



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ **СТРАХОВАНИЕ** В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВЫПУСК №3 (21)

НАТАЛЬЯ СТАДЧЕНКО:

«СТРАХОВОЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ОБЕСПЕЧИВАЕТ
ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
КАЖДОГО ЗАСТРАХОВАННОГО»

ДЕНИЛБЕК АБДУЛАЗИЗОВ:

«ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСПУБЛИКА – УНИКАЛЬНАЯ
ПЛОЩАДКА ДЛЯ ОБМЕНА ОПЫТОМ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»



Рамзан Кадыров:

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



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

Президент Российской Федерации

В.В. ПУТИН



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

Председатель Правительства Российской Федерации

Д.А. МЕДВЕДЕВ



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

Глава Чеченской Республики

Р.А. КАДЫРОВ



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

Министр здравоохранения Российской Федерации

В.И. СКВОРЦОВА



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

Председатель ФОМС

Н.Н. СТАДЧЕНКО



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ **СТРАХОВАНИЕ** В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

СОДЕРЖАНИЕ:

РАМЗАН КАДЫРОВ ОБСУДИЛ ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ГЛАВВРАЧАМИ И РУКОВОДСТВОМ МИНЗДРАВА

6

Денилбек Абдулазизов:
«Чеченская Республика – уникальная площадка для обмена опытом в сфере обязательного медицинского страхования»

14

Елена Сучкова:
«Обязательное медицинское страхование – это государственная гарантия стабильного финансирования медицинской помощи»

18

Ольга Царева:
«Финансирование ВМП происходит точно в срок и в полном объеме»

22

Рамзан Газиев:
«Система ОМС Чеченской Республики находится в стадии динамичного развития»

24

В Ростове-на-Дону состоялось расширенное совещание Совета директоров фондов ОМС

29

Ахмед Тапаев:
«Наша конечная цель – сохранение здоровья нации»
Как оплачивается медпомощь по КСГ в системе ОМС

34

Наталья Стадченко:
«Страховой представитель обеспечивает персонифицированное сопровождение каждого застрахованного»

8

Светлана Кравчук:
«Программа госгарантий стала отчетливей отражать пациентоориентированные направления развития отрасли»

20

Эдгар Алиев:
«О деятельности системы ОМС в Чеченской Республике в 2016 году»

27

Как оплачивается медпомощь по КСГ в системе ОМС

36

ПОПУЛЯРНЫЕ ВОПРОСЫ
ЭКСПЕРТНОЙ ПОДДЕРЖКИ

43



ОБЗОР
НОРМАТИВНЫХ
ДОКУМЕНТОВ

54

Висхан ЭЖАЕВ: «Районная медицина – составная часть всей сферы здравоохранения»

Флагман стоматологии

56

59

РАМЗАН КАДЫРОВ ОБСУДИЛ ВОПРОСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ГЛАВНЫМИ ВРАЧАМИ И РУКОВОДСТВОМ МИНЗДРАВА

Глава Чеченской Республики Рамзан Кадыров провел совещание с главврачами и руководством Министерства здравоохранения ЧР. В нем также принял участие Руководитель Администрации Главы и Правительства ЧР Вахит Усмаев. Рамзан Кадыров отметил, что в своем развитии здравоохранение региона сделало большой рывок вперед.



«Вы знаете, что я взял под свой контроль вопросы развития медицины. Мы с министром здравоохранения находимся в постоянном контакте. Сегодня мы можем говорить, что медицина Чечни в своём развитии сделала большой рывок вперёд. Мы начинали с нуля, а сегодня наши лечебные учреждения оснащены самым современным оборудованием, успешно решаются вопросы кадров,

сама система вышла на уровень самых развитых в стране», - отметил Глава республики.

С докладом о проводимой работе выступил министр здравоохранения ЧР Эльхан Сулейманов. Он подчеркнул, что благодаря поддержке Р. Кадырова деятельность Минздрава удалось ориентировать на положительную динамику.



«Тот уровень взаимодействия, который есть у Министерства здравоохранения лично с Вами, Рамзан Ахматович, конечно, позволяет решать многие вопросы. На самом деле динамика очень положительная. Ранее выявленные проблемы постепенно решаются. Хотелось бы отметить, что если раньше по уровню педиатрической медицинской помощи у нас были низкие баллы, то сейчас оценка существенно повысилась. В качестве примера можно привести медучреждения Аргуна, Гудермеса и Шали, где значительно улучшилось качество оказываемой медицинской помощи детям», - сказал он.

