



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВЫПУСК №1-2 (19-20)

ИНТЕРВЬЮ

ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОМС
НАТАЛЬИ СТАДЧЕНКО "МЕДИЦИНСКОЙ ГАЗЕТЕ"

ТИМУР АЛИЕВ:

«НАША ЗАДАЧА – ВОСПИТАТЬ ВРАЧА БУДУЩЕГО»

ЭЛЬХАН СУЛЕЙМАНОВ:

«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
В ФАЗЕ АКТИВНОГО РАЗВИТИЯ»

ДЕНИЛБЕК АБДУЛАЗИЗОВ:

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ
– ВАЖНЕЙШАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

ЭКСПЕРТНАЯ ПОДДЕРЖКА



**Умулкулсум Исаева: «В нашей работе важен
постоянный контакт с пациентами»**



«Качество медицинской помощи, в первую очередь, зависит от уровня подготовки врачей, квалификации медицинских работников, от их ответственного отношения к своему делу, к своим пациентам»

Президент Российской Федерации

В.В. ПУТИН



«В комплексной программе социально-экономического развития страны охрана здоровья - одна из ключевых позиций»

Председатель Правительства Российской Федерации

Д.А. МЕДВЕДЕВ



«Обязательное медицинское страхование – залог финансовой устойчивости и стабильности здравоохранения Российской Федерации»

Глава Чеченской Республики

Р.А. КАДЫРОВ



«Не менее 40-45% от общего объема медицинской помощи должно оказываться людям в «шаговой доступности» от места жительства»

Министр здравоохранения Российской Федерации

В.И. СКВОРЦОВА



«Принципиальной задачей системы здравоохранения является обеспечение возможности получить достойную медицинскую помощь своевременно и качественно. Значительную роль в этом процессе играют фонды ОМС, являясь гарантом реализации прав граждан на обеспечение доступной и качественной медицинской помощью»

Председатель ФОМС

Н.Н. СТАДЧЕНКО



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

СОДЕРЖАНИЕ:

Расширяется арсенал защиты прав застрахованных. Интервью председателя Федерального фонда ОМС Натальи Стадченко «Медицинской газете»

6

Тимур Алиев: «Наша задача – воспитать врача будущего»

10

Эльхан Сулейманов: «Здравоохранение Чеченской Республики в фазе активного развития»

14

Рамзан Кадыров отметил успехи здравоохранения республики

15

Денилбек Абдулазизов, директор ТФОМС Чеченской Республики: «Обязательное медицинское страхование – важнейшая составляющая системы здравоохранения»

18

Денилбек Абдулазизов награжден Благодарственным письмом Главы Чеченской Республики

19

СОБЫТИЯ

21

Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М. Почему необходимо менять I этап порядка проведения диспансеризации взрослого населения в РФ?

28

Родовспоможение – составная часть системы здравоохранения

32

Представители ТФОМС Чеченской Республики изучили опыт создания поликлиник образцов

35

Навстречу прогрессу!

38

Курчалоевская ЦРБ – передовой пример развития сельского здравоохранения

40

ПОПУЛЯРНЫЕ ВОПРОСЫ
ЭКСПЕРТНОЙ ПОДДЕРЖКИ

43

Умулкулсум ИСАЕВА: «В нашей работе важен постоянный контакт с пациентами»

52

СОБЫТИЯ:

21

Наталья Стадченко выступила на I съезде терапевтов Московской области

22

Денилбек Абдулазизов встретился с помощником Главы Чеченской Республики

23

Делегация Чеченской Республики приняла участие в итоговой Коллегии Министерства здравоохранения России

23

Елена Сучкова: Работа по оповещению населения о диспансеризации ведется эффективно

24

В ТФОМС Чеченской Республики обсудили вопросы развития регионального здравоохранения

25

Госдума планирует ввести возрастной ценз для главврачей и их заместителей

26

Минздрав России создает федеральные регистры медработников и медорганизаций

26

Программу «Земский доктор» хотят распространить на малые города

26

«Регистр боли» появится в России через год

27

Электронному больничному быть

51



ОБЗОР
НОРМАТИВНЫХ
ДОКУМЕНТОВ

РАСШИРЯЕТСЯ АРСЕНАЛ ЗАЩИТЫ ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ

Интервью председателя
Федерального фонда ОМС
Натальи Стадченко
«Медицинской газете»

«Наболевшие» вопросы поможет решить страховой представитель



В системе отечественного здравоохранения происходят существенные изменения: новым этапом стало формирование института страховых представителей, оказывающих информационную и правовую поддержку застрахованным гражданам. Об их эффективной работе, а также об участии в системе ОМС негосударственных клиник и о расширении перечня видов оказания высокотехнологичной помощи состоялся разговор нашего корреспондента с председателем Федерального фонда ОМС Натальей Стадченко.

- Наталья Николаевна, сейчас успешно реализуется модель профилактической и персонализированной медицины. Важную роль в решении этих задач играют именно страховые принципы здравоохранения. Но сформировалось ли у людей понимание особенностей работы медицинского страхования оказания медицинской помощи?

- Действительно, за последние годы в системе здравоохранения произошли значительные изменения: масштабное строительство новых больниц и центров, обновление парка медицинского оборудования, внедрение современных экономических, клинических и организационных технологий изменили всю логику оказания медицинской помощи.

Кардинальные изменения старых механизмов оказания

медицинской помощи поначалу были неудобны и непонятны не только для пациентов, но и для медиков. Сориентироваться людям в результатах системной модернизации сферы охраны здоровья помогает такой институт, как страховые поверенные. На сегодняшний день более 6,5 тыс. страховых представителей первого и второго уровней прошли обучение и оказывают консультационные услуги застрахованным гражданам, осуществляют их правовую поддержку, приглашают на диспансеризацию и вакцинацию. А со следующего года начнут работать страховые представители третьего уровня – высококвалифицированные эксперты качества медицинской помощи.

Территориальные фонды ОМС вместе со страховыми медицинскими компаниями за последние два года существенно обновили арсенал инструментов защиты прав застрахованных граждан: контакт-центры, другие колл-сервисы, горячие линии, личные кабинеты на интернет-порталах - все эти новые формы обратной связи с пациентом стремительно развиваются в регионах. Мы видим очень интересные примеры внедрения эффективно работающих коммуникационных способов сделать простым и понятным организованное страховщиками взаимодействие пациентов и медицинских работников.

Изменения в федеральном законодательстве все больше усиливают роль и функции страховых медицинских организаций как важнейших участников сферы ОМС: именно на них



возложены функции защиты прав и законных интересов граждан. Страховые компании стали действительно помощниками застрахованных пациентов. Мы уверены, что сдерживать выдвигание бесплатных медицинских услуг в коммерческий сектор способны именно страховые медицинские компании – они точно не заинтересованы в уходе своего контингента со страхового поля.

- У большинства россиян устойчив стереотип, что с полисом ОМС можно обратиться только в государственные

или муниципальные лечебные учреждения. До сих пор не все знают, что в системе ОМС работают частные клиники. Велика ли их доля в ОМС?

- Участие частных клиник в реализации программ ОМС создает необходимую конкурентную среду для государственных медучреждений. Негосударственные клиники помогают обеспечивать реализацию основных принципов охраны здоровья граждан – повышение качества и доступности медицинской помощи. Законодательством созданы все условия для активного участия в системе ОМС негосударственных медицинских организаций. Чтобы быть юридически точной, скажу так: закон не дает преимуществ государственным учреждениям в сфере ОМС.

Порядок включения в реестр медицинских учреждений, работающих по ОМС, одинаков для организаций любых форм собственности и носит уведомительный характер. Главное - иметь соответствующую лицензию. Нормативной базой в сфере здравоохранения установлены единые требования к квалификации медиков в клиниках всех форм собственности. Порядки оказания медицинской помощи также обязательны для всех. На начальном этапе частные структуры в основном оказывали стоматологическую помощь, услуги по клинической лабораторной диагностике, некоторые исследования функциональной диагностики, как, например, ультразвуковые исследования.

Год от года происходит рост частных клиник, работающих по ОМС. Если в 2012 г. таковых было 1 029 (12,7%), то в 2015 г. - уже 1 943 (22,4). Доля частных, участвующих в реализации территориальных программ ОМС в 2016 г., увеличилась до 29% - это 2 540 медорганизаций. За пять лет и спектр медицинских услуг, оказываемых частниками, существенно расширился. Сегодня негосударственный сектор представлен офисами врачей общей практики, консультативной помощью узких специалистов, гемодиализом, услугами по экстракорпоральному оплодотворению, медицинской реабилитацией, исследованиями на позитронно-эмиссионных и компьютерных томографах, др.

Большинство частных медорганизаций в секторе ОМС – это поликлиники (в том числе, стоматологические), их насчитывается 1 134 (или 59% от общего числа). На втором месте – стационары, доля этих лечебных учреждений - 12%. Частные компании участвуют и в оказании высокотехнологичной медицинской помощи – уже порядка 3% государственного задания приходится на них.

Можно привести ряд хороших примеров участия негосударственных медицинских компаний в предоставлении услуг в сфере ОМС. С 2013 г. в Санкт-Петербурге реализуется проект государственно-частного партнерства, предусматривающий открытие офисов врачей общей практики в районах новостроек.



Затраты на строительство, оснащение центров и подготовку персонала полностью взяла на себя частная компания. Участие государства - оплата оказанных медицинских услуг из средств ОМС по установленным тарифам территориальной программы.

В Костромской области медицинская компания в 2015 году начала проект по открытию сети центров общей врачебной практики, работающих исключительно в системе ОМС. В них ведут прием и такие специалисты, как офтальмологи, неврологи, кардиологи. Реализация аналогичного проекта началась также в Ульяновской области. Участие медицинских организаций частной системы здравоохранения в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования формирует конкурентную среду для государственных медицинских организаций и тем самым создает условия для повышения качества и доступности медицинской помощи. Частники, получая установленный тариф ОМС за медицинские услуги, сами содержат инфраструктуру, высвобождая деньги региональных бюджетов.

- Бюджетом Фонда ОМС на 2017 год предусмотрено продолжение программы «Земский доктор». Какова эффективность этой программы?

- За период действия программы «Земский доктор» с 2012 по 2016 год в сельские населенные пункты, рабочие поселки и поселки городского типа было привлечено более 22 тыс. специалистов. Это хороший показатель эффективности программы. К тому же программа корректировалась, расширялась: увеличился возрастной ценз ее участников - с 35 до 50 лет, были включены поселки городского типа. В значительной степени она сняла напряжение с кадровым обеспечением сельского здравоохранения.

В 2017 г. реализация программы продолжена. Объемы ее финансирования не снизятся по сравнению с предыдущим годом: в бюджете Федерального фонда ОМС предусмотрены средства на осуществление единовременных компенсационных выплат врачам-участникам программы в размере 3,2 млрд. руб. С 2017 г. устанавливается обязанность субъектов РФ осуществлять контроль за соблюдением условий осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам.

- Год из года расширяется перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС. Сколько видов ВМП по ОМС и каким образом могут быть оказаны застрахованным лицам?

- Напомню, что высокотехнологичная медицинская помощь впервые была включена в базовую программу ОМС в 2014 г. До этого вся она финансировалась исключительно за счет федерального бюджета. Мы исходили из того, что некоторые методы ВМП стали настолько распространены и обычными, что уже предоставлялись не только в федеральных, но и в региональных учреждениях здравоохранения.

Сейчас высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в соответствии с перечнем, установленным Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Перечень содержит 42 вида ВМП, входящих в базовую программу ОМС, и еще 66 видов вне базовой программы. Первые виды включают в себя 517 методов высокотехнологичной медицинской помощи, на вторые приходится 952 метода. И те, и другие виды в настоящее время полностью финансируются из бюджета Федерального фонда ОМС.

В целях дальнейшего повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи с 2017 в базовую программу



ОМС дополнительно погружаются еще 4 метода ВМП по профилям «Акушерство и гинекология», «Педиатрия», «Сердечно-сосудистая хирургия» и «Урология». В среднем между установлением диагноза лечащим врачом до госпитализации больного для проведения операции может проходить от нескольких дней до нескольких месяцев - в зависимости от необходимости оказания срочной ВМП, очередности в листе ожидания, наличия свободных мест в том медицинском учреждении, которое выбрал пациент для оказания высокотехнологичной помощи.

- К сожалению, еще не все россияне знают, что раз в три года можно пройти диспансеризацию по ОМС. Но с этого года началось широкомащтабное оповещение застрахованных о такой возможности. Какие рычаги приведены в действие?

- Мы уже говорили о страховых представителях. Ваш вопрос напрямую связан именно с этим новым институциональным механизмом в системе ОМС. Для индивидуального информирования застрахованных лиц страховые медицинские компании совместно с медицинскими организациями (так как согласно приказам Минздрава России именно они проводят профилактические меро-

приятия) осуществляют сверку прикрепленных застрахованных лиц. Затем на основе сформированных списков лиц, подлежащих диспансеризации в текущем году, происходит индивидуальное оповещение граждан страховыми представителями о режиме работы поликлиник и графиках проведения диспансеризации.

Уже сейчас в Российской Федерации на базе страховых компаний организовано 24 федеральных и 116 региональных колл-центров. Страховые представители второго уровня, работающие в этих подразделениях страховых медицинских компаний и территориальных фондов ОМС, непосредственно занимаются информированием лиц, подлежащих диспансеризации, и оповещением их о необходимости пройти медицинские обследования. Они же контролируют работу медицинских организаций, на базе которых проходят обследование граждан, осуществляют анализ результатов диспансеризации и удовлетворенности застрахованных работой медиков и страховщиков. А с 2018 г. дополнительно к функционалу страховых поверенных добавится мотивирование населения к выполнению рекомендаций врача по результатам диспансеризации, контроль своевременности диспансерного наблюдения застрахованных лиц с хрониче-

скими заболеваниями, приверженности их к лекарственной терапии. С момента начала работы страховых поверенных количество обоснованных жалоб в страховые компании практически удвоилось.

Институт страховых представителей — важный этап в создании унифицированной системы защиты прав застрахованных, единой на всей территории страны. Мы добьемся того, чтобы каждый человек знал и свою страховую медицинскую компанию, имя своего страхового представителя, его номер телефона, по которому он может в любое время обращаться по всем «наболевшим» вопросам. Только таким образом можно в полной мере защитить интересы пациентов, обеспечить соблюдение конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь.

ТИМУР АЛИЕВ: «НАША ЗАДАЧА – ВОСПИТАТЬ ВРАЧА БУДУЩЕГО»



Помощник Главы ЧР о состоянии и перспективах республиканской системы здравоохранения

Ни для кого не секрет, что состояние сферы здравоохранения является одним из главных индикаторов успешности, в целом, того или иного общества. В Чеченской Республике данному направлению уделяется самое пристальное внимание. По поручению и всемерной поддержке Главы ЧР, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова созданы прекрасные условия для всестороннего развития области – как по материально-технической составляющей, так и по кадровой политике.

О нынешнем этапе совершенствования медицинской отрасли в Чеченской Республике, имеющихся проблемах и путях их решения – в ответах курирующего систему здравоохранения помощника Главы ЧР Т.М. Алиева.

- Тамерлан Магомедович, что входит в Вашу компетенцию как куратора системы здравоохранения? Какие задачи поставлены перед Вами Главой Чеченской Республики?

- Конкретно по данному направлению я занимаюсь обеспечением взаимодействия Главы Чеченской Республики с Министерством здравоохранения ЧР, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования ЧР, а также Главным бюро медико-социальной экспертизы по ЧР и управлениями по нашему региону – Росздравнадзора и Роспотребнадзора.

Что касается поставленных задач, то это, в первую очередь, контроль за своевременным исполнением вышеназванными ведомствами указов и поручений Главы Чеченской Республики.

- Как Вы оцениваете сегодняшнее состояние здравоохранения в регионе?

- Критериев оценки качества здравоохранения существу-

ет несколько. Это и расходы на здравоохранение, куда входят средний расход на здравоохранение на душу населения и процент бюджета, заложенный на данную сферу. Это и количество врачей, медперсонала и больничного фонда на душу населения (на десять тысяч населения). Это и смертность, и время болезней, а также смертность и заболеваемость от конкретных причин. И если брать глобально, то и годовые темпы роста населения. Данные показатели в нашей республике в целом находятся на общероссийском уровне опять же с положительной динамикой на улучшение.

Мне же для оценивания ближе такой критерий, как социальная удовлетворенность населения. Если мы говорим, что у нас врачи для пациента, а не пациент для врачей, и не хотим превращения больниц в конвейер, где человек уже не человек с конкретной проблемой со здоровьем, а койко-место, на которое заложен определенный бюджет, то нам крайне важно мнение этого человека о том, как его лечат.

К сожалению, процент недовольных качеством медицинского обслуживания в нашей республике довольно высок. Об этом говорит большое количество поступающих жалоб и заявлений, а также проведенный нами небольшой мониторинг. Впрочем, нужно понимать, что процент недовольных качеством медицинского обслуживания традиционно высок везде в мире – и в России, и за её пределами.

И в этой связи нужно выявить причину недовольства именно нашей медициной – неудовлетворен ли пациентом качеством назначенного ему лечения или же ему нахамили в регистратуре поликлиники, а может, неправильно поставили капельницу?

Разделить проблему на составляющие крайне важно для её исправления – если где-то достаточно сделать внушение нерадивому персоналу, в другом месте – отправить врача на переподготовку, то в третьем придётся увольнять всё руководство больницы, а то и думать о системных изменениях.

- Что Вы можете сказать о работе Министерства здравоохранения Чеченской Республики? Территориального фонда обязательного медицинского страхования?

- Глава Чеченской Республики Рамзан Ахматович Кадыров неоднократно отмечал положительную динамику в работе и Министерства здравоохранения и Территориального фонда обязательного медицинского страхования, что самым позитивным образом характеризует деятельность обоих ведомств. Думаю, в данном вопросе мы должны отталкиваться от кадровых решений и поручений Главы Чеченской Республики.

- Насколько эффективна, на Ваш взгляд, система финансирования медицинской отрасли в республике?

- В мире существует несколько первичных систем здравоохранения. Государственная – когда сфера здравоохранения финансируется государством напрямую. Частная – при ней пациент оплачивает лечение из своего кармана. И страховая, при которой финансирование осуществляется государством, организациями и гражданами, то есть, обеспечение риска осуществляется путем переложения его материальной тяжести на большое количество участников. В нашей стране, включая и Чеченскую Республику, система здравоохранения основана на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования, и, как мне кажется, за годы внедрения в России эта модель прижилась вполне успешно.

Но в любом случае эта тема в последнее время всё больше и больше обсуждается, и, думаю, нам нежелательно отставать от этой дискуссии, а стоит сказать своё слово о том, что нужно нам, что полезно для нашей медицины.

Ещё очень важно добиться какой-то упорядоченности в вопросе выплачивания страховых взносов неработающими, но при этом самозанятыми гражданами. В случае принятия определённого решения — это должно привести к снижению нагрузки на бюджет.



- Какие проблемные направления в медицинской отрасли республики Вы могли бы выделить, и как они решаются на данном этапе?

- Нам нужно вернуть доверие населения к нашим врачам и нашим больницам. Не секрет, что в нашей республике устойчиво высоким остаётся процент людей, выезжающих на иногороднее лечение. В то же время у нас вводятся новые больницы, медицинские центры, завозится новое современное оборудование, приглашаются опытные кадры, проходят стажировку уже работающие врачи и медсёстры. Казалось бы, зачем куда-то ехать? Однако люди уезжают, и не только в поисках специализированной помощи, которой не существует в республике, но и с весьма тривиальными заболеваниями. Эту ситуацию нам нужно изменить – через повышение, с одной стороны, качества здравоохранения, с другой, через возвращение доброго имени нашей медицине. Одним из шагов в этом направлении становится, к примеру, создание медицинских учреждений третьего уровня, способных оказать специализированную и высокотехнологичную помощь у нас в республике.



- Тамерлан Магомедович, Вы возглавляете Совет по развитию гражданского общества и правам человека при Главе Чеченской Республики. Наверняка вопросы здравоохранения Вами поднимаются в рамках работы данного Совета.

- Есть несколько тем в части здравоохранения, над которыми мы давно задумываемся в Совете. Анализ поступающих к нам заявлений позволил выявить некоторые проблемные тенденции и попытаться выработать рекомендации для их исправления.

В настоящее время нами разрабатывается еще ряд рекомендаций, которые позволят содействовать возвращению доверия населения к системе республиканского здравоохранения.

Кроме того, нами начата работа по усилению эффективности взаимодействия существующих в Чеченской Республике общественных добровольческих организаций и лечебных учреждений. Волонтеры – довольно серьезный ресурс, который можно задействовать на пользу общества в такой востребованной общественной сфере, как здравоохранение.

