



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ **СТРАХОВАНИЕ** В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВЫПУСК №4 (16)

РАСШИРЕННОЕ СОВЕЩАНИЕ

СОВЕТА ДИРЕКТОРОВ ФОНДОВ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ И ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ
ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОМС В ФЕДЕРАЛЬНЫХ
ОКРУГАХ

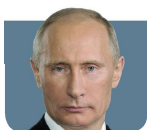
ДЕНИЛБЕК АБДУЛАЗИЗОВ:

«КОНТАКТ-ЦЕНТР ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ – МЕХАНИЗМ «ОБРАТНОЙ СВЯЗИ»
С ЗАСТРАХОВАННЫМ НАСЕЛЕНИЕМ»

25 АКТУАЛЬНЫХ ВОПРОСОВ И ОТВЕТОВ ПО ОМС

Эльхан Сулейманов:

**«Уровень здравоохранения мы будем
поднимать мобильно и поэтапно»**



«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

ИЮНЬ, 2016



СОДЕРЖАНИЕ:

Расширенное совещание Совета директоров фондов обязательного медицинского страхования и представителей Федерального фонда ОМС в федеральных округах	6	Эльхан Сулейманов: «Уровень здравоохранения мы будем поднимать мобильно и поэтапно»	8	Денисбек Абулхаезов: «Контакт-центр ФФОМС Чеченской Республики – механизм «обратной связи» с застрахованным населением»	12
Исмаилов Адам: «Мы делаем все, чтобы наши пациенты быстро шли на поправку»	14	А.Л. Ланденбрaten. Стимулирующие системы оплаты труда: принципы внедрения	16	Первая городская. Интервью с главным врачом ГБ №1 Р.Д. Адаевым.	22
25 актуальных вопросов и ответов по ОМС	24	На страже здоровья наших детей. Беседа с руководителем ГБУ «Детская городская больница №2 им. Бирилант Шихсановой»	34	СОБЫТИЯ	37
Обзор нормативных документов	50				

СОБЫТИЯ:

37	Светлана Карчевская: «Институт страховых представителей необходим для развития ОМС»	44	Новые стандарты скорой медицинской помощи
38	В Пятигорске обсудили предварительные итоги деятельности территориальных фондов ОМС субъектов СКФО	45	Сопровождение застрахованных лиц через страховых представителей
39	Новые критерии оценки качества медицинской помощи с 2017 года	46	Правительство предложило изменить порядок перечисления страхового взноса на ОМС неработающего населения
40	Внесены изменения в Правила ОМС	47	ФФОМС о недопустимости отказа в оказании медпомощи новорожденным до оформления полиса ОМС
41	Больницы и поликлиники накажут рублем за некачественную помощь	48	Как будет проходить повышение квалификации врачей за счет ФФОМС
42	Федеральные клиники будут получать субсидии на ВМП напрямую из ФФОМС	49	Электронный больничный: поэтапное внедрение
43	ФФОМС Чеченской Республики информирует: СНИЛС является обязательным документом для получения полиса ОМС		

Расширенное совещание Совета директоров фондов обязательного медицинского страхования и представителей Федерального фонда ОМС в федеральных округах

В городе Санкт–Петербург в Световом зале Смольного состоялась расширенное совещание Совета директоров фондов обязательного медицинского страхования и представителей Федерального фонда ОМС в федеральных округах.



Совещание открыли губернатор Санкт-Петербурга Георгий Полтавченко, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко и помощник Министра здравоохранения Российской Федерации Виталий Флекс.

Георгий Полтавченко подчеркнул, что решение провести эту встречу в Санкт-Петербурге можно воспринимать как высокую оценку эффективности системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования в городе.

«Благодаря целенаправленным мерам и плодотворной совместной работе Правительства города, Законодательного Собрания, Территориального фонда ОМС за последние годы петербургское здравоохранение

сделало значительный шаг вперед. Для нас повышение эффективности и качества медицинских услуг, обеспечение их доступности – один из важнейших приоритетов, поэтому расходы на здравоохранение были и остаются одной из наиболее существенных статей городского бюджета», – сказал губернатор.

В частности, город вкладывает значительные средства в строительство новых больниц и поликлиник, оснащение медицинских учреждений самым современным оборудованием. В рамках поддержки реализации программы обязательного медицинского страхования только в 2016 году дополнительно к средствам Федерального фонда ОМС город выделил более 10 млрд рублей. Еще 1 млрд рублей был направлен на эти цели при

поправках бюджета.

Как сообщил губернатор, в Петербурге достигнут рекордно низкий показатель младенческой смертности. Город занимает лидирующие позиции по объемам высокотехнологичной медицинской помощи. При этом общее число пациентов, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь в Петербурге, за последние два года увеличилось на 40%. Северная столица опережает другие регионы и по такому важному виду медицинской помощи, как стентирование коронарных артерий при остром коронарном синдроме. Кроме того, в Санкт-Петербурге накоплен значительный опыт реализации проектов государственно-частного партнерства как в обеспечении доступности первичной меди-



ко-социальной помощи, так и в области высокотехнологий.

На совещании было отмечено, что благодаря включению высокотехнологичной медицинской помощи в обязательное медицинское страхование по целому ряду медицинских услуг удалось ликвидировать многолетние очереди «на квоты». Равный доступ жителей всех регионов к таким видам помощи привел к развитию здоровой конкуренции клиник в борьбе за пациента. Георгий Полтавченко обратил внимание на то, что многие россияне выбирают именно петербургские клиники. В прошлом году в медицинские учреждения города пролечилось более 100 тыс. жителей из других регионов. В этом году эта цифра может вырасти в полтора раза.

Губернатор поблагодарил за поддержку в решении ключевых задач в здравоохранении руководство Федерального фонда ОМС и Министерства здравоохранения России. Он также высоко оценил вклад Территориального фонда Санкт-Петербурга в осуществление принципов определения объемов медицинской помощи и разработку новых информационных продуктов, таких как городской кардиорегистр.

В повестку дня совещания вошли вопросы реализации законодательства в



сфере ОМС и окончательного перехода на страховые принципы, организации дополнительного профессионального образования медицинских работников, приобретения и проведения ремонта медицинского оборудования. Руководители территориальных фондов представили опыт регионов в повышении доступности и качества медицинской помощи застрахованным, работе с обращениями граждан, индивидуальном сопровождении застрахованных и применении мультидисциплинарного подхода к проведению экспертизы качества медицинской помощи.

Перед совещанием состоялась личная

встреча Георгия Полтавченко с Натальей Стадченко. Руководитель Федерального фонда ОМС отметила, что Территориальный фонд Санкт-Петербурга остается одним из ведущих фондов страны. Его коллектив отличает профессионализм. Достигнутым высоким результатам в его работе способствует эффективное взаимодействие с Комитетом по здравоохранению города.



ЭЛЬХАН СУЛЕЙМАНОВ: «УРОВЕНЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЫ БУДЕМ ПОДНИМАТЬ МОБИЛЬНО И ПОЭТАПНО»

В конце апреля текущего года Глава Чеченской Республики, Герой России Рамзан Кадыров назначил министром здравоохранения ЧР Эльхана Сулейманова – опытного врача-хирурга, который ранее возглавлял Республиканский онкологический диспансер. «Мы видим в вас человека, который сможет поднять на качественно новый уровень здравоохранение в республике», – сказал на встрече с новым министром Р. Кадыров.

О первоочередных задачах и планах ведомства мы попросили рассказать Э.А. Сулейманова в эксклюзивном интервью для нашего Журнала.

- Эльхан Абдуллаевич, какие задачи поставил перед Вами Глава Чеченской Республики Рамзан Кадыров с назначением на должность министра здравоохранения ЧР и как Вы намерены их решать?

- Глава Чеченской Республики, Герой России Рамзан Кадыров поставил четкую и ясную цель – поднять в целом уровень здравоохранения в регионе, а конкретные шаги в этом направлении – это грамотная комплексная политика, которую мы будем осуществлять при взаимодействии всех необходимых структур.

- Какие проблемы на сегодняшний день являются первоочередными?

- Один из важных вопросов, который сейчас стоит перед

сферой здравоохранения Чеченской Республики, – это кадровый дефицит. Эту проблему мы не раз обсуждали и в Парламенте республики, и в Правительстве ЧР. В частности, речь велась о целесообразности тесного взаимодействия компетентных ведомств и учреждений (сферы образования и здравоохранения) для организации и обеспечения медицинских учреждений специалистами, то есть, чтобы они после учёбы работали в наших медицинских учреждениях. На данный момент выработан алгоритм первоочередных мер и начата соответствующая работа.

Кроме того, существует ещё и ряд мер, направленных на повышение уровня медицинской отрасли, и среди них главная – информатизация здравоохранения, которая позволит добиться прозрачности в этой системе, мобильно владеть всеми ме-



дицинскими показателями и, соответственно, принимать те или иные меры, которые могут привести к улучшению ситуации.

Сейчас реализуется пилотный проект по информатизации на базе Республиканского онкологического диспансера, который мы планируем распространить на всю республику.

- Обладаете ли Вы достаточными ресурсами, средствами для решения имеющихся проблем?

- Глава Чеченской Республики Рамзан Кадыров уделяет огромное внимание развитию здравоохранения в регионе, вникая практически во все проблемы, которые связаны с этой отраслью и оперативно оказывая всю необходимую поддержку. Конечно, есть отдельные проблемы, которые связаны с общей обстановкой в стране, с экономическим кризисом. Однако, уверен: мы с честью справимся с ситуацией и сможем решить все поставленные задачи.

- Немаловажное направление в здравоохранении

– диспансеризация населения, которому особое внимание уделяют и в нашей республике...

- Диспансеризация населения – это та важнейшая отрасль профилактической медицины, которая позволяет выявлять заболевания на ранней стадии и, соответственно, тратить на лечение меньше сил и средств, и, что более важно, – сохранить здоровье.

То, что сейчас происходит в сфере диспансеризации, меня не может удовлетворять в силу разных причин. Для проведения диспансеризации нужны кадровые и технические ресурсы. У нас есть некоторые проблемы в техническом оснащении. К примеру, не все больницы имеют необходимое оборудование, есть недостаток кадров, который проводит эту диспансеризацию.

Но процесс диспансеризации стабильно идёт, имеются результаты, выявляются заболевания, в том числе и онкологические. Другой вопрос – качество проведения диспансеризации, над этим мы сейчас работаем.



Главное, есть понимание и поддержка со стороны людей и ведомств, от решений которых в немалой степени зависят темпы развития отрасли. В первую очередь, как я уже говорил, мы ощущаем всестороннее содействие Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова.

Также хочу отметить, что есть взаимопонимание и с руководством отвечающего за финансирование сферы здравоохранения Территориального фонда обязательного медицинского страхования

Чеченской Республики в лице его директора Денилбека Абдулаизова, ТФОМС Чеченской Республики всегда оперативно реагирует на все те проблемы, в решении которых они играют огромную роль. В этом я много раз убеждался, будучи еще главным врачом Республиканского онкологического диспансера. Все сказанное позволит успешно справиться с поставленными Главой республики задачами.



- Не могу не затронуть тему развития онкологического диспансера, которой Вы занимались последние два года. Что конкретно в этом вопросе Вам удалось достичь?

- На момент, когда я был назначен главным врачом, там работала только недоснащенная, без полного укомплектования поликлиника, два отделения химиотерапии с численностью пациентов около 30 человек. На данный момент онкологический диспансер выполняет все виды помощи: это и хирургическое лечение, и химиотерапия (различных категорий), и лучевая терапия. И пациентов у нас уже свыше 300. Это говорит не об увеличении числа больных, а о том, что в разы увеличилась степень доверия населения к республиканской медицине. И это не может не радовать.

Одновременно мы привлекли перелазных специалистов. Уже в августе к нам начинают возвращаться готовые специалисты, получившие навыки в лучших заведениях по опухолевым заболеваниям, – это лучевые терапевты, эндоскопические хирурги и др. То есть в рамках онкодиспансера успешно уже проводится та кадровая политика, которую мы собираемся реализовать в масштабах республики.



- Есть ли виды обследования и лечения (имеющиеся в других регионах, в частности, в Москве), которые в нашей республике не проводятся?

- Есть, но их единицы. И при правильной политике мы сможем их внедрить в учреждения нашей республики.

- В одной из наших предыдущих бесед, отвечая на вопрос об установке в Грозном многофункционального аппарата позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), Вы говорили, что прежде необходимо наладить оказание в регионе таких услуг, как компьютерная томография и МРТ...

- Да, как я уже отмечал, на базе онкологического диспансера, в некоторых других учреждениях республики эти виды услуг (КТ и МРТ) уже оказываются. А если говорить о ПЭТ, то необходимо, прежде всего, отметить, что этот метод требует значительных затрат – не только материальных, но и в плане подготовки кадров.

Позитронно-эмиссионная томография – это методика, которая используется не только для ранней диагностики

раковых и сердечных заболеваний, но и позволяет наблюдать динамику заболеваний, производить оценку результата лечения и распространенности процесса. Данный вид диагностики наряду со своей высокой эффективностью связан с большой нагрузкой на организм, в том числе по получаемому облучению.

По поводу внедрения ПЭТ в Чеченской Республике на сегодняшний день могу лишь сказать, что у нас заложен фармацевтический кластер, в рамках которого мы учли развитие ядерной медицины, в том числе внедрение Позитронно-эмиссионной томографии. Проект начинается в следующем году с трёхлетним сроком реализации.

Кстати, ПЭТ-диагностика до сих пор не внедрена ни в одном субъекте юга страны, и если нам удастся реализовать вышеуказанный проект, то Грозный может стать центром по предоставлению этих услуг для пациентов ЮФО и СКФО.

- Эльхан Абдуллаевич, Вам уже удалось совершить маленькую «революцию» в онкологическом диспансере. Люди ждут, причём небезоснова-

тельно, подъёма всей сферы здравоохранения.

- Мне очень приятно доверие населения, но скажу, что ничего особенно в том, что я делаю, нет. Я лишь выполняю свою работу, стараюсь оправдать оказанное Главой республики и пациентами высокое доверие.

