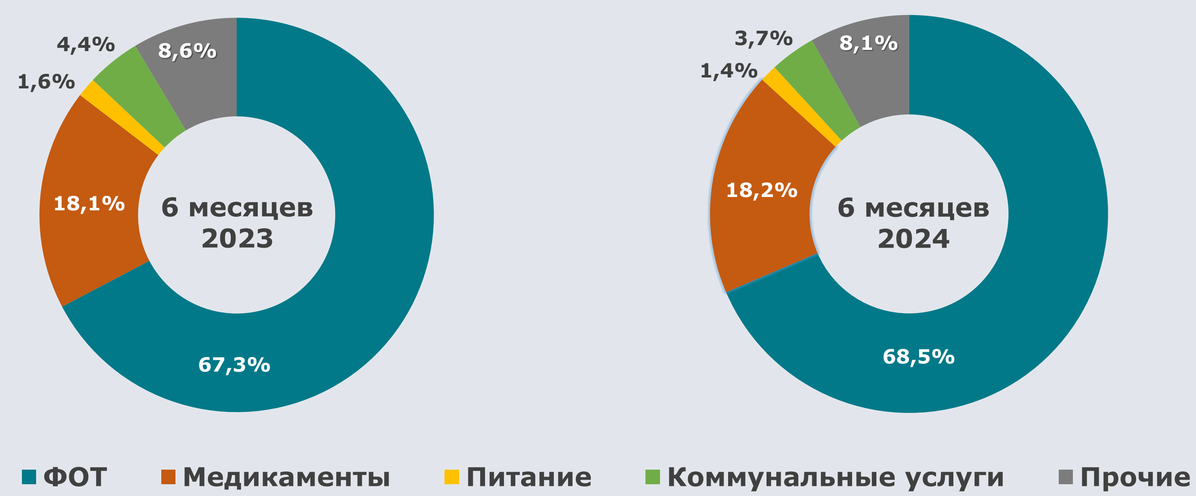


Рис. 3. Структура расходов МО по направлениям расходования, в процентах



Содержание >>

РАСХОДОВАНИЕ СРЕДСТВ ОМС МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССА ЗА 1 ПОЛУГОДИЕ 2024 ГОДА

Продолжение. (Начало на **стр. 6**)

по подушевому нормативу на застрахованное лицо, интерес представляет сопоставление среднего финансового норматива по ТПОМС и фактической стоимости единицы помощи по круглосуточному и дневному стационарам (рис. 4).

В условиях круглосуточного стационара фактическая стоимость единицы медицинской помощи превышает средний тариф по Территориальной программе ОМС на 24 %, при этом в дневном стационаре фактическая стоимость в два раза меньше нормативной, что также говорит о смещении финансового обеспечения в сторону затратного уровня лечения. К уровню 2023 года фактическая средняя стоимость в стационаре выросла на 13,7 %, в дневном стационаре – снизилась на 20 %. Учитывая ежегодный рост базовых ставок, такая тенденция отражает некорректный учет расходов в медицинских организациях по условиям оказания медицинской помощи.

В топе лидеров по стоимости единицы медицинской помощи в 1 полугодии 2024 года можно отметить ряд медицинских организаций (таблица 1). Как следует из таблицы 1, наибольшая средняя стоимость единицы сложилась в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационаре по профилям «нефрология», «сердечно-сосудистая хирургия» (включая ВМП), «онкология», «медицинская реабилитация»; в дневном стационаре – по профилям «инфекция» (в части лечения вирусного гепатита С), экстракорпоральное оплодотворение, «нефрология», «медицинская реабилитация», где и утверждены самые высокие тарифы в системе ОМС.

Рис. 4. Стоимость единицы медицинской помощи, 2023-2024 гг., руб.