На сегодняшний момент уже в достаточной степени налажено взаимодействие в такой области, как донорство крови,

благодаря привлечению к участию в мероприятиях студентов-медиков. В то же время подписание соглашения добровольческих организаций с Министерством здравоохранения ЧР позволит определить рамки взаимодействия и увеличит степень вовлеченности волонтеров в пропагандировании, к примеру, здорового образа жизни или необходимости вакцинации и диспансеризации.

- Как известно, состояние здоровья человека, в первую очередь, зависит от самого отношения человека к нему. Хотелось бы услышать Ваше мнение, скажем, о степени медицинской деятельности нашего населения.

- Такая проблема существует. В нашем обществе не принято жаловаться на своё самочувствие. Соответственно, поход в поликлинику воспринимается как акт жалобы. Считается, что пока человек «на ногах», значит идти в больницу нет необходимости, что в корне неверно.

В итоге к врачу приходит (а то и привозят его) пациент с настолько запущенной формой болезни, что сделать уже ничего не возможно. Скрининг же самочувствия человека позволит на ранней стадии выявить имеющиеся в организме проблемы. И самый удобный формат скрининга — это всеобщая диспансеризация населения.

К счастью, ситуация в последнее время начала меняться, люди уже более ответственно стали относиться к своему здоровью, и основная заслуга в этом, как мне кажется, принадлежит нашему Министерству здравоохранения и Территориальному фонду ОМС, активно пропагандирующим диспансеризацию и вообще необходимость медицинских проверок.

- Обращаются ли к Вам люди с проблемами, касающимися медицинского обслуживания? Какие вопросы больше волнуют жителей? Как Вы способствуете их решению?

- К нам в Совет или ко мне лично достаточно часто обращаются жители нашей республики с просьбой о содействии в оказании помощи: положить в больницу, получить квоту на выезд, поспособствовать получению инвалидности. В том случае, если медики где-то не доработали, и человек действительно чего-то не дополучил, мы стараемся помочь ему. Мы выезжаем, проверяем, и, если ошибка имела место, рекомендуем руководству лечебного учреждения исправить ошибку, а на виновного в её совершении наложить какое-то дисциплинарное взыскание.

Подобная работа «в поле» крайне важна, поскольку позволяет выявлять определённые мелкие недоработки в нашей системе здравоохранения, систематизировать их и после анализа предлагать варианты разрешения.



- Какими Вы видите перспективы дальнейшего развития системы здравоохранения Чеченской Республики?

- Я не имею медицинского образования и не работал в сфере здравоохранения, однако, в этом можно даже найти определенный плюс, поскольку мой взгляд, что называется, «не замылен» и у меня отсутствует некая корпоративная солидарность с медиками, которая также может приводить к замалчиванию каких-то проблем.

Мне кажется, наша первоочередная задача – это воспитать врача будущего. Каким он должен быть? Во-первых, он постоянно должен учиться и совершенствоваться. Медицинская наука не сто-

ит на месте, и, если медик не получает новых знаний, он начинает безнадежно отставать.

Во-вторых, важен хороший контакт руководителя медучреждения с коллективом, при котором новые и инновационные установки в лечебном деле незамедлительно и точно доводятся до медперсонала и претворяются в жизнь.

В-третьих, мы должны развивать во врачах пациентоориентированный менталитет. В сегодняшней медицине крайне сильна зависимость врачей от оборудования. Получается ситуация, когда медику как бы и нет необходимости общаться с больным, достаточно собрать его анализы и выдать ему диагноз и готовый рецепт. Теряется контакт врач-пациент,

очень важный в первую очередь для больного, для его выздоровления. Когда человек чувствует эту связь, эту заинтересованность врача в выздоровлении пациента, он быстрее идет на поправку. Бездушное же отношение отбрасывает лечение назад. И потому любой медик, врач ли, медсестра ли, санитарка ли, должен помнить: если ты выбрал профессию, требующую общаться с людьми, надел белый халат, ты не имеешь права на равнодушие.

- Благодарю Вас за беседу.

Зелимхан ЯХИХАНОВ



ТАМЕРЛАН МАГОМЕДОВИЧ АЛИЕВ.

Родился 18 сентября 1973 года в г. Грозный. В 1995 году окончил Грозненский нефтяной институт. Является выпускником Школы гражданского просвещения (2005). С 2007 года – помощник Главы Чеченской Республики. С 2017 года курирует систему здравоохранения Чеченской Республики. Награжден медалью «За заслуги перед Чеченской Республикой». Женат, воспитывает сына.

АКТУАЛЬНО

ЭЛЬХАН СУЛЕЙМАНОВ: «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ В ФАЗЕ АКТИВНОГО РАЗВИТИЯ»

Глава Минздрава ЧР – об актуальных вопросах совершенствования медицинской отрасли региона



В Чеченской Республике, которая развивается сегодня самыми динамичными темпами, традиционно повышенное внимание властями уделяется социальной сфере. Это и понятно – именно она напрямую связана с нуждами и проблемами населения. Как известно, всесторонняя поддержка со стороны Главы Чеченской Республики, Героя России Р.А. Кадырова позволила вывести одну из составных частей социополитики – систему здравоохранения – на качественно новый уровень.

О первоочередных задачах, стоящих перед отраслью на современном этапе, мы побеседовали с министром здравоохранения Чеченской Республики Э.А. Сулеймановым.

- Эльхан Абдуллаевич, республиканское здравоохранение проделало долгий и кропотливый путь к сегодняшней ситуации, которая, конечно, в корне отличается от того, что мы имели ещё несколько лет назад. Однако мы знаем, что в повестке Минздрава ЧР и сегодня много нерешённых вопросов. Расскажите, пожалуйста, о них подробнее.

- Перед нами есть определённые задачи, которые мы стараемся решать – в том числе в планах на 2017 год. Речь, в частности, идёт о дальнейшем развитии Республиканской клинической больницы им. Ш.Ш. Эпендиева. Мы намерены в определённой последовательности усилить имеющиеся на её базе отделения и центры – такие как, хирургическое, травматологическое, кардиологическое.

Планируем заложить основу для дальнейшего развёртывания в РКБ кардиохирургического отделения – как взрослого, так и детского. Кстати, уже сейчас отделение функционирует в туберкулёзном центре, сегодня там пациентам оказывается полноценная хирургическая помощь. Собираемся и дальше развивать эти направления.

Параллельно мы стараемся совершенствовать высокотехнологичные виды помощи населению на базе всех наших медицинских учреждений, где имеются такие возможности – таких, как Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи им У.И. Ханбиева. Активно включается в этот процесс и Республиканская детская клиническая больница.

Кроме того, в этом году планируем начать аудит медицинских учреждений для взрослого населения. В 2016-м мы уже проводили аналогичную работу с участием экспертов Всемирной организации (ВОЗ) здравоохранения в детских клиниках, в результате были выявлены такие нарушения, как необоснованные госпитализации, чрезмерное использование лекарственных аппаратов и др. В отдельных учреждениях под руководством этих же аудиторов мы изменили стиль деятельности и перешли на работу по общепринятым стандартам – которые рекомендованы ВОЗ и применяются как в России, так и во всех странах. В результате мы получили значительные преимущества перед предыдущей методикой по многим параметрам. Нужно отметить, что на эти стандарты переходят практически все медучреждения в нашей стране.

Помимо этого, имеются и другие вопросы и задачи, выработанные внутри нашего министерства по работе в районных участковых больницах. Они касаются улучшения качества оказания медицинской помощи.

- Насколько эффективно сегодня взаимодействие министерства, медучреждений с фондом обязательного медицинского страхования?

- Со стороны Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, с которым у

нас налажено самое тесное взаимодействие, мы всегда видим понимание и готовность решать возникающие проблемные вопросы, в том числе внепланового характера.

- В последнее время много говорилось о кадровом дефиците в медицинской отрасли. На каком этапе решение данного вопроса?

- Это многоуровневая проблема, решить которую, естественно, за полгода-год практически невозможно. Когда мы начинали обсуждение этого вопроса, ставился временной период – от 3 до 5 лет. То есть только минимум через 3 года к нам начнут возвращаться те кадры, которые мы сейчас отправляем в федеральные клинические центры, где они проходят полный цикл подготовки. На сегодняшний день 200 человек. А так, если говорить о долгосрочных перспективах, то основные проблемные вопросы мы намерены снять уже в ближайшие пять лет.

- Совсем иначе, насколько нам известно, обстоят дела в онкологической службе?

- Совершенно верно. Достаточно сказать, что сегодня мы обследуем и лечим онкологических больных даже из соседних регионов – Дагестана, Ингушетии, Ставропольского края. Ещё совсем недавно у нас, как вы помните, был поток только в одну сторону, а сейчас коренные ставропольчане приезжают в Грозный и получают квалифицированную медицинскую помощь.

Что касается конкретно онкологического диспансера, то на сегодняшний день все направления службы, можно сказать, «идут в гору». В частности, активно развивается химиотерапевтическая служба.

Кстати, можно констатировать следующее: всё, что я планировал, когда был назначен Главой Чеченской Республики, Героем России Рамзаном Ахматовичем Кадыровым главным врачом онкодиспансера, и те основные задачи, которые ставил руководитель региона, – они все успешно решены и достигнуты. Сейчас мы говорим о дальнейшем развитии реализованных направлений, ведь совершенству нет предела, и здесь есть над чем работать.



РАМЗАН КАДЫРОВ ОТМЕТИЛ УСПЕХИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ

Чеченская Республика уверенно становится одним из ведущих медицинских центров Юга России благодаря созданной здесь современной материальной базе и проводимой научной работе.

«Чеченская Республика уверенно становится одним из ведущих медицинских центров Юга России. Мы создали хорошую материальную базу и ведем научную работу. В Грозном систематически проводятся крупные медицинские форумы с участием звезд отечественного и зарубежного здравоохранения. Особое внимание уделяем онкологии. В этой области сделаны огромные шаги вперед. Сегодня в наш онкодиспансер едут лечиться со всех уголков России», - отметил Р. Кадыров.

По его словам, еще одним подтверждением происходящего в республике настоящего прорыва в медицине явилась прошедшая в Грозном двухдневная научно-практическая конференция по проблемам анестезиологии и интенсивной терапии в онкологии.

«Накануне в онкологическом диспансере состоялась двухдневная научно-практическая конференция. Она была посвящена проблемам анестезиологии и интенсивной терапии в онкологии. О передовых методах предоперационной подготовки пациентов рассказали опытные специалисты Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена во главе с профессорами Андреем Рябовым и Викторией Хороненко. Из данного института приехали 15 врачей. Андрей Борисович сделал показательную операцию на пищеводе.

Она транслировалась в конференц-зале. Я выражаю благодарность всем, кто принял участие в медицинском форуме», - подчеркнул Глава ЧР.

Пресс-служба Главы и Правительства Чеченской Республики



- Эльхан Абдуллаевич, не могу не спросить, а делают ли в других регионах, в том числе в Москве, Санкт-Петербурге, то, чего не может предложить здравоохранение Чеченской Республики?

- Да, список этих услуг минимальный, и он постоянно сокращается. Так, перед нами стоит амбициозная цель – наладить полноценное функционирование нейрохирургического направления, поток пациентов по которому, к сожалению, не уменьшается. Сегодня практически ежедневно приходится самому решать вопросы с руководством федеральных нейрохирургических учреждений для того, чтобы нашим пациентам там оказали необходимую нейрохирургическую помощь.

На самом деле соответствующее отделение у нас имеется, но оно нуждается в развитии – дополнительном оснащении, укомплектовании, обучении специалистов и т.д. Это позволит значительно уменьшить

число выезжающих, а ведь это тяжёлые больные, у которых часто бывают проблемы с транспортировкой. Представьте, насколько это тяжело, – перемещаться с одного субъекта в другой, а потом, после операции, – снова возвращаться домой.

Второе направление, по которому у нас представлен не полный спектр услуг, это, как я уже говорил, взрослая и детская кардиохирургия. К примеру, дети, которые рождаются с врождёнными пороками сердца, нуждаются в оказании кардиохирургической помощи на месте. Которой сегодня у нас как раз нет. На данном этапе мы работаем над созданием кардиохирургической бригады, которая на базе одного из наших медучреждений будет оперировать таких малышей. То есть работа ведётся непрерывно.

И есть уверенность, что в течение нескольких лет мы в плане обследования и лечения в других субъектах будем

ограничиваться какими-то действительно сложными и уникальными случаями.

- Недавно в Грозном открылась клиника пограничных состояний, которая, как сообщили, соответствует самым высоким стандартам...

- Да, новое медицинское учреждение, специализирующееся на психоневрологическом статусе человека, отвечает всем необходимым требованиям. На самом деле, трудно переоценить его роль и значимость для нашего субъекта, так как в помощи, которую будет оказывать эта больница, нуждаются те, кто пережил тяжёлый период военных действий, испытал ужас терактов, стресс от потери близких, столкнулся с социальными проблемами.

Полный список направлений клиники весьма обширен: здесь будут лечить пациентов, страдающим пограничными психическими расстройствами: стрессом,



неврозами, расстройствами адаптации, депрессиями, психосоматическими расстройствами, синдромом хронической усталости, расстройствами сна и прочими состояниями. Помимо консультативной помощи, предусмотрены возможности дневного и круглосуточного стационаров.

Кстати, хочу особо отметить, что финансовую помощь в открытии клиники оказал Региональный общественный фонд им. Ахмат-Хаджи Кадырова, за что выражаю огромную благодарность его президенту Аймани Несиевне и Главе республики Рамзану Кадырову.

- А Диагностический центр в Грозном, анонсирование которого состоялось несколько месяцев назад, будет предоставлять только платные услуги?

- Не только. На данном этапе мы рассматриваем несколько вариантов: коммерческий, на основе добровольного

медицинского страхования (также нуждающегося в развитии) и какие-то объёмы – в рамках обязательного медицинского страхования.

Проект задуман как современный лечебно-диагностический центр, отвечающий самым последним мировым стандартам. Частные инвесторы из Европы, взявшиеся за открытие клиники, привлекли в качестве известных иностранных бренды, специализирующиеся на открытии новейших, европейского уровня, медицинских центров.

Так, предполагается, что в клинике будет функционировать полноценный диагностический комплекс, включая компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, маммографию с томосинтезом, денситометрию и многое другое. Кроме того, здесь появятся отделения эндоскопии, пластической хирургии, педиатрии, неврологии, ревматологии и т.д. Планируется наличие крупного лабораторного

комплекса. Более того, в клинике будут трудиться не только местные врачи. Мы намерены привлечь ведущих специалистов Москвы и Санкт-Петербурга, а для работы по отдельным направлениям – пригласить и опытных зарубежных коллег.

- Благодарю Вас за беседу.

Зелимхан Яхиханов



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ – ВАЖНЕЙШАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Денилбек Абдулазизов, директор ТФОМС Чеченской Республики

На сегодняшний день охрана здоровья граждан в нашей стране остаётся одним из приоритетных направлений социальной политики, осуществляемой на федеральном и региональном уровнях. Вполне закономерно, что применяемые при этом различные механизмы постоянно совершенствуются с тем, чтобы медицинская помощь, оказываемая населению, постоянно совершенствовалась – как по качественным показателям, так и по доступности и мобильности.

За последние годы в системе здравоохранения нашей страны произошли значительные изменения: это и масштабное строительство новых больниц и центров, и обновление парка медицинского оборудования, и внедрение современных экономических, клинических и организационных технологий, положительно повлиявших на всю логику оказания медицинской помощи – как в стране, в целом, так и в субъектах федерации.

Непосредственное отражение эти процессы нашли и в Чеченской Республике. Постоянное внимание к вопросам развития сферы здравоохранения со стороны Главы региона, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова, его всесторонняя

помощь буквально во всех значимых и актуальных начинаниях в отрасли – данный фактор вкпе с полной поддержкой и пониманием со стороны компетентных органов федеральной власти – в первую очередь, Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования – формируют исключительно благоприятную атмосферу в региональном здравоохранении, позволяющую, с одной стороны, оказывать на достойном уровне медицинские услуги населению, с другой – постоянно работать над дальнейшей модернизацией всей системы в целом.

Значительное место, которое отведено обязательному

медицинскому страхованию в системе здравоохранения, в том числе по обеспечению бесперебойного её финансирования, служит важным фактором постоянного поиска способов и возможностей для дальнейшего усовершенствования функционирования ОМС, сфокусированного, в первую очередь, на оказании медицинской помощи застрахованным лицам.

2016 год ознаменовался важными начинаниями в системе обязательного медицинского страхования. Задачи системы ОМС сегодня действительно шире, чем просто финансирование отрасли. Успешно внедряемые принципы пациентоориентирования и персонализированного сопровождения застрахованных лиц явилось значительным достижением. Так, для помощи пациентам в реализации их главного права – на достойную охрану здоровья – началось формирование института страховых представителей (медицинских поверенных) в системе ОМС.

В частности, Территориальный фонд ОМС Чеченской Республики с целью защиты прав застрахованных граждан внедрил для обеспечения обратной связи с пациентом такие новые формы, как контакт-центр и личный кабинет на интернет-порталах и др.

Об эффективности создания института страховых поверенных, то есть реализации модели профилактической и персонализированной медицины, свидетельствует тот факт, что до 80% обращений к страховым представителям первого уровня завершались разрешением проблемы при первичном контакте.

Уже в следующем году должен завершиться процесс подготовки специалистов, которые будут разрешать все спорные вопросы, возникающие между пациентом и медицинским учреждением.

На текущем этапе, который стартовал в начале этого года, страховые поверенные начали оповещать застрахованных о графике диспансеризации и прививках. Это делается для того, чтобы была обеспечена оптимальная маршрутизация пациентов, контроль выполнения профилактических и лечебных мероприятий, сопровождение и поддержка застрахованных лиц на всех этапах.

Важно помнить, что диспансеризация позволяет не только выявлять на ранних стадиях сердечнососудистые и злокачественные заболевания, но и в целом существенно снижает смертность населения.

Хочу обратить внимание и на то, что в реализации Территориальной программы ОМС на территории Чеченской Республики участвуют и частные клиники. Это создаёт важную и необходимую конкурентную среду в сфере предоставления медицинских услуг. Частные медучреждения оказывают существенную помощь в реализации основных принципов охраны здоровья граждан – повышения качества и доступности медицинской помощи.



ДЕНИЛБЕК АБДУЛАЗИЗОВ НАГРАЖДЕН БЛАГОДАРСТВЕННЫМ ПИСЬМОМ ГЛАВЫ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Глава Чеченской Республики, Герой России Рамзан Ахматович Кадыров вручил директору ТФОМС Чеченской Республики Денилбеку Абдулазизову Благодарственное письмо Главы ЧР.

В государственной награде отмечен безупречный добросовестный труд и высокий профессионализм, проявленный Д.Ш. Абдулазизовым при исполнении служебных обязанностей.

Выражая слова искренней благодарности в адрес Рамзана Ахматовича за столь высокую награду, директор ТФОМС Чеченской Республики подчеркнул, что это оценка деятельности всего ведомства.

Он добавил, что подобное внимание со стороны Главы Чеченской Республики – это огромный стимул для дальнейшей работы.

Пресс-служба ТФОМС Чеченской Республики

Кстати, для активного участия в системе ОМС негосударственных медицинских организаций созданы все необходимые условия и на законодательном уровне.

Наряду с этим постоянно расширяется перечень услуг по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи населению. Перечень, установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, содержит 42 вида ВМП, входящих в базовую программу ОМС, и ещё 66 видов вне базовой программы.

В целом, мы можем констатировать, что благодаря эффективной работе страховщиков, тесному взаимодействию медицинских, страховых и общественных организаций выстраивается эффективная модель страховой медицины. И есть все основания полагать, что окончательно данная система, справедливо названная пациентоориентированной, сформируется уже к концу 2018 года.

Хочу отметить, что качественные показатели по реализации территориальной программы ОМС в Чеченской Республике, оценки её деятельности со стороны руководства ЧР и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, позволяют нам говорить, что система ОМС Чеченской Республики не только качественно и в срок выполняет все свои обязательства перед застрахованными лицами, но и является одной из образцовых в стране, это было отмечено и на федеральном уровне.

Подобный результат – слабоем ряда важных факторов: это и своевременное внедрение в регионе механизмов совершенствования обязательного медицинского страхования, и высокая требовательность к уровню организации и выполнения работы на местах, и участие представителей территориального фонда во всех значимых профильных мероприятиях в столице и субъектах РФ, и постоянный обмен передовым опытом с коллегами и т.д.



Главным же фактором прогрессивного развития территориальной системы ОМС, как было отмечено выше, остаётся пристальное внимание к сфере здравоохранения в лице Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова и постоянная поддержка

со стороны руководства Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

СОБЫТИЯ

Наталья Стадченко выступила на I съезде терапевтов Московской области

На базе страховых медицинских компаний организовано 24 федеральных и 116 региональных колл-центров, работает более 6,5 тысяч страховых представителей первого и второго уровней, из них - 218 работает в Московской области.