Министр отметил, что благодаря проводимой работе в республике зарегистрирован самый низкий показатель смертности - 4,7 процента, тогда как по стране он находится на уровне 13,8 и 8 процентов - по СКФО. Кроме того, наблюдается снижение детской, младенческой и материнской смертности. В Республиканской клинической больнице открылось отделение травматологии и ортопедии, где уже проводятся сложные операции по замене крупных суставов. Также удалось наладить гистологическую службу, лучевую терапию и другие важные медицинские отрасли.

«В ближайшее время мы планируем запустить сердечно-сосудистую хирургию и проект под названием «Спаси конечности», в рамках которого будет оказываться помощь больным сахарным диабетом», - сказал он.

Министр отметил, что в ЧР сдан в эксплуатацию ряд важных объектов: родильный дом по бульвару Дудаева в Грозном, корпус детской психиатрии в населенном пункте

Дарбанхи, рассчитанный на 60 мест, унифицированный лечебный корпус в Гудермесе.

«Также мы сдали унифицированный лечебный корпус в Гудермесе, туда приглашено более десятка специалистов извне. В это медучреждение уже обращаются люди из соседних регионов», - отметил он.

Кроме того, по словам министра, ведется работа по подготовке кадров. В настоящее время более 200 человек учатся в ординатурах по узким специальностям. Благодаря обучению этих специалистов будет снято напряжение в вопросах наличия узких специалистов.

Глава ЧР указал, что не менее важным является грамотный подход всех работников, начиная от руководства и заканчивая обслуживающим персоналом.

Он выразил благодарность Эльхану Сулейманову за ответственный и профессиональный подход к решению проблем развития медицины. Р. Кадыров призвал врачей больше уделять внимания профилактике заболеваний.

«Легче предупредить болезнь, чем потом бороться с ней. Мы должны научить людей заботиться о своем здоровье, проходить плановые и внеплановые медобследования. Это позволит выявить болезнь на ранней стадии и избежать ее осложнений. Я уверен, что до конца года мы сумеем вывести наше здравоохранение на качественно новый уровень. Для этого у нас есть все возможности», - резюмировал глава республики.

НАТАЛЬЯ СТАДЧЕНКО: «СТРАХОВОЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ПЕРСониФИЦИРОВАННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ КАЖДОГО ЗАСТРАХОВАННОГО»



Появление института страховых представителей, внедрение бережливых технологий в первичной медико-санитарной помощи, повышение уровня информатизация — таковы новые направления построения пациентоориентированной модели здравоохранения. По сути, за счет имеющихся ресурсов сейчас происходит реорганизация бизнес-процессов и регламентов так, чтобы пациенты могли записаться на прием дистанционно, меньше ждали в очередях у кабинета врача, были мотивированы пройти диспансеризацию. Важным союзником учреждений здравоохранения в повышении качества медицинской помощи и организации профилактических осмотров стал институт страховых представителей, который начал работу в 2016 году.

О том, каких результатов удалось добиться и как руководители медорганизаций могут продуктивно взаимодействовать со страховыми представителями, журналу «Здравоохранение» рассказала председатель ФФОМС Стадченко Наталья Николаевна.

— **Наталья Николаевна, зачем потребовался институт страховых представителей и каковы их задачи?**

— Страховой представитель — это, по сути, омбудсмен для владельца полиса ОМС. Институт страховых представителей поэтапно вводится с 2016 года — в рамках исполнения поручений Президента Российской Федерации о создании пациентоориентированной модели здравоохранения.

Персонифицированное сопровождение каждого застрахованного, повышение защиты прав граждан — это задачи, которые решаются как раз при помощи нового института в системе ОМС. Его появление стало возможным благодаря объединению сил Минздрава России, ФФОМС, крупных страховых

медорганизаций и Межрегионального союза медицинских страховщиков.

— **Раньше страховые медорганизации не защищали права пациентов?**

— Защищали, конечно. Но не было единой системы, общих принципов и четкой организации. По сути, сейчас происходит достройка и совершенствование страховой модели: с наличием конкуренции — как в страховой, так и в медицинской среде, с отладкой вневедомственного контроля качества медицинской помощи, с выраженными тенденциями пациентоориентирования, с кардинальной перестройкой института защиты прав застрахованных.