По поводу изменений в медицинской сфере, «Революция» будет, но не сразу (смеётся). Для больших преобразований, как известно, требуется время. Но у нас есть уверенность, что с той поддержкой, которую мы имеем в лице Главы Чеченской Республики Рамзана Кадырова, мы определённо добьёмся тех результатов, к которым стремимся. Хочу ещё раз подчеркнуть, что уровень здравоохранения в Чеченской Республике мы, вне всяких сомнений, поднимем, но будем это делать правильно, мобильно и поэтапно.

- Благодарю Вас за беседу.

ДЕНИЛБЕК АБДУЛАЗИЗОВ: «КОНТАКТ-ЦЕНТР ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ – МЕХАНИЗМ «ОБРАТНОЙ СВЯЗИ» С ЗАСТРАХОВАННЫМ НАСЕЛЕНИЕМ»

Защита прав застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования является приоритетным направлением в деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики и находится постоянно на контроле Главы Чеченской Республики, Героя России Р.А. Кадырова. Для реализации данной задачи руководством фонда принимаются эффективные меры, начиная от информирования застрахованных граждан и заканчивая индивидуальным решением того или иного вопроса, с которым сталкивается пациент.

Система обязательного медицинского страхования прежде всего ориентирована на пациента. Центральным элементом системы обязательного медицинского страхования является человек и его права. Гражданин сам может выбрать страховую медицинскую организацию, лечебное учреждение и врача, может получать медицинскую помощь в любой медицинской организации, работающей в системе обязательного медицинского страхования.

Важным шагом в совершенствовании системы защиты прав пациента является создание в текущем году контакт-центров территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций. Помимо своих основных функций – защиты прав пациентов, они призваны способствовать формированию приверженности населения к профилактическим мероприятиям и здоровому образу жизни.

Контакт-центр ТФОМС Чеченской Республики, созданный в рамках исполнения приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2015 № 271 «О создании Контакт-центров в сфере обязательного медицинского страхования», начавший функционировать с первого июня 2016 года, уже сегодня является эффективным инструментом оперативного решения проблем, обратившихся туда с жалобами конкретных пациентов.

Контакт-центр — это структурное подразделение фонда и страховой медицинской организации, которое в режиме on-line принимает жалобы от населения республики, столкнувшегося с нарушениями при оказании бесплатной медицинской помощи или с отказом в ее оказании. При обращении в данный центр его сотрудники помогают заявителям в реализации установленных законодательством прав, устраняют возможные системные ошибки и недочеты препятствующие получению медицинской помощи.

Основными задачами Контакт-центра являются организация защиты прав и интересов граждан на получение бесплатной медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, информирование граждан об их правах на получение качественной медицинской



помощи по программе обязательного медицинского страхования, организация «обратной связи» с населением Чеченской Республики для получения информации, касающейся вопросов обязательного медицинского страхования, а также обеспечение объективного, всестороннего и своевременного рассмотрения обращений по вопросам ОМС и пресечения нарушений законодательства в сфере обязательного медицинского страхования.

На сегодняшний день Федеральным фондом обязательного медицинского страхования прописана серьезная нормативная база, защищающая права россиян на получение медицинской помощи. Разработан регламент деятельности контакт-центров, которым предусмотрена конкретная помощь конкретному заявителю. Данный подход способствует активизации медицинских учрежде-



ний и страховых медицинских организаций в решении вопросов, установленных нормативными актами в сфере охраны здоровья. Этот регламент и лег в основу функционирования Контакт-центра ТФОМС Чеченской Республики.

Деятельность Контакт-центра ТФОМС Чеченской Республики осуществляется в круглосуточном режиме по бесплатному телефону номеру 8-800-555-94-49 с обязательной аудиозаписью входящих и исходящих звонков.

При обращении в наш Контакт-центр любой человек может получить консультацию специалистов ТФОМС Чеченской Республики по вопросам обязательного медицинского страхования, а также любую интересующую информацию, связанную с предоставлением медицинской помощи по полису обязательного медицинского страхования. Кроме того, обратившийся сможет оставить свое обращение или жалобу на действия сотрудников медицинского учреждения или страховой медицинской организации, направить свои предложения по повышению доступности и качества медицинской помощи в медицинских организациях.

По результатам работы с обращением гражданина, поступившим по бесплатному телефону Контакт-центра, операторы доводят до сведения гражданина информацию о принятых мерах по данному обращению. В случае, если в обращении гражданина содержится вопрос, решение которых не входит в компетенцию ТФОМС Чеченской Республики, заявителю дается разъяснение, куда и в каком порядке ему следует обратиться для разрешения интересующего вопроса.

Основными функциями Контакт-центра ТФОМС Чеченской Республики являются прием и рассмотрение обращений граждан, оказание справочно-консультативной помощи, принятие мер в случае неудовлетворенности граждан доступностью и качеством

медицинской помощи в медицинских организациях, обобщение и анализ обращений граждан с целью выявления системных нарушений в сфере обязательного медицинского страхования на территории Чеченской Республики, проведение телефонных опросов граждан по итогам рассмотрения их обращений, а также разработка предложений и мероприятий, направленных на обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи.

Таким образом, гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории Чеченской Республики, независимо от их страховой принадлежности, а также гражданам, не имеющим обязательного медицинского страхования или застрахованным за пределами республики, предоставляется возможность получить консультацию по вопросам обязательного медицинского страхования в режиме реального времени.

В завершение хотелось бы отметить, что Контакт-центр ТФОМС Чеченской Республики будет обеспечивать «обратную связь» с застрахованным по обязательному медицинскому страхованию населением Чеченской Республики, а его деятельность направлена на усиление контроля за результатами рассмотрения обращений застрахованных граждан страховыми медицинскими организациями, особенно по вопросам, возникающим при получении медицинской помощи, в том числе неудовлетворенность качеством медицинских услуг, отказ в оказании медицинской помощи, взимание денежных средств за медицинскую помощь.

Все это направлено на обеспечение равнодоступности медицинской помощи и защиту прав пациентов, а также на выполнение важной задачи - совершенствования медицинской помощи, предоставляемой населению республики в рамках программы обязательного медицинского страхования.

ИСМАИЛОВ АДАМ: МЫ ДЕЛАЕМ ВСЕ, ЧТОБЫ НАШИ ПАЦИЕНТЫ БЫСТРО ШЛИ НА ПОПРАВКУ

Медицинская реабилитация – важная часть восстановления здоровья человека, функционального состояния и работоспособности организма, нарушенного болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами. Без проведения реабилитации достаточно сложно рассчитывать на улучшение общего состояния пациента с группой инвалидности или серьезными соматическими заболеваниями.

В настоящее время медицинская реабилитация довольно разнообразна. Объем необходимых мероприятий в полной мере определяется тем, какая именно патология имеется у человека. В результате медицинской реабилитации может занимать месяцы, а иногда и годы. В других же случаях вполне достаточно нескольких недель. И для этого совершенно не обязательно выезжать за пределы Чеченской Республики.

На протяжении 8 лет в республике функционирует ГБУ «Республиканский реабилитационный центр» Министерства здравоохранения ЧР, который работает в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики. Расположен он в Заводском районе города Грозного на берегу Чернореченского водохранилища. На территории центра размещен лечебный корпус, физкультурно-оздоровительный комплекс, а также административно – жилое здание с медицинской частью. Для досуга пациентов было создано поле для мини-футбола, построен тренажерный зал, оборудованный функциональными реабилитационными тренажерами, и оборудованы маршруты для терренкура и отдыха.

Насколько успешно проходит реабилитация в этом центре, врач высшей категории, отличник здравоохранения РФ, главный внештатный реабилитолог Минздрава ЧР и директор ГБУ «РРЦ» Адам Исмаилов предпочитает говорить, называя количество пациентов, проходящих ежегодно реабилитацию в данном учреждении.

- В год мы принимаем около 3 тысяч человек, хотя в начале работы их было менее 2 тысяч, - рассказывает Исмаилов. - О нас стали оставлять положительные отзывы, и пациенты



начали обращаться к нам за медицинской реабилитацией. Сейчас у нас 120 человек лежат в стационаре и около 180 человек в очереди на реабилитацию. К нам приезжают пациенты из Ингушетии, Дагестана, Кабардино-Балкарии и других регионов страны. Наш центр уже заработал свою репутацию, и судить об успехе нашей работы можно по количеству пациентов, а не по моим словам.

В реабилитационном центре работает сложившийся коллектив врачей и медсестер, а также младшего медицинского персонала. Некоторые врачи были студентами Адама Исмаилова в те годы, когда он преподавал на медицинском факультете Чеченского государственного университета.

- В своих работах я уверен, я вижу в них любовь к работе, уважение к пациентам и стремление к развитию, - говорит директор ГБУ «РРЦ». - Каждый наш сотрудник ежегодно проходит специализацию, посещает различные медицинские лекции и курсы повышения квалификации. Сейчас выведена балльная система оценки при защите той или иной категории врача



и постоянное обогащение знаний для врача необходимо. Мы отвечаем за здоровье людей, и показатель нашей работы – это врачи, поэтому в нашем центре работают знатоки своего дела.

Здесь осуществляется комплексное реабилитационное и послеоперационное лечение. Для этого центр имеет современное медицинское оборудование и комфортные условия пребывания больных. Обратиться за реабилитацией в центр могут больные, перенесшие сложные операции на центральную и периферическую нервную систему, суставы, контрактуры, или с соматическими заболеваниями. В центре проводят диагностическое состояние здоровья пациента, прописывают необходимое в момент лечения минимальное лекарственное назначение, проводят физиотерапию и даже парафино- и грязелечение. По словам Исмаилова, этот курс лечения должен подпитываться грамотным отношением врача к своим пациентам и благоприятной окружающей обстановкой.

- В работе реабилитолога главное - внимание к больным. Врач обязан наладить взаимодействие со своим пациентом, тогда больные смогут довериться своим лечащим врачам, - поясняет директор центра. - Мы стараемся из года в год внедрять в свою работу новые методики лечения, которые уже ранее успешно применялись на практике в других учреждениях. Что

касается нашего центра, то мы еще и благоустраиваем территорию. Что было здесь лет 5 назад и сейчас – это две большие разницы. Мы делаем все, чтобы наши пациенты быстро шли на поправку.

Люди ежедневно испытывают психологическую нагрузку, результаты которой потом сказываются на здоровье. Больные поступают в больницы с самыми разными диагнозами. Если есть инвалиды, значит, с ними необходимо восстановление и адаптация к повседневной жизни. Для этого необходимо лекарственное и нелекарственное лечение, психологическая реабилитация. Инсульты – это чисто соматические заболевания, несомненных заболеваний не бывает. Все стрессы приводят к плеченым последствиям, и мы должны быть готовы к стабильной и квалифицированной работе по выводу людей из стрессовых и постстрессовых состояний. Я считаю, что реабилитация нашим гражданам крайне необходима. И лучше, если они ее будут получать у себя дома, где слышен родной язык и соблюдают свои обычаи и традиции.

МНЕНИЕ ЭКСПЕРТА

СТИМУЛИРУЮЩИЕ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА:
ПРИНЦИПЫ ВНЕДРЕНИЯ

А.Л. ЛИНДЕНБЕРГ,
д-р мед. наук, проф.,
первый заместитель директора ФГБНУ
«Национальный НИИ общественного
здоровья имени Н.А. Семашко»

ВАЖНОЕ В СТАТЬЕ

1. Показатели объема работы и численности персонала в первую очередь должны включаться в оценку деятельности руководителей организаций здравоохранения, экономической службы, а не деятельности лечащих врачей.
2. Объем работы лечащих врачей больничных учреждений зависит от рационального планирования. Увеличение объема работы лечащих врачей в стационаре за счет роста числа госпитализированных сдерживается мощностью учреждения (подразделения) и требованиями СанПиН.
3. Превышение объема работы, выполняемой в основное рабочее время врача, свидетельствует не об интенсивности деятельности, а о неправильно установленных нормах времени, которые необходимо пересматривать, или о нарушениях технологии лечебно-диагностического процесса.

По Закону №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские и фармацевтические работники имеют право на стимулирование труда в соответствии:

- с уровнем квалификации;
- спецификой и сложностью работы;
- объемом и качеством труда;
- конкретными результатами деятельности.

Переход государственных и муниципальных учреждений здравоохранения на новую систему оплаты труда предполагает:

- 1) увеличение самостоятельности в формировании заработной платы;
- 2) оказание большего влияния на соответствие уровня заработной платы объему, сложности и качеству работы медицинского персонала;
- 3) использование материального стимулирования для повышения эффективности.

Основные положения по созданию и введению стимулирующей системы оплаты труда включают:

1. Четкое формулирование задач медорганизации и выбор приоритетных направлений для стимулирования.
- Направлениями для стимулирования могут быть:
- необходимость сохранения и закрепления кадров;

- повышение качества и безопасности медпомощи;
 - интенсификация работы;
 - усиление профилактической деятельности и т. д.
2. Анализ системы финансирования медорганизации и источников поступления средств.
 3. Определение размера фонда материального поощрения, поиск дополнительных средств для его увеличения. Распределение финансовых ресурсов для материального поощрения основных и вспомогательных подразделений организации.
 4. Определение критериев и показателей для индивидуальной оценки труда.

Ключевым моментом системы стимулирования, обеспечивающим соответствие размера вознаграждения результатам индивидуальной трудовой деятельности, является метод количественной оценки труда.

Критерии оценки труда

Критерии оценки труда могут быть универсальными, например, объем труда, качество, удовлетворенность потребителя медслужбы, исполнительская дисциплина медработников, а могут быть специфическими для различных категорий персонала.

Замечание

Определение размера стимулирующих выплат, как и определение численности группы, подлежащей материальному поощрению, обусловлено балансом нескольких составляющих:



— стимулирующая система оплаты труда должна быть экономически эффективна;

— размер индивидуальной надбавки должен быть достаточным стимулом для улучшения результатов труда и соответствовать индивидуальным затратам;

— стимулирующая система должна создавать мотивацию, поэтому материальному поощрению подлежат не все сотрудники, а те, результаты индивидуальной трудовой деятельности которых реально обеспечивают решение стоящих перед организацией задач.