«В ближайшее время будут подводиться итоги деятельности врачей терапевтов за весь прошедший год. Полагаю, что Московская область должна занять достойное место в рейтинге», - подчеркнула Наталья Стадченко.

Председатель ФОМС напомнила, что сейчас происходит индивидуальное оповещение застрахованных о возможности прохождения диспансеризации и дальнейшая сверка списков лиц, подлежащих диспансеризации в текущем году, которых затем будут информировать о режиме работы медорганизации, графиках проведения обследования.

«На этом этапе очень важно четкое взаимодействие медицинских работников со страховыми представителями. Именно вы завершаете диспансеризацию каждого пациента, и от того, как вы организуете взаимодействие со страховыми компаниями, зависит нагрузка на вас и качество диспансеризации», - обратилась к терапевтам Наталья Стадченко.

Глава ФОМС сообщила, что в России более 36% из числа приглашенных уже прошли диспансеризацию. «При этом численность прошедших диспансеризацию в январе 2017 года по сравнению с аналогичным периодом 2016 года увеличилась на 13%», - проинформировала она.

Наталья Стадченко также обратила внимание, что с 2018 года дополнительно к этим мероприятиям к функционалу страховых представителей добавляется мотивирование населения к выполнению рекомендаций врача по результатам диспансеризации, контроль своевременности диспансерных обследований и приверженности к лекарственной терапии.

Об этом сообщила председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко, выступая на I съезде терапевтов Московской области, который прошел в подмосковном Красногорске.

«Институт страховых представителей — это важный этап в создании унифицированной системы защиты прав застрахованных, когда каждый застрахованный должен знать и свою страховую медицинскую компанию, и своего страхового представителя, его телефон, по которому он может в любое время обращаться по всем «наболевшим» вопросам», - отметила в своем выступлении Наталья Стадченко.

Руководитель ФОМС обратила внимание участников форума, что на текущий момент в Российской Федерации из 146,7 млн. застрахованных лиц обеспечено прикрепление 142,4 млн. человек: «Мы должны обеспечить стопроцентное прикрепление застрахованных лиц к врачу-терапевту. На это следует особое обратить внимание».

Терапевты должны быть заинтересованы в корректности прикрепления к ним застрахованных лиц, а точнее в достоверности отражения информации в регистре застрахованных лиц, который ведет территориальный фонд ОМС. «Это существенно влияет на рейтинг терапевтов, который впервые был проведен в октябре прошлого года» - заметила Наталья Стадченко.

Глава Федерального фонда сообщила, что в рейтинге «ТОП-500 лучших терапевтов России» за первое полугодие 2016-го года, 21 врач-терапевт представляет Московскую область.



ДЕНИЛБЕК АБДУЛАЗИЗОВ ВСТРЕТИЛСЯ С ПОМОЩНИКОМ ГЛАВЫ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ



Источник: Пресс-Служба ТФОМС Чеченской Республики

В рамках исполнения поручения Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова по осуществлению взаимодействия с министерствами и ведомствами региона

согласно распределению полномочий среди помощников, советников и референтов Главы ЧР состоялась встреча помощника Главы республики Тимура Алиева и директора ТФОМС Чеченской Республики Денилбека Абдулазизова.

В ходе беседы руководитель фонда ОМС подробно рассказал гостю о деятельности региональной системы обязательного медицинского страхования, о том, какую роль играет ТФОМС Чеченской Республики в обеспечении населения качественной медицинской помощью.

Он подчеркнул, что во многом успешное функционирование системы ОМС на территории республики обеспечивается всемерной поддержкой Главы ЧР Рамзана Ахматовича Кадырова.

В свою очередь, Тимур Алиев подчеркнул значимость обязательного медицинского страхования, отметив, что качественное функционирование системы ОМС является одним из основных проявлений заботы государства о населении. Далее участники встречи обсудили порядок взаимодействия, а также план совместной работы на текущий год.

ДЕЛЕГАЦИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПРИНЯЛА УЧАСТИЕ В ИТОВОЙ КОЛЛЕГИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ



В Доме Правительства Российской Федерации состоялось заседание итоговой Коллегии Министерства здравоохранения России, на котором были подведены итоги развития отрасли за 2016 год и сформулированы задачи на текущий период.

Делегацию Чеченской Республики на заседании возглавил Заместитель Председателя Правительства ЧР Муса Ахмадов. В ее состав также вошли министр здравоохранения ЧР Эльхан Сулейманов, Директор ТФОМС Чеченской Республики Денилбек Абдулазизов, Руководитель Росздравнадзора по ЧР Юнади Дачаев и председатель ЧРОО «Медицинская Палата» Казбек Межидов.

Коллегия прошла под председательством вице-преьера Правительства РФ Ольги Голодец. Открывая заседание Коллегии, Ольга Юрьевна отметила успехи и достижения федеральной системы здравоохранения, а также обозначила основные векторы развития отрасли.

С подробным отчетом об основных итогах деятельности за прошедший 2016 год, а также планах развития и совершенствования системы здравоохранения на ближайший период выступила Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Она подчеркнула, что за прошедший год в системе здравоохранения страны проделан большой объем работы и до-



Источник: Пресс-Служба ТФОМС Чеченской Республики

ЕЛЕНА СУЧКОВА: РАБОТА ПО ОПОВЕЩЕНИЮ НАСЕЛЕНИЯ О ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЕДЕТСЯ ЭФФЕКТИВНО



стигнуты серьезные результаты. В своем докладе она отметила принципиальные составляющие эффективной системы здравоохранения, в числе которых качество и доступность оказываемой медицинской помощи, которые определяются удовлетворенностью населения получаемыми медицинскими услугами, снижением заболеваемости и смертности населения от основных причин, а также полнотой ресурсного обеспечения лечебного процесса, финансовым фунда-

ментом которого являются средства обязательного медицинского страхования.

Закрывая заседание Коллегии, Ольга Голодец поблагодарила присутствующих за тесное сотрудничество и плодотворную работу, отметив вклад каждого в совершенствование российской медицины.

Руководство Федерального фонда ОМС приняло участие в работе XI Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России».

Открывая мероприятие, министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова обратила внимание, что участники форума «наряду с массовыми стратегиями здорового образа жизни рассмотрят вопросы наиболее эффективной медицинской профилактики - индивидуализированная диспансеризация и скрининги здоровья, которые на самых ранних этапах позволяют выявлять заболевания и противостоять факторам риска».

Президент Лиги здоровья нации, академик Лео Бокерия, в свою очередь, подчеркнул, что здоровье человека – это будущее государства, и каждый должен иметь равные возможности, чтобы заниматься своим здоровьем.

После открытия форума, организаторы и участники форума осмотрели выставку, на которой познакомились с лучшими региональными и отраслевыми практиками в сфере создания условий для ведения здорового образа жизни, с эффективными моделями социального предпринимательства, с работой крупнейших страховых медицинских организаций.

В работе пленарного заседания форума на тему «Межведомственная стратегия формирования здорового образа

жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний» приняли участие представители исполнительных и законодательных органов федеральной власти, профильных ведомств и профессиональных сообществ, главы ряда субъектов Российской Федерации.

В ходе своего выступления заместитель министра здравоохранения России Татьяна Яковлева указала на необходимость создания в каждом регионе центра профилактики, который должен быть межведомственным и осуществлять координацию функций по формированию здорового образа жизни.

«В этих центрах необходимо формировать лекторские группы, которые в доступной форме будут информировать население об основах профилактики», - отметила замминистра.

Т. Яковлева обратила особое внимание на охват населения в ходе диспансеризации – 94% россиян прошли профилактический осмотр. По данным заместителя главы Минздрава, после прохождения диспансеризации у половины россиян были выявлены заболевания, 31% - признаны здоровыми.

Высокую значимость диспансеризации в своем выступлении отметила и заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Елена Сучкова.

«Здоровье нации является одним из приоритетов и главной задачей государственной политики в области здравоохранения. А обязательное медицинское страхование - неотъемлемая часть системы здравоохранения», - подчеркнула она, напомнив, что именно за счет средств ОМС оплачивается входящая в программу госгарантий медицинская помощь, в том числе - проведение профилактических мероприятий и диспансеризации.

«Новый институт страховых представителей появился в связи с развитием пациентоориентированной модели и страховых принципов», - напомнила заместитель председателя ФОМС. Она также выразила уверенность, что страховые представители станут неотъемлемой частью системы ОМС, обеспечивая застрахованных лиц всей необходимой информацией – в том числе и о прохождении диспансеризации.

«Институт страховых представителей начал свою деятельность со второй половины 2016 года. В настоящее время более 6,5 тысяч страховых представителей первого и второго уровней уже прошли специальные курсы обучения и приступили к работе», - рассказала Е. Сучкова.

- На базе территориальных фондов обязательного медицинского страхова-

ния созданы контакт-центры, в страховых медицинских компаниях организованы колл-центры. Страховые представители второго уровня, деятельность которых началась с января 2017 года, уже провели работу по оповещению населения о возможности прохождения диспансеризации. И необходимо отметить, что за такой короткий период первый этап диспансеризации прошли на 16,5% оповещенных больше, чем за аналогичный период прошлого года».

Заместитель председателя ФОМС подчеркнула, что диспансеризация позволяет выявлять на ранних стадиях сердечно-сосудистые и злокачественные заболевания. В завершение своего выступления Е. Сучкова отметила, что только в условиях тесного взаимодействия страховых представителей, медицинских работников и пациентов будут выстроены все необходимые направления по улучшению качества жизни россиян.

В Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Чеченской Республики прошло рабочее совещание под председательством министра здравоохранения Чеченской Республики Эльхана Сулейманова и директора ТФОМС Чеченской Республики Денилбека Абдулазизова. В нём приняли участие директор филиала страховой медицинской организации АО МАКС-М в г. Грозный Ахмед Тапаев и начальники структурных подразделений фонда ОМС.

Здесь были рассмотрены актуаль-

ные вопросы развития регионального здравоохранения в части совершенствования медицинской помощи, оказываемой населению республики. Кроме того, собравшиеся обсудили меры, принимаемые в рамках реализации «майских указов Президента России» в части повышения заработной платы медицинским работникам.

Говоря о важности данного направления, Эльхан Сулейманов отметил, что, несмотря на сложную экономическую ситуацию в стране, данное поручение Президента РФ остается общей



Источник: Пресс-Служба ТФОМС Чеченской Республики

первостепенной задачей Министерства здравоохранения и ТФОМС Чеченской Республики. Он напомнил, что на это же нацеливает компетентные органы региона и Глава ЧР, Герой России Рамзан Ахматович Кадыров, в лице которого сфера здравоохранения региона получает колоссальную поддержку.

Министр также коснулся вопроса о необходимости тесного межведомственного взаимодействия для эффективного планирования и осуществления мероприятий по совершенствованию доступности и качества медицинской помощи, предоставляемой населению.

В свою очередь, Денилбек Абду-

лазизов отметил, что обсуждаемые вопросы остаются в числе приоритетных в деятельности министерства здравоохранения и фонда ОМС. «Совместными усилиями, при том огромном внимании, которое медицинской отрасли уделяет Глава Чеченской Республики, Герой России Рамзан Ахматович Кадыров, уверен, мы добьемся больших результатов», - сказал Д. Абдулазизов.

По итогам совещания был сформулирован перечень предложений и поручений, направленных на повышение качества медицинской помощи в Чеченской Республике.

ГОСДУМА ПЛАНИРУЕТ ВВЕСТИ ВОЗРАСТНОЙ ЦЕНЗ ДЛЯ ГЛАВВРАЧЕЙ И ИХ ЗАМЕСТИТЕЛЕЙ

Госдума рассмотрит законопроект, согласно которому граждане старше 65 лет, вне зависимости от срока действия их трудовых договоров, не могут занимать должности руководителей медорганизаций.

Достигнув 65 лет, руководители

цции. А с заместителями руководителей, перешагнувшими этот возрастной рубеж, будут заключать срочные трудовые договоры. Срок их окончания не может превышать срок действия полномочий руководителя медорганизации.

Авторы законопроекта поясняют, что предусмотрен переходный период. Возрастных руководителей не станут отстранять от должности ближайшие три года. Кроме того, учредитель вправе продлить срок пребывания работника в должности главврача до 70 лет, если об этом попросит общее собрание коллектива медорганизации.

В то же время по Трудовому кодексу, в трудовых отношениях запрещена дискриминация по возрасту, комментирует директор Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ Лариса Попович. Ее поддерживает проректор Академии труда и социальных отношений Александр Сафонов. По его мнению, говорить о возрастных ограничениях можно только, если здоровье работника не позволяет выполнять должностные обязанности.

Планируют, что новые нормы вступят в силу 1 июня 2017 года. С проектом можно ознакомиться на duma.gov.ru (законопроект № 80283-7 от 19.01.2017).

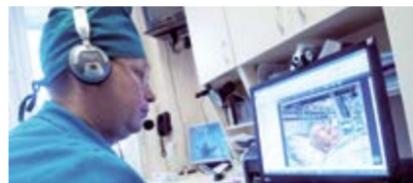


Источник: garant.ru, rg.ru

должны перейти на другие должности, которые соответствуют их квалифика-

В ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ОБСУДИЛИ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МИНЗДРАВ РОССИИ СОЗДАЕТ ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕГИСТРЫ МЕДРАБОТНИКОВ И МЕДОРГАНИЗАЦИЙ



В России появятся федеральные регистры медработников и медорганизаций. Это позволит анализировать потребности в кадрах, отслеживать процесс аккредитации врачей.

Вести регистр медработников будут кадровики учреждений здравоохранения. Они должны будут вносить информацию об образовании врача, специализации, должности, предыдущих местах работы, а также данные СНИЛС и паспорта.

В реестре медорганизаций будут

указывать название организации, ведомственную принадлежность, географические координаты, адрес.

Региональные министерства здравоохранения смогут получить информацию только о работниках своего региона, а Минздрав будет иметь доступ ко всем данным. Рядовых пользователей к этому регистру пока не допустят.

Источник: garant.ru

ПРОГРАММУ «ЗЕМСКИЙ ДОКТОР» ХОТЯТ РАСПРОСТРАНИТЬ НА МАЛЫЕ ГОРОДА



Источник: garant.ru

Законодатели выступили с инициативой внедрить программу «Земский доктор» в городах с населением до 10 тыс. жителей.

Свое предложение разработчики документа аргументируют тем, что инфраструктура таких населенных пунктов практически не отличается от сел, рабочих поселков и поселков городского типа, где сейчас уже действует программа. Авторы законодательной инициативы указывают на то, что в 28 регионах, в которых расположены 92 города с населением менее 10 тыс. человек, обеспеченность врачами ниже, чем в среднем по стране. По их подсчетам, для того чтобы сократить существующий дефицит, понадобится 368 врачей.

Напомним, что «Земский доктор» действует с 2012 года. По условиям

программы, медработники, которые переехали из другого населенного пункта на работу в село, рабочий поселок или поселок городского типа, получают единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн рублей. В программе могут участвовать медработники с высшим образованием, не старше 50 лет, которые заключили договор с уполномоченным органом исполнительной власти региона минимум на 5 лет.

С проектом документа можно ознакомиться на сайте duma.gov.ru (законопроект № 114017-7 от 02.03.2017).

Кроме того, Совет Федерации предлагает в общероссийском масштабе перейти к программе «Земский фельдшер», которая позволит пополнить сельское здравоохранение специалистами со средним медобразованием.

которым необходима паллиативная медпомощь. Регистр должен заработать с 1 января 2018 года.

Минздрав России должен включить в структуру электронной карты модуль по диагностированию болевого синдрома и алгоритмы выбора терапии пациентам с болевым синдромом. Врач введет в модуль данные по результатам осмотра и автоматически получит информацию: насколько сильны болевые ощущения

«РЕГИСТР БОЛИ» ПОЯВИТСЯ В РОССИИ ЧЕРЕЗ ГОД

С 1 января 2018 года в России появится регистр пациентов, нуждающихся в обезболивании. Создать его вице-премьер Ольга Голодец поручила Минздраву России, сообщают в пресс-службе Правительства.

Ольга Голодец поручила Минздраву России создать государственный регистр пациентов, нуждающихся в лечении препаратами, содержащими наркотические и психотропные вещества, и пациентов,



Источник: fiaami.ru

ЭЛЕКТРОННОМУ БОЛЬНИЧНОМУ БЫТЬ



Источник: www.zdrav.ru

у больного и какие лекарства ему показаны для обезбоживания — вплоть до дозировки и времени приема.

Замдиректора по науке Московского научно-исследовательского онкологического института им. П. А. Герцена Георгий Новиков считает, что если оценочные шкалы внедрят, любой врач лечебной специальности будет правильно ориентироваться в терапии хронической боли и, если сам будет не в состоянии оказать помощь, сможет отправить пациента к другим специалистам.

Кроме того, эксперты обсуждают проблему, как снять у врачей страх перед правоохранительными органами. Как рассказал член совета, статс-секре-

тарь Федеральной палаты адвокатов Константин Добрынин, группа сенаторов совместно с Федеральной палатой адвокатов и фондом помощи хосписам «Вера» разработали законопроект, по которому врачей, совершивших правонарушения при работе с наркосодержащими препаратами, будут привлекать не к уголовной, а к административной ответственности. С оговоркой, что правонарушение совершено впервые, а врач не имел корыстного мотива. Проект предполагает внесение изменений в ст. 228 УК РФ и отдельную статью в Административном кодексе. Вице-премьер поручила разработчикам проработать этот вопрос совместно с МВД и Минюстом.

С 1 июля 2017 года вступает в силу Федеральный закон о порядке введения в систему здравоохранения электронных больничных и пособий по беременности и родам. Данная инициатива была одобрена на пленарном заседании Совета Федерации 26 апреля 2017 года.

В связи с введением новой формы листов нетрудоспособности, оформленных в электронном виде, Минздраву по согласованию с Минтруда и Фондом социального страхования РФ (ФСС) предстоит установить порядок формирования электронных больничных, которые должны будут:

- заполняться в автоматизированной информационной системе;
- подтверждаться усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченных лиц;
- размещаться в инфосистеме страховщика.

Правительству РФ предстоит установить порядок взаимодействия страховщика, страхователей, медучреждений и федеральных госучреждений медико-социальной экспертизы по обмену сведениями при оформлении электронного листка нетрудоспособности.

Создание новой формы больничных

листов потребует внесения изменений в ст. 13 «Порядок назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, ежемесячного пособия по уходу за ребенком» ФЗ № 255 «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» от 29 декабря 2006 года, в ст. 59 «Экспертиза временной нетрудоспособности» ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21 ноября 2011.

Что будет нужно для оформления электронного больничного

- наличие письменного согласия пациента (застрахованного лица);
- медицинская организация, и работодатель пациента (страхователь) должны быть участниками системы информационного взаимодействия по обмену сведениями в целях формирования листка нетрудоспособности в форме электронного документа;

- листок нетрудоспособности в форме электронного документа должен быть подписан с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинским работником и медицинской организацией.

ПОЧЕМУ НЕОБХОДИМО МЕНЯТЬ ПЕРВЫЙ ЭТАП ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ?

Бойцов С.А., Ипатов П.В., Калинина А.М.
(ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России)

С 2013 года в нашей стране проводится диспансеризация взрослого населения, нацеленная на выявление главным образом хронических неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые, онкологические, хронические бронхо-легочные заболевания и сахарный диабет) и их факторов риска.

Хронические неинфекционные заболевания находятся в фокусе внимания потому, что они служат причиной почти трех четвертей всех смертей. Выявление заболеваний происходит в два этапа - методы первого этапа предназначены для выявления подозрений на заболевания, а второго – для уточнения диагноза. Кроме того в ходе диспансеризации осуществляется проведение профилактического консультирования для коррекции факторов риска и постановки больных при наличии показаний на диспансерное наблюдение.

Основным содержанием первого этапа диспансеризации является скрининг населения. Концепция скрининга в здравоохранении, то есть активного выявления болезни или ее факторов риска у лиц, считающихся или считающих себя здоровыми, в течение XX века быстро распространилась и в настоящее время широко принята в большинстве развитых стран. Обзор ситуации со скринингом в европейских странах представлен в документе Всемирной организации здравоохранения от 2008 г., подготовленном Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения (Holland WW., Stewart S., Masseria C. Основы политики. Скрининг в Европе. 2008; 71С.).