— **Каковы первые итоги работы этой службы?**

— В первом полугодии 2016 года мы провели подготовительные мероприятия, проработали технологические процессы взаимодействия, определили функционал страховых предста-

вителей трех уровней, разработали и утвердили обучающие программы, начали очную и дистанционную подготовку специалистов.

С 1 июля 2016 года запущен первый этап проекта: заработали единые контакт-центры в ТФОМС и во всех работающих в системе ОМС страховых компаниях. Важно, что эти контакт-центры технологически связаны между собой в пределах одного региона.

— **Почему это важно?**

— Упрощается координация действий и сокращается время на решение возникающих проблем. Сотрудники этих центров и есть страховые представители 1-го уровня, основная задача которых — информационная поддержка застрахованных лиц.

— **Что входит в их обязанности?**

— Они отвечают на вопросы справочного и консультационного характера. Например, как, где и в какие сроки можно получить полис ОМС, что делать при его утрате, как выбрать страховщика, медорганизацию или врача. Они также информируют о необходимости пройти диспансеризацию, а затем проводят опрос по результатам профилактических обследований. Кроме того, они принимают жалобы пациентов — необоснованное взимание платы, отказ в оказании медицинской помощи. Решением таких проблем в дальнейшем уже занимается страховой представитель 2-го уровня.

— **Сейчас уже есть реальные цифры, которые подтверждают эффективность работы страховых представителей?**

— В 2016 году мы подготовили более 3,5 тысячи страховых представителей 1-го уровня. Процент решения вопросов сразу, по звонку, доходит до 90%.

Специалисты контакт-центров отмечают, как за полгода изменился спектр вопросов, которые им задают по телефону. Пациенты становятся грамотнее в правовом отношении. Они все увереннее ориентируются в своих правах на бесплатную медпомощь по программам ОМС.

— **С января 2017 года начали работать страховые представители 2-го уровня. Что входит в их обязанности?**

— Сейчас подготовлено порядка 2,5 тысячи экспертов 2-го уровня, которые с 1 января приступили к работе. Поясню разграничение функциональных зон ответственности между страховыми представителями 1-го и 2-го уровней на примере. Поверенные 1-го уровня оповещают о диспансеризации «попутно», если во время консультативных ответов выясняется, что возраст обратившегося совпадает с установленным на этот год



значением для подлежащих диспансеризации. А вот целенаправленно графиком и режимом рассылки СМС-уведомлений отобранному контингенту граждан, оптимизацией маршрутизации обследуемых лиц при прохождении ими диспансеризации занимаются уже специалисты 2-го уровня. Они же в дальнейшем анализируют полученные результаты профилактической работы и контролируют выполнение медицинских мероприятий в диспансерных группах.

Кроме того, страховые представители 2-го уровня работают с конкретными жалобами застрахованных при нарушении их прав в ходе обращения в медорганизацию. Эксперты этого уровня контролируют объемы медицинской помощи и число свободных мест в больницах для госпитализации в плановом порядке, консультируют по вопросам оказания разных видов медицинской помощи, в т. ч. и высокотехнологичной, по программам ОМС.

Поверенные 2-го уровня выезжают на предприятия и в учреждения, чтобы работать с трудовыми коллективами, например читать лекции по основам здорового образа жизни, участвуют в организации работы с застрахованными лицами в отдаленных населенных пунктах, в т. ч. через взаимодействие с ФАП.

— **Каких результатов можно ожидать к концу 2017 года?**

— Судить о результатах деятельности страховых поверенных 2-го уровня еще преждевременно. Но об эффективности этого института уже можно говорить уверенно. Как правило, теперь вопросы по получению медпомощи решаются в течение суток, а суммы возмещения застрахованным лицам со стороны медорганизаций увеличились в 2016 году в 2,4 раза в случае



досудебного разбирательства жалобы и в 1,6 раза — при рассмотрении дел в судебном порядке.

— А пациенты такие услуги оценили?

— Я лично видела, что в страховых медицинских компаниях прямо на входе висит доска с благодарностями пациентов страховым представителям. Раньше граждане не понимали, зачем им нужен страховщик. Мало кто обращал внимание на название СМО на полисе, немногие знали, о чем можно сообщить по указанным там телефонам. Между тем именно эти данные — защита для пациента, если возникают проблемы при получении медпомощи.