Стандартизация

Во избежание некорректных оценок труда необходима стандартизация оцениваемых показателей:

- отказ от дублирования — выбранные критерии (объем, качество, сложность, социальная удовлетворенность и др.) должны отражать различные аспекты медицинской деятельности;
- итоговая оценка деятельности работника на основании избранных критериев с помощью интегрированного показателя возможна при приведении их в сопоставимые единицы — коэффициенты;
- количественные значения оценок должны быть стандартизованы по факторам влияния, если таковые имеются (фактически отработанное время, нормы нагрузки различных специалистов и т. д.);
- шкала количественных значений оценок по различным критериям должна находиться в одном интервале, например от 0 до 1, и может иметь несколько градаций значений (вы-

бор градаций произвольный), желательно с близким их средним уровнем;

- стандартизованные указанным выше способом критерии медицинской деятельности объединяются в единый показатель, который условно можно назвать индивидуальным рейтингом работника.

Индивидуальный рейтинг является результатом интеграции оценок различных аспектов оказания медицинской помощи, например:

- объема (интенсивности) выполненной работы;
- сложности выполненной работы;
- качества медицинской помощи;
- медицинской результативности работы;
- социальной удовлетворенности потребителя;
- других показателей (рациональность использования ресурсов, соблюдение исполнительской дисциплины, отношения в коллективе и т. д.).

Каждый из показателей деятельности имеет свою методику расчета, связанную с определенными различиями по типам учреждений.

Особенности оценки деятельности руководителей

Показатели объема работы и численности персонала должны включаться в первую очередь в оценку деятельности руководителей учреждения здравоохранения, экономической службы, а не деятельности лечащих врачей. Отметим, что, хотя при разработке системы материального стимулирования объем работы и ставится иногда врачами на первое место среди всех показателей деятельности, на наш взгляд, данные о соответствии объема работы и численности персонала должны

включаться в первую очередь в оценку деятельности руководителей учреждения здравоохранения, экономической службы, а не деятельности лечащих врачей. Дело в том, что увеличение объема работы лечащими врачами если и возможно, то лишь в амбулаторно-поликлинической службе за счет более частого назначения посещений, выполнения так называемых активных посещений на дому, расширения объема профилактической деятельности и т. д.

Объем работы лечащих врачей

Объем работы лечащих врачей больничных учреждений зависит от рационального планирования службы. Следует иметь в виду, что увеличение объема работы лечащих врачей в стационаре за счет роста числа госпитализированных сдерживается мощностью учреждения или подразделения и необходимостью соблюдения санитарно-гигиенических правил пребывания больных в стационаре.

Кроме того, значительное превышение объема работы, выполняемой в основное рабочее время врача, свидетельствует, как правило, не об интенсивности деятельности, а прежде всего о неправильно установленных нормах времени, которые в этом случае необходимо пересматривать, или о нарушениях технологии лечебно-диагностического процесса, что также требует административных вмешательств.

Одной из неотъемлемых характеристик трудовой деятельности врача и одной из обязательных составляющих интегрального показателя оценки этой деятельности является сложность выполненной работы.

Сложность заболевания не всегда и не обязательно равна трудозатратам врача при лечении заболевания.

Задача заключается в разработке простого объективного метода, обладающего достаточно высокой разрешающей способностью дифференциации больных не только по тяжести

состояния, но и по сложности их ведения.

Формирование групп больных в зависимости от трудоемкости их ведения может осуществляться в каждом отделении путем обмена мнениями и согласования с лечащими врачами. С учетом основного заболевания и наличия сопутствующих заболеваний составляется перечень всех нозологических форм, которые ранжируются по категориям сложности коллегиальным решением.

Заболевания с одинаковыми категориями сложности группируются. Затем согласительной комиссией экспертов всех специальностей проводится сквозное ранжирование групп заболеваний по степени сложности курации.

Наряду с распределением больных по группам в зависимости от трудоемкости их ведения в целях дифференциации оплаты труда можно учитывать и объем различных лечебно-диагностических вмешательств, проводимых врачами.

В каждом отделении может формироваться свой перечень лечебно-диагностических вмешательств, каждому из которых также присваивается соответствующая оценка. Также может учитываться консультативная работа врача вне отделения.

Критерии оценки качества

Качество оказываемой медицинской помощи может быть оценено по результатам экспертизы, проводимой:

- заведующим отделением (I уровень);
- заместителем главного врача (II уровень).

Оценка проводится, как правило, по результатам экспертизы первичной учетной медицинской документации (медицинская карта стационарного больного, карта выбывшего из стационара и др.) путем сопоставления используемых технологий и достигнутых результатов лечения с установленными стандартами (эталоном).

Такими эталонами могут быть клинические рекомендации, протоколы ведения больных, позволяющие объективизировать оценку качества оказанной медицинской помощи.

Удовлетворенность

Под социальной удовлетворенностью следует понимать удовлетворенность пациента качеством оказания медицинских услуг, уровнем культуры медицинского персонала. Это оценка качества работы медицинского персонала с точки зрения потребителя (пациента), и ею нельзя пренебрегать. Кроме того, этот показатель определяет престиж медицинской организации.

Социальная удовлетворенность может определяться как стандартизованные результаты анкетирования потребителей медицинских услуг.

Запомните

Степень удовлетворенности пациента качеством оказания медицинских услуг является одним из главных критериев

оценки эффективности системы управления качеством медицинской помощи в учреждении. Включением в анкету для потребителей медицинских услуг перечня возможных причин неудовлетворенности можно оперативно выявить ряд неблагоприятных ситуаций в учреждении и своевременно их устранить.

Индивидуальный рейтинг работника

При расчете индивидуального рейтинга работника все показатели или коэффициенты приводятся, как указывалось, к единой шкале, например от 0,1 до 1,0, от 1,0 до 10,0, или коэффициенты представляются в процентном выражении.

Индивидуальный рейтинг рассчитывается как произведение коэффициентов. В случае неравнозначной оценки значимости предложенных факторов, о чем свидетельствует опыт изучения мнения врачей, или желания руководителей мотивировать усиление того или иного аспекта медицинской помощи могут быть использованы дополнительные коэффициенты, отражающие весовую значимость различных факторов.

В оказании лечебно-диагностической помощи значительная роль принадлежит среднему медицинскому персоналу. Дифференцированная оценка его деятельности в значительной мере зависит от типа учреждения и места работы.

Врачи больничных учреждений работают практически со всем средним медицинским персоналом, следовательно, каждый врач, старшая медицинская сестра, а также заведующий отделением могут оценить деятельность всех средних медицинских работников отделения.

Высшая оценка или степень удовлетворенности должна присуждаться среднему медицинскому работнику не только за безупречное исполнение своих функциональных обязанностей, но и за дополнительный объем работ, выходящих за рамки должностной инструкции.

Оценки, впоследствии выраженные в баллах, например, удовлетворен — 1,0, не вполне — 0,5, не удовлетворен — 0, суммируются по каждому среднему медработнику, и определяется коэффициент удовлетворенности врачей работой медсестры.

В анкете больному, завершившему курс лечения, при выписке может быть предложено оценить уровень культуры работы средних медицинских работников по степени удовлетворенности. Оценка «не вполне удовлетворен», как и «не удовлетворен», принимается за отрицательную. Эта информация также может быть учтена при оценке деятельности медсестер.

Интергальная оценка индивидуальной трудовой деятельности среднего медицинского персонала, таким образом, складывается из мнения врачей, старшей медсестры, оценивающих в основном профессиональный уровень среднего медперсонала, его готовность или выполнение дополнительного объема работы, исполнительскую дисциплину, а также мнения



пациентов, которые характеризуют этико-деонтологические взаимоотношения с больными.

Индивидуальный рейтинг старшей медицинской сестры соответствует среднему рейтингу медицинских сестер отделения, индивидуальный рейтинг главной медицинской сестры — среднему рейтингу старших медицинских сестер учреждения.

Оценка параклинических услуг

В диагностике и лечении помимо основного принимает участие и медицинский персонал так называемой вспомогательной лечебно-диагностической службы: лаборатории, ультразвуковой диагностики, эндоскопии, физиотерапии и др.

Роль и значение этих подразделений различны, однако их объединяют общие функции в оказании помощи лечащим врачам: оперативное и качественное выполнение исследований, процедур, необходимых в лечебно-диагностическом процессе.

Отраслевыми нормативами по труду медицинского персонала установлены нормы времени на оказание различных видов параклинических услуг.

Исходя из этого, объем деятельности медицинского персонала за расчетный период можно определить временными затратами на общее количество оказанных услуг.

Существующий в данных подразделениях стандартный методологический подход с четким описанием требований и условий проведения исследований или отпуска процедур позволяет врачам и заведующим осуществлять постоянный контроль соблюдения технологий их выполнения в соответствии с принятыми стандартами.

Еще одним критерием качества оказанных параклинических услуг является степень удовлетворенности заказчиков —



врачей профильных отделений.

Таким образом, вторым важным показателем в формуле индивидуального рейтинга работника вспомогательной лечебно-диагностической службы может являться коэффициент удовлетворенности клинических врачей деятельностью параклинической службы.

Оценка удовлетворенности работой параклинической службы может проводиться методом анкетирования (можно анонимного) всех врачей профильных отделений в соответствии с разработанной анкетой.

Анкетой должны быть предусмотрены оценки всех вспомогательных лечебно-диагностических подразделений, услуги которых заказываются лечащими врачами.

Коэффициент удовлетворенности рассчитывается отношением количества врачей, которых устраивает работа конкретного подразделения, к общему числу опрошенных.

Результаты анкетирования и рассчитанные коэффициенты доводятся до сведения заведующих параклиническими подразделениями, которые при наличии неудовлетворительных оценок деятельности вверенных им подразделений анализируют их причины и решают, на чьи конкретные индивидуальные рейтинги следует отнестись данный коэффициент, снижающий интегральную оценку их труда и отделения в целом.

В случае отсутствия указаний на конкретные причины неудовлетворенности величина данного коэффициента учитывается в расчете индивидуальных рейтингов всех сотрудников данного подразделения.

Таким образом, индивидуальный рейтинг врача вспомогательного лечебно-диагностического подразделения может определяться произведением (суммой) коэффициента интенсивности его нагрузки и коэффициента удовлетворенности врачей клинических отделений.

Аналогичным образом может быть рассчитан индивидуальный рейтинг среднего медицинского персонала данного подразделения.

Какие виды выплат относятся к компенсационным, а какие — к стимулирующим?

Выплатами компенсационного характера являются:
— выплаты работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными (опасными) иными особыми условиями труда;

— выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями;

— выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (при выполнении работ различной квалификации, совмещении профессий (должностей), сверхурочной работе, работе в ночное время);

— надбавки за работу с секретными сведениями (гостай-

на), их за- и рассекречиванием, за работу с шифрами.

Выплаты стимулирующего характера: за интенсивность и высокие результаты работы; за качество выполняемых работ; за стаж непрерывной работы, выслугу лет; премиальные выплаты по итогам работы.

Индивидуальный рейтинг заведующего соответствующим параклиническим подразделением будет равен среднему рейтингу должности врача и должности среднего медицинского персонала.

Система сопряженных показателей индивидуальной трудовой деятельности

В целом интеграция стандартизованных значений показателей объема, сложности, качества выполненной работы и других критериев в индивидуальный рейтинг представляет собой многофакторную систему, состоящую из независимых показателей, объединенных сопряженными связями с одним зависимым показателем. Эту систему условно можно назвать системой сопряженных показателей индивидуальной трудовой деятельности.

Значения итоговых показателей для расчета дифференцированной надбавки к заработной плате могут иметь плавающий характер и пересматриваться ежемесячно по принципу от достигнутого.

Вспомните

При внедрении системы стимулирующих выплат нужно

подготовить следующие нормативно-правовые документы:

— устав медорганизации, где закреплены права организации самостоятельно устанавливать системы оплаты труда, разрабатывать положения об оплате труда;

— приказ о переводе медорганизации на работу в новых организационно-экономических условиях, содержащий характеристику новых систем оплаты труда;

— положение о подразделениях, где определен порядок оплаты труда, критерии оценки и условия депремирования или штрафных санкций за дефекты в работе;

— должностные инструкции, где отражены виды и объем работ, количественные и качественные показатели, условия материального стимулирования и депремирования;

— положения о распределении финансовых средств в условиях ОМС и оплате труда работников в условиях ОМС.

Плавающий характер оцениваемых показателей позволяет системе стимулирующей оплаты труда гибко реагировать на сезонные колебания объемов и видов медицинских услуг и другие факторы.

Таким образом, расчет дополнительных выплат предполагает:

• учет в абсолютных показателях результатов индивидуальной трудовой деятельности, отражающих объем, сложность, качество, результат и другие характеристики выполненной работы;

• преобразование полученных абсолютных показателей в соответствующие коэффициенты;

• объединение указанных коэффициентов в интегрированный показатель — индивидуальный рейтинг;

• ранжирование работников по убыванию значений индивидуальных рейтингов.

Внедрение новой системы оплаты труда в медицинских организациях требует проведения серьезной подготовительной работы, включающей соответствующее нормативно-правовое и методическое обеспечение.

На начальном этапе рекомендуется формировать рабочую группу из сотрудников организации, включающую заместителей главного врача, заведующих отделениями, экономиста, медицинского статистика для моделирования разрабатываемой системы.

Методические подходы к определению объективных показателей оценки трудовой деятельности медицинских работников позволяют распределять заработанные учреждением средства в соответствии с индивидуальным трудовым вкладом в совместный процесс оказания профилактической и лечебно-диагностической медицинской помощи.

Принципы, заложенные в основу методических подходов к материальному стимулированию, позволяют повысить медицинскую и экономическую эффективность деятельности медицинской организации. Это обеспечивается внедрением экономической стимулируемой внутриорганизационной конкуренции.

Одним из ключевых механизмов, обеспечивающих саморегуляцию данной системы, является отсутствие жестко фиксированных показателей, достижение которых подлжет депремированию.

В то же время система предоставляет статистическую информацию для принятия управленческих решений, направленных на повышение эффективности деятельности учреждения. Следует учитывать, что денежные выплаты, увеличение оплаты труда или другие экономические стимулы не всегда приводят к резкому повышению мотивации персонала и повышению качества услуг, так как каждый конкретный работник имеет свою иерархию жизненных ценностей. И для некоторых, например, возможности самореализации, общественное признание могут значить больше, чем материальные стимулы.