В соответствии со вторым докладом Национального комитета по скринингу Великобритании (2000 г.), взятого ВОЗ в качестве рекомендуемого, под скринингом понимается «услуга в области здравоохранения, состоящая в том, что представителям конкретной популяции, которые не обязательно понимают, что они подвержены риску заболевания или уже страдают бо-



| Методы первого этапа диспансеризации, подлежащие удалению | Обоснование удаления методов |
|---|--|
| Общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ). | В других странах не проводится. Определение гемоглобина как скрининговый тест используется только для выявления серповидно-клеточной анемии у новорожденных. Частота выявления любых отклонений от нормы анализируемых параметров в 2015 г. - 2,9% (анемия - 0,4%), в 2016 г. - 3,3%. |
| Клинический анализ крови развернутый, 1 раз в 6 лет для граждан 39 лет и старше. | В других странах не проводится. Проведение анализа у бессимптомных лиц сопряжено с частым выявлением функциональных сдвигов, которые требуют подтверждения или исключения и являются причиной назначения большого числа дополнительных исследований, которые в большинстве своем не выявляют опасных заболеваний. Частота выявления любых отклонений от нормы анализируемых параметров в 2015 г. - 4,2%, в 2016 г. - 4,7%. |
| Анализ крови биохимический (креатинин, АСТ, АЛТ, билирубин, холестерин, глюкоза). | В абсолютном числе стран не проводится. Данные недостаточны для оценки баланса пользы и вреда в отношении креатинина. Частота выявления любых отклонений от нормы в 2015 г. - 8,3%, в 2016 г. - 11,1%. |
| Общий анализ мочи. | В абсолютном большинстве стран не проводится. Данные недостаточны для оценки баланса пользы и вреда в отношении теста на микроальбуминурию. |
| УЗИ органов брюшной полости и таза на предмет исключения новообразований 1 раз в 6 лет, начиная с 39 лет. | В других странах не проводится. U.S. Preventive Services Task Force не рекомендует УЗИ-скрининг рака яичников, почек мочевого пузыря и рака поджелудочной железы. Частота выявления любых отклонений от нормы во время УЗИ в 2015 г. - 6,2%, в 2016 г. - 6,9%. |

Таблица 1. Основное содержание требований к процессу организации скрининга и дальнейшему порядку действий (по Cochrane AL., Holland WW. Validation of screening procedures. British Medical Bulletin, 1971; 27(1):3-8)

лезную либо ее осложнениями, задаются вопросы или предлагается тест для выявления лиц, которым с большей вероятностью будет оказана помощь, а не причинен вред, дальнейшими тестами или лечением с целью снижения риска заболевания или его осложнений». Более подробно основное содержание требований к процессу скрининга и дальнейшему порядку действий в случае выявления заболевания или факторов риска, выработанных в 1971 году Cochrane AL. и Holland WW., представлены в таблице 1.

В соответствии с этими требованиями основной, принятой большинством стран, целью скрининга является выявление артериальной гипертонии, ожирения, гиперхолестеринемии, суммарного сердечно-сосудистого риска, сахарного диабета, хронической обструктивной болезни легких, а также рака шейки матки, рака молочной железы и колоректального рака. Рак предстательной железы по причине неочетливого баланса «польза-вред» и низкой медико-экономической эффективности большинством стран в настоящее время не проводится. В ходе скрининга по данным стандартизованного анкетирования также могут быть выявлены подозрения на ишемическую болезнь сердца и ранее не диагностированные перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения.

Скрининг в Российской Федерации, осуществляемый в рамках диспансеризации взрослого населения с регулярностью 1 раз в 3 года, в соответствии с Приказом Минздрава России от 27 февраля 2015 года №36н включает в себя следующие методы:

- анкетирование главным образом на предмет выявления факторов риска неинфекционных заболеваний, ишемической болезни сердца, ранее перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения, а также подозрений на наличие хронической обструктивной болезни легких;
- измерение артериального давления с целью выявления артериальной гипертонии (высокая степень уверенности в существенной пользе);*

*Здесь и далее уровень доказательности использования методов представлен в соответствии с серией рекомендаций по скринингу, разработанных Целевой группой по профилактическим услугам США (U.S. Preventive Services Task Force, 2009-2016) и рекомендациями Американской академии семейных врачей (Association American Family Physician, 2015 и 2017).

- определение индекса массы тела и измерение окружности талии с целью выявления ожирения как фактора риска неинфекционных заболеваний (высокая степень уверенности в умеренной или значительной пользе);

- определение концентрации общего холестерина в крови с целью выявления гиперхолестеринемии как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний (высокая степень уверен-



ности в умеренной или значительной пользе для мужчин и женщин в возрасте 40-75 лет);

- определение концентрации глюкозы в крови с целью выявления сахарного диабета (высокая степень уверенности в умеренной или значительной пользе для мужчин и женщин в возрасте 40-70 лет при избыточной массе тела и ожирении);

- расчет абсолютного суммарного 10-летнего сердечно-сосудистого риска с учетом пола, возраста, уровня систолического артериального давления, концентрации холестерина и отношения к курению; рассчитывается по таблице SCORE для мужчин и женщин в возрасте 40-65 лет, не имеющих доказанных заболеваний, связанных с атеросклерозом, сахарного диабета и хронической болезни почек; Европейские рекомендации по кардиоваскулярной профилактике (2016 г.) рекомендуют



проводить в качестве систематического скрининга 1 раз в 5 лет всем гражданам в возрасте 40-65 лет, имеющим факторы риска, а при отсутствии факторов риска расчет абсолютного суммарного 10-летнего сердечно-сосудистого риска рекомендуется для мужчин старше 40 лет, для женщин старше 50 лет или после менопаузы;

- электрокардиографию покоя с целью выявления нарушений ритма сердца и ранее неизвестного перенесенного инфаркта миокарда (в настоящее время данные недостаточны для оценки баланса пользы и вреда от применения данного метода);

- мазок (соскоб) с поверхности шейки матки и цервикального канала для цитологического исследования с целью выявления рака шейки матки для женщин в возрасте от 21 года до 69 лет (высокая степень уверенности в существенной пользе);

- маммография обеих молочных желез для женщин в возрасте от 39 до 75 лет с целью выявления рака молочной железы (высокая степень уверенности в умеренной или значительной пользе);

- исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (допускается проведение бензидиновой или гваяковой пробы) для граждан в возрасте от 48 до 75 лет с целью выявления колоректального рака (высокая степень уверенности в существенной пользе);

- УЗИ брюшной аорты с целью исключения аневризмы однократно в возрасте 69 или 75 лет для мужчин, когда-либо куривших в жизни (высокая степень уверенности в умеренной или значительной пользе);

- измерение внутриглазного давления для граждан 39 лет и старше (данные недостаточны для оценки баланса пользы и вреда от применения данного метода у лиц старше 60 лет);

| Категория | Содержание требования |
|----------------------------------|--|
| Состояние (заболевание, синдром) | Искомое состояние должно быть важной социально-значимой проблемой здоровья. Состояние должно иметь распознаваемую скрытую или раннюю стадию, проявляющуюся конкретными симптомами. |
| Диагностика | Должен существовать безопасный и приемлемый для применения в целевой популяции диагностический тест. Должен быть выработан согласованный порядок действий, основанный на надежных результатах теста и национальных стандартах, определяющих, кого следует считать пациентами, и какова их маршрутизация. Весь процесс диагностики должен иметь законченный характер, то есть начинаться со скрининг-теста и завершаться окончательным диагнозом. |
| Лечение | Для выявленных заболеваний или предболезненных состояний, должен существовать национальный стандарт лечения или установленный вид вмешательства (например, профилактическое консультирование и рекомендации по коррекции факторов риска), а также должно быть доступно необходимое оборудование и медикаменты для лечения. |
| Стоимость | Стоимость выявления случаев заболевания (включая диагностику и лечение) должна быть экономически обоснована с возможными расходами на медико-санитарную помощь в целом. |

Таблица 2. Методы, подлежащие удалению из первого этапа диспансеризации взрослого населения, и соответствующее обоснование*

* Обоснование представлено в соответствии с серией рекомендаций по скринингу, разработанных Целевой группой по профилактическим услугам США (U.S. Preventive Services Task Force, 2009-2016), рекомендациями Американской академии семейных врачей (Association American Family Physician, 2015 и 2017), а также результатами оценки частоты выявления отклонений от нормы анализируемых параметров и затрат в ходе диспансеризации в 2015 и 2016 гг.

Все остальные методы исследований первого этапа не являются скрининговыми. Флюорография на первом этапе диспансеризации применяется с целью выявления туберкулеза с учетом сохраняющейся в целом неблагоприятной обстановки по данному заболеванию в нашей стране.

В таблице 2 представлен перечень этих методов, кото-

рые предлагается удалить из первого этапа диспансеризации взрослого населения, и соответствующее обоснование.

Следует иметь в виду, что частота отклонений от нормы данных анализируемых параметров в большинстве случаев не свидетельствует о выявлении с такой частотой значимой патологии, поскольку данные методы изначально не соответствуют скрининговым.

Помимо удаления ряда методов исследования с первого этапа диспансеризации одновременно планируется несколько изменений в соответствии с рекомендациями U.S. Preventive Services Task Force, Association American Family Physician и Основами политики по скринингу в Европе.

Во-первых, для выполнения анализа на скрытую кровь в каловых массах планируется использование исключительно только иммунохимического метода, что существенно повысит его чувствительность и специфичность и упростит процесс подготовки к сдаче анализа.

Во-вторых, планируется выполнение маммографии и анализа на скрытую кровь в каловых массах с другой частотой. При этом маммография будет выполняться обязательно в двух проекциях 1 раз в 3 года в возрасте в 39-49 лет и 1 раз в 2 года в возрасте 51-69 лет, а анализ на скрытую кровь в каловых массах - 1 раз в 2 года в возрасте 50-75 лет.

Эти меры также повысят частоту выявления онкологической патологии, но потребуют дополнительных расходов, которые в свою очередь полностью могут быть покрыты за счет удаления из первого этапа диспансеризации неэффективных методов.

Представленные в таблице 2 методы как подлежащие удалению из нового порядка диспансеризации использовались главным образом для привлечения населения к прохождению диспансеризации и формирования стереотипа необходимости регулярного обследования.

Стабильное число лиц, проходящих диспансеризацию (от 20,5 до 22,5 млн. человек в год) в течение четырех лет и факт того, что граждане, прошедшие обследование в 2013 году, практически с таким же откликом пришли на диспансеризацию и в 2016 году, а также первые данные за 2017 год свидетельствуют о наличии у населения необходимого стабильного отклика к прохождению профилактического осмотра.

Безусловно, что исключение представленных в таблице 2 методов первого этапа, а также необходимость проведения маммографии и анализа на скрытую кровь в каловых массах, могут негативно повлиять на отклик населения.

Однако при адекватном и внятном разъяснении со стороны профессионального сообщества и СМИ эта проблема может быть минимизирована. Существенную помощь в привлечении населения к прохождению диспансеризации с 2017 года стали



оказывать страховые компании, что тоже поможет обеспечить необходимый отклик населения.

Отдельным образом необходимо подчеркнуть, что диспансеризация ни в коем случае не подменяет текущую работу участкового терапевта, а является ее дополнением. И в случае наличия обоснованных подозрений участковый терапевт может и должен направить гражданина, пришедшего к нему на прием в рамках диспансеризации, на дополнительное обследование, включая анализы крови, мочи, УЗИ брюшной полости и малого таза или другие необходимые методы исследования.

РОДОВСПОМОЖЕНИЕ – СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Лилия Идрисова, главный врач РКЦОЗМиР им. Аймани Кадыровой, председатель Ассоциации акушеров и гинекологов ЧР, к.м.н.

Нужно ли говорить о том, какую значимую роль сегодня, да и во все времена играло направление медицины, которое связано с таким поистине чудесным явлением, как появление на свет человека. В разные периоды родовспоможение трансформировалось, совершенствовалось, становилось максимально приближенным к потребностям матери и ребёнка.

В Российской Федерации, и в Чеченской Республике в частности, вопросам, касающимся репродукции человека, традиционно уделяется самое пристальное внимание. Прекрасные условия, созданные в сфере здравоохранения по поручению Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова, позволяют утверждать, что медицинские учреждения нашего региона, специализирующиеся на родовспоможении, обладают полным арсеналом необходимых средств и возможностей для того, чтобы на современном, высококачественном уровне оказывать весь спектр медицинских услуг женщинам, готовящимся к рождению ребёнка – на протяжении всего цикла беременности, в том числе в перинатальный период.

Такая благоприятная ситуация – результат грамотного и выверенного подхода к решению возникающих задач со стороны Министерства здравоохранения Чеченской Республики во главе с опытным и профессиональным руководителем Эльханом Абдуллаевичем Сулеймановым. Во многом – это и следствие того, что совершенно на особом счету данная служба и у Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, со стороны которого мы всегда и во всём видим полное понимание и всестороннюю поддержку.

Государственное бюджетное учреждение «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А.Н. Кадыровой» – это лечебно-профилактическое учреждение, которое было основано в 1928 году в целях оказания медицинской помощи беременным, роженицам, гинекологическим больным и новорожденным.

ГБУ «РКЦОЗМиР им. А.Н. Кадыровой» рассчитано на 235 коек и оснащено самой современной медицинской техникой, здесь трудятся высококвалифицированные медицинские работники различных специальностей. Учреждение работает 24 часа в сутки, без выходных и праздничных дней.

ГБУ «РКЦОЗМиР им. А.Н. Кадыровой» функционирует в системе обязательного медицинского страхования.

Наш центр осуществляет следующие основные виды деятельности: оказание качественной акушерской и гинекологической помощи жительницам городов и районов республики; оказание организационно-методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям республики; оказание диагностической, консультативной, лечебной, анестезиолого-реанимационной помощи жительницам республики; деятельность по обеспечению повышения квалификации медицинских работников и обучение студентов медицинского факультета Чеченского государственного университета и Республиканского базового медицинского колледжа; активная пропаганда здорового образа жизни; внедрение эффективных методов диагностики и лечения, прогрессивных форм организации; формирование современной материально-технической базы; а также создание благоприятных возможностей для высокопроизводительного труда и полноценного отдыха – в целях последовательной реализации социальной политики Правительства Чеченской Республики.

На сегодняшний день Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребёнка им. Аймани Кадыровой, как главный родильный дом республики, остаётся средоточием

лучших практик по родовспоможению в регионе, многофункциональным центром, призванным на высоком уровне помогать женщинам в один из самых тяжёлых и вместе с тем ответственных и прекрасных периодов в их жизни.

К самому высокому уровню оказания медицинских услуг нас во многом обязывает и имя замечательного человека, гордости чеченской нации, всеми любимой и уважаемой Аймани Несиевны Кадыровой, которое наш центр носит с огромной гордостью и радостью.

Достаточно сказать, что РОФ им. Первого Президента Чеченской Республики, Героя России Ахмат-Хаджи Кадырова на регулярной основе оказывает нам огромную поддержку в приобретении новейшей медицинской техники.

Так, совсем недавно, в рамках очередной благотворительной акции наш роддом получил в подарок от РОФ электрогидравлический операционный стол экстра-класса Diamond 60 BG от ведущего европейского производителя Schmitz (Германия). Это универсальная, мобильная модель операционного стола, обеспечивающая комфорт и надёжность для любых видов операционных вмешательств. Также РКЦОЗМиР им. Аймани Кадыровой подарили потолочный бестеневой однокупольный операционный светильник Конвелар 1650 ЛЭД.

В нашем Центре проводится большое количество операций, поэтому медицинское оборудование от РОФ активно применяется в ежедневной практике наших докторов, оно значительно облегчает труд хирурга и помогает повысить качество медицинского обслуживания.

Почти 90 лет мы стоим на страже здоровья наших мам и малышей. И в своей работе всегда стремимся внедрить в лечебный процесс всё новое и современное. Так, ещё одним предметом особой гордости для нас является то обстоятельство, что более года назад впервые в Чеченской Республике в нашем центре была успешно освоена практика прове-



дения сложнейшей органосохраняющей операции по отделению вросшей плаценты (метропластика), которая позволяет не утратить репродуктивную функцию матерей.

На сегодняшний день проведено более 60 операций. То есть более 60 женщин получили возможность снова забеременеть и родить! Это огромный опыт даже в масштабах страны. При этом важно отметить, что успешность проведённых операций составляет 95 %.

Постоянное развитие, обмен опытом, внедрение в нашей клинике лучших практик родовспоможения – остаётся одной из приоритетных задач Клиники. Именно поэтому в конце прошлого года в рамках I Национальной конференции с Международным участием на тему: «Родоразрешение в XXI веке: совершенствование хирургических методов, перинатальные исходы» для объединения и профессиональной поддержки специалистов Чеченской Республики было создано Общество акушеров-гинекологов ЧР. Цель создания ассоциации – повы-

шение квалификации акушеров-гинекологов региона, организация стажировок, семинаров, лекций, выездных консультаций, а также награждение лучших врачей республики.

На первом заседании Общества поднимались вопросы совершенствования навыков персонала, в том числе и за счёт выезда врачей в ведущие НИИ и перинатальные центры России. Был зачитан доклад на тему оказания медицинской помощи беременным женщинам с ВИЧ и детям с перинатальным контактом по ВИЧ. По итогам были выработаны рекомендации по перечню вопросов, наиболее актуальных на данное время.

Уже на втором заседании Общества акушеров-гинекологов Чеченской Республики, прошедшем в апреле 2017 года, были рассмотрены такие, остающиеся злободневными вопросы, как помощь ВИЧ-инфицированным роженицам и эвакуация беременных, рожениц и родильниц при неотложных состояниях. Участниками конференции было отмечено, что младенческая смертность в



Чеченской Республике, благодаря мероприятиям, проводимым Министерством здравоохранения ЧР в целях совершенствования системы родовспоможения, снизилась почти вдвое.

Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребёнка им. Аймани Кадыровой намерен продолжить

и активизировать деятельность, направленную на совершенствование и повышение качества оказания медицинских услуг населению, использовать для этого все доступные способы, в том числе по обмену опытом с коллегами из ведущих клиник страны и зарубежья, скорейшему внедрению в нашей клинике лучших до-

стижений медицинской науки и, в целом, созданию максимально благоприятных условий для организации родовспоможения.

ПРЕДСТАВИТЕЛИ ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ИЗУЧИЛИ ОПЫТ СОЗДАНИЯ ПОЛИКЛИНИК ОБРАЗЦОВ



В Ярославле состоялся Общероссийский образовательный семинар-совещание по вопросу организации первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства.

Место проведения форума было обусловлено тем, что именно Ярославская область первой в стране начала внедрение бережливых технологий в медицине. В организации и мероприятиях семинара-совещания приняли участие министр здравоохранения России Вероника Скворцова, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко, врио Губернатора Ярославской области Дмитрий Миронов, замминистра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева, представители Администрации Президента, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Государственной корпорации «Росатом», руководители территориальных фондов ОМС.

В состав делегации от Чеченской Республики вошли за-

меститель министра здравоохранения Ваил Адамов, главный врач Поликлиники N2 г. Грозный Зухра Харкимова, главный врач детской поликлиники N1 г. Грозный Рашан Гайрабекова. ТФОМС Чеченской Республики по поручению директора Денилбека Абдулазизова представили его первый заместитель Рамзан Газиев и помощник Сулиман Эниев.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова в своем выступлении на пленарном заседании отметила, что результаты Ярославской области вдохновляют: проект «Бережливая поликлиника» был запущен в конце 2016 года, но даже за такой короткий срок удалось добиться важных показателей - очереди в пилотных медорганизациях сократились в 8 раз, время ожидания приема врача у двери кабинета - в 12 раз.



Вероника Скворцова отметила, что дружелюбие и комфортность поликлиники – это необходимые требования, только тогда пациенты будут обращаться сюда с профилактическими целями.

Говоря о предстоящих планах, министр заявила о превращении в «бережливые» более 200 поликлиник по всей стране в ближайшие два года.

«По результатам исследования, которое проводил Фонд общественного мнения, здравоохранение входит в топ-5 наиболее остро волнующих граждан сфер жизни, – привел данные заместитель начальника Управления внутренней политики администрации Президента РФ Александр Харичев.

– И проект по созданию бережливых поликлиник – это ответ на запрос населения.

Врио губернатора Ярославской области Дмитрий Миронов рассказал, что на первом этапе в поликлиниках-образцах был проведен анализ, выявивший системные проблемы, которые требуют изменения подходов к организации труда медиков и стандартизацию процессов работы поликлиники.

Комплекс последующих мероприятий был направлен на оптимизацию процессов оказания медицинской помощи: проведены ремонтные работы, сделана перепланировка, организованы колл-центры, внедрены информационные технологии. Особое значение уделено учебе специалистов по работе с

электронной медицинской картой.

В своем докладе о пациентоориентированной модели организации первичной медико-санитарной помощи заместитель министра здравоохранения Татьяна Яковлева констатировала, что лишь 38% пациентов приходят в поликлинику с профилактической целью, остальные 62% посещают врачей по поводу обострений и новых заболеваний. «А должно быть наоборот: 60% - в целях профилактики, 40% - при заболеваниях», - подчеркнула она.

Замминистра особо обратила внимание на важность комфортности при посещении поликлиник: вежливый и квалифицированный персонал, открытые регистратуры, удобная запись на прием через интернет и инфоматы, понятная маршрутизация, забор анализов без очередей, доступность в оптимальные сроки профилактических мероприятий.