Страховщики поэтапно становятся настоящими защитниками интересов своих застрахованных. Более того, активное использование механизмов обратной связи через контакт-центры, горячие линии, личные кабинеты придают этому контролю статус действительно общественного.

Анализируя итоги 2015 и 2016 годов, можно отметить, что в структуре обращений почти в 2 раза увеличился удельный вес обращений, связанных с качеством или организацией оказания медицинской помощи. В 2015 году они составляли 17% от всех обращений, а в 2016 году — 30%.

— Получается, медики стали хуже работать?

— Наоборот. Работать стали лучше. Статистика общественного здоровья показывает, что улучшились практически все значимые показатели. Снижаются младенческая и материнская смертность, смертность от всех заболеваний, растет продолжительность жизни россиян.

— Однако статистика показывает, что жалоб от пациентов стало больше.

— Действительно, количество жалоб в страховые компании растет. Просто раньше не видели смысла искать защиты в своих страховых компаниях. А теперь поверили, что могут найти там реальную помощь. Да, количество жалоб увеличилось. Но это естественно, это ожидаемо, это хорошо. Люди, в отличие от некоторых экспертов, узнали, чем занимаются страховые компании. И объем работы страховщиков увеличился тоже.

— Тем не менее, до сих пор существует мнение, что страховые представители — «лишнее звено» в здравоохранении.

— Когда мы слышим о «лишнем звене» или когда возникает вопрос: а что они делают, эти страховщики, чем занимают-

ся? — хочется тоже задать вопрос: почему из 25 млн ежегодно обрабатываемых страховыми компаниями и территориальными фондами обращений граждан около 25 тысяч признаются обоснованными? Люди требуют соблюдения их прав на получение бесплатной медицинской помощи, требуют возмещения ущерба, в т. ч. за моральный вред. Но до судов доходит всего несколько сотен случаев. Куда деваются остальные жалобы?! Все их рассматривают страховые компании. Только по жалобам застрахованных каждый год страховые медорганизации проводят более 2,5 млн экспертиз, которые позволяют оценить качество оказанной медицинской помощи.

Мы ожидаем, что введение института страховых представителей даст мультипликативный эффект. Кроме еще одного «кирпичика» в построении пациентоориентированной модели, персонифицирующей каждого участника системы ОМС, появление универсального помощника, консультанта должно прекратить выдавливание в коммерческий сектор тех медуслуг, которые входят в программу ОМС. Что бы ни говорили главные врачи, но в увеличении в своих бюджетах доли платных услуг заинтересованы только они. А страховые медицинские компании точно против того, чтобы их подопечные уносили деньги в сектор платных услуг и снижали объемы обращений по программам ОМС.

Появление универсального помощника, консультанта должно прекратить выдавливание в коммерческий сектор медуслуг, которые входят в программу ОМС

— Когда начнут работать страховые представители 3-го уровня?

— С 1 января 2018 года. Это будут эксперты самой высо-



кой квалификации. Они будут проводить экспертизу качества оказанной медицинской помощи. Будучи по факту субъектами вневедомственного контроля, они станут еще одним механизмом защиты прав граждан в сфере охраны здоровья, дополняя существующий государственный институт контрольно-надзорных полномочий.