К сведению

Можно ли использовать субсидии на стимулирующие выплаты?

Нет, это будет считаться нецелевым расходованием средств субсидии.

Согласно Правилам предоставления федеральным учреждениям субсидий на цели, не связанные с возмещением нормативных затрат на оказание (выполнение) государственных услуг (работ), субсидии на выплаты стимулирующего характера руководителям и работникам федеральных государственных бюджетных учреждений не могут использоваться для возмещения нормативных затрат на оказание государственных услуг (приказ Минздрава России от 11.03.2015 № 99н).

ВАЖНО

— Стимулирующая система оплаты труда предполагает определение критериев и показателей для индивидуальной оценки труда

— Количественная оценка труда обеспечивает соответствие размера вознаграждения результатам индивидуальной трудовой деятельности

— Каждый из показателей трудовой деятельности имеет определенную методику расчета в зависимости от типа медорганизации

— Эталоны оценки качества — клинические рекомендации и протоколы ведения больных

— Показатели объема работы и численности персонала должны включаться в первую очередь в оценку деятельности руководителей учреждения здравоохранения, экономической службы, а не деятельности лечащих врачей

— Критерий качества оказанных параклинических услуг — степень удовлетворенности заказчиков — врачей профильных отделений

— Оценка результатов индивидуальной деятельности должна проводиться на основании документированных данных

— Денежные выплаты, увеличение оплаты труда или другие экономические стимулы не всегда приводят к резкому повышению мотивации персонала и повышению качества услуг

ПЕРВАЯ ГОРОДСКАЯ

Грозненская больница №1 – одно из тех учреждений, что стояли у истоков зарождения медицинской отрасли в регионе

Здравоохранение Чеченской Республики имеет славную, местами трагическую (связанную с известными событиями в регионе событиями), но благородную историю становления. Одним из её столпов с момента своего основания всегда оставалась первая городская больница. О современном состоянии старейшего медицинского учреждения республики и перспективах его развития мы беседуем с главным врачом Р.Д. Адаевым.

- Руслан Джабралилович, расскажите об истории первой больницы г. Грозного.

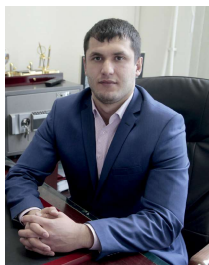
- Первая полноценно функционирующая городская больница г. Грозного была основана ещё в 50-е годы прошлого столетия. Хочется отметить, что на тот момент она была ещё и первым медицинским учреждением в столице Чечено-Ингушетии, к которой была прикре-

плена своя поликлиника. Не удивительно, что многие самые яркие медицинские имена, которые мы знаем, прошли школу грозненской горбольницы №1.

- А кого бы Вы конкретно могли назвать?

- Надо сказать, что в те годы первая горбольница была известна, в первую очередь, своей хирургической службой, здесь даже было целых три хирургических стационара. А сама больница, которая принимала больных 24 часа в сутки по системе БСМП (больница скорой медицинской помощи) – как сегодня бывшая 9-я горбольница) состояла из трёх корпусов: гинекологического, хирургического и травматологического.

Хочу упомянуть опытных и известных врачей-хирургов: Ваху Яндарова (до сих пор работает заместителем главврача), Барона Киндарова, Магомед Кадиева (был главным врачом, а впоследствии – заместителем министра здравоохране-



ния), Саидбека Межиева (являлся членом Парламента Чеченской Республики), травматологов Салмана Яндарова, Джабраила Адаева, Мовсура Ежиханова, известного чеченского доктора Хусейна Атиева, который сейчас преподаёт в одном из престижных европейских вузов.

Если говорить о национальном составе, то помимо русских, чеченцев и ингушей, среди врачебного персонала было много армян и евреев. В больнице работали действительно профессионалы в своем деле. Врачи с большой буквы, воспитавшие целую плеяду современных чеченских докторов.

- Каким образом налажена работа в системе обязательного медицинского страхования?

- Если сказать коротко, функционирование больницы в системе ОМС должным образом отлажено и не вызывает никаких проблем. Имеющиеся



стандарты мы выполняем, медикаментов всегда хватает, имеется всё необходимое медицинское оборудование, в том числе УЗИ-аппараты, рентген, гастрокопия и др. Должен сказать, что возникающие вопросы Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики разрешаются самым оперативным образом. Мы постоянно чувствуем внимание к медицинскому учреждению и его нуждам со стороны директора ТФОМС Чеченской Республики Денилбека Абдулазизова.

- А как обстоят дела с кадрами?

- На сегодняшний день ГБУ «Клиническая больница №1 г. Грозного» медицинским персоналом укомплектована полностью. И должен сказать, что подавляющее большинство наших врачей – высококомпетентные, опытные и профессиональные медики. На регулярной основе наши сотрудники проходят повышение квалификации в лучших профильных учреждениях Москвы, Санкт-Петербурга, Пятигорска. Отдельно стоит отме-

тить, что заведующие всех отделений пользуются заслуженным авторитетом и доверием у пациентов. Если говорить о цифрах, всего у нас работает 241 сотрудник, в том числе 53 врача (7 кандидатов и 1 доктор наук).

- С какими заболеваниями к вам чаще обращаются пациенты?

- Мы обслуживаем самый густонаселённый Ленинский район г. Грозного, и, соответственно, поток больных тоже большой. Традиционно высоким остаётся число постановок диагнозов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, много поступает больных с диабетом, страдающих общими недугами, по гинекологии.

Хочу отметить, что в настоящее время у нас функционирует два гинекологических отделения, терапевтическое и кардиологическое отделения. Всего имеется 180 коек вместе с дневным стационаром.

- Руслан Джабралилович, нам известно, что сейчас ведётся строительство нового корпуса больницы. Расскажите подробнее об этом.

- Действительно, дальнейшее развитие нашей больницы мы связываем с открытием нового лечебного корпуса, строительство которого было начато в рамках Федеральной целевой программы «Развитие Северо-Кавказского федерального округа на период до 2015 года».

В настоящее время завершено возведение самого здания, а в 2017 году планируется возобновление работ по внутренней отделке и оснащению мединститута. Если всё будет идти по плану, наша больница станет одним из основных медицинских учреждений в республике – городским межрайонным центром для оказания плановой и экстренной стационарной специализированной медицинской помощи населению г. Грозного с потенциалом в 480 коек и наличием всех известных отделений.

Тогда же мы планируем провести оптимизацию структуры медицинских организаций с централизацией стационарных отделений для оказания специализированной медицинской помощи населению Ленинского и Заводского районов города Грозный.

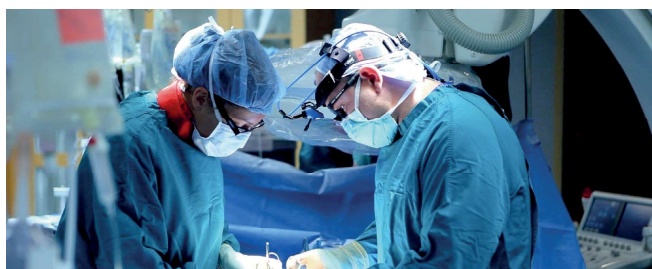
- Благодарю Вас за содержательную беседу.

25 АКТУАЛЬНЫХ ВОПРОСОВ И ОТВЕТОВ ПО ОМС

Правомерен ли отказ ТФОМС в приеме реестров счетов и оплате пациентов, которые обратились в медицинскую организацию из других регионов по направлению, но с отсутствием номера полиса в бессрочном полисе?

Отказ ТФОМС в приеме реестров счетов и оплате пациентов, при отсутствии в реестре счетов номера полиса ОМС, будет правомерен в связи с нарушением в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов, которые приводят к затруднению идентификации застрахованного лица. При оказании пациенту медицинской помощи вне территории страхования медицинская организация формирует и направляет счет и реестр счета за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис, в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи, не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи. При этом в реестре счета должен содержаться номер полиса ОМС (п. 138 Правил обязательного медицинского страхования (далее – Правила), утв. Приказом Минздрава России от 28.02.2011 № 158н). При наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения реестра, территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи организует и проводит медико-экономическую экспертизу и/или экспертизу качества медицинской помощи (п. 140 Правил, утв. Приказом

Минздрава России от 28.02.2011 № 158н). По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные законодательством и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (ст. 41 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ). Основанием для отказа ТФОМС в приеме реестров счетов в данном случае может являться отсутствие в реестре счетов номера полиса ОМС, что может быть расценено, как нарушения в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов, которые приводят к затруднению идентификации застрахованного лица (Раздел 5 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи, утв. Приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230). В случае, если медицинская организация не обладает информацией о номере полиса пациента, что не позволяет ей соответствующим образом заполнить реестр счетов, то она вправе направить ходатайство в ТФОМС для идентификации лица в регистре застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию (п. 126 Правил, утв. Приказом Минздрава России от 28.02.2011 № 158н). После идентификации застрахованного лица сведения об оказанной медицинской помощи включаются в счет на оплату медицинской помощи.



Входят ли услуги по организации проезда (транспортировке) пациентов на гемодиализ в структуру тарифа ОМС?

Услуги по транспортировке пациентов на гемодиализ не входят в структуру тарифа ОМС. В соответствии с разъяснениями Минздрава РФ по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годы (Письмо от 12.12.2014 № 11-9/10/2-9388) заместительная почечная терапия методами гемодиализа и перитонеального диализа застрахованным лицам проводится в рамках специализированной медицинской помощи и оплачивается по тарифам, утвержденным в установленном порядке за счет средств обязательного медицинского страхования, в том числе в части приобретения расходных материалов, при этом проезд пациентов до места оказания медицинских услуг не включен в тариф на оплату медицинской помощи.

Нужно ли информировать страховую организацию об отказе в госпитализации застрахованного по ОМС?

Согласно «Порядку информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере ОМС» (утв. Приказом ФФОМС от 20.12.2013 № 263), медицинские организации не направляют информацию непосредственно страховым медицинским организациям, а вносят данные в электронном виде в единый информационный ресурс субъекта РФ, организованный территориальным фондом ОМС. Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь в стационарных условиях, обязана направлять в единый информационный ресурс сведения об

аннулировании направления на госпитализацию с указанием причины аннулирования, в том числе: Невяка пациента на госпитализацию; Непредоставление необходимого пакета документов (отказ медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях); Инициативный отказ от госпитализации пациентом; Смерть; Прочие.

Должны ли казенные учреждения вести обособленный учет по операциям со средствами ОМС?

Казенные учреждения должны вести обособленный учет по операциям со средствами ОМС. Законодательством предусмотрен раздельный учет средств по операциям со средствами, полученными в рамках реализации программ ОМС (п. 6 ст. 15 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ). Казенные учреждения, участвующие в программах ОМС, также обязаны вести обособленный аналитический учет указанных операций (абз. 4 Письма Минфина РФ от 27.12.2012 № 12-07-12/8282). Таким образом, казенные учреждения должны вести обособленный учет по операциям со средствами ОМС.

В каком порядке могут вноситься изменения в распределенные объемы медицинской помощи?

Предложения по внесению изменений в распределенные объемы медицинской помощи представляются секретарем Комиссии по разработке территориальной программы ОМС на заседание данной Комиссии. Субъектом инициативы по внесению изменений в распределенные объемы медицинской помощи могут быть органы государственной власти субъекта РФ в области охраны здоровья граждан, страховые медицинские организации, медицинские организации, территориальный фонд ОМС. Сами предложения от субъекта инициативы по внесению изменений должны отвечать критериям необходимости и обоснованности, установленным в п. 5 информационного письма Минздрава России от 21.12.2015 № 11-9/10/2-7796. Такие предложения должны базироваться на основе установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи по видам медицинской помощи, условиям предоставления медицинской помощи, в разрезе профилей отделений (оек), врачебных специальностей, с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонализированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц (п. 8





Приложения № 1 к Правилам ОМС, утвержденным Приказом Минздрава России от 28.02.2011 № 158).

Входит ли в полномочия специалиста ТФОМС согласование тарификационных списков работников медицинской организации, работающих в системе ОМС?

Нет, не входит. При этом тарификационные списки являются одним из объектов проверки, проводимой ТФОМС. Полномочия и функции ТФОМС установлены ч. 7 ст. 34 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, а также Типовым положением о территориальном фонде обязательного медицинского страхования, утв. приказом Минздрава России от 21.01.2011 № 15н. Данными документами не установлены такие полномочия и функции территориального фонда ОМС, как согласование тарификационных списков медицинских организаций. Вместе с тем, согласно п. 12 ч. 7 ст. 34 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ и п. 8.12 Типового положения, ТФОМС осуществляет контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии. Так, согласно п. 17.2 Положения о контроле

за использованием средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями, утв. приказом ТФОМС от 16.04.2012 № 73, проверка использования средств, полученных медицинскими организациями на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования, осуществляемая ТФОМС, включает проверку соблюдения обязательства медицинской организации по использованию средств обязательного медицинского страхования, полученных за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе осуществления расходов на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда; правильности начисления и выплаты заработной платы в соответствии с установленными ставками, должностными окладами и фактически отработанным временем, обоснованности выплат различных надбавок и доплат за совмещение профессий и должностей и т.д. При этом проверяются все документы, подтверждающие обоснованность производимых выплат, в том числе и тарификационные списки.

Являются ли застрахованными по ОМС иногородние учащиеся дневных отделений высших и средних образовательных учреждений? Как они должны быть застрахованы по ОМС (как работающее или неработающее население)?

Иногородние учащиеся дневных отделений образовательных учреждений высшего или среднего профессионального образования являются застрахованными по ОМС как неработающее население. Обязательное медицинское страхование и обеспечение страховыми медицинскими полисами ОМС иногородних студентов и учащихся дневных отделений образовательных учреждений высшего или среднего профессионального образования, в установленном порядке зарегистрированных по месту жительства (по месту расположения учебного заведения), должно осуществляться как неработающих граждан данной территории (Письмо ТФОМС от 02.09.2002 № 3237/30-3И). То есть, иногородние учащиеся являются застрахованными по ОМС как неработающее население.

Должны ли оплачиваться за счет средств ОМС вызовы психиатрических бригад СМП?