В реализации этих требований медицинским организациям сегодня эффективно помогают медицинские страховые компании, которые за свой счет проводят тренинги с работниками поликлиник, отметила Татьяна Яковлева и призвала главных врачей, организаторов здравоохранения активно пользоваться таким ресурсом.

Для оценки динамики реализации проекта «Бережливые поликлиники» руководство Минздрава и председатель ФОМС Наталья Стадченко посетили две ярославские «бережливые поликлиники», изучили работу открытых регистратур, диспансерного сектора и «кабинетов здоровья» по выявлению факторов риска, оценили информационные стенды профилактической направленности, систему маршрутизации пациентов и разведения потоков.

Участники семинара-совещания отметили, что такая модельная схема должна распространяться в масштабах всей страны.

Об этом говорили и в ходе совещания директоров территориальных фондов ОМС, в рамках которого руководители ФОМС обменивались опытом в создании пилотных проектов.

Открывая совещание, председатель ФОМС Н. Стадченко напомнила, что первыми в реализацию проекта «Бережливые поликлиники» включились Севастополь, Ярославская и Калининградская области.

«Были выбраны самые отстающие на тот момент поликлиники, чтобы на их примере увидеть наглядный результат», - обратила внимание Наталья Стадченко. «Осуществлен ремонт регистратур, которые ранее были практически недоступны для общения пациентов с регистраторами. За счет нормированного страхового запаса поликлиники дооснастились в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, но самое главное – это логистика потоков, индивидуальный подход к решению существующих проблем», - подчеркнула председатель ФОМС.

Она также заметила, что не только 20 субъектов Феде-

рации, которые уже официально заявлены как участники проекта «Бережливые поликлиники», но и все остальные регионы должны включиться во внедрение такого подхода, повышающего качество и доступность медицинской помощи.

Директор ТФОМС г. Севастополя Татьяна Гроздова напомнила, что «последние 20 лет первичная медико-санитарная помощь в Севастополе практически отсутствовала, и врачи не были заинтересованы в профилактической направленности».

Она сообщила, что начало реализации проекта прошло через оптимизацию работы регистратур, организацию диспансеризации и оборудование рабочих мест врачей.

«Федеральный фонд ОМС организовал координацию и взаимодействие на всех этапах проекта, - рассказала Татьяна Гроздова. – Одной из ключевых задач, поставленных перед нами, стала организация работы страховых представителей. Севастополь был раньше отстающим: 1 страховой представитель второго уровня на 100 тысяч застрахованных. Мы довели показатель до 1 поверенный на 70 тысяч, планируем и далее увеличивать число страховых представителей, готовим введение третьего уровня страховых представителей».

Директор ТФОМС Калининградской области Элеонора Семеновна рассказала, что в рамках пилотного проекта улучшилось материально-техническое оснащение поликлиник, прошли подготовку медработники, проведены тренинги для работников регистратур и колл-центров поликлиник, изготовлены информационные материалы, приобретены мультимедийные средства и информационные киоски, размещена информация в СМИ о важности профилактических мероприятий.

В результате качественно изменилась эффективность сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи, повысился уровень правовой грамотности населения, вырос уровень удовлетворённости оказанными услугами.

«Бережливая поликлиника» - это проект по совершенствованию амбулаторной помощи путем оптимизации кадровых, имущественных, финансовых и других ресурсов медицинской организации... Реализация проекта превратилась в фабрику



технологий», - так определил суть «пилота» директор ТФОМС Ярославской области Михаил Пушков, добавив, что для достижения необходимых показателей важен анализ, контроль и мониторинг, а также взаимодействие ТФОМС со страховыми медицинскими организациями (СМО). Он отметил, что на территории Ярославской области работает четыре крупнейших СМО, которые консолидировались в единое страховое сообщество для достижения наивысших показателей качества.

Перечисляя условия для успешной реализации проекта, глава ярославского терфонда ОМС отметил «полное погружение в процесс органов исполнительной власти, ТФОМС, страховых и медицинских организаций; наличие индивидуального плана для «стартовых» поликлиник, персональную ответственность всех участников проекта, возможность изменения этапов процесса в целях его оптимизации, необходимость тиражирования положительного опыта».

Завершая совещание директоров ТФОМС, Наталья Стадченко еще раз обратила внимание на важность публичного размещения понятной и доступной для людей информации и призвала активнее подключаться к реализации проекта «Бережливые поликлиники».



НАВСТРЕЧУ ПРОГРЕССУ!



Увайс Магомадов,
начальник управления информационного
обеспечения ТФОМС Чеченской Республики

Сегодня учет медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам, в медицинских организациях Чеченской Республики осуществляется в информационной системе «RegMo», которая отвечает требованиям федерального законодательства в этой области.

При тесном сотрудничестве с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования авторы и разработчики «RegMo» сумели создать работоспособный, интуитивно понятный и доступный для пользования медицинским персоналом продукт.

Наладить работу по учету медпомощи в рамках целого региона – непростая задача, однако, задача, поставленная руководством ТФОМС Чеченской Республики перед информационной службой Территориального фонда ОМС Чеченской Республики, была успешно выполнена.

В кратчайшие сроки удалось наладить полноценное функционирование в медицинских организациях республики системы учета медицинской помощи и ее интеграцию с информационной системой (ИС) ТФ ОМС – «Процессинговый центр».

Система учета RegMo внедрена в 2015 году. С момента ввода в промышленную эксплуатацию в программу оперативно вносятся коррективы и изменения, в соответствии с изменениями нормативной базы, требованиями ТФОМС Чеченской Республики и медицинских организаций, дополняется новыми модулями, позволяющими расширить базовые функции.

В 2016 году программа была дополнена модулем ведения учета прикрепленного к медицинской организации, участковому врачу, участковому педиатру застрахованного населения. Эта доработка позволила помимо учета и сложного расчета стоимости оказанных медицинских услуг сформировать персонализированные реестры прикрепленного к медицинской организации, участковому врачу, участковому педиатру населения, формировать списки подлежащих профилактическим

мероприятиям, получать другую различную статистическую информацию.

В 2017 году в «RegMo» появился новый модуль, позволяющий автоматизировать процесс обработки полисов в регистратурах и приемных отделениях медицинских организаций. Развертывание модуля считывания штрих-кодов направлено, во-первых, на облегчение труда оператора при занесении сведений о пациенте, во-вторых, – на исключение ошибок при ручном вводе данных в систему учета.

В современном мире трудно представить себе область деятельности человека, в котором не применяется штрих-кодирование товаров, услуг, документов, учетной информации и иной продукции. Машинное считывание информации, содержащейся в штрих-коде дает человеку значительные преимущества.

Прежде всего – это время, необходимое на обработку информации. Например, ввод единого номера полиса пациента из 16 цифр нажатием кнопок на клавиатуре займет у опытного оператора минимум 8 секунд. А если прибавить сюда время, необходимое оператору на ввод фамилии, имени, отчества и даты рождения, то на все это уйдет не меньше 2-х минут, в то время, как считывание этих сведений из штрих-кода займет менее 0,3 секунды.

Кроме того, путем использования штрих кода можно в значительной степени сократить время, необходимое на поиск пациента в базе данных.

Следующее преимущество – это более высокая точность в сравнении с ручным вводом данных. При ручном вводе в сред-



нем возникает одна ошибка на 300 знаков (цифр, букв). При работе со штрих-кодом нормой является менее одной ошибки в каждом 1 000 000 считанных кодов. Ошибки при вводе данных приводят к дополнительной потере времени оператора, и, следовательно, затрат медицинской организации.

Утилита чтения штрих-кода полностью интегрируется в программу «RegMO» и позволяет медицинским статистам (операторам ПК) заносить сведения о застрахованном лице с помощью считывания штрих-кода полиса ОМС, в каком бы месте программы он ни находился: в реестре пациентов, в реестре прикрепленных, в редакторе сведений о пациентах и т.д.

Кроме того, с помощью считывания информации штрих-кода можно осуществлять поиск лиц, имеющих в этих реестрах.

Наиболее крупные медицинские организации республики уже пользуются новыми сканерами штрих-кодов полисов обязательного медицинского страхования. По словам операторов и пользователей программы данные нововведения в значительной степени ускоряют процесс приема и регистрации пациента, позволяют избежать нежелательных ошибок, которые в конечном счете влияют на полноценное финансирование медицинских организаций.

Опыт предыдущей работы показал, что часто до 10% подаваемых к оплате случаев отклонялись по результатам регламентных проверок технического контроля. Основная часть дефектных записей при этом отклонялась по причине «Не идентификации застрахованного лица», а качество представляемой медицинскими организациями информации оставляло желать лучшего.

Именно эта проблема была поставлена во главу угла в текущем году. Что же дало внедрение сканеров штрих-кодов медицинским организациям?

Самое главное:

- резко сократилось число ошибочных записей;
- сократилось время и улучшилось качество обслуживания населения в регистратурах, приемных отделениях;
- отклонения от плановых объемов финансирования стали минимальными, медицинские организации смогли лучше планировать свои расходы;

- значительно снизились время и трудозатраты медицинского персонала по фиксации пациента в программе учета оказанной медицинской помощи.

В настоящее время идет активное расширение списка учреждений, внедряющих у себя новый модуль по считыванию штрих-кодов полисов ОМС.

Кроме того, внедрение новых информационных систем и технологий является реальным требованием времени.

Все нововведения в программе «RegMo» разрабатываются по техническим заданиям, составляющимся специалистами информационной службы ТФОМС Чеченской Республики, которая в дальнейшем тестирует разработку и курирует процесс внедрения.

Постоянное внимание ТФ ОМС Чеченской Республики к просьбам и пожеланиям пользователей позволяет успешно развивать и расширять систему учета медицинской помощи.

Общие усилия программистов-разработчиков программы «RegMo», специалистов информационной службы ТФОМС Чеченской Республики, разработчиков ИС ТФОМС «Процессинговый центр» БАРС-групп и, конечно же, специалистов медицинских организаций, работающих с программой учета медицинской помощи, приносят ощутимые результаты. В таком же ключе мы планируем продолжить свою работу и в будущем, общими шагами идя на встречу прогрессу.



КУРЧАЛОЕВСКАЯ ЦРБ – ПЕРЕДОВОЙ ПРИМЕР РАЗВИТИЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Полноценное возрождение медицинской отрасли Чеченской Республики, инфраструктура которой в последние годы была буквально воссоздана «с нуля», не только позволило внедрить самые современные технологии не только в базовых медицинских учреждениях региона, но и явилось фактором значительного прогресса в развитии сферы, в том числе на периферийном уровне.

Образцово-показательной организацией в этом смысле является Курчалоевская центральная районная больница, которая, можно сказать без преувеличения, по многим параметрам ничем не уступает ведущим грозненским клиникам.

Из истории



Несмотря на то, что документальные сведения о начале деятельности Курчалоевской ЦРБ, к сожалению, не сохранились, известно, что больница функционировала ещё в 30-х

годах XX века. До сталинской депортации 1944 года она располагалась в частном доме в центре села Курчалой. Первым главным врачом и одновременно заведующим районным здравотделом с 1940 года здесь был известный, врач, чеченец по национальности Шахаб Шапиевич Эпендиев, который, как мы знаем, впоследствии стал знаменитым хирургом, прославившимся проведением уникальных операций.

Вместе с тем стоит отметить, что как крупный общественный деятель и член организационного комитета по восстановлению Чечено-Ингушской АССР Шахаб Эпендиев внёс большой вклад в дело возвращения чеченского народа на свою историческую Родину. С 1957 года профессиональную деятельность он совмещал с общественной работой, направленной на защиту интересов простых людей, воспитанию национальных кадров, в том числе в региональной системе здравоохранения.

В память о выдающихся достижениях знаменитого врача из Курчалоя названо главное медицинское учреждение в регионе – Республиканская клиническая больница им. Ш.Ш. Эпендиева.

День сегодняшний

В настоящее время Курчалоевская центральная районная больница – это многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, где оказывают высококвалифицированную меди-

цинскую помощь жителям района и республики. Это одно из крупнейших лечебных учреждений сельского здравоохранения Чеченской Республики, оснащённое передовым медицинским оборудованием.

Центральная районная больница Курчалоя лицензирована по разным видам деятельности по первому уровню оказания первичной медико-санитарной помощи. С 2001 года учреждение работает в условиях обязательного медицинского страхования.

Все корпуса больницы после реконструкции и нового строительства, проведённого в 2006-2013 годы в рамках Федеральной целевой программы, отвечают самым современным требованиям для полноценного предоставления медицинских услуг. Администрация с конференц-залом и операционный блок расположены в двух- и трёхэтажных зданиях. Пищеблок, прачечная, гаражи размещены в одноэтажных помещениях.

Здесь есть поликлиника и 7 врачебных амбулаторий на 950 посещений в смену, 10 фельдшерско-акушерских пунктов. Плановая мощность больницы – 310 коек, из них 200 для круглосуточного пребывания и 110 коек – дневного стационара.

ЦРБ располагает отделениями анестезиологии и реаниматологии, хирургическим, терапевтическим стационарами, детским, инфекционным, гинекологическим отделениями, отделением патологии беременных, кабинетом переливания крови, а также детской и женской консультациями.

В ЦРБ работают 159 врачей: 25 врачей высшей категории, 9 врачей первой категории и 1 врач второй категории; 445 человек среднего медицинского персонала, из которых 165 имеют квалификационные категории.

Этапы модернизации

Материально-техническая база Курчалоевской центральной районной больницы значительно улучшилась по итогам реализации программы «Здоровье». За это время были построены новые здания для лечебно-диагностических подразделений ЦРБ, получены 9 единиц санитарного автотранспорта, современный рентгеновский аппарат, флюорографическая установка, 2 аппарата УЗИ, а также приобретены 2 современные лапароскопические стойки для проведения хирургических лапароскопических операций.

На постоянной основе Администрация Курчалоевской ЦРБ уделяет пристальное внимание дальнейшему оснащению учреждения современной медицинской техникой, внедрению современных технологий и улучшению условий сервиса предоставляемых медицинских услуг. Внедряются стандарты оказания скорой и неотложной медицинской помощи, производится телефонизация больницы.

Отдельно нужно отметить, что, к примеру, в хирургическом отделении ЦРБ на самом высоком уровне проводятся



лапароскопические операции на органах брюшной полости. А оториноларингологи больницы зарекомендовали себя высоким процентом успешного выполнения операций на ЛОР-органы различной степени сложности.

Наряду с этим на должном, современном уровне поставлена профилактическая работа диагностических подразделений, деятельность стоматологической службы, отделения анестезиологии и реанимации, кабинета трансфузиологии и других функциональных подразделений. Традиционно большое внимание уделяется вопросам повышения квалификации медицинских работников.

Кадры – главное достояние Курчалоевской ЦРБ

Важным фактором успешного развития сельского здравоохранения и, в частности, Курчалоевской ЦРБ остаётся кадровая составляющая. Нужно сказать, что существенную роль в позитивных процессах, протекающих в больнице сыграл бывший главный врач Азеин Жеберханов, который в настоящее время возглавляет поликлинику при ЦРБ. Под его руководством была проделана огромная работа по структурным и кадровым изменениям, увеличению перечня и объёмов оказываемых в Курчалоевской ЦРБ медицинских услуг, значительному повышению их качества.

Среди сотрудников Курчалоевской ЦРБ есть немало людей, которые вносят неоценимый вклад в развитие учреждения. Как отмечают и коллеги, и пациенты, трудолюбивым, грамотным специалистом, чутким и отзывчивым врачом, каким могло бы гордиться любое современное медицинское учреждение, является заведующий хирургическим отделением Али Магамадов.

Также в числе специалистов высокого класса можно назвать таких ценных медиков, как заведующая отделением анестезиологии-реаниматологии Фатима Аласханова, районный педиатр Макка Бесиева, заместитель главного врача по материнству и детству Майя Ахмадова, заведующая женской

Комментарий

Дагмара БАТЫЖЕВА, главный врач ГБУ «ЦРБ Курчалоевского муниципального района Чеченской Республики»:



- Наша больница расположена в одном из красивейших уголков Чеченской Республики. Всем хорошо известно, что Курчалоевский район – родина многих талантливых людей, прославивших его своими благородными и героическими делами. А населённый пункт Центарой известен не только каждому жителю республики, но и далеко за пределами нашей страны – как родовое село нашего национального лидера, Первого Президента Чеченской Республики, Героя России Ахмат-Хаджи Кадырова и нынешнего Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова. Это не просто предмет особой гордости для нас, а то, что во многом обязывает нас быть достойными имён и великих деяний этих выдающихся людей.

Сегодня благодаря постоянной поддержке со стороны Главы Чеченской Республики Рамзана Ахматовича Кадырова в регионе происходят огромные положительные изменения в области охраны здоровья людей.

Непосредственно реализацией курса нашего национального лидера в этой сфере успешно занимается министр здравоохранения ЧР Эльхан Абдуллаевич Сулейманов.

Мы повсеместно можем наблюдать, что развитие здравоохранения республики вы-

ходит на новый уровень. Строятся новые учреждения с региональными и федеральными стандартами лечебного процесса; достигнуты высокие результаты в кадровом обеспечении системы здравоохранения.

При этом Правительство Чеченской Республики и Министерство здравоохранения ЧР всегда поддерживают и районные больницы, держат вопрос надлежащего исполнения обязательств, касающихся развития сельской медицины, под постоянным контролем.

Отдельно хочется отметить грамотную и эффективную работу Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, в лице которого находим постоянное понимание и поддержку.

Мы очень благодарны Главе, Правительству, Министерству здравоохранения и ФОМС Чеченской Республики за огромное внимание, которое уделяется как нашей больнице, так и, в целом, системе здравоохранения нашего региона.

консультацией Медина Демельханова, заведующая гинекологическим отделением Лидия Нищерякова, заведующая терапевтическим отделением Аминат Хизриева и др.

С ноября 2015 года ЦРБ возглавляет прекрасный специалист с большим опытом практической и административной работы, врач-гинеколог Дагмара Батыжева, выпускница Кубанской государственной медицинской академии. Подготовку и специализацию по таким направлениям, как лапароскопическая и эндоскопическая хирургия, лапароскопическая гинекология, акушерство, главврач Курчалоевской ЦРБ проходила лучших клиниках Москвы, Казани, Краснодар.

Сегодняшние высокие темпы развития лечебного учреждения во многом заслуга именно Дагмары Батыжевой как

отличного организатора здравоохранения, знакомого с работой медицинских учреждений, как говорится, и изнутри, и снаружи. Под её руководством в ЦРБ постоянно происходит совершенствование знаний и корпоративной культуры медперсонала, внедряются новые технологии в диагностике и лечебной практике. А условия, созданные для комфортного пребывания пациентов на амбулаторном и стационарном лечении, позволяют поддерживать современный уровень больницы, сохраняя в то же время академические традиции.

Перспективы

На современном этапе больница динамично развивается, старается выполнять все объёмы и стандарты, заданные Министерством здравоохранения и Фондом обязательного медицинского

страхования ЧР, и обеспечивает высокие показатели, благодаря которым учреждение регулярно отмечают на высоком серьёзном уровне.

Главная цель коллектива больницы – достижение высокого качества оказания медицинской помощи населению в рамках современных стандартов, постоянный поиск способов и методик для модернизации и совершенствования медицинских услуг, оказываемых населению.

Богатая история и динамичные темпы развития здравоохранения района позволяют главной лечебнице Курчалоя уверенно смотреть в будущее и нацеливать свой коллектив на новые достижения в деле качественного медицинского обслуживания населения района.

Зелимхан ЯХИХАНОВ

ЭКСПЕРТНАЯ ПОДДЕРЖКА**ПОПУЛЯРНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТНОЙ ПОДДЕРЖКИ**

В этом обзоре вы найдете ответы ведущих экспертов на самые популярные вопросы

Могут ли оштрафовать медорганизацию за нарушение права пациента на выбор врача и медорганизации?

Медорганизацию штрафуют по перечню оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи.

Внимание: законодательством не установлен порядок реализации права пациента на выбор врача при получении скорой, специализированной и паллиативной медицинской помощи. Законодательного запрета на замену лечащего врача чаще одного раза в год не существует.

Пациент имеет право на выбор врача при получении медпомощи по программе госгарантий. Главный врач должен содействовать выбору пациентом другого врача в установленном порядке. Нарушение права пациента на выбор врача и медорганизации будет основанием для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи. Конкретный размер штрафных санкций определяет договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (п. 8 ст. 39 Закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ).

При оказании медпомощи по программе госгарантий паци-

ент имеет право на выбор медорганизации в порядке, который утвердил уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, и врача с учетом согласия врача (ст. 21 Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ).

Объем прав пациента по выбору врача и медорганизации и порядок выбора врача регламентируют приказы Минздрава России от 26 апреля 2012 г. № 406н и № 407н, Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1342н.

Какая ответственность грозит за несвоевременную подачу Сведений о бюджетном обязательстве (ф. 0506101) в Федеральное казначейство?