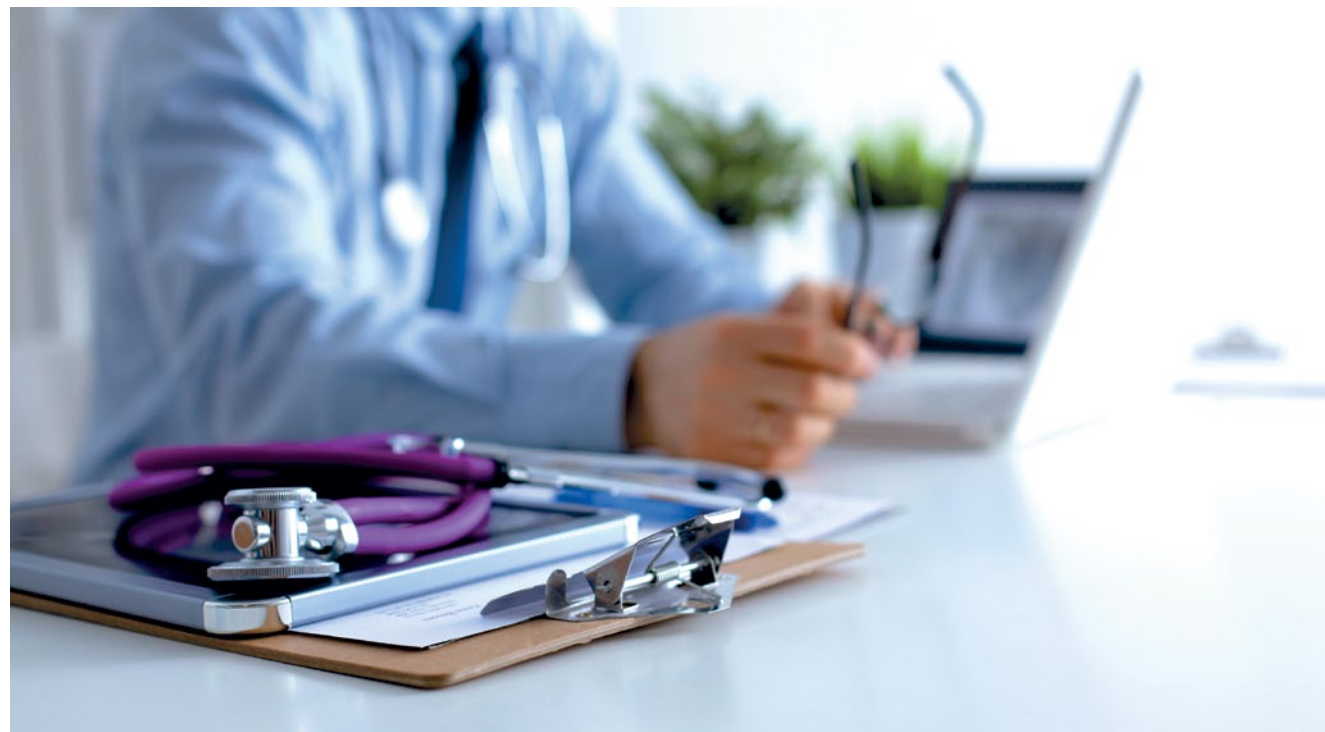
— Для застрахованного по ОМС гражданина страховой представитель — защитник. А для медработника — контролер?

— Для медработника страховой представитель — это и контролер, и юридический консультант, и помощник одновременно. Ну нам по крайней мере в идеале видится их взаимодействие именно так. Страховой представитель — человек, который поможет врачу избежать ответственности за правонарушение, предусмотренное КоАП, или предотвратит уголовное преступление. С уголовной ответственностью за ненадлежащее выполнение медработником должностных обязанностей так или иначе связано порядка двух десятков статей УК РФ.

Взаимоотношения медиков и страховщиков за последние годы перешли на новый уровень. Медицинское профессиональное сообщество стало понимать, для чего в системе здравоохранения, где четыре пятых медицинской помощи оплачивается за счет страховых взносов, нужны страховые компании.

— Как руководители медорганизаций могут наладить взаимовыгодное сотрудничество со страховыми представителями?

— Хороший пример взаимодействия — мероприятия



в рамках диспансеризации. Именно благодаря совместной работе страховщиков с медорганизациями составляется список лиц, подлежащих диспансеризации, планируется график обследований, обеспечивается маршрутизация застрахованных. Только медучреждение совместно со страховыми компаниями правильно, грамотно и профессионально составит график диспансеризации и пригласит на диспансеризацию так, чтобы не парализовать медучреждение. Более 23 млн человек подлежат диспансеризации в 2017 году. Почти треть из них страховые представители уже проинформировали о возможности и условиях прохождения бесплатного обследования, об их правах и о важности прохождения диспансеризации.

— А внедрить бережливые технологии страховые представители медорганизациям могут помочь?

— Задачи, которые поставил Минздрав России, не может решить отдельно взятый субъект РФ и ведомство. Только при координации усилий руководителей медорганизаций, органов исполнительной власти субъектов РФ, территориальных фондов и страховых медицинских организаций можно достичь существующих показателей, подтверждающих высокую эффективность пилотного проекта «Бережливая поликлиника». Так, в рамках проекта страховые компании, помимо индивидуального информирования застрахованных лиц о прохождении диспансеризации, проводили опросы населения о доступности

и качестве амбулаторно-поликлинической помощи, тематические экспертизы качества медицинской помощи, готовили информационные материалы.