Вызвды психиатрических бригад скорой медицинской помощи могут быть оплачены за счет средств ОМС только в том случае, если оказание такой помощи за счет средств ОМС предусмотрено территориальной программой обязательного медицинского страхования. Виды медицинской помощи,

оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств ОМС устанавливаются базовой программой обязательного медицинского страхования (ч. 2 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ). Согласно разделу V Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования застрахованным лицам оказываются скорая медицинская помощь, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения (Постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 № 1362). Таким образом, согласно базовой программе ОМС, скорая медицинская помощь, оказанная при психических расстройствах и заболеваниях, не оплачивается за счет средств ОМС. Вместе с тем территориальная программа ОМС может включать в себя перечень страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС (ч. 7 ст. 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ). При этом норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может превышать установленный базовой программой обязательного медицинского страхования норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС (ч. 3 ст. 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ). Таким образом, скорая медицинская помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения может быть оплачена за счет средств ОМС только в том случае, если оказание такой помощи за счет средств ОМС предусмотрено соответствующей территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Может ли медицинская организация приостанавливать оказание медицинской помощи по ОМС при неполучении оплаты оказанной помощи?

Медицинская организация не может приостанавливать оказание медицинской помощи по ОМС при неполучении оплаты оказанной помощи. Типовой договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию представляет собой договор

в пользу третьего лица. С момента выражения третьим лицом должнику намерения воспользоваться своим правом по договору стороны не могут расторгать или изменять заключенный ими договор без согласия третьего лица (ч. 2 ст. 430 ГК РФ). Исходя из данной правовой нормы следует, что если застрахованное лицо не дало согласие медицинской организации на приостановление оказания им медицинской помощи по ОМС при неполучении оплаты оказанной медицинской помощи, то медицинская организация не может приостанавливать оказание медицинской помощи по ОМС при неполучении оплаты оказанной помощи. По договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, за неоплату, неполную или несвоевременную оплату ответственность несет не застрахованное лицо, а страховая медицинская организация (п. 7 Типового договора..., утв. Приказом Минздрава России от 24.12.2012 № 1355н). Также страховая медицинская организация и медицинская организация не вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора (п. 11 Типового договора..., утв. Приказом Минздрава России от 24.12.2012 № 1355н). Таким образом, медицинская организация не может приостанавливать оказание медицинской помощи по ОМС при неполучении оплаты оказанной помощи.

Нужно ли прилагать копии каких-либо документов к уведомлению для включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС?

К уведомлению для включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, нужно прилагать копии документов, подтверждающих сведения, указанные в уведомлении. При направлении уведомления в ТФОМС требуется предоставление копий документов, подтверждающих сведения, указанные в уведомлении (если уведомление подается на бумажном носителе - одновременно, если в электронном виде - в течение семи рабочих дней с даты направления уведомления) (п. 84 Правил обязательного медицинского страхования, утв. Приказом Минздрава России от 28.02.2011 № 158н). Законодательством не конкретизировано, копии каких именно документов должны быть представлены. Исходя из перечня сведений, требующих подтверждения, можно рекомендовать представлять копии следующих документов организации: свидетельства о государственной регистрации юридического лица; выписки из Единого государственного реестра юридических лиц (ЕГРЮЛ), свидетельства о постановке на учет в налоговом органе по месту нахождения на территории РФ; уведомления территориального органа

Федеральной службы государственной статистики об учете юридического лица в Едином государственном реестре предприятий и организаций (ЕГРПО) с присвоением кодов общероссийских классификаторов; приказа о назначении руководителя организации; паспорта руководителя; лицензии на осуществление медицинской деятельности, Территориальный фонд ОМС вправе затребовать копии и иных подтверждающих документов.

Оплачивается ли из средств ОМС медицинская помощь, оказанная гражданам, призванным на военные сборы?

Медицинская помощь, оказанная гражданам, призванным на военные сбор, из средств ОМС не оплачивается. Военнослужащие и приравненные к ним в организации оказания медицинской помощи лица не являются застрахованными в сфере обязательного медицинского страхования (п. «ж» ч. 5 ст. 10 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, Письмо ФФОМС от 05.06.2014 № 2936/30-3). При отсутствии по месту военной службы военно-медицинских учреждений или соответствующих отделений в них либо специального медицинского оборудования, а также в неотложных случаях медицинская помощь оказывается в учреждениях государственной или муниципальной систем здравоохранения. Расходы указанным учреждениям здравоохранения по оказанию медицинской помощи военнослужащим возмещаются Министерством обороны Российской Федерации или иным федеральным органом исполнительной власти, в котором федеральным законом предусмотрена военная служба (Приложение к Постановлению Правительства РФ от 31.12.2004 № 911). Таким образом, средства на оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, призванным на военные сборы, в тариф ОМС не включены (Письмо ФФОМС от 03.03.2000 № 1089/30-3).

Имеет ли право государственное унитарное предприятие, имеющее в структуре здравпункты, оказывать медицинскую помощь по ОМС, или здравпункты надо как-то переименовать?

Государственное унитарное предприятие, имеющее в структуре здравпункты, имеет право оказывать медицинскую помощь по ОМС, если оно включено в реестр медицинских организаций. Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в уведомительном порядке, при соблюдении определенных законодательством требований к медицинской деятельности (ст. 15 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ). В том



числе, медицинская организация должна иметь лицензию на осуществляемые виды медицинской деятельности с указанием адресов мест осуществления лицензируемого вида деятельности (Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291, п. 2 ч. 1 ст. 15 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ). Таким образом, государственное унитарное предприятие, имеющее в структуре здравпункты, может оказывать медицинскую помощь по ОМС, если оно включено в реестр медицинских организаций. Здравпункты в данном случае переименовывать не нужно.

Нужно ли информировать страховую организацию о возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях, рисках и ожидаемых результатах?

Информация о возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях, рисках и ожидаемых результатах может предоставляться страховой организации по ее требованию при заключении договора, если пациент дал письменное согласие. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи должна предоставляться по требованию потребителя и (или) заказчика при заключении договора (п. 14 Правил

предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006). То есть, такая информация может предоставляться страховой организации по ее требованию при заключении договора. При этом, нужно учитывать, что сведения, составляющие врачебную тайну, могут разглашаться только с письменного согласия гражданина (его законного представителя), за исключением случаев, прямо установленных законодательством (п. 4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ). Предоставление таких сведений без письменного согласия гражданина (его законного представителя) страховым медицинским организациям, осуществляющим деятельность в сфере ДМС, не допускается. Таким образом, информация о возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях, рисках и ожидаемых результатах может предоставляться страховой организации по ее требованию при заключении договора, если пациент дал письменное согласие.

Может ли медицинская организация направлять застрахованных, предъявивших просроченный полис ОМС, в страховую медицинскую организацию за получением полиса единого образца?

Медицинская организация может только проинформировать застрахованных, предъявивших просроченный полис ОМС, о том, что можно обратиться в страховую медицинскую организацию за получением полиса единого образца. Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи обязаны предоставлять пациентам информацию о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ч. 2 ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ). Представляется очевидным, что к подобной информации, в том числе, будет относиться и информация о необходимости замены старых полисов на полисы нового образца, а также возможность выбора страховой медицинской организации. Направление медицинской организацией пациента в конкретные страховые медицинские организации с целью получения полиса единого образца и отказ при этом оказывать таким лицам медицинскую помощь является безусловным нарушением действующего законодательства (ч. 1 ст. 11 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ). Таким образом, медицинская организация может только проинформировать пациента о возможности замены просроченного полиса ОМС.

Должна ли медицинская организация оказывать медицинскую помощь по ОМС лицам, предъявившим полис с истекшим сроком действия?

В соответствии со ст. 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ полисы обязательного медицинского страхования, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до 1 января 2011 года, являются действующими до замены их на полисы обязательного медицинского страхования единого образца. Согласно разъяснениям, данным ФФОМС в Письме от 01.07.2011 № 4246/30-ч, указанная норма распространяется на полисы, выданные в соответствии с договорами обязательного медицинского страхования, срок действия которых оканчивается 31 декабря 2010 г. Таким образом, предъявление полиса ОМС с истекшим сроком действия подтверждает право застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи по ОМС. Соответственно медицинская организация обязана оказывать таким лицам медицинскую помощь в объемах, предусмотренных программой ОМС.

Какие положительные аспекты имеет форма оплаты стационарной медицинской помощи по законченному случаю лечения заболевания, включенного в КСГ?

В Письме Минздрава России № 11-9/102-7938, ФФОМС N 8089/21-ч от 24.12.2015 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382 отмечается, что: предварительные результаты применения второй модели КСГ для оплаты стационарной медицинской помощи свидетельствуют об ее эффективности, в первую очередь, в части повышения интенсивности работы стационара - снижения средней длительности пребывания пациента на койке и соответствующего ему увеличения показателя работы койки. Также дифференцированная оплата медицинской помощи способствует повышению доли сложных случаев лечения в структуре оказания медицинской помощи, в том числе доли оперативных вмешательств. Особо необходимо отметить существенное снижение дифференциации тарифов на оплату медицинской помощи при лечении одного и того же заболевания, выполнении одинаковых хирургических операций и (или) других применяемых специальных методов лечения и сложных медицинских технологий в пределах уровня оказания помощи, что является свидетельством повышения справедливости системы финансирования. Стратегии, применяемые в рамках КСГ, направлены на выполнение нескольких главных задач: сокращение расходов на больницу помощь и уменьшение разброса фактических затрат между однотипными медицинскими



в соответствии с Письмом ФФОМС от 12.05.2011, полисы обязательного медицинского страхования, выданные до 1 января 2011 года, остаются у застрахованных лиц и изъятия не подлежат.

Могут ли вноситься изменения в форму типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС?

Изменения в типовую форму договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС можно вносить только в том случае, если с ними согласны обе стороны договора и они не противоречат действующему законодательству. Условия договора определяются по усмотрению сторон и должны соответствовать обязательным правилам, установленным законом и иными правовыми актами (императивным нормам), действующими на момент его заключения (ст. 422 ГК РФ). При этом установлен принцип свободы договора (ч. 1 ст. 421 ГК РФ). Также уполномоченные Правительством РФ федеральные органы исполнительной власти могут издавать типовые договоры, положения и т.п., обязательные для сторон при заключении и исполнении публичных договоров (ч. 4 ст. 426 ГК РФ). Типовая форма договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС установлена Минздравом России (Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1355н). Условия публичного договора, не соответствующие требованиям, установленным в типовой форме договора, ничтожны (ч. 5 ст. 426 ГК РФ). Таким образом, наличие в договоре условий, прямо не установленных типовой формой, является допустимым, если с ними согласны обе стороны договора и они не противоречат требованиям типовой формы.

В каких случаях ФФОМС может осуществить проверку медицинской организации вне установленного плана и можно ли узнать об этом заранее?

ФФОМС может осуществить проверку медицинской организации вне установленного плана на основаниях, установленных законодательством, а также в других необходимых случаях, при этом внеплановая проверка может проводиться без соблюдения предварительного извещения руководителя медицинской организации. ФФОМС могут быть проведены внеплановые проверки медицинских организаций. Объектом таких проверок является использование средств ОМС (п. 5 Положения о контроле за использованием средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями, утв. Приказом ФФОМС от 16.04.2012 № 73). Внеплановые проверки осуществляются исключительно по решению директора ФФОМС, которое может быть принято на следующих основаниях (Приказ ФФОМС от 16.04.2012 № 73):

Должна ли медицинская организация изъять у застрахованного лица полис ОМС, в котором указан истекший срок действия?

Согласно действующему законодательству, подобное право у медицинской организации отсутствует. Более того,

организациями; обеспечение предсказуемости бюджетных обязательств; создание стимулов, обеспечивающих эффективное предоставление медицинской помощи, доступность и должный уровень качества предоставляемых медицинских услуг; обеспечение эффективной системы оплаты медицинской помощи в условиях расширения хозяйственной самостоятельности медицинских организаций и одноканального финансирования. Использование метода КСГ позволит: обеспечить условия для ограничения необоснованного роста расходов; скорректировать определенные на перспективу темпы изменений в структуре госпитализации, тяжести заболеваний, объеме медицинской помощи; обеспечить стационары (в том числе в составе медицинских организаций новых типов) стимулами для повышения эффективности расходов; предоставить в дальнейшем возможность включения в тариф таких услуг, оплата которых из средств системы ОМС в настоящее время не производится (таких как имплантация кардиостимулятора, кардиовертера-дефибриллятора и других высокотехнологичных вмешательств); обеспечить корректировку платежей для стационаров, используемых в качестве клинической и учебной базы, а также расположенных в зонах с высоким уровнем заработной платы и стоимостью ресурсов в территориях с установленными районными коэффициентами и надбавками к заработной плате за особые условия проживания.

• обращения граждан; • в связи с истечением срока исполнения медицинской организацией требований ФФОМС об устранении нарушений и недостатков, и (или) возврате (возмещении) средств, и (или) уплате штрафов; • проведением Федеральным фондом проверок соблюдения законодательства об ОМС на территории субъекта Российской Федерации и использования средств обязательного медицинского страхования участниками ОМС; • в случае прекращения действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС; • в связи с приостановлением или прекращением действия лицензии, ликвидации медицинской организации; • в других необходимых случаях. Указанный перечень оснований для решения о проведении внеплановой проверки не является исчерпывающим и может быть расширен. В приказе директора ФФОМС должны быть определены: тема проверки (указывается исходя из конкретных причин ее проведения), проверяемый период, руководитель и состав комиссии (рабочей группы), сроки проведения проверки (п. 6 Положения о контроле за использованием средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями, утв. Приказом ФФОМС от 16.04.2012 № 73). Копия такого приказа должна быть предъявлена руководителю медицинской организации в день начала проверки.