За нарушение срока подачи таких сведений должностных лиц учреждения могут оштрафовать. Размер штрафа – от 10 000 до 30 000 руб.

Порядок учета бюджетных обязательств в органах Федерального казначейства установлен приказом Минфина России от 30 декабря 2015 г. № 221н.

За нарушение этого порядка, а значит, и сроков подачи све-

дений предусмотрен штраф. Для казенного учреждения он составляет от 10 000 до 30 000 руб. (ст. 15.15.7 КоАП РФ).

Внимание: 30 000 руб. – максимальный штраф за нарушение срока подачи Сведений о бюджетном обязательстве.

Оштрафовать могут и по статье 15.15.6 Кодекса РФ об административных правонарушениях. Сведения необходимы для исполнения бюджетов (п. 5 ст. 219 Бюджетного кодекса РФ). За нарушение срока подачи сведений, которые нужны для исполнения бюджетов, установлен штраф от 10 000 до 30 000 руб. Такие разъяснения дал Минфин России в письме от 21 октября 2015 г. № 02-10-07/60414. Это письмо разъясняет положения приказа Минфина России от 19 сентября 2008 г. № 98н (утратил силу). Однако его можно применять и сейчас, так как в новом порядке тоже отдельно не прописана ответственность.

Если срок пропустили по вине сотрудника, то он несет персональную ответственность.

Медорганизацию могут привлечь к административной ответственности за несвоевременную выдачу пациенту медицинской документации для ознакомления?

Пациент либо его законный представитель имеет право знакомиться с медицинской документацией, которая отражает состояние его здоровья, в Порядке, утвержденном приказом Минздрава России от 29 июня 2016 г. № 425н (ч. 4 ст. 22 Закона № 323-ФЗ).

Внимание: 30 дней – максимальный срок ожидания посещения кабинета.

Пациент или его законный представитель может ознакомиться с медицинской документацией в специальном помещении медорганизации. Максимальный срок ожидания с момента регистрации письменного запроса не должен превышать сроков, которые установлены законом.

Неправомерный отказ в предоставлении гражданину информации, предоставление которой предусмотрено федеральными законами, несвоевременное ее предоставление либо предоставление заведомо недостоверной информации влечет

наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от 1000 до 3000 руб. (ст. 5.39 КоАП РФ).

Может ли терфонд ОМС потребовать заплатить штраф за нецелевое использование средств ОМС и вернуть их в бюджет терфонда?

Требования территориального фонда ОМС правомерны. Внимание: средства ОМС являются целевыми. Расходуйте их только на реализацию программ ОМС.

Медорганизации обязаны использовать средства ОМС, полученные за оказанную медицинскую помощь, согласно программам ОМС.

За использование не по целевому назначению средств, которые ей перечислили по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, медицинская организация уплачивает в бюджет территориального фонда штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере 1/300 ставки рефинансирования ЦБ РФ, которая действовала на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки.

Средства, которые медорганизация использовала не по целевому назначению, она возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

Таким образом, медицинская организация должна вернуть средства ОМС, которые она использовала не по целевому назначению. Также медицинская организация должна заплатить штраф за нецелевое использование. То есть возврат средств является не штрафом, а особой мерой принуждения.

Могут ли привлечь к административной ответственности за разглашение врачебной тайны?

Медорганизацию могут привлечь к административной ответственности за разглашение врачебной тайны.

Внимание: необходимость хранить врачебную тайну – основной принцип охраны здоровья граждан (ст. 4 Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ).

Информация о медицинской помощи, состоянии здоровья и диагнозе, иные сведения, которые медорганизация получила при медицинском обследовании и лечении пациента, составляют врачебную тайну.

Нельзя разглашать врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицам, которым она стала известна при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей. Исключения содержат части 3 и 4 статьи 13 Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.

Административную ответственность за разглашение такой информации устанавливает статья 13.14 Кодекса РФ об административных правонарушениях. За нарушение врачебной тай-



ны оштрафуют: граждан на сумму от 500 до 1000 руб., должностных лиц – от 4000 до 5000 руб.

Можно ли изменить должностные инструкции, то есть конкретизировать должностные обязанности работников, в связи с внедрением профессиональных стандартов?

Внимание: привести должностные инструкции в соответствие с требованиями профстандартов – один из этапов внедрения профстандартов в организации.

Уведомите работника об изменениях, то есть о необходимости выполнять работу по новой должностной инструкции, согласно статье 74 Трудового кодекса РФ не менее чем за два месяца.

Если работник отказался выполнять работу в новых условиях, трудовой договор с ним можно расторгнуть по пункту 7 части 1 статьи 77 Трудового кодекса РФ (см. апелляционное определение Ростовского областного суда по делу № 33–8683/2016 от 26 мая 2016 года).

Если изменились организационные условия труда и условия трудового договора с работником нельзя сохранить, измените их по своей инициативе. Исключение – когда меняется трудовая функция работника (ст. 74 ТК РФ).

Если условия труда (должностные инструкции) меняются в связи с необходимостью скорректировать обязанности работника без изменения трудовой функции, тогда можно детали-

зировать трудовые действия и необходимые знания и умения работника в соответствии с профстандартом. Это не противоречит положениям статей 15, 57 Трудового кодекса РФ и не нарушает трудовое законодательство РФ.

Имеют ли право работники на доплату за вредные условия труда при неполном рабочем времени

Сотрудники с неполным рабочим временем (на 0,25 ставки) во вредных условиях имеют право на оплату труда в повышенном размере.

Внимание: с 1 января 2014 года все организации обязаны проводить специальную оценку условий труда. В отношении некоторых рабочих мест спецоценку можно проводить поэтапно. Завершить специальную оценку нужно до 31 декабря 2018 года.

Труд работников, которые работают во вредных или опасных условиях труда, оплачивают в повышенном размере.

Минимальный размер повышения оплаты труда таким сотрудникам составляет 4 процента тарифной ставки (оклада), которую устанавливают для различных видов работ с нормальными условиями труда (ст. 147 ТК РФ).

Работа на условиях неполного рабочего времени не влечет для работников каких-либо ограничений продолжительности ежегодного основного оплачиваемого отпуска, исчисления трудового стажа и других трудовых прав (ч. 3 ст. 93 ТК РФ).





Не допускайте работу по совместительству во вредных или опасных условиях труда, если основная работа связана с такими же условиями (ст. 282 ТК РФ).

То есть работник не может работать по совместительству (на 0,25, 0,5 ставки) во вредных условиях и получать соответствующую доплату, если по основной работе также установлены вредные условия труда.

Может ли руководитель бюджетного медучреждения быть контрактным управляющим по Закону № 44-ФЗ?

Руководитель бюджетного медучреждения может быть контрактным управляющим.

Внимание: кроме Закона № 44-ФЗ, требования к контрактной службе содержит Типовое положение, утвержденное приказом Минэкономразвития России от 29 октября 2013 г. № 631.

Чтобы проводить закупки, создайте контрактную службу или назначьте контрактного управляющего. Такие требования установил Закон от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ.

Обязательно создайте контрактную службу, если совокупный годовой объем закупок медорганизации больше 100 млн руб. (ч. 1 ст. 38 Закона № 44-ФЗ). Если меньше – можно либо создать контрактную службу, либо назначить одного или нескольких контрактных управляющих (ч. 2 ст. 38 Закона № 44-ФЗ).

В случае если совокупный годовой объем закупок заказчика в соответствии с планом-графиком не превышает 100 млн руб. и у заказчика отсутствует контрактная служба, заказчик назначает должностное лицо, ответственное за осуществление закупки или нескольких закупок, включая исполнение каждого контракта, – контрактного управляющего (ч. 2 ст. 38 Закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ).

Закон от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ не содержит ограничений по кругу должностных лиц, которые могли бы выполнять функции контрактного управляющего.

Единственное требование, которое предъявляется к контрактному управляющему, – наличие профессионального образования или дополнительного профессионального образования в сфере закупок (ч. 6 ст. 38 Закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ).

Проверьте, чтобы у потенциального сотрудника контрактной службы было:

высшее образование в сфере закупок;
либо высшее образование по любой специальности и дополнительная профпереподготовка в сфере закупок (не менее 250 часов);

либо любое среднее профобразование и дополнительная профпереподготовка в сфере закупок (не менее 250 часов).

Внимание: в состав контрактной службы можно включить любых сотрудников, даже руководящих должностей. Однако они должны иметь специальное образование по закупкам.

Получить профессиональное образование по закупкам нужно и тем сотрудникам, которые также работают в этой сфере. Например, членам комиссии по закупкам (Методические рекомендации к совместному письму от 12 марта 2015 г. Минэкономразвития России № 5594/ЕЕ/Д28и и Минобрнауки России № АК-553/06).

При этом необходимо учитывать особенности регулирования труда руководителя, установленные главой 43 Трудового кодекса РФ.

Нормы Трудового кодекса РФ не запрещают руководителю совмещать должности в подведомственной ему организации, однако ограничения на совмещение должностей руководителем могут быть установлены иными федеральными законами, нормативными правовыми актами субъектов РФ, муниципальными образованиями, уставом учреждения.

Имеет ли право медицинская организация отдать пациенту рентген-снимок после проведенного исследования?

Медицинская организация не имеет права отдавать пациентам, которые получают медицинскую помощь по программе госгарантий, рентген-снимки (а также иную медицинскую документацию, результаты обследований и т. п.).

Внимание: разглашение сведений, которые составляют врачебную тайну, третьим лицам допускается с письменного согласия гражданина, за исключением отдельных случаев, установленных законом.

Медорганизация обязана вести медицинскую документацию в установленном порядке, а также обеспечить ее учет и хранение (п. 11, 12 ч. 1 ст. 79 Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ).



То есть медицинская документация должна находиться в медорганизации (передаваться специалистам других медорганизаций только по их запросу).

Однако пациент имеет право получить документацию (в т. ч. рентген-снимок) на руки для ознакомления, а также получить медицинское заключение по данному снимку.

Каждый пациент имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медорганизации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования (ч. 1 ст. 22 Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ).

Также пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, а также получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки (ч. 4 и 5 ст. 22 Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ).

Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией утвержден приказом Минздрава России от 29 июня 2016 г. № 425н.

Основанием для ознакомления с медицинской документацией является поступление в медорганизацию от пациента либо его законного представителя письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления.

Рассмотрение письменных запросов осуществляет руководитель медорганизации или уполномоченный заместитель руководителя (п. 4 Порядка).

Внимание: необходимость хранить врачебную тайну – основной принцип охраны здоровья граждан (ст. 4 Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ).

Ознакомить пациента с документацией, которая отражает состояние его здоровья, можно тремя способами.

Во время приема (посещения на дому) при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациент имеет право ознакомиться с записями, которые медработник сделал в медицинской документации.

В структурном подразделении медорганизации, в котором пациенты пребывают при оказании медпомощи в круглосуточном и дневном стационаре, если передвижение пациента по медицинским причинам ограничено, в том числе ввиду назначенного режима лечения.

В остальных случаях пациента либо его законного представителя с медицинской документацией следует ознакомить в отдельном помещении медорганизации.

Следует вести журнал предварительной записи посещений и журнал учета работы помещения. Максимальный срок ожидания посещения кабинета – 30 дней.

Может ли оказывать помощь детскому населению фельдшер ФАП, который является структурным подразделением взрослой поликлиники

Фельдшер ФАП может оказывать медицинскую помощь детям.

Внимание: медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медпомощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медорганизациями (ст. 37 Закона № 323-ФЗ).

Правила организации деятельности фельдшерско-акушерского пункта утверждены приказом Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 543н (приложение № 15).

ФАП организуется для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи и паллиативной помощи населению в сельских населенных пунктах.

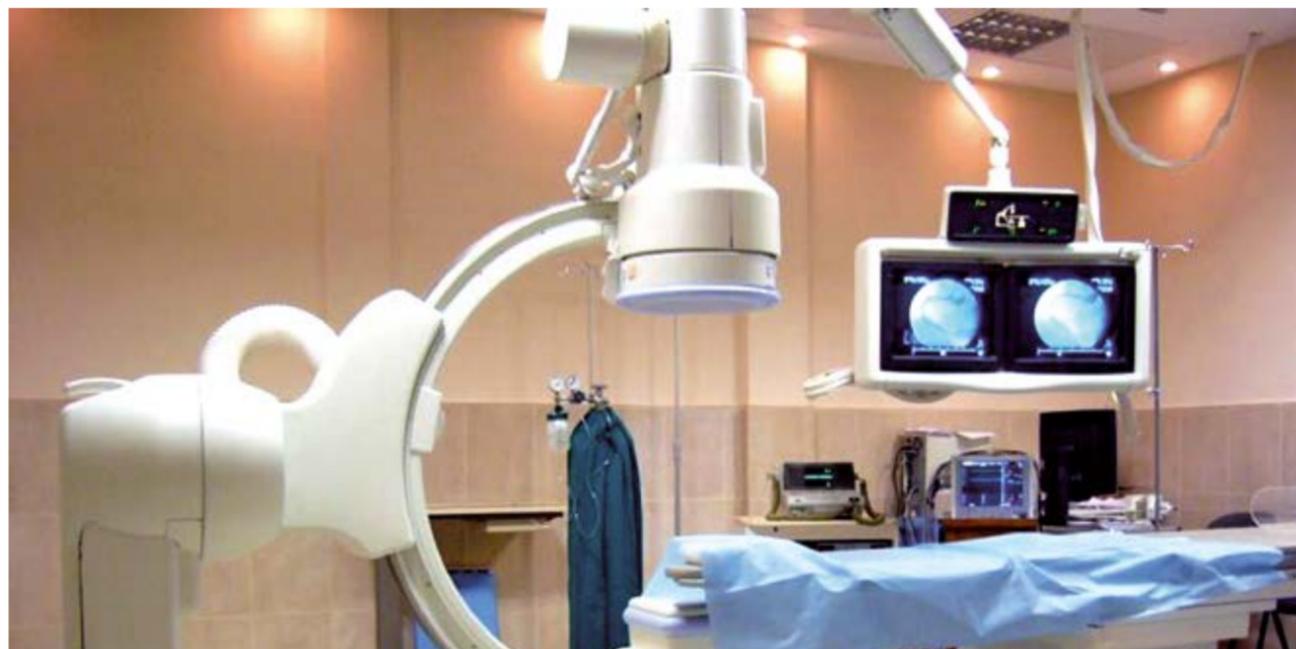
Рекомендуемая численность обслуживаемого ФАП населения – от 300 до 700 человек, включая детское население. Основные задачи ФАП перечислены в пункте 11 Правил. В частности, фельдшер ФАП проводит:

диагностику и лечение неосложненных острых заболеваний, хронических заболеваний и их обострений, травм, отравлений по назначению врача;

систематическое наблюдение за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, которые имеют право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;

профилактические и лечебные мероприятия; патронаж детей;

ежеквартальное обследование детей школьных и дошкольных учреждений на педикулез и т. д.



Имеет ли право пациент на выбор врача – акушера-гинеколога в женской консультации?

Пациент имеет право выбрать (заменить) лечащего врача, в том числе акушера-гинеколога в женской консультации, в порядке, установленном приказом Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 г. № 407н.

Внимание: законодательством не установлен порядок реализации права пациента на выбор врача при получении скорой, специализированной и паллиативной медицинской помощи. Законодательного запрета на замену лечащего врача чаще, чем один раз в год, не существует.

Статьей 21 «Выбор врача и медицинской организации» Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ и Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом Минздрава России от 1 ноября 2012 г. № 572н, прямо не предусмотрено право выбора врача – акушера-гинеколога в женской консультации.

Ранее приказом Минздрава России от 10 февраля 2003 г. № 50 (утратил силу) женщине предоставлялось право выбора врача женской консультации по ее желанию.

В то же время медицинской организации необходимо учитывать положения статьи 70 Закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. Согласно данной статье лечащего врача назначает руководитель медицинской организации (подразделения медицинской организации). Также лечащего врача может выбрать пациент с учетом согласия врача.

В случае требования пациента о замене лечащего врача руководитель медицинской организации должен содействовать выбору пациентом другого врача в порядке, который установил приказ Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 г. № 407н.

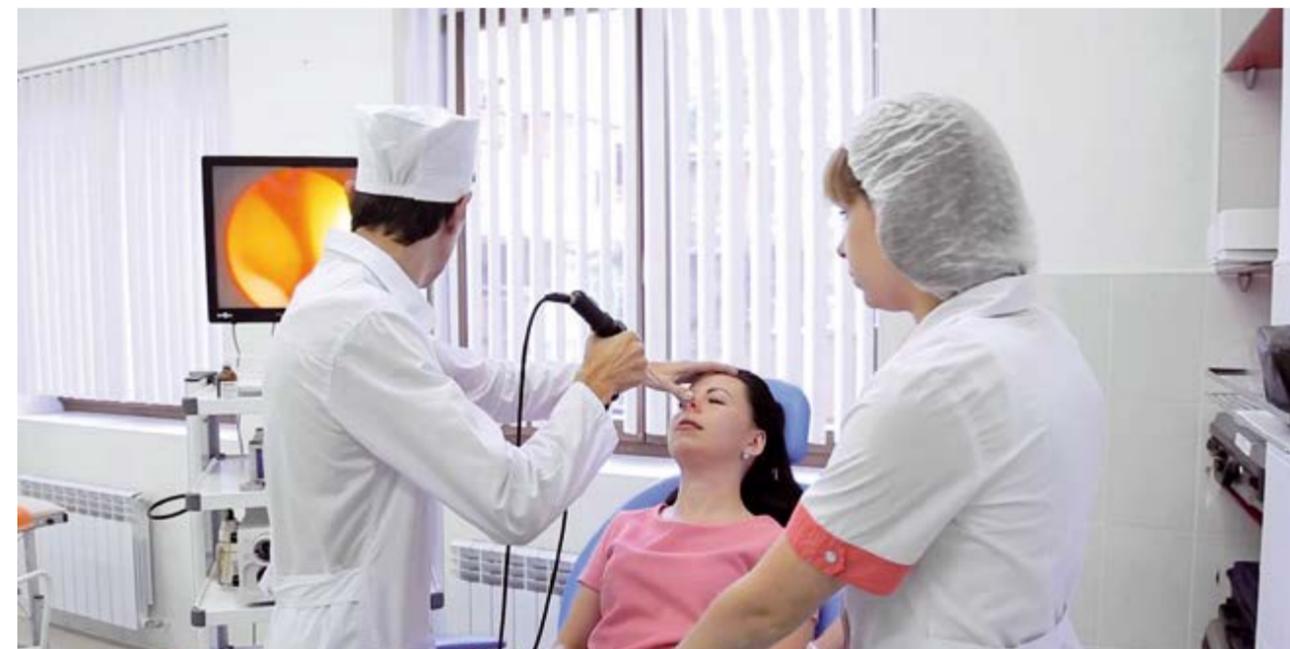
Нужно ли в расчет предельного уровня соотношения среднемесячной зарплаты руководителя и сотрудников включать отпускные, больничные, средний заработок за время командировки?

Отпускные и средний заработок за время командировки в расчет включите, а больничное пособие нет.

Внимание: больничное пособие не включайте в расчет. Это следует из статьи 1.4 Закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ, статьи 183 Трудового кодекса РФ.

Чтобы определить соотношение зарплат руководящих работников и сотрудников учреждения, нужно рассчитать их среднемесячную зарплату. В такой расчет включают суммы фактически начисленной зарплаты, в том числе надбавки и доплаты к зарплате, компенсационные выплаты, премии, денежное содержание, почасовую оплату преподавателям и т. д.

К зарплате относят отпускные и средний заработок за время командировки. Отпускные – это зарплата за неотработанное время. Средний заработок по командировке выплачивают за дни работы сотрудника по графику. То есть он тоже включается в состав зарплаты. Эти выплаты учитывайте в расчете



среднемесячной зарплаты сотрудников и руководителей.

Пособие по нетрудоспособности – это не зарплата. Это вид страхового обеспечения по обязательному соцстрахованию, и относится он к другим гарантиям, а не к зарплате – глава 28 Трудового кодекса РФ. Поэтому больничное пособие в расчет не включайте.

Можно ли сформировать резерв и выплачивать отпускные за счет средств родовых сертификатов?

Медицинская организация вправе сформировать резерв и выплачивать отпускные за счет средств родовых сертификатов.

Внимание: средства от родовых сертификатов распределите между врачами и медицинским персоналом с учетом критериев качества услуг. Именно от качества медицинской помощи зависит конкретная доля средств, которую можно направить на оплату труда.

Для расчета средней зарплаты учтите все предусмотренные системой оплаты труда виды выплат независимо от источника этих выплат (ст. 139 ТК РФ).

Выплаты медработникам за медпомощь женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также диспансерное (профилактическое) наблюдение ребенка в течение первого года жизни учтите при расчете средней зарплаты. То есть за счет данных средств можно выплачивать отпускные.

В Инструкции к Единому плану счетов № 157н приведен счет 401.60 «Резервы предстоящих расходов» (п. 302.1 Инструкции к Единому плану счетов № 157н).