— То есть страховые представители и главврачи — партнеры?

— Если возникают проблемы при оказании медпомощи, страховые представители обращаются к должностным лицам медорганизаций, получают информацию для оперативного урегулирования спорных вопросов. Кроме того, они могут обращаться в ТФОМС, если должностные лица клиники не приняли мер, чтобы решить проблему.

Участвующие в работе региональных комиссий по разработке территориальных программ ОМС представители медицинских и страховых организаций обладают равноправным юридическим статусом. Они на паритетных началах участвуют в распределении объемных нормативов между медорганизациями, согласовывают значения финансовых затрат и способы оплаты медицинской помощи, устанавливают критерии ее доступности и качества. Это рабочие контакты, это повседневная рутинная работа. Они и не должны быть «друзьями». Какая польза от этого застрахованным гражданам?

— В таком случае кто «главный»?

— Главное, чтобы баланс интересов медиков и страховщиков соблюдался в рамках законодательной базы. В каждом

субъекте РФ действуют комиссии по урегулированию обоюдных претензий друг к другу по вопросам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в сфере ОМС.

Медорганизации оспаривают примененные страховыми компаниями санкции за нарушения, а территориальные фонды проверяют обоснованность этих санкций, в т. ч. проводя соответствующие экспертизы. Территориальный фонд — арбитр в таких спорах. А антагонизм между участниками системы ОМС естествен и обязателен — это один из необходимых элементов обеспечения гарантий прав застрахованных граждан на получение качественной и доступной медицинской помощи.

— Наталья Николаевна, в июне медработники отмечают профессиональный праздник. Чего бы Вы им пожелали?

— Прежде всего, я хотела бы поблагодарить медиков за их такой непростой, но поистине жизненно необходимый труд. То, что для других — подвиг, для медиков — ежедневная работа. В медицину приходят по призванию: ведь для того, чтобы помогать людям, мало обладать глубокими знаниями и отработанными навыками, необходима душевная щедрость, милосердие, чуткость и сердечность. По первому зову врачи спешат на помощь и совершают порой невозможное.

Миллионы россиян отмечают День медицинского работника вместе с профессионалами отрасли, испытывая чувство признательности и искренней благодарности к врачам, фельдшерам, младшему медперсоналу. Все вы помогаете людям преодолевать душевные и физические страдания, побеждать

боль, возвращаете им надежду. Ваша верность врачебному долгу заслуживает только восхищения!

Основные приоритеты государственной социальной политики — развитие качественных и доступных медицинских услуг, создание пациентоориентированной модели здравоохранения, формирование профилактической среды, повышение уровня оплаты труда медиков. Мы вместе будем решать самые сложные и актуальные вопросы сегодняшнего дня. Искренне желаю, чтобы в ваших душах не иссякал источник доброты и человеколюбия! Пусть вам самим не изменяют крепкое здоровье и оптимизм!

Беседовала Елена Князева

© Материал из Справочной системы «Экономика ЛПУ». Журнал «Здравоохранение» №6, июнь 2017 год





Денилбек Абдулазизов,
директор ТФОМС Чеченской Республики

ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСПУБЛИКА – УНИКАЛЬНАЯ ПЛОЩАДКА ДЛЯ ОБМЕНА ОПЫТОМ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Вне всяких сомнений, очередное заседание Межрегионального координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования, которое пройдет в Грозном в августе текущего года, станет для территориальных фондов и всей системы ОМС страны прекрасной информационной и практической площадкой для обмена накопленным в регионах и на федеральном уровне положительным опытом.

Более того, заседание откроет для всех его участников новые возможности, которые позволят не только наладить и укрепить наше взаимодействие по всем актуальным вопросам обозначенной повестки, но, главным образом, направит наши общие усилия на то, чтобы сделать оказываемые населению медицинские услуги ещё более доступными и качественными. Уверен, это и есть наша общая задача.

В Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Чеченской Республики и, в целом, в кругах, представляющих сферу здравоохранения региона, было очень позитивно воспринято намерение провести в г. Грозном расширенное заседание Межрегионального координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования.



Явившееся совместной инициативой Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова и Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Натальи Николаевны Стадченко, оно стало закономерным ответом на современные вызовы сферы здравоохранения, а также на ту благоприятную ситуацию, которая сложилась в системе обязательного медицинского страхования, в частности, в Чеченской Республике.