в адрес ФФОМС органов государственной власти субъекта Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования; • обращений, жалоб и заявлений граждан; • в связи с истечением срока исполнения медицинской организацией требований ФФОМС об устранении нарушений и недостатков, и (или) возврате (возмещении) средств, и (или) уплате штрафов; • проведением Федеральным фондом проверок соблюдения законодательства об ОМС на территории субъекта Российской Федерации и использования средств обязательного медицинского страхования участниками ОМС; • в случае прекращения действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС; • в связи с приостановлением или прекращением действия лицензии, ликвидации медицинской организации; • в других необходимых случаях. Указанный перечень оснований для решения о проведении внеплановой проверки не является исчерпывающим и может быть расширен. В приказе директора ФФОМС должны быть определены: тема проверки (указывается исходя из конкретных причин ее проведения), проверяемый период, руководитель и состав комиссии (рабочей группы), сроки проведения проверки (п. 6 Положения о контроле за использованием средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями, утв. Приказом ФФОМС от 16.04.2012 № 73). Копия такого приказа должна быть предъявлена руководителю медицинской организации в день начала проверки.

В каких случаях страховая организация может расторгнуть договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС?

К данным случаям п. 13 типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом Минздрава России от 24.12.2012 № 1355н, относят: ликвидацию медицинской организации, утрату медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности, исключение медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации.

Может ли быть проведена целевая экспертиза КМП спустя месяц после подачи счета на оплату?

Целевая экспертиза качества медицинской помощи может быть проведена спустя месяц после подачи счета на оплату. По общему правилу целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение месяца после предоставления страхового случая (медицинских услуг)

к оплате (п. 24 Приказа ФФОМС от 01.12.2010 № 230). Однако в случае необходимости получения результатов патологоанатомического вскрытия при летальном случае, результатов расследования Роспотребнадзора при внутрибольничном инфицировании и иных случаях в соответствии с законодательством РФ и нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, срок проведения экспертизы качества медицинской помощи продлевается. Согласно абз. 3 п. 24 приказа ФФОМС от 01.12.2010 № 230 (в ред. приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130), организационные экспертные мероприятия (например, запрос материалов, необходимых для проведения экспертизы качества медицинской помощи и их анализ, переговоры с экспертом качества необходимой специальности) осуществляются в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам. Также, как указано в п. 26 приказа ФФОМС от 01.12.2010 № 230 (в ред. приказа ФФОМС от 21.07.2015 № 130), при выявлении страховой медицинской организацией (по результатам жалобы, по результатам внутреннего контроля, по запросам органов прокуратуры РФ, Росздравнадзора, иных государственных органов и организаций, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей) случаев летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится независимо от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

Может ли быть включена в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, организация, являющаяся обособленным структурным подразделением (филиалом) и не имеющая отдельного лицевого счета?

Организация, являющаяся обособленным структурным подразделением (филиалом) и не имеющая отдельного лицевого счета, не может быть включена в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. К медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС, организации любой, предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой (ч. 1 ст. 15 Федерального закона от 28.11.2010 № 326-ФЗ). При направлении ФФОМС уведомления



об осуществлении деятельности в сфере ОМС медицинская организация предоставляет также копии документов, подтверждающие сведения, указанные в уведомлении, в частности: полное наименование медицинской организации; краткое наименование медицинской организации; адрес (место) нахождения медицинской организации; КПП; ИНН; организационно-правовая форма медицинской организации; фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты; наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия разрешения на медицинскую деятельность; виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы. Таким образом, для осуществления деятельности в сфере ОМС организация должна быть юридическим лицом, филиалы не являются юридическими лицами. Они наследуют имущество созданных их юридических лиц и действуют на основании утвержденных ими положений (ч. 3 ст. 55 ГК РФ). Соответственно, организация, являющаяся обособленным структурным подразделением (филиалом) и не имеющая отдельного лицевого счета, не может быть включена в реестр медицинских организаций.

Считается ли застрахованным по ОМС лицо без определенного места жительства, сведения о котором отсутствуют в реестре застрахованных?

В соответствии с ч. 1 ст. 27 Конституции РФ каждый, кто законно находится на территории РФ, имеет право свободно передвигаться, выбирать место пребывания и жительства.

Согласно ст. 3 Закона РФ от 25.06.1993 № 5242-1 граждане Российской Федерации обязаны регистрироваться по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации, однако наличие или отсутствие регистрации не может служить основанием ограничения или условием реализации прав и свобод граждан, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, конституциями (уставами) и законами субъектов Российской Федерации. Согласно ст. 10 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, отсутствие у физического лица определенного места жительства не является основанием для того, чтобы считать его незастрахованным по ОМС. Вместе с тем, единый реестр (реестр) застрахованных лиц - это документ, из которого следует, что гражданин включен в систему правоотношений по ОМС и на него распространяются гарантии прав застрахованных лиц на бесплатное предоставление медицинской помощи надлежащего качества и объема в рамках базовой и территориальных программ ОМС. Кроме того, медицинская помощь, оказываемая не застрахованным по ОМС гражданам РФ при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования), обеспечивается за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта РФ (раздел V Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утв. Постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382).

Граждане Российской Федерации обязаны регистрироваться по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации, однако наличие или отсутствие регистрации не могут служить основанием ограничения или условием реализации прав и свобод граждан, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, законами Российской Федерации, Конституциями и законами республик в составе Российской Федерации (ст. 3 Закона РФ от 25.06.1993 № 5242-1).

Должна ли поликлиника информировать страховую организацию о пациентах, направленных на госпитализацию в неотложном порядке?


Согласно «Порядку информационного взаимодействия, при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере ОМС» (утв. Приказом ФФОМС от 20.12.2013 № 263) медицинские организации не направляют информацию непосредственно страховым медицинским организациям, а вносят данные в электронный виде в единый информационный ресурс субъекта РФ, организованный территориальным фондом ОМС. Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, передает в единый информационный

ресурс сведения о направлении застрахованных лиц для получения медицинской помощи в стационарных условиях ежедневно, не позднее 9:00 местного времени по состоянию на 20:00 часов предшествующего дня. При этом указывается форма оказания медицинской помощи – плановая или неотложная.


Оказывается ли в рамках программы ОМС паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях?

Постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 №1273 установлено, что паллиативная медицинская помощь оказывается бесплатно за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи, и представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

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

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ



НА СТРАЖЕ ЗДОРОВЬЯ НАШИХ ДЕТЕЙ

Престиж каждой профессии определяется ее значимостью для общества. Исходя из этого, не найти профессии более уважаемой и востребованной, чем врач. Именно врачам мы доверяем свое здоровье и здоровье наших детей. Каждый, кто так или иначе соприкасался с детскими заболеваниями, прекрасно понимает важность получения качественного медицинского обслуживания. Вера своего ребенка к врачу, мы вверяем его здоровье профессионалам – это девиз пациентов Детской городской больницы №2 города Грозный. За годы функционирования больница заслужила репутацию одного из лучших медицинских учреждений в республике.

Городская клиническая больница №2 была создана в 50-х годах 20-ого столетия. В 1984 году больницу репрофилировали в «Детскую клиническую больницу №2». В 1999 году она была полностью разрушена в ходе известных событий в республике и восстановлена через 7 лет. Сейчас это – просторное, светлое, чистое учреждение при котором находится и детская поликлиника Октябрьского района. А год назад на должность главного врача был назначен новый руководитель из числа врачей, которые, рискуя своей жизнью, работали даже в годы военных действий.

Встретиться и побеседовать с руководителем ГБУ «Детская городская больница №2» Бирлант Шихановой удалось не сразу. Практически каждый день она в связи со служебной необходимостью по-



сещает Министерство здравоохранения, ФОМС Чеченской Республики, страховую медицинскую организацию. Даже во время беседы с Шихановой ее телефон

не умолкает.

- Сразу, как меня назначили главным врачом, я дала указание развесить таблички с моим номером по всему учреждению. Хочу быть доступной для всех посетителей нашей больницы, если у них возникнут вопросы. Бывают и замечания, я, учитывая их, стараюсь улучшать качество работы нашего учреждения, - поясняет Бирлант Шиханова.

В беседе с людьми, возглавляющими медицинское учреждение, можно заметить, что о себе они рассказывать не любят. Так и с Бирлант записать разговор удалось не сразу – женщина с волнением говорит о функционировании подведомственной ей больницы, а о себе и вовсе сказать ничего не может.

- Я не вижу смысла о себе рассказывать, - объясняет главврач. - Может



поблизиться с моим заместителем и узнать у нее всю информацию, я же вижу себя как единое целое со своей больницей, о ней с удовольствием все и расскажу.

Поблизившись с подчиненными Бирлант Шихановой, удалось сложить воедино ее биографию и путь карьерного роста. Родилась она в селе Алхазурово Урус-Мартановского района ЧИАССР тут же в 1984 году окончила школу. Когда встал вопрос выбора профессии, внутренний голос подсказал – ты будешь врачом, и в 1990 году, окончив Дагестанский государственный медицинский институт по специальности «Педиатрия», она начинает свою медицинскую практику педиатром. После года работы Шиханова проходит первичную переподготовку по профилю «анестезиология и реанимация». С этого времени, а также в период контртеррористической операции на территории Чеченской Республики работает врачом анестезиологом-реаниматологом в Урус-Мартановской ЦРБ.

Женщину всегда отличало стремление к познанию чего-то нового, жизнестойкость и смелость, поэтому во время пребывания в Москве она проходит курсы специализации по профилю «функциональная диагностика» и «общая врачебная практика» на базе ведущих федеральных клиник. В 1999 году, терзаясь переживаниями за свой народ, девушка начинает работу в гуманитарной миссии в лагерях беженцев на террито-

рии Республики Ингушетия. В эти годы ей присваивают звание «Заслуженный врач Ингушетии».

В Чеченскую Республику Бирлант Шиханова вернулась в период восстановления системы здравоохранения республики, где ее назначают руководителем детской консультации при ГБУ «Городская больница №5 г. Грозный». Затем по ее инициативе и при ее непосредственном участии разрозненные два педиатрических структурных подразделения при «взрослых» учреждениях были объединены и сосредоточены в виде детской поликлиники на базе ГБУ «Детская городская больница №2 г. Грозный».

Все этапы жизненного пути и становления ее как врача-профессионала можно проследить по большому количеству грамот и наград от различных ведомств. Но для врача высшей категории, отличника здравоохранения, самой ценной наградой явилась грамота Министерства здравоохранения Российской Федерации за подписью министра В.И. Скворцова в 2015 году. Признание на таком высшем уровне – большая честь и огромная ответственность в плане совершенствования медицины на рабочем посту.

Преобразования, которые главный врач внесла в вверенное ей учреждение, незамедлительно привели к изменениям в рабочем процессе больницы. Б. Шиханова тут же поставила



так, что маленький пациент умирает на руках врача, то это трагедия не только для родителей, но и для медицинского персонала Детской городской больницы №2.

- Мои двери для врачей, как и для наших маленьких пациентов и их родителей, всегда открыты, - говорит главврач. - Иногда и моим подчиненным необходимо выговориться, вот они и приходят ко мне. Бывает, что между медицинскими работниками и родителями возникает недопонимание, чтобы пресекать их на корню, я каждое утро провожу совещания, на которых прошу свой персонал быть сдержанным несмотря ни на что.

По словам Шилхановой, в основном у детей очень часто возникают вирусные инфекции и простуды. Это наиболее распространенные заболевания, с которыми сталкиваются врачи. Особенность детской медицины, скорее, в том, что к детям нужен особый подход, и любой врач должен быть особенно аккуратен в лечении, поскольку детский организм еще не окрепший, не сформированный. Поэтому дозировки, лекарственные препараты и методы лечения в целом должны быть четкими, чтобы ни в коем случае не вызвать ни аллергии, ни чего-то похуже.

Первоочередной задачей для Детской городской больницы №2 на сегодняшний день является привлечение новых медицинских кадров по тем или иным направлениям. Особенно острая нехватка ощущается в педиатрии, так как при поступлении в медицинский вуз мало кто из молодых людей выбирает эту специальность.

- Мы решаем вопрос нехватки квалифицированных кадров совместно с Министерством здравоохранения Чеченской Республики. Подходим к решению этого вопроса очень ответственно, так как мы стоим на страже здоровья наших детей, и знания врача очень важны.

цели, которые необходимо было достичь ей на новом посту: повышение уровня знаний врачей больницы и поликлиники, дробжелательный подход к лечению маленьких пациентов, увеличение оперативности с применением малоинвазивных методов ведения хирургических больных. Для их достижения стали проводиться ежемесячные врачебные конференции, посвященные самым сложным в диагностическом и лечебном плане нозологиям, к которым привлекаются работники кафедр медицинского факультета Чеченского государственного университета.

На сегодняшний день в Детской городской больнице №2 оказывается медицинская помощь даже самому тяжелому контингенту больных детей - детей, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, и детей с нейротравмами. Ургентная служба сама по себе очень тяжелое направление в медицине, требующее максимальной собранности и полной отдачи при проведении неотложных лечебных мероприятий, от которых зависит жизнь пациента. Благодаря усилиям главного врача, в больнице была организована профессиональная команда медицинского персонала, готового к оказанию необходимой помощи в должном объеме и в любое время.

Персонал больницы борется за жизнь каждого своего пациента. Всех детей, поступивших с тяжелыми травмами, выхаживают и чуть ли не заново учат ходить. Врачи, осознают какую ответственность несут за жизнь своих маленьких пациентов, и это стало способствовать тому, что ежегодно численность детской смертности в республике снижается. А если и случается



Седа Магомедова



СВЕТЛАНА КАРЧЕВСКАЯ: «ИНСТИТУТ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ НЕОБХОДИМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ОМС»

Введение института страховых представителей поможет в решении и таких важных вопросов, как стимулирование застрахованного лица к прохождению диспансеризации

«Введение института страховых представителей необходимо для перспективного развития федеральной системы обязательного медицинского страхования», - заявила в ходе XIV международной конференции по страхованию заглавы Фонда обязательного медицинского страхования Светлана Карчевская.

«Мы сейчас говорим о векторе дальнейшего развития системы ОМС - это означает усиление роли страховых организаций, делая их реальными участниками как организации медицинской помощи застрахованному лицу, так и участниками в комплексе мер по укреплению его здоровья. Поэтому мы вместе со страховым и медицинским сообществом работаем над введением института страховых представителей», - сказала Карчевская.

Она подчеркнула, что в этом направлении предстоит большая работа, в том числе по определению конкретного функционала страховых представителей.