Минфин России указывает на необходимость создания резерва на оплату отпусков всеми организациями госсектора (письма Минфина России от 1 июля 2016 г. № 02-07-05/38558, от 20 июня 2016 г. № 02-07-10/36122).

Резервы предстоящих расходов на оплату отпусков создавайте за счет любых источников финансирования, которые разрешено направлять на оплату труда работников (письмо Минфина России от 14 января 2016 г. № 02-07-10/604).

Обязательно ли медорганизации разрабатывать Положение о внутреннем контроле?

Положение о внутреннем контроле для государственных медицинских учреждений обязательно.

Внимание: система внутреннего контроля – это процесс, который направлен на «обеспечение достаточной уверенности в достижении целей с точки зрения надежности бухгалтерской (финансовой) отчетности, эффективности и результативности хозяйственных операций и соответствия деятельности организации нормативно-правовым актам».

Все учреждения обязаны организовывать внутренний контроль совершаемых фактов хозяйственной жизни.

Из определения факта хозяйственной жизни следует, что внутренний контроль в учреждении должен охватывать сделки,



события и операции, которые влияют на финансовое положение, финансовый результат или движение денежных средств учреждения. При этом все факты хозяйственной жизни являются объектами бухгалтерского (бюджетного) учета. То есть закон требует организовать контроль над данными бухгалтерского (бюджетного) учета и отчетности.

Законом не установлены какие-либо ограничения на порядок, способы, процедуры внутреннего контроля. Следовательно, можно разработать собственную систему контроля.

Вместе с тем, учреждениям при выборе конкретных процедур внутреннего контроля целесообразно учитывать требования и регламенты проведения государственного финансового контроля и (или) финансового контроля со стороны вышестоящего ведомства.

Вправе ли казенное учреждение (другие получатели бюджетных средств) заключать госконтракты и договоры на срок, превышающий финансовый год?

Да, вправе. Но только когда учреждению доведены ЛБО не только на текущий год, но и на плановый период. Кроме того, есть ряд исключений, которые позволяют заключать контракты и на более длительный срок.

Внимание: заключение контракта на поставку медицинских изделий на несколько лет вперед может привести к неэффективному расходованию бюджетных средств. Ведь технологии в этой отрасли быстро развиваются, и в последующие годы купленные медизделия могут устареть, а их цена снизиться.

По общему правилу получатели бюджетных средств (ПБС) вправе заключать контракты в пределах доведенных до них лимитов бюджетных обязательств (ЛБО) (п. 2 ст. 72 Бюджетного

кодекса РФ). На какой период доведут лимиты, зависит от уровня бюджета. На федеральном уровне Закон о бюджете принят на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов. А на местном уровне закон или решение о бюджете могут принять либо на один год, либо на три – текущий год и плановый период.

Бюджетные данные (в т. ч. ЛБО) доводят до главных распорядителей и ПБС либо на один год, либо на три. В первом случае учреждение вправе заключать контракты только на текущий год. Во втором – на срок до трех лет в пределах доведенных ЛБО.

Из этого правила есть исключения, когда контракты можно заключать с превышением доведенных ЛБО. Это возможно в случаях, установленных пунктом 3 статьи 72 Бюджетного кодекса РФ. Аналогичные разъяснения приведены в письмах Минфина России от 24 октября 2014 г. № 02-02-07/53958, от 29 августа 2014 г. № 02-01-10/43351, от 26 октября 2008 г. № 02-03-0/3290 и ФАС России от 9 февраля 2015 г. № АЦ/5147/15. Вместе с тем, в последнем письме ФАС России предупредила: даже если ЛБО довели на несколько лет вперед, заключать долгосрочные контракты не всегда правильно.

Таким образом, заключать контракты участники бюджетного процесса вправе только в пределах доведенных ЛБО. Превышать лимиты нельзя, за исключением ряда случаев. Например, учреждение не вправе заключать договор аренды на 10 лет. Так как цикл услуг аренды не является длительным, его продолжительность регулирует взаимное соглашение сторон договора. Поэтому данный договор не будет исключением.

Внимание: после 1 декабря 2017 года нельзя заключать контракты, по которым предусмотрена выплата в 2017 году аванса или оплата работ (услуг), со сроком исполнения свыше одного месяца. Исключение – контракты, которые заключают по решению Правительства РФ и для гособоронзаказа. Об этом сказано в пункте 16 постановления Правительства РФ от 30 декабря 2016 г. № 1551.

Имеет ли право бюджетное медицинское учреждение заключить контракт по Закону № 44-ФЗ на срок более одного года?

Бюджетное учреждение имеет право заключить контракт по Закону № 44-ФЗ на срок более одного года.

Внимание: разработайте график исполнения контракта, выделите этапы его исполнения, равные одному финансовому году, с указанием оплаты по каждому этапу.

В Законе № 44-ФЗ нет ограничений по сроку заключения контракта. Но заказчики ограничены нормами Бюджетного кодекса РФ, где установлено, что контракты заключают и оплачивают в пределах доведенных лимитов бюджетных обязательств.

Годичный срок контракта, ответственность за оплату с на-

рушением годового срока контракта установлены только для получателей бюджетных средств, к которым учреждения не относятся (письма Минфина России от 12 декабря 2014 г. № 02-10-09/64499 и Минэкономразвития России от 4 мая 2016 г. № 02-04-10/26348, от 29 июля 2014 г. № 02-01-07/37190).

Как оплачивается обучение работника, направленного на повышение квалификации с частичным отрывом от работы?

За часы обучения работнику выплачивается средний заработок, а за часы работы начисляется заработная плата.

Внимание: закон не обязывает работодателя оплачивать дни обучения на курсах повышения квалификации, приходящиеся на выходные.

Повышение квалификации, профессиональную переподготовку и стажировку работников проводят главным образом с отрывом от работы, с частичным отрывом от работы и по индивидуальным формам обучения (п. 4 Порядка, утвержденного приказом Минздрава России от 3 августа 2012 г. № 66н).

Когда работодатель направляет работника на профессиональное обучение или дополнительное профессиональное образование с отрывом от работы, за ним сохраняют место работы (должность) и среднюю заработную плату по основному месту работы (ст. 187 ТК РФ).



Гарантии, которые содержит статья 187 Трудового кодекса РФ, также предоставляют работнику и в случае повышения квалификации с частичным отрывом от работы (см. также письмо Роструда от 12 мая 2011 г. № 1277-6-1).

То есть работодатель должен вести отдельный учет фактически отработанных часов и часов обучения. За часы обучения работнику выплачивают средний заработок, а за часы работы начисляют заработную плату.

© Материалы из Справочной системы «Экономика ЛПУ»

Электронная система «Экономика ЛПУ»



- Проводники по темам
- Разъяснения экспертов
- Вопрос-ответ
- Шаблоны и образцы
- Нормативная база
- Видеосеминары
- Консультации экспертов
- Электронные калькуляторы
- Электронные версии журналов
- Календарь-планировщик



Закажите тестовый доступ на www.elpu.ru

УМУЛКУЛСУМ ИСАЕВА: «В НАШЕЙ РАБОТЕ ВАЖЕН ПОСТОЯННЫЙ КОНТАКТ С ПАЦИЕНТАМИ»

Эндокринологическая служба Чеченской Республики: состояние, проблемы, перспективы



Современная история здравоохранения нашей республики – это мозаика буквально по крупницам возрождённых и воссозданных её отдельных направлений – неврологии, кардиологии, урологии, ревматологии, оториноларингологии и многих других. Существенным, без преувеличения, ключевым фактором в

этом сложном процессе всегда остаётся человек, то есть доктор.

Нужно сказать, что восстановление тех или иных служб, их постоянное совершенствование не всегда определяет образование и профессионализм занятых в этой сфере людей; не в последнюю очередь – это внутренний энтузиазм, благодаря которому многие организаторы здравоохранения в нашей республике, в том числе из новой молодой плеяды, достигают больших успехов.

Одним из таких является наш собеседник – главный врач ГБУ «Республиканский эндокринологический диспансер» У.С. Исаева, которая любезно согласилась рассказать о современном этапе развития эндокринологической службы в Чеченской Республике.

- Умулкулсум Султановна, мы знаем, что Ваша кандидатская диссертация была посвящена исследованию системы организации эндокринологической помощи населению Чеченской Республики. И Вы, как никто другой,

знакомы с этой темой. Расскажите, что сегодня представляет собой республиканская эндокринологическая служба?

- Эндокринологическая служба, как, в целом, вся система здравоохранения нашей республики, сегодня развивается активными темпами. Во многом это заслуга Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова, который уделяет медицине огромное внимание, а также Министерства здравоохранения ЧР, которое непосредственно занимается реализацией политики в данной сфере.

Конкретно эндокринологическая служба в нашей республике обеспечивается, в первую очередь, деятельностью Республиканского эндокринологического диспансера. Это, как вы знаете, главный организационно-методический и лечебно-консультативный центр по оказанию эндокринологической помощи населению Чеченской Республики.

Медучреждение представлено коечной сетью на 130 мест круглосуточного

Для справки:

Исаева Умулкулсум Султановна. Родилась в г. Грозном 12 января 1972 года. В 1998 году окончила Дагестанский государственный медицинский институт. Исаева У.С., будучи педиатром по специальности, прошла годичную интернатуру на базе ГУ «Республиканский эндокринологический диспансер», выбрав специальность детского эндокринолога. С 1998 года работает в ГБУ «РЭД» врачом, детским эндокринологом, с 2004 года переведена на должность заместителя главного врача по медицинской части. В 2009 году Исаева У.С. назначена главным врачом ГУ «Республиканский эндокринологический диспансер», является главным внештатным детским эндокринологом Министерства здравоохранения Чеченской Республики. Врач высшей квалификационной категории, имеет сертификат специалиста по детской эндокринологии и сертификат специалиста по организации здравоохранения. За выдающиеся заслуги в деле развития системы здравоохранения ЧР, Исаева У.С. удостоена звания «Заслуженный врач Чеченской Республики». Награждена орденом Гиппократ с присвоением звания «Лучший медицинский работник России», «Заслуженный гражданин России», «За заслуги в развитии медицины и здравоохранения». Также является Отличником здравоохранения ЧР, отмечена грамотами Минздравсоцразвития РФ, Президента ЧР и Министерства здравоохранения ЧР. Кандидат медицинских наук.



пребывания (в том числе 10 коек при Республиканской детской клинической больнице) и дневным стационаром на 20 коек. Также мы располагаем 7 кабинетами в республиканских медицинских организациях, 11 кабинетами в медицинских организациях г. Грозного и 13 кабинетами в районных больницах.

- По каким основным направлениям работает Республиканский эндокринологический диспансер?

- В то, что мы называем оказанием специализированной медицинской помощи больным с эндокринными заболеваниями, входит широкий спектр направлений. В частности, это разработка и проведение мероприятий по профилактике эндокринных заболеваний, выявлению соответствующих больных и улучшению качества оказываемой им медицинской помощи. Это и оказание консультативно-диагностической, лечебной и профилактической помощи.

Также мы на постоянной основе

предоставляем врачам других специальностей организационно-методическую и иную помощь в их работе по диагностике, лечению и профилактике эндокринных заболеваний.

Особое внимание мы уделяем организации и проведению диспансерного наблюдения за больными с эндокринными заболеваниями, разработке научно-обоснованных прогнозов возникновения и распространения в регионе эндокринных заболеваний.

- То есть – целый комплекс мер?

- Совершенно верно. Это широкий спектр направлений и задач, совокупность которых и обеспечивает нормальное функционирование службы. К примеру, в целях достижения максимально верного результата при диагностике практикуем проведение специфической эндокринологической диагностики и дифференциальной диагностики эндокринных заболеваний с другими заболеваниями. При этом всегда находимся в

поиске, повсеместно стремимся к улучшению и внедрению новых методов диагностики и лечения.

- Каким образом выстраивается связь «больница-доктор-пациент»?

- Это, пожалуй, одна из самых ответственных и сложных задач. Такой контакт действительно очень важен. То есть, обеспечение прочности и эффективности этих взаимоотношений. Мы придаём важное значение проведению диспансеризации и профилактике эндокринных заболеваний и их осложнений. С этой целью занимаемся внедрением образовательных программ среди больных, проводим пропаганду медицинских знаний среди населения.

К примеру, в здании диспансера функционирует 10 школ здоровья: диабета для взрослых и детей, по йоддефицитным заболеваниям, здорового питания, дневного стационара, для больных детей сахарным диабетом, отказа от курения, для больных сахарным диабетом 1 типа,



правильного питания, для больных неврозами, для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и др. Нужно признать, такой комплексный подход даёт свои положительные результаты.

- Довольны ли Вы ситуацией с медицинскими кадрами – по количественным и качественным показателям?

- Если говорить об укомплектованности диспансера и его ячеек необходимыми специалистами, нужно отметить, что картина пока ещё далека от желаемой.

Например, к концу 2016 года в медицинских организациях республики работало 57 врачей – эндокринологов, из них 20 - в республиканских медицинских организациях, в том числе 3 детских эндокринолога. А дефицит врачей-эндокринологов по всей республике составляет 62 единицы (то есть 52,1 %), в том числе 21 (33,3 %) врач-эндокринолог и 41 врач - детский эндокринолог (93,1%).

Вместе с тем, сертификаты специалистов имеют 100% врачей, квалификационную категорию – 31,6%, в том числе высшую категорию – 21%, первую категорию – 10,5%.

Принимаемые в последнее время руководством региона меры позволили значительно снизить кадровый дефицит, и у нас есть все основания полагать, что окончательное выравнивание ситуации – дело времени.

Что касается профессионализма врачей, то здесь дела обстоят значительно лучше. Мы постоянно принимаем участие в мероприятиях по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала в области эндокринологии и диабетологии. Помимо этого, на регулярной основе осуществляется взаимодействие по проблемам эндокринологии с аналогичными учреждениями других регионов, проводятся семинары и конференции по проблемам эндокринологии и диабетологии.

- Какие заболевания доминируют среди населения?

- В РЭД ведётся предусмотренная законодательством учётная и отчётная документация, осуществляется сбор регистров, а также клинко-эпидемиологический анализ распространенности эндокринных заболеваний.

Так вот, ситуация складывается, к сожалению, не самая благоприятная. В конце прошлого года в Чеченской Республике зарегистрирован рост эндокринных заболеваний среди взрослого населения. Это связано не только с тенденцией к росту данной патологии во всём мире, но и ролью экологического фактора, а также образом жизни, психоэмоциональным состоянием людей, особенностями их питания, бесконтрольным приёмом некоторых медикаментов.

Вместе с тем, показатели заболеваемости и болезненности эндокринной патологией среди населения Чеченской Республики ниже показателей по России и субъектам СКФО, однако это обусловлено дефицитом кадров и связанной с этим низкой выявляемостью и регистрацией заболеваемости.

Среди эндокринной патологии наиболее часто встречается патология щитовидной железы и сахарный диабет.

Так, традиционно высокой остаётся заболеваемость нашего населения эндемическим зобом. В 2016 году зарегистрировано 23737 случаев, из них впервые выявлено больных с зобом – 5032. Наибольшая регистрация зоба наблюдается в таких крупных районах, как Урус-Мартановский, Ачхой-Мартановский, Надтеречный, на территории г. Грозного.

Один из наиболее распространенных видов патологии – сахарный диабет, являющийся серьезной медико-социальной проблемой, обусловленной его большой распространенностью и высокой инвалидизацией.

В течение 2016 года от этого недуга умерло 175 больных (в 2015 году – 160). Причиной смерти послужили поздние осложнения диабета, тяжёлая сопутствующая патология со стороны сердечно-сосудистой системы и т.д.

- Соответствует ли объективным запросам эндокринологической службы материально-техническая база диспансера?

- В рамках программы модернизации системы здравоохранения в РЭД проведена информатизация рабочих мест, все кабинеты оснащены компьютерами. При диспансере функционирует кабинет функциональной диагностики с современным аппаратом УЗИ и ЭКГ. В кабинет хирурга закуплен аппарат мини-доп для исследования сосудов нижних конечностей.

Практически все кабинеты ГБУ «РЭД», как специализированного центра по борьбе с эндокринной патологией республиканского значения, оснащены оборудованием согласно стандартам, проведена информатизация рабочих мест.

Имеющиеся проблемы в данном направлении (к примеру, кабинеты эндокринологов в других лечебно-профилактических учреждениях республики не до конца оснащены) решаем в рабочем порядке.

- Благодарю Вас за беседу.

Зелимхан ЯХИХАНОВ



ОБЗОР НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

МИНЗДРАВ РОССИИ БЕРЕТ ПОД КОНТРОЛЬ РЕГИОНАЛЬНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО В СФЕРЕ ОМС

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 05.09.2016 № 654Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ НАДЗОРА ЗА НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫМ РЕГУЛИРОВАНИЕМ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫМ ОРГАНАМИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОПРОСАМ ПЕРЕДАННЫХ ПОЛНОМОЧИЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»

Минздрав России проверит: наличие нормативных правовых актов субъектов РФ по вопросам переданных полномочий, соблюдение сроков их принятия; соответствие нормативных правовых актов субъектов РФ законодательству РФ об ОМС; своевременность внесения изменений в нормативные правовые акты субъектов РФ в случае изменения законодательства РФ об ОМС;

исполнение предписания Минздрава России о внесении изменений в нормативный правовой акт субъекта РФ либо об отмене нормативного правового акта субъекта РФ. Надзор осуществляют с помощью мониторинга и проводят внеплановые документарные проверки.

Высшему должностному лицу субъекта РФ необходимо предоставить в Минздрав России нормативные правовые акты субъекта РФ по вопросам переданных полномочий в течение 3 дней со дня, когда их приняли.

Минздрав России рассматривает нормативный правовой акт субъекта РФ за 15 рабочих дней.

По итогам проверки Минздрав России направляет уведомление вместе с актом о результатах мониторинга; а также указывает обязательные для исполнения предписания.

Если Минздрав России во время проверки выявит нарушения либо несоответствия нормативного правового акта субъекта РФ требованиям законодательства в сфере ОМС, высшему должностному лицу субъекта РФ направят предписание

о внесении изменений. В нем укажут срок исполнения и приложат акты о результатах мониторинга и проверки.

МЕДРАБОТНИКИ СМОГУТ ПОВЫШАТЬ КВАЛИФИКАЦИЮ ЗА СЧЕТ ОМС

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 04.08.2016 № 575Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ВЫБОРА МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРГАНИЗАЦИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ НА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»

Минздрав утвердил порядок, по которому медработники смогут выбирать программу повышения квалификации, чтобы получить дополнительное профобразование за счет ОМС. Медработник должен согласовать с руководителем медорганизации тематику образовательной программы, учебное заведение и сроки обучения. Затем работодатель заключает договор с образовательной организацией на обучение по дополнительной профессиональной образовательной программе. Таким образом, именно работодатель решает: чему, где и как будет учиться медработник. Возможны несколько форм обучения — симуляционные, сетевые, стажировки, дистанционные образовательные технологии и электронное обучение.

УТВЕРДИЛИ ПРОГРАММУ ГОСГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОЙ МЕДПОМОЩИ НА 2017–2019 ГОДЫ

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 19.12.2016 № 1403 «О ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2017 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2018 И 2019 ГОДОВ»



Правительство установило новый способ оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях).

Медицинскую помощь оплатят, в том числе за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Определили, что в части медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляют за счет соответствующих бюджетов, с учетом более низкого, по сравнению со среднероссийским, уровня заболеваемости и смертности населения от социально значимых заболеваний на основе реальной потребности населения установленные в территориальных программах дифференцированные нормативы объема медицинской помощи могут быть обоснованно ниже средних нормативов, предусмотренных соответствующим разделом Программы госгарантий.

Если в территориальной Программе госгарантий установили дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляют

за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, проводят перераспределение бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов по видам и условиям оказания медицинской помощи в пределах размера подушевого норматива финансирования территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов. Установили, что за счет бюджетных ассигнований бюджета ФФОМС осуществляются:

финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, которую не включили в базовую программу обязательного медицинского страхования, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой гражданам РФ федеральными государственными учреждениями, включенными в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения РФ, функции и полномочия учредителя которых осуществляют федеральные органы исполнительной власти;

финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, которую не включили в базовую программу ОМС, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой гражданам РФ медорганизациями частной системы здравоохранения, включенными в перечень, утверждаемый Минздравом РФ с 1 января 2019 года.

За счет бюджетных ассигнований федерального

бюджета осуществляется финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, которую не включили в базовую программу обязательного медицинского страхования, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи за счет дотаций федеральному бюджету в соответствии с Федеральным законом о бюджете ФФОМС на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов в целях предоставления в порядке, который установило Правительство РФ, субсидий бюджетам субъектов РФ на софинансирование расходов субъектов РФ, которые возникают при оказании высокотехнологичной медицинской помощи медицинскими организациями, подведомственными органам государственной власти субъектов РФ.