Есть основания полагать, что при этом было учтено и то немаловажное обстоятельство, что – как это не раз отмечалось и в Федеральном фонде ОМС – реализация территориальной программы обязательного медицинского страхования в Чеченской Республике в последние годы демонстрирует динамичный рост.

Безусловно, говорить о развитии медицинской отрасли, в том числе системы обязательного медицинского страхования в Чеченской Республике, как о ярком и передовом примере нам, в первую очередь, позволяет пристальное внимание к вопросам здравоохранения со стороны Главы республики и постоянная поддержка Федерального фонда ОМС.

Пользуясь случаем, хочу выразить слова благодарности в адрес Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Натальи Николаевны Стадченко – за выбор нашей республики, города

Грозный местом проведения такого крупного мероприятия общегосударственного значения.

Созданный по поручению Главы ЧР Республиканский организационный комитет по подготовке и проведению расширенного заседания Межрегионального координационного совета проделал большую и плодотворную работу, направленную на всестороннее обеспечение достойного уровня прохождения столь значимого мероприятия для системы ОМС – как региональной, так и федеральной.

Оргкомитет возглавил работник здравоохранения с многолетним опытом, заместитель Председателя Правительства Чеченской Республики Шахид Саидович Ахмадов. В его составе также работали Эльхан Сулейманов - министр здравоохранения Чеченской Республики, заместитель председателя организационного комитета, Умар Байсаев - заместитель Руководителя Администрации Главы и Правительства Чеченской Республики, Рамзан Черхигов - министр транспорта и связи ЧР, Хож-Бауди Дааев - министр культуры ЧР, Джамбулат Умаров - министр Чеченской Республики по национальной политике, внешним связям, печати и информации, мэр г. Грозного Муслим Хучиев, а также главы ряда муниципалитетов, представители министерств и ведомств.

В ходе заседаний организационного комитета особо отмечалась исключительная важность данного мероприятия для всей системы ОМС.

Участники единодушно сошлись во мнении о необходимости приложить все усилия по обеспечению самых достойных условий проведения совещания, которое должно собрать более трёхсот гостей-участников для обсуждения насущных вопросов защиты прав застрахованных лиц на территории всей Российской Федерации.

И мы верим, что Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики совместно с другими ведомствами при поддержке Главы и Правительства Чеченской Республики будет достигнута главная цель – сделать так, чтобы данное мероприятие прошло на самом высоком уровне.

Отдельно нужно сказать о том, что различные этапы подготовки настоящего заседания были пройдены как в Грозном, так и в Москве. Мы проводили встречи с руководством и начальниками управлений Федерального фонда ОМС, на которых обсуждались такие вопросы, как формирование повестки совещания, подготовка сценария и проекта программы, тематическое и стилистическое оформление расширенного заседания МКС и т.д. Во всех поднимаемых вопросах мы находили повсеместную поддержку и понимание.

Пользуясь случаем, хочу также поблагодарить начальника Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования Кравчук Светлану Георгиевну, которая принимает в организации данного мероприятия самое активное участие. Уверен, что ее компетентность и опыт в организации таких мероприятий помогут нам провести его на должном высоком уровне.

Резюмируя, хочу отметить, что нынешняя стабильная и благополучная обстановка в Чеченской Республике, достигнутая, главным образом, в результате грамотной и эффективной политики Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова, позволяет проводить в регионе мероприятия любого, в том числе всероссийского и международного уровня. Расширенное заседание Межрегионального координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования будет ещё одним ярким тому свидетельством.



ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

В ОБЕСПЕЧЕНИИ И ЗАЩИТЕ ПРАВ ЗАСТРАХОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ, ГАРАНТИРОВАННЫХ КОНСТИТУЦИЕЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Сегодня, благодаря неустойчивому труду Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова и поддержке руководства Федерального фонда обязательного медицинского страхования, система ОМС Чеченской Республики – это четко отлаженный механизм, обеспечивающий нашим жителям право на получение своевременной и качественной медицинской помощи в полном объеме, не только у себя на родине, но и в любом уголке нашей необъятной страны.



Система защиты прав застрахованных граждан на территории нашего региона представлена ТФОМС Чеченской Республики, в составе которого действует Управление защиты прав застрахованных граждан и организации межтерриториальных взаиморасчетов, включающий в себя Контакт-Центр, обеспечивающий права застрахованного населения.