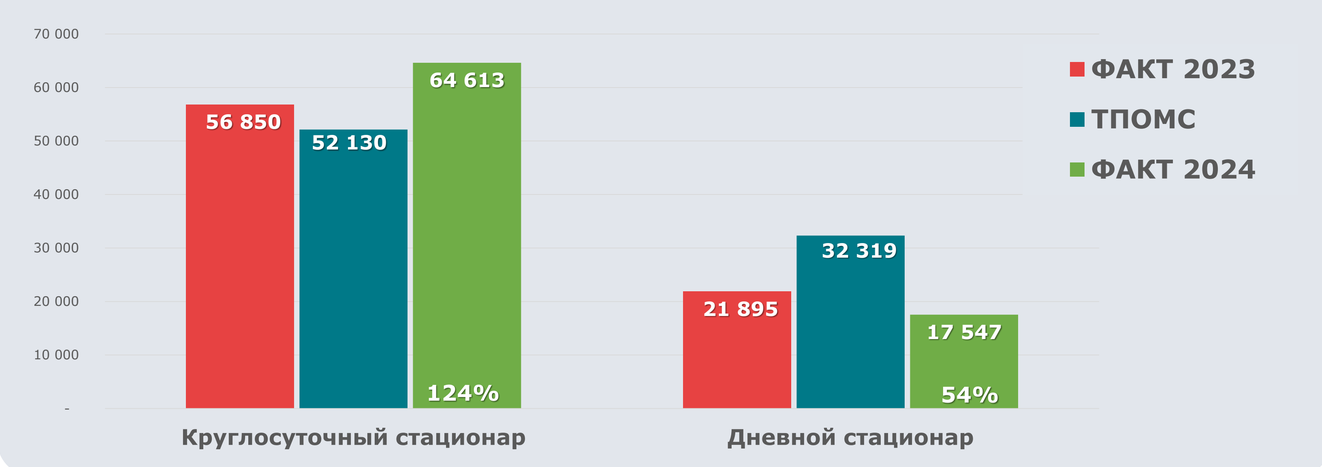


Таблица 1. Информация о средней стоимости единицы медицинской помощи, руб.

КРУГЛОСУТОЧНЫЙ СТАЦИОНАР

Медицинская организация	Руб.
МЧУ «Нефросовет»	222 617
ООО «Гранд Медика»	165 048
ККОД им. М.С. Раппопорта	132 324
ООО «МЕДИКА-2»	114 721
НГКБ № 29 им. А.А. Луцика	98 592
КККД им. Д.С. Барбараша	92 191
ООО «МЕДТОРГСЕРВИС»	89 937
ООО «Медицинская практика»	85 116

ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР

Медицинская организация	Руб.
НГКИБ им. В.В. Бессоненко	178 854
ООО «МЕДИКА-2»	139 781
ООО «НефроМед»	133 127
ООО «Медиа-Сервис»	124 393
МЧУ «Нефросовет»	124 266
ООО МЦ «Максимум здоровья»	120 622
Ленинск-Кузнецкая ГИБ	108 514
ООО «МЕДТОРГСЕРВИС»	101 294

Содержание >>

РАСХОДОВАНИЕ СРЕДСТВ ОМС МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССА ЗА 1 ПОЛУГОДИЕ 2024 ГОДА

Продолжение.
(Начало на **стр. 6**)

Медикаменты и перевязочные средства

В данных медицинских организациях отмечается также самая высокая стоимость единицы медицинской помощи по медикаментам и перевязочным средствам.

В круглосуточном стационаре наибольший уровень зафиксирован в МЧУ «Нефросовет» – 119 тыс. рублей, в ГБУЗ «Кузбасский клинический онкологический диспансер имени М.С. Раппопорта» – 84 тыс. рублей, ООО «Гранд Медика» – 52 тыс. рублей.

В дневном стационаре лидерами по стоимости медикаментов на случай лечения стали: ГБУЗ «Новокузнецкая городская клиническая инфекционная больница имени В.В. Бессоненко» – 136 тыс. рублей, ООО «Медицинский центр «Максимум здоровья» – 93 тыс. рублей, ГАУЗ «Кузбасская клиническая инфекционная больница» – 87 тыс. рублей.

Продукты питания

Стоимость единицы медицинской помощи по продуктам питания в стационаре имеет кратную разницу: от 56 рублей в ООО «Стандарт Здоровья» до 6 тыс. рублей в ООО «Центр реабилитации и восстановления» на случай госпитализации, что является предметом анализа при последующих проверках деятельности медицинских организаций Территориальным фондом ОМС Кемеровской области – Кузбасса.

В медицинских организациях Кузбасса учёт расходов средств ОМС по условиям оказания медицинской помощи и направлениям расходования осуществляется недостаточно эффективно

Результаты мониторинга

Результаты проведенного мониторинга позволяют сделать вывод о том, что в медицинских организациях недостаточно эффективно осуществляется учет расходов средств ОМС по условиям оказания медицинской помощи и направлениям расходования.

Федеральный фонд ОМС, анализируя расходование средств ОМС по субъектам РФ, неоднократно обращал внимание на сложившиеся значительные отклонения фактической структуры от нормативной. Данный факт может быть основанием для разработки программного обеспечения для медицинских организаций по учету расходов до подразделений, возможно – до каждого пациента.

Содержание >>