По словам Карчевской, с этой целью разработана трехлетняя дорожная карта. Первый этап - это создание контакт-центров, куда смогут обратиться граждане. Специалисты пояснят им, на что имеет право застрахованное по ОМС лицо, в частности, предоставит информацию о выборе застрахованной организации, наборе платных и бесплатных услуг. К 1 июня контакт-центры созданы практически во всех регионах России и специалисты уже начинают прием звонков на горячую линию. «После этого, - добавила заглавы ФОМС, - все обращения и жалобы проанализируют и будут даны предложения для управленческой системы».



«На втором этапе специалисты должны будут предоставлять пациентам консультации по вопросам оказания конкретной медицинской помощи. И третий этап - это работа профессионального эксперта, который будет вести пациента «от А до Я», его планируется реализовать с 1 января 2018 года. И здесь роль страховых организаций безгранична», - отметила заглавы ФОМС.

Как полагают Карчевская, введение института страховых представителей поможет в решении и таких важных вопросов, как стимулирование застрахованного лица к прохождению диспансеризации.

«Структурные изменения, которые происходят в обществе, направлены на укрепление амбулаторного звена и выявление рисков заболеваемости. Поэтому очень важно, чтобы застрахованные, со своей стороны, строже относились к себе и заботились о своем здоровье, регулярно проходили диспансеризацию», - отметила Карчевская.

По ее мнению, закрепленные

за пациентами страховые представители смогут способствовать и соблюдению больными предписанного режима профилактики или лечения. По оценкам медицинских экспертов, приверженность пациентов лекарственной терапии в рамках вторичной профилактики заболеваний в России не превышает 40%, тогда как в большинстве европейских стран она составляет около 70%. Такой низкий уровень соблюдения врачебных рекомендаций говорит о том, что существует риск возрата больного вновь на дорогостоящее лечение, например, в стационар», - заметила Карчевская.

«Когда мы говорим об усилении роли ответственности страховых организаций, мы говорим по сути о пациентоориентированной модели взаимоотношений всех участников системы ОМС. Как каждый из нас имеет дело с врачом первичного звена, точно так же будет прикреплен к человеку и ответственный страховой представитель», - резюмировала заглавы ФОМС.



В ПЯТИГОРСКЕ ОБСУДИЛИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОМС СУБЪЕКТОВ СКФО

Руководитель ТФОМС Чеченской Республики Денилбек Абдулазизов принял участие в совещании директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Северо-Кавказского федерального округа.

Мероприятие прошло в городе Пятигорск под руководством помощника полномочного представителя Президента Российской Федерации в СКФО Вячеслава Пескова. Основной темой совещания стало обсуждение предварительных итогов деятельности территориальных фондов ОМС субъектов СКФО, в первом

полугодии 2016 года. Кроме того, в ходе совещания были рассмотрены вопросы, касающиеся страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, а также обсуждены результаты контрольно-надзорных мероприятий по вопросам эффективности использования учреждениями

здравоохранения средств ОМС в первом полугодии 2016 года по каждому региону округа.

Источник: Пресс-служба ТФОМС Чеченской Республики

НОВЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С 2017 ГОДА

Приказ Минздравра от 15 июля 2016 г. N 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» зарегистрирован в Минюсте и вступит в силу 1 июля 2017 года



Новые критерии более обширны и конкретны, чем ныне действующие. Пациенты самым непосредственным образом встраиваются в систему оценки качества медицинской помощи, с помощью специальных опросников. Общая база критериев кардинально не изменилась. Критерии качества по-прежнему применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, в

условиях дневного стационара и стационарных условиях).

Напомним, ранее эксперты называли ряд недостатков существующих критериев и отсутствие системности в критериях. Прослеживается связь критериев с целью и местом оказания медицинской помощи, однако четкую иерархичную систему они не образуют. Содержание некоторых критериев должны уточняться в подпунктах, однако их содержание полностью не

раскрывается. Одним из самых серьезных недостатков, присущих критериям оценки качества медпомощи — смешение принципа минимальной достаточности и соответствия, который будет рассмотрен более подробно.

Источник: www.zdrav.ru

ВНЕСЕНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРАВИЛА ОМС

Приказом Минздрава России от 28 июня 2016 года №423н, зарегистрированным в Минюсте России 18 июля 2016 года, внесены изменения в Правила обязательного медицинского страхования.

Минздрав России вернул норму о том, что СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета) в отношении детей, являющихся гражданами Российской Федерации, в возрасте до четырнадцати лет при выборе или замене страховой медицинской организации, при выдании дубликата полиса ОМС или переоформлении полиса ОМС указывается только при его наличии. Медицинская организация освобождена от обязанности направлять в страховую медицинскую организацию СНИЛС застрахованных по ОМС лиц.

Уточнен порядок информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи. Информационное сопровождение застрахованных лиц осуществляется на основе программного комплекса территориального фонда, интегрированного с информационными системами территориального фонда по персонализированному учету сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, работающего круглосуточно в режиме онлайн.

Медицинские организации получают доступ к информационному ресурсу и используют информацию, размещенную на указанном ресурсе, для осуществления информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи. Обновление данных в информационном ресурсе осуществляется не реже одного раза в сутки в соответствии с установленными территориальным фондом графиком передачи информации медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

Территориальный фонд обеспечивает внесение в информационный ресурс информации об установленных Комиссией объемах предоставления медицинской помощи для медицинских организаций и страховых медицинских организаций не позднее 2 рабочих дней с даты принятия Комиссией решений о распределении (перераспределении) указанных объемов.

Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в условиях дневного стационара и/или специализированную медицинскую помощь, ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени осуществляет обновление сведений в информационном ресурсе за истекшие сутки о:

- выполнении объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, оказание которой предусмотрено лицензией медицинской организации;



- количестве свободных мест для госпитализации в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с указанием планируемой даты освобождения места;

- застрахованных лицах, госпитализированных за день по направлениям в плановом порядке в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи (в том числе в разрезе медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию);

- застрахованных лицах, госпитализированных в экстренном порядке;

- застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

Медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, ежедневно не позднее 09.00 часов местного времени осуществляет обновление сведений в информационном ресурсе о застрахованных лицах за истекшие сутки, получивших направление в выбранную медицинскую организацию на госпитализацию в разрезе профилей (отделений) медицинской помощи, включая дату госпитализации.

Обмен информацией между медицинскими организациями, страховой медицинской организацией и территориальным фондом осуществляется в электронной форме с соблюдением требований по защите персональных данных и иной конфиденциальной информации.



БОЛЬНИЦЫ И ПОЛИКЛИНИКИ НАКАЖУТ РУБЛЕМ ЗА НЕКАЧЕСТВЕННУЮ ПОМОЩЬ

Главное изменение: Больницы и поликлиники предлагают штрафовать на суммы до 300 тыс. руб. за отказ в бесплатной медпомощи по полисам ОМС и нарушение порядка ее оказания, а врачей – за выписанные не по инструкциям лекарства и анализы.

Соответствующий законопроект внесен в Госдуму Правительством РФ, которое так предлагает бороться с низким качеством медслужб в стране. Без штрафов за неверный диагноз и запрета на занятие деятельностью законопроект пациента не защитит, считают эксперты.

Санкциями за некачественную работу врачей Правительство РФ предлагает дополнить КоАП РФ. За отказ в бесплатной медпомощи по полису ОМС (или попытку взимать деньги за эти услуги) медучреждения предлагается штрафовать на сумму до 40 тыс. руб. Нарушение прав граждан на выбор медорганизации или врача должно караться штрафами до 30 тыс. руб. В случае выписки лекарств не в порядке, установленном Минздравом, врачам предлагается наказывать на сумму от 5 тыс. до 20 тыс. руб. Санкции предлагается ввести и за нарушения по-

рядка проведения медэкспертиз (например, анализов): до 1,5 тыс. руб. для врачей и до 50 тыс. руб. – для медучреждений. Самые большие штрафы предлагается установить за нарушения порядка оказания медпомощи – 10–20 тыс. руб. для должностных лиц и 100–300 тыс. руб. для организации.

В пояснительной записке к проекту говорится, что административная ответственность за низкое качество медслужб отсутствует, а предписания, которые выносит Росздравнадзор по результатам проверок организаций, «являются недостаточно эффективной мерой воздействия».

После принятия законопроекта госконтроль будет сортирован «на поощрение к прекращению нарушений». С этой целью Росздравнадзору предлагается передать полномочия по рассмотрению административных дел по статьям КоАП РФ.



ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИКИ БУДУТ ПОЛУЧАТЬ СУБСИДИИ НА ВМП НАПРЯМУЮ ИЗ ФФОМС

Правительство меняет порядок финансирования высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), не включенной в базовую программу ОМС, которую оказывают в федеральных медучреждениях. Законопроекты с соответствующими изменениями кабинет внес в Госдуму.

Если до сих пор эти виды ВМП финансировались из федерального бюджета за счет межбюджетных трансфертов из ФФОМС, то сейчас предлагается делать это напрямую — из бюджета федерального фонда ОМС. Изменения начнут действовать с 2017 г. При этом софинансирование расходов субъектов РФ на ВМП, не включенную в базовую программу ОМС, тоже предлагается сохранить — из бюджета ФФОМС будут направляться субсидии ФФОМС, а далее в виде межбюджетных трансфертов — бюджетам субъектов.

Так, в соответствии с законопроектом «О внесении изменений в Федеральный закон „Об обязательном медицинском страховании в РФ“ и отдельные законодательные акты РФ» обособленные целевые средства на ВМП из бюджета ФФОМС будут предоставляться федеральным клиникам в виде субсидии на финансирование государственного задания. Оно будет утверждаться федеральным органом исполнительной власти — учредителем медорганизации — на основании соглашения между Фондом, учредителем и самой клиникой. Форму соглашения о порядке и условиях предоставления субсидий,

а также порядок его заключения должен утвердить Минздрав России. Кроме того, целевые средства из бюджета ФФОМС будут предоставляться бюджетам ФФОМС на софинансирование расходов на ВМП в субъектах. Также изменения вносятся в статью 78 Бюджетного кодекса РФ — они должны создать правовые основания для предоставления субсидий федеральным медучреждениям на финансирование госзадания.

Проекты федеральных законов были подготовлены Минздравом по поручению Президента В.В. Путина, которое он озвучил в своем Послании Федеральному Собранию в декабре прошлого года.

Доктор Питер

ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ИНФОРМИРУЕТ - СНИЛС ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПОЛИСА ОМС

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики информирует, о том, что с 16 мая 2016 года СНИЛС является обязательным документом при оформлении полиса обязательного медицинского страхования для граждан Российской Федерации.

Соответствующие изменения внесены в Правила обязательного медицинского страхования Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Если ранее страховой номер индивидуального лицевого счета, содержащийся в свидетельстве обязательного пенсионного страхования, (СНИЛС) предоставлялся при наличии, то теперь при оформлении полиса обязательного медицинского страхования граждане Российской Федерации обязаны предоставить его в обязательном порядке.

Таким образом, с 16 мая 2016 года для оформления полиса ОМС или осуществление выбора/замены страховой медицинской организации, гражданин РФ в обязательном порядке предоставляет:

1. Заявление о выборе или замене страховой медицинской организации;
2. Документ, удостоверяющий личность (паспорт, свидетельство о рождении);
3. СНИЛС.

Необходимо отметить, что согласно разъяснениям, данным в письме Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 23.05.2016 №4529/91и, оформление СНИЛС на новорожденного занимает не более 5 дней со дня обращения. Кроме того, до получения полиса обязательного медицинского страхования новорожденный должен обслуживаться по полису матери или другого законного представителя.



Для удобства граждан регистрация новорожденного ребенка в системе обязательного пенсионного страхования осуществляется в органах ЗАГС при оформлении свидетельства о рождении ребенка. Выдача документа производится в структурных подразделениях Отделения ПФР по Чеченской Республике.

После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

Необходимо также отметить, что иностранные граждане и лица без гражданства при выборе/замене страховой медицинской организации предоставляют СНИЛС в случае его наличия.

По вопросам оформления СНИЛС необходимо обращаться в Отделение ПФР по Чеченской Республике или в Многофункциональный центр Чеченской Республики.

Источник: Пресс-служба ТФОМС Чеченской Республики

НОВЫЕ СТАНДАРТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

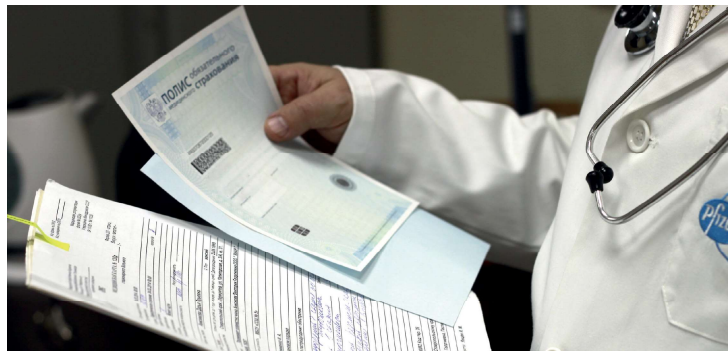
Утверждены новые стандарты скорой медицинской помощи при сомнолентности, ступоре, неуточненной коме, менингитах и остром нарушении мозгового кровообращения

Минздрав России утвердил новые стандарты скорой медицинской помощи приказом Минздрава России от 05.07.2016 N 471н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при сомнолентности, ступоре, неуточненной коме». Нозологические единицы: R40.0 - Сомнолентность (интерсомния); R40.1 - Ступор; R40.2 - Кома неуточненная приказ Минздрава России от 05.07.2016 N 466н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при остром нарушении мозгового кровообращения». Нозологические единицы: I60 - Субарахноидальное кровоизлияние; I62 - Внутримозговое кровоизлияние; I63 - Другое неатравматическое внутричерепное кровоизлияние; I64 - Инфаркт мозга; I64 - Инсульт, не уточненный как кровоизлияние или инфаркт; G45 - Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы.

Приказ Минздрава России от 05.07.2016 N 462н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при менингитах». Нозологические единицы: G00- Бактериальный менингит, не классифицированный в других рубриках; G01- Менингит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках; G02- Менингит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках; G03 - Менингит, обусловленный другими и неуточненными причинами.



Источник: www.zdrav.ru



СОПРОВОЖДЕНИЕ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЧЕРЕЗ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

Главное изменение: страховые организации должны обеспечить сопровождение застрахованных лиц через страховых представителей. Утвержден Регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц

Вводится порядок взаимодействия участников ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медпомощи.