За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ осуществляют финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, которую оказывают в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъектов РФ, в соответствии с разделом II перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи.

При этом объем высокотехнологичной медицинской помощи в целом по Программе (в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, которую не включили в базовую программу обязательного медицинского страхования, которую оказывают медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти) в расчете на 1 жителя составляет на 2017–2019 годы 0,006 случая госпитализации.

УТВЕРДИЛИ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОПЛАТЕ МЕДПОМОЩИ ЗА СЧЕТ ОМС

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПИСЬМО МИНЗДРАВА РОССИИ № 11–8/10/2–8266, ФФОМС № 12518/26/И ОТ 22.12.2016 «О МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЯХ ПО СПОСОБАМ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»

Обновлены методические рекомендации по способам оплаты медпомощи за счет средств ОМС.

В частности:

в новую модель КСГ включены несколько новых КСГ как для дневного, так и для круглосуточного стационаров; в части КСГ произошла перегруппировка кодов заболеваний и услуг;

для субъектов РФ предусмотрели возможность не использовать коэффициент уровня оказания медпомощи для оплаты медпомощи в дневном стационаре;

уточнили случаи госпитализации, для которых целесообразно



применять коэффициент сложности лечения пациента; расширили справочник возрастных категорий, являющихся классификационными критериями отнесения случая к КСГ (включена новая категория от 0 дней до 2 лет);

определены правила оплаты прерванных случаев оказания медпомощи при переводе пациента в другую медорганизацию, преждевременной выписке пациента из медорганизации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований.

Кроме того, в документ включили рекомендации относительно способов оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и способов оплаты скорой медпомощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования.

Методические рекомендации направлены взамен совместного письма от 24.12.2015 Минздрава России № 11–9/10/2–7938 и ФФОМС № 8089/21-и.

ЖУРНАЛЫ РЕГИСТРАЦИИ ОПЕРАЦИЙ С НАРКОТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РАЗРЕШИЛИ НЕ СКРЕПЛЯТЬ ПЕЧАТЬЮ ПРИ ЕЕ ОТСУТСТВИИ

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 29.12.2016 № 1547 «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В НЕКОТОРЫЕ АКТЫ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ»

Правительство изменило нормативные правовые акты, которые регулируют оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

Эти изменения устанавливают правило, по которому документы скрепляют печатью организации только при ее наличии. Данное правило действует в том числе на документы:

Журнал регистрации операций, связанных с оборотом

наркотических средств и психотропных веществ;
Журнал регистрации операций, связанных с оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ;
Маршрут перевозки наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров;
Акт опечатавания (пломбирования) наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров;
Акт об уничтожении прекурсоров.

УТВЕРЖДЕН ПЕРЕЧЕНЬ ЖНВЛП НА 2017 ГОД

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: РАСПОРЯЖЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 28.12.2016 № 2885-Р «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ И ВАЖНЕЙШИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ НА 2017 ГОД»

Обеспечение граждан лекарственными препаратами по перечню ЖНВЛП осуществляют при оказании медпомощи в рамках Программы госгарантий первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медпомощи, в том числе ВМП, скорой медпомощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медпомощи в стационарных условиях. Назначение и применение лекарственных препаратов из перечня ЖНВЛП, при оказании медпомощи в рамках программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи и терпрограмм госгарантий не подлежат оплате за счет личных средств граждан.

РАСЧЕТ ПРЕДЕЛЬНОГО СООТНОШЕНИЯ ЗАРПЛАТ В 2017 ГОДУ

Как сделать расчет предельного уровня зарплат для руководителей и главбухов в 2017 году?

Среднемесячную зарплату руководителя, его замов и главбуха теперь надо разделить на среднемесячную зарплату остальных сотрудников учреждения. Результат не должен превысить соотношение 1: 8. Максимально допустимый разрыв между зарплатами руководящего состава и сотрудников установили в постановлении Правительства РФ от 10.12.2016 № 1339. Среднемесячную зарплату руководителя, его заместителей Конкретную кратность в зарплатах руководящего и рядового персонала федеральных учреждений установит подзаконными актами федеральное правительство, а региональные власти и муниципалитеты сделают это для учреждений своего уровня бюджета. Конечно, в границах, указанных Правительством

РФ (1: 8). Но учредитель может уменьшить кратность, например, до пяти (1: 5).

Если учредитель не установил предельное соотношение, ориентируйтесь на федеральное значение. Определяют соотношение зарплат по итогам календарного года. Сделать это советуем до аванса за январь, чтобы было больше времени скорректировать систему оплаты труда. Алгоритм такой: сначала рассчитывают среднемесячную зарплату, далее определяют соотношение.

В среднемесячной зарплате учитывают: начисленную зарплату за отработанное время (в том числе стимулирующие выплаты по итогам работы), выплаты, которые установлены районными нормативно-правовыми актами; выплаты, которые вы начислили из среднего заработка за периоды, когда работник выполнял трудовые обязанности (например, в командировке), а также был в отпуске.

Важно Сначала рассчитайте среднемесячную зарплату по рядовым работникам. Затем среднемесячную заработную плату отдельно по каждой должности: руководитель, его замы, главбух.

При этом в нее не включают выплаты: социального характера; иные, которые не относятся к оплате труда (материальная помощь, оплата стоимости питания, проезда, обучения, коммунальных услуг, отдыха и др.).

Если руководитель, его заместители или главный бухгалтер совмещают должности, при расчете среднемесячного заработка по руководящему составу фактически начисленную зарплату учитывают в целом: и по основной работе, и по совмещаемой должности. Когда они работают по совместительству, при расчетах берут только фактически начисленную зарплату по должностям: руководитель, заместитель или главбух.

Чтобы определить соотношение, среднемесячную заработную плату руководителя (заместителя, главного бухгалтера) делят на среднемесячную заработную плату работников учреждения. После этого сравнивают результат с уровнем кратности зарплат, который утвердил учредитель.

Источник: постановление Правительства РФ от 10.12.2016 № 1339.

Требования к должности «медицинская сестра»

Имеет ли право фельдшер с сертификатом «лечебное дело» работать по внутреннему совместительству медицинской сестрой (без сертификата «сестринское дело»)? Фельдшер без сертификата специалиста по специальности «сестринское дело» не имеет права работать (в том числе по внутреннему совместительству) медицинской сестрой.

Важно Если фельдшер не имеет уровня профобразования согласно квалификационным характеристикам для должности медсестры, то он не имеет права совмещать данную должность. Квалификационные требования к специалисту, претендующему на должность медицинской сестры, должны соответствовать требованиям квалификационного справочника. Требования к должности медсестры по приказу Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н:

среднее профессиональное образование по специальностям «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело»; сертификат специалиста по специальностям «сестринское дело», «общая практика», «сестринское дело в педиатрии» без предъявления требований к стажу работы.

Работодатель вправе поручить работнику с его согласия другую работу (не предусмотренную квалификационными характеристиками и должностной инструкцией) за дополнительную плату. Для этого заключите дополнительное соглашение к трудовому договору.

Источник: приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н.

БЕСПЛАТНАЯ МЕДПОМОЩЬ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ ПОЛИСА ОМС

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПИСЬМО МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 17.11.2016 № 17- 8/3102029–49381 «О СОХРАНЕНИИ ПРАВА НА БЕСПЛАТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ ПОЛИСА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»

В сфере ОМС ведут персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам. Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медпомощи относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите (ст. 44 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

Порядок доступа к персональным данным устанавливает Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Согласно ст. 6 Закона № 152-ФЗ согласие застрахованных на обработку персональных данных не нужно. Информационные ресурсы в сфере ОМС, которые содержат персональные данные, сформированы по требованиям законодательства об ОМС.

Действующее законодательство об ОМС не предусматривает удаление персональных данных застрахованных лиц (в т. ч. идентификационных номеров и кодов) из Единого регистра

застрахованных лиц. Вместе с тем в соответствии с разделом II Правил ОМС, которые утвердил приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н, при выборе или замене страховой медорганизации застрахованное лицо вправе выбирать вид полиса — бумажный, электронный, электронный в составе универсальной электронной карты гражданина. Гражданин также вправе отказаться от получения полиса.

В заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации застрахованное лицо или его представитель отмечает «отказ от получения полиса» в том случае, если застрахованное лицо отказывается от получения носителя полиса вообще, независимо от вида носителя. Несмотря на отказ от полиса ОМС, застрахованное лицо имеет право на бесплатное медицинское обслуживание в медицинских организациях, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС по всей России.

МИНЗДРАВ ИЗМЕНИЛ ПОРЯДОК ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛЫХ

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 09.12.2016 № 946Н «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 03.02.2015 № 36АН»

Врач-терапевт и фельдшер фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, когда проводят диспансеризацию, должны информировать граждан в возрасте от 21 года до 48 лет о возможности медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию. Медработники обязаны предоставить адреса медицинских организаций, в которых возможно добровольное, в т. ч. анонимное, освидетельствование на ВИЧ. Плановое значение охвата диспансеризацией населения, которое находится на медицинском обслуживании в медорганизации и подлежит диспансеризации в текущем году, изменено с «не менее 23% ежегодно» на «не менее 21%» прикрепленного населения.

СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ ПАЦИЕНТ ПРОВЕДЕТ У ВРАЧА

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 19.12.2016 № 973Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ТИПОВЫХ ОТРАСЛЕВЫХ НОРМ ВРЕМЕНИ НА ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТ, СВЯЗАННЫХ С ПОСЕЩЕНИЕМ ОДНИМ ПАЦИЕНТОМ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА, ВРАЧА-ЭНДОКРИНОЛОГА, ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА»

Минздрав утвердил временные нормы на посещение пациентом кардиолога, эндокринолога и стоматолога-терапевта. Нормы времени на одно посещение пациентом врача в связи с заболеванием: для кардиолога – 24 минуты, эндокринолога – 19 минут, стоматолога-терапевта – 44 минуты. При посещении врача-специалиста с профилактической целью продолжительность приема устанавливается в размере 60–70% от норм. Приказ вводит поправочные коэффициенты к установленным нормам времени в зависимости от плотности проживания прикрепленного населения, уровня заболеваемости населения, доли лиц старше трудоспособного возраста.

МЕДРАБОТНИКИ СНОВА ПОЛУЧАТ КОМПЕНСАЦИОННУЮ ВЫПЛАТУ ЗА РАБОТУ НА СЕЛЕ

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 28.12.2016 № 472-ФЗ «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН “ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ”»

В 2017 году правительство продолжит выплачивать единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам. Единовременную компенсационную выплату 1 млн рублей получают в 2017 году медработники, которые приедут для работы в сельскую местность. Требования к медработникам: возраст до 50 лет, высшее образование, прибыли или переехали на работу в сельский населенный пункт, рабочий поселок, поселок городского типа в 2016 и 2017 годах. На региональные органы власти возложили контроль за соблюдением условий осуществления вышеуказанных выплат медработникам.

ИЗМЕНИЛСЯ СРОК УПЛАТЫ ВЗНОСА НА ОМС

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 28.12.2016 № 473-ФЗ «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В СТАТЬИ 24 И 27 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА “ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ” И СТАТЬЮ 2 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА “О РАЗМЕРЕ И ПОРЯДКЕ РАСЧЕТА ТАРИФА СТРАХОВОГО ВЗНОСА НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ”»

УТОЧНЕН СРОК УПЛАТЫ ЕЖЕМЕСЯЧНОГО ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ПЛАТЕЖА В БЮДЖЕТ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО



СТРАХОВАНИЯ.

Ежемесячный обязательный платеж подлежит уплате в срок не позднее 28-го числа текущего календарного месяца. Ранее – не позднее 20-го числа.

Субвенции для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования в субъекте РФ предоставляются в том числе при условии перечисления в бюджет ФФОМС ежемесячно 1/12 годового объема бюджетных ассигнований на ОМС неработающего населения.

Объем бюджетных ассигнований утверждает закон о бюджете субъекта РФ в срок не позднее 28-го числа каждого месяца.

МАТЕРИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС

Можно ли оказывать материальную помощь сотруднику за счет средств ОМС?

Материальную помощь, которую предусмотрели в локальных актах (коллективных договорах) медорганизации, можно оказать за счет средств ОМС.

Конкретный перечень оснований для выплат материальной помощи установите в коллективных договорах и локальных актах медорганизации.

Выплату материальной помощи за счет фонда оплаты труда, которая не относится к выплатам поощрительного, стимулирующего характера, отнесите на подстатью 211 «Заработная плата» КОСГУ.

Медорганизации используют средства ОМС, которые получили за оказанную медпомощь, в соответствии с программами ОМС. Страховая медорганизация направляет целевые средства в объеме и на условиях, которые устанавливает терпрограмма ОМС. Структура тарифа на оплату медпомощи определяет направления расходования средств ОМС. Тариф включает

в себя в том числе и расходы на заработную плату. Средства ОМС — средства целевого финансирования. Расходуйте их только на реализацию программ ОМС. То есть материальную помощь можно выплатить работнику, который участвует в реализации территориальной программы ОМС. Источник: подп. 5 п. 2 ст. 20 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

ОПЛАТА АРЕНДЫ ОБОРУДОВАНИЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС

Можно ли заключить договор аренды оборудования с переходом права собственности на оборудование и оплатить его за счет средств ОМС?

Медорганизация не вправе заключить договор аренды оборудования с переходом права собственности.

Медорганизации используют средства ОМС, которые получили за оказанную медпомощь, в соответствии с программами ОМС. Структура тарифа на оплату медпомощи определяет направления расходования средств ОМС. Тариф включает в себя расходы на арендную плату, расходы на приобретение основных средств стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу.

В законе или договоре аренды может быть предусмотрено, что арендованное имущество переходит в собственность, когда закончится срок аренды или раньше, если внести всю выкупную цену (ст. 624 ГК РФ).

Договор аренды имущества с последующим переходом права собственности заключают по форме договора купли-продажи такого имущества (ст. 609 ГК РФ). То есть в результате медорганизация приобретает основное средство стоимостью свыше 100 тыс. руб. в собственность.

Такие расходы не включены в состав тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС.

Источник: подп. 5 п. 2 ст. 20 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 23.08.2016 № 625Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ»

Экспертизу временной нетрудоспособности проводят в целях определения способности гражданина осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода гражданина по состоянию здоровья на другую работу, а также принятия решения о направлении

гражданина на медико-социальную экспертизу. При проведении экспертизы временной нетрудоспособности лечащий врач (фельдшер, зубной врач): устанавливает диагноз заболевания и степень функциональных нарушений органов и систем, наличие осложнений и степень их тяжести на основании сбора анамнеза и жалоб, внешнего осмотра гражданина; рекомендует профилактические, диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия, определяет лечение, назначает исследования и консультации врачей-специалистов; определяет сроки временной нетрудоспособности в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н; отражает в медицинской документации гражданина сведения о состоянии его здоровья, с обоснованием необходимости временного освобождения от работы; характере и условиях труда, социальных факторах или обосновании закрытия листка нетрудоспособности при восстановлении трудоспособности; выданном листке нетрудоспособности; анализирует причины заболеваемости с временной утратой трудоспособности и первичного выхода на инвалидность, принимает участие в разработке и реализации мероприятий по их снижению; направляет гражданина на экспертизу временной нетрудоспособности при необходимости продлить листок нетрудоспособности свыше срока, который установлен законом. Экспертизу проводит врачебная комиссия медорганизации.

ПОСТАНОВКА НА УЧЕТ БЮДЖЕТНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПИСЬМО ФЕДЕРАЛЬНОГО КАЗНАЧЕЙСТВА ОТ 13.01.2017 № 07-04-05/03-38 «О ОСОБЕННОСТЯХ ПОСТАНОВКИ НА УЧЕТ БЮДЖЕТНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ»

Бюджетные обязательства по зарплате на лицевом счете учитывают на основании приказа об утверждении штатного расписания с расчетом годового фонда оплаты труда. Но пока Федеральное казначейство будет принимать заявки на кассовый расход на перечисление зарплаты, даже если на лицевом счете не учтены соответствующие бюджетные и денежные обязательства. В этом случае казначейский орган самостоятельно отразит эти обязательства на лицевом счете.

РАСЧЕТ СРЕДНЕМЕСЯЧНОЙ ЗАРПЛАТЫ РУКОВОДИТЕЛЕЙ И ИХ ЗАМЕСТИТЕЛЕЙ

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ИНФОРМАЦИЯ МИНТРУДА РОССИИ ОТ 03.03.2017 № Б/Н «О РАССЧИТЫВАЕМОЙ ЗА



КАЛЕНДАРНЫЙ ГОД СРЕДНЕМЕСЯЧНОЙ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЕ РУКОВОДИТЕЛЕЙ, ИХ ЗАМЕСТИТЕЛЕЙ И ГЛАВНЫХ БУХГАЛТЕРОВ В ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ» ЗА 2016 ГОД»

Правила размещения информации утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2016 № 1521.

Пунктом 4 Правил предусмотрено, что информация размещается в сети Интернет не позднее 15 мая года, следующего за отчетным.

Расчет среднемесячной заработной платы руководителей, их заместителей, главных бухгалтеров и соответственно размещение информации в сети Интернет согласно Федеральному закону следует осуществлять по итогам года, т. е. за 2017 год, начиная с 2018 года.

УСТАНОВЛЕННЫ ТРЕБОВАНИЯ К УПАКОВКЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 08.02.2017 № 47Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ, В ОТНОШЕНИИ КОТОРЫХ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ ТРЕБОВАНИЯ К ОБЪЕМУ ТАРЫ, УПАКОВКЕ И КОМПЛЕКТНОСТИ»

Установлен перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в отношении которых

предусматриваются требования к объему тары, упаковке и комплектности.

Перечень включает 3 группы лекарственных препаратов для внутреннего применения, производство которых, а также их продажа и передача производителями лекарственных средств осуществляются в таре, содержащей объем препарата:

не более 25 мл (к ним в том числе относятся настойки «Боярышника плоды», «Гриб березовый», «Календулы лекарственной цветки»);

не более 50 мл (в частности, настойка «Эхинацеи пурпурной трава»);

не более 100 мл (в том числе эликсир «Душицы обыкновенной трава + Пустырника трава + Тысячелистника обыкновенного трава»).

КАК ИСПРАВИТЬ ОШИБКИ В ПРОТОКОЛАХ ПРИЕМА В ЕИС

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ИНФОРМАЦИЯ ОПУБЛИКОВАНА НА ОФИЦИАЛЬНОМ САЙТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО КАЗНАЧЕЙСТВА 23.01.2017.

Федеральное казначейство опубликовало разъяснения, как исправить ошибки в протоколах приема при размещении планов закупок и планов-графиков в ЕИС. Например, возникла ошибка: «Товара, работы или услуги с кодом 68.32.11.000 в теге (commonInfo\OKPD2Info\OKPD2\code) не найдено в актуальном состоянии в справочнике ОК 034-2014 (ОКПД2)». Чтобы ее исправить, нужно исключить позицию из плана закупок с некорректным ОКПД 2. При необходимости сформировать новую позицию плана закупок с указанием валидного ОКПД 2. Для системного решения следует актуализировать справочник ОКПД 2 в бюджетном планировании.



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Редакционный совет:

Председатель редакционного совета:
Д.Ш. Абдулазизов, директор ТФОМС Чеченской Республики

Главный редактор:
Р.Ш. Газиев, первый заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

Ответственный за выпуск:
С.М. Эниев, помощник директора ТФОМС Чеченской Республики

Члены редакционного совета:

И.Ю. Селезнёв, советник Председателя Федерального фонда ОМС

П.В. Исакова, заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики

З.Х. Дадаева, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

Э.А. Алиев, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

А.Ш. Тапаев, директор филиала страховой медицинской организации ЗАО «МАКС-М» в г. Грозный

А.Х. Хасуева, начальник финансово-экономического управления ТФОМС Чеченской Республики

С. А. Метаев, главный врач ГБУ «Республиканская клиническая больница» им. Ш.Ш.Эпендиева

К.С. Межидов, главный врач ГБУ «Республиканская детская клиническая больница»

О.А.Воронцова, заведующая редакцией журнала «ОМС в РФ»

Учредитель: Общество с ограниченной ответственностью «Контур-Медиа». Адрес редакции: Чеченская Республика, г. Грозный, пр.Кирова, 3.

Журнал издается ООО «Капитал-Перспектива - 3000». Адрес: Чеченская Республика, г. Шали, пл. Орджоникидзе, 4

Адрес типографии: Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, Халтуринский пер. 130-1, 44, «Медиаграф»

Номер подписан в печать 04.04.2017 г. Дата выхода - 28.05.2017 г. Тираж 5000 экз. Распространяется бесплатно.

При перепечатке ссылка на журнал «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике» обязательна.

© «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике», 2017.

Зарегистрирован в Управлении Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Чеченской Республике.

Регистрационный номер: ПИ № ТУ 20-00095.





ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