Участниками взаимодействия при сопровождении застрахованных лиц являются страховые организации и организации, работающие в системе ОМС, территориальные ФОМС.

Информационный обмен между участниками осуществляется на основе организованного территориальным ФОМС информационного ресурса, работающего в круглосуточном режиме и свя-

занного с информационными системами территориального ФОМС персонализированного учета сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

Поступившие обращения граждан, результаты их рассмотрения регистрируются в электронном журнале.

ФОМС обеспечивает работу с устными обращениями граждан через операторов контакт-центров.

Страховые медицинские организации обеспечивают сопровождение

застрахованных лиц через страховых представителей всех уровней.

Также определен порядок взаимодействия участников при оказании застрахованным лицам услуг справочно-консультационного характера, при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий, а также при информационной сопровождении застрахованных лиц при оказании им специализированной медицинской помощи в плановом порядке.

Источник: Приказ ФФОМС от 11.05.2016 № 88 «Об утверждении Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи»



ПРАВИТЕЛЬСТВО ПРЕДЛОЖИЛО ИЗМЕНИТЬ ПОРЯДОК ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ВЗНОСА НА ОМС НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ

Правительством РФ инициирован и направлен в Госдуму проект федерального закона, предусматривающий изменение порядка перечисления страхового взноса на ОМС неработающего населения.

В соответствии с действующим законодательством субвенции из бюджета ФФОМС бюджетам территориальных фондов ОМС предоставляются при условии соответствия их объема на ОМС неработающего населения размеру аналогичного страхового взноса и при условии перечисления ежемесячно в бюджет ФФОМС одной двенадцатой доли годового объема средств не позднее 20-го числа каждого месяца.

Отсутствие у большинства субъектов достаточного объема средств к 20-му числу приводит к нарушениям срока уплаты взносов и взысканию с них недоимки по страховым взносам на ОМС неработающего населения, начислению пеней и штрафов.

Поскольку одним из основных источников доходов бюджетов субъектов является налог на прибыль организаций, уплачивающийся не позднее 28-го числа каждого месяца, законопроектом предлагается установить срок уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения не позднее 28-го числа каждого месяца.

Законопроект направлен в Комитет Государственной Думы по охране здоровья для предварительного рассмотрения, и в случае принятия вступит в силу с 1 января 2017 года.

Римма Шевченко
www.medvestnik.ru

ФФОМС О НЕДОПУСТИМОСТИ ОТКАЗА В ОКАЗАНИИ МЕДПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ ДО ОФОРМЛЕНИЯ ПОЛИСА ОМС

В связи с вступлением в силу с 16 мая 2016 года изменений (приказ Минздрава России от 25.03.2016 № 192н) в правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н, сообщается, в частности, следующее.

По сведениям ПФР, оформление СНИЛС на новорожденного занимает не более 5 дней со дня обращения. До получения полиса обязательного медицинского страхования новорожденный должен обслуживаться по полису матери или другого законного представителя.

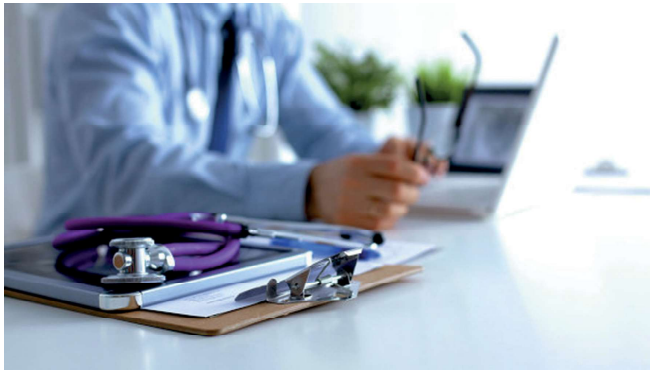
В этой связи обращается внимание медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, на недопустимость отказа в оказании медицинской помощи новорожденным до оформления полиса обязательного медицинского страхования.



Источник: Письмо ФФОМС от 23.05.2016 № 4529/91/и

КАК БУДЕТ ПРОХОДИТЬ ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ ЗА СЧЕТ ФОМС

Проект документа «Об утверждении Порядка выбора медицинским работником дополнительного профессионального образования по программе повышения квалификации в организации, осуществляющей образовательную деятельность, для направления на обучение за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования» опубликован на портале regulation.gov.ru.



Как будет происходить повышение квалификации врачей? Медицинский работник регистрируется на интернет-портале и получает доступ к списку образовательных программ и возможности создания предварительной заявки для зачисления на обучение по выбранной образовательной программе. После согласования с руководителем медицинской организации (работодателем) образовательной программы и образовательной организации, а также сроков обучения, медицинский работник подтверждает предварительную заявку. Работодатель заключает договор в соответствии со статьей 54 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

Освоение образовательной программы завершается предоставлением итоговой аттестации в форме, определяемой образовательной организацией. Медицинскому работнику выдается документ о квалификации на бланке, образец которого самостоятельно устанавливается образовательной организацией. Медицинский работник не позднее 3 календарных дней с даты выдачи документа о квалификации представляет его копию работодателю.

Источник: www.zdrav.ru



ЭЛЕКТРОННЫЙ БОЛЬНИЧНЫЙ: ПОЭТАПНОЕ ВНЕДРЕНИЕ

В 2017 г. в России начнется поэтапное внедрение электронного больничного листа. Законопроект «О внесении изменений в ст. 13 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и в ст. 59 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»» проходит общественное обсуждение, сообщает пресс-служба Министерства труда и социальной защиты РФ.

Законопроект предусматривает возможность использования листа нетрудоспособности как на бумажном носителе, так и в форме электронного документа, сформированного в автоматизированной информационной системе, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченных лиц.

«Электронный листок нетрудоспособности будет иметь равную юридическую силу с листком нетрудоспособности, оформленным на бумажном бланке. Ожидается, что закон вступит в силу с 1 января 2017 г., после чего начнется поэтапное внедрение системы электронного листа нетрудоспособности на всей территории страны», — заявил Министр труда и социальной защиты РФ М. А. Топилин.

По словам министра, законопроект будет способствовать оптимизации процесса обмена сведениями между субъектами обязательного социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, с медицинскими организациями и федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

Разработке законопроекта предшествовала реализация пилотного проекта «Электронный листок нетрудоспособности» в Астраханской, Белгородской областях и Республике Татарстан.

Медвестник



ОБЗОР НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 05.04.2016 № 93-ФЗ

«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В СТАТЬИ 14 И 15 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «О ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Суть документа

Принятым Федеральным законом полномочия по осуществлению лицензионного контроля в сфере охраны здоровья исключаются из перечня полномочий РФ в сфере охраны здоровья, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов РФ, и передаются уполномоченному федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по контролю и надзору в сфере охраны здоровья (Росздравнадзору). Федеральный закон вступает в силу по истечении 180 дней после его официального опубликования.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 30.12.2015 № 1034Н

«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ПСИХИАТРИЯ-НАРКОЛОГИЯ» И ПОРЯДКА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЛИЦАМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И (ИЛИ) РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫМИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ» (ЗАРЕГИСТРИРОВАН В МИНЮСТЕ РОССИИ 22.03.2016 № 41495)

Суть документа

Утвержден Порядок, устанавливающий новые правила организации и оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» в медицинских организациях и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность. Порядок устанавливает правила организации деятельности:

кабинета профилактики наркологических расстройств; кабинета врача-психиатра-нарколога и кабинета врача-психиатра-нарколога участкового; кабинета врача-психиатра-нарколога для обслуживания детского населения и кабинета врача-психиатра-нарколога участкового для обслуживания детского населения; наркологического дневного стационара; отделения неотложной наркологической помощи; наркологического отделения; отделения медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами; наркологического диспансера (наркологической больницы); реабилитационного наркологического центра; химико-токсикологической лаборатории наркологического диспансера (наркологической больницы) с рекомендуемыми штатными нормативами и стандартами оснащения. Также утвержден Порядок диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ.

Приказ утратившим силу приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „наркология“».

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 27.02.2016 № 132Н

«О ТРЕБОВАНИЯХ К РАЗМЕЩЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МУНИЦИПАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИСХОДЯ ИЗ ПОТРЕБНОСТЕЙ НАСЕЛЕНИЯ» (ЗАРЕГИСТРИРОВАН В МИНЮСТЕ РОССИИ 22.03.2016 № 41485)

Суть документа

Разработаны требования к обеспечению доступности медицинской помощи в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения. Установлено, в частности, что доступность медицинских организаций должна составлять:

для оказывающих медицинскую помощь в экстренной форме (кроме станций скорой медицинской помощи, отделений скорой медицинской помощи поликлиник (больниц, больниц скорой медицинской помощи)) — не более 60 минут транспортом;

для оказывающих медицинскую помощь в неотложной форме — 120 минут транспортом;

для оказывающих первичную медико-санитарную помощь — в населенных пунктах с численностью населения свыше 20 тыс. человек — 60 минут пешком.

Место расположения и территория обслуживания станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи поликлиники (больницы, больницы скорой медицинской помощи) устанавливаются с учетом численности и плотности населения, особенностей застройки, состояния транспортных магистралей, интенсивности автотранспортного движения, протяженности населенного пункта, с учетом 20-минутной транспортной доступности.

Указано, что для медицинских организаций, оказывающих помощь в экстренной и неотложной форме, установленные параметры могут обоснованно корректироваться с учетом транспортной доступности, а также климатических и географических особенностей субъекта РФ. Требования к размещению отдельных видов медицинских организаций, включенных в номенклатуру медицинских организаций, исходя из условий, видов, форм оказания медицинской помощи и рекомендуемой численности обслуживаемого населения, приведены в приложении к Приказу. Приказ вступил в силу 15 апреля 2016 года.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 09.02.2016 № 80Н

«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕЕСТРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ» (ЗАРЕГИСТРИРОВАН В МИНЮСТЕ РОССИИ 21.03.2016 № 41471)

Суть документа

Определена новая процедура ведения государственного реестра лекарственных средств для медицинского применения. Государственный реестр лекарственных средств для медицинского применения является федеральной

информационной системой, содержащей сведения о лекарственных препаратах для медицинского применения, прошедших государственную регистрацию, фармацевтических субстанциях, входящих в состав лекарственных препаратов для медицинского применения, и фармацевтических субстанциях, произведенных для реализации.

Реестр ведется в электронном виде с применением автоматизированной системы путем внесения в реестр реестровых записей.

Сведения, содержащиеся в реестре, являются открытыми и общедоступными и предоставляются любым заинтересованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации. Признан утратившим силу приказ Минздрава России от 26.08.2010 № 746н «Об утверждении порядка ведения государственного реестра лекарственных средств для медицинского применения». Приказ вступил в силу с 1 апреля 2016 года.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 26.04.2016 № 112-ФЗ

«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «О ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Суть документа

Внесены изменения в статьи 14 и 44 Закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», касающиеся организации обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей лекарственными препаратами.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 21.04.2016 № 332

«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОРГАНИЗАЦИИ

ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ПРОГРАММАМ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ, А ТАКЖЕ ПО ПРИОБРЕТЕНИЮ И ПРОВЕДЕНИЮ РЕМОНТА МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ»

Суть документа

Утверждены прилагаемые Правила использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 14.04.2016 № 225

«О ПЕРЕДАЧЕ МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПОЛНОМОЧИЙ ПОЛУЧАТЕЛЯ СРЕДСТВ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА ПО ПЕРЕЧИСЛЕНИЮ МЕЖБЮДЖЕТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ В ФОРМЕ СУБСИДИЙ НА СОФИНАНСИРОВАНИЕ РАСХОДОВ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ОКАЗАНИИ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕ ВКЛЮЧЕННОЙ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»

Суть документа

Территориальным органам Федерального казначейства, перечень которых предусмотрен приложением к настоящему приказу, переданы полномочия Министерства здравоохранения Российской Федерации как получателя средств федерального бюджета по перечислению в бюджеты субъектов Российской Федерации субсидий, имеющих целевое назначение, предоставление которых в 2016 году осуществляется в пределах суммы, необходимой для оплаты денежных обязательств по расходам получателей средств бюджета субъекта Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются данные субсидии (далее соответственно — переданные полномочия, субсидии),

на софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2015 г. № 1477 «О предоставлении в 2016 году субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования».

Субсидии подлежат перечислению в бюджеты субъектов Российской Федерации в пределах лимитов бюджетных обязательств, доведенных Министерству здравоохранения Российской Федерации как получателю бюджетных средств на 2016 год по коду классификации расходов: глава 056 «Министерство здравоохранения Российской Федерации», раздел 09 «Здравоохранение», подраздел 01 «Стационарная медицинская помощь», целевая статья 0121054020 «Софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования», вид расходов 521 «Субсидии, за исключением субсидий на софинансирование капитальных вложений в объекты государственной (муниципальной) собственности» и зачислению в бюджеты субъектов Российской Федерации по коду классификации доходов бюджетов 000 2 02 02241 02 0000 151 «Субсидии бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования».



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Редакционный совет:

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

Главный редактор:
М.А. Сагипаев, первый заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

Ответственный за выпуск:
С.М. Энев, начальник отдела по взаимодействию с субъектами и участниками системы ОМС

Члены редакционного совета:

П.В. Бреев, советник Председателя Федерального фонда ОМС
П.В. Исакова, заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики

Э.Х. Дадаев, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

Э.А. Алиев, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики
А.Ш. Тапаев, директор филиала страховой медицинской организации ЗМО «МАКС-М» в г. Грозный

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

С.А. Матаев, главный врач ГБУ «Республиканская клиническая больница» им. Ш.Ш.Эндиева

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

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

Учредитель: Общество с ограниченной ответственностью «ИсторияМедиа». Журнал издается ООО «ИсторияМедиа» – 5000. Номер подписки в печать: 05.05.2016 г. Дата выхода: 21.08.2016 г. Тираж 5000 экз. Распространяется бесплатно.

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

© «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике», 2016.

Зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

Регистрационный номер: ПИ № ТУ 20-00005.



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издаётся при поддержке ТФОМС Чеченской Республики