1 391 099

человек застраховано на территории Чеченской Республики.

В 2016 году работа системы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в части защиты прав застрахованных лиц сложилась следующим образом:



В ходе проведения плановой экспертизы качества медицинской помощи проверено 81 577 случаев оказания медицинской помощи, из которых 16 928 тематических экспертиз. При этом 13 118 случаев оказания медицинской помощи выполнены с нарушениями.



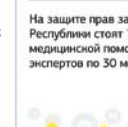
Целевой экспертизой качества медицинской помощи охвачено 916 случаев оказания медицинской помощи. При этом выявлено 392 страховых случая, содержащих нарушения.



Страховщиком в Чеченской Республике выступает одна из крупнейших страховых медицинских организаций России – АО «МАКС-М».



В штате страховой медицинской организации развернута деятельность 29 страховых представителей первого уровня, пять из которых являются сотрудниками Контакт-Центра, а также 35 страховых представителей второго уровня.



На защите прав застрахованных Чеченской Республики стоит 155 экспертов качества медицинской помощи, включенные в реестр экспертов по 30 медицинским специальностям.



В Чеченской Республике действует Координационный совет по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи.



ИНФОРМИРОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

Особое внимание в деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в 2016 году уделялось индивидуальному информированию застрахованных в сфере ОМС. Общий тираж изготовленной и распространенной среди населения раздаточного материала составил 979 000 памяток, брошюр и листовок.



РЕЙТИНГ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Показатели результатов рассмотрения жалоб застрахованных граждан, а также контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи учитываются при оценке работы лечебно-профилактических учреждений и формирования рейтинга деятельности медицинских организаций.



СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС НАСЕЛЕНИЯ

В 2016 году в ходе социологических опросов и анкетирования больных, находящихся на стационарном лечении, на предмет удовлетворения их производимым лечением и пребыванием в отделении, контактом с медицинским персоналом опрошено 5652 пациентов. Результаты социологического опроса показали, что удовлетворенность пациентов качеством оказанной медицинской помощи составила 82%.

Жизнь и здоровье — это бесценный дар, данный человеку от рождения. И наша основная задача заключается в том, чтобы в случае заболевания обеспечить нашим гражданам достойное лечение на высоком, профессиональном уровне.

Вместе мы выполним эту задачу!

WWW.TFOMS-CHR.RU

ЕЛЕНА СУЧКОВА: ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ – ЭТО ГОСУДАРСТВЕННАЯ ГАРАНТИЯ СТАБИЛЬНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

За счет субвенций Федерального фонда ОМС оплачивается порядка 80% стоимости всей медицинской помощи, оказываемой россиянам. Об этом сообщила заместитель председателя ФОМС Елена Сучкова в ходе выступления на V Пленуме Центрального Комитета профсоюза работников здравоохранения РФ.



В начале своего приветствия заместитель руководителя ФОМС отметила, что профессиональный союз работников здравоохранения – крупнейший профсоюз страны, членами которого являются более двух с половиной миллионов человек.

Елена Сучкова также подчеркнула, что за последние годы в сфере здравоохранения произошли важные изменения для повышения доступности и качества медицинских услуг: модернизированы поликлиники и больницы, проведена переподготовка медицинских кадров, усовершенствована система подготовки специалистов, оптимизирована маршрутизация пациентов, введены целевые показатели оценки эффективности системы. Говоря об эффективности этих мер, заместитель главы ФОМС

напомнила об увеличении продолжительности жизни россиян до 72 лет, снижении смертности во всех возрастных группах населения и практически по всем нозологиям, о стабилизации демографической ситуации в стране.

«Обязательное медицинское страхование сегодня – основная ресурсная база отечественного здравоохранения, это государственная гарантия стабильного финансирования медицинской помощи, - сказала Елена Сучкова.

- За счет субвенций Федерального фонда оплачивается уже порядка 80% стоимости всей медицинской помощи, оказываемой нашим гражданам. Базовая программа ОМС является фундаментом современной системы охраны здоровья, охва-

тывая практически все виды медицинской помощи: первичную медико-санитарную, включая профилактическую, специализированную и высокотехнологичную, скорую медицинскую помощь.

Субвенции территориальным фондам ОМС для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации только за последние 5 лет увеличились в 2,4 раза: с 640 млрд рублей в 2012 году до более 1,5 трлн рублей в 2016-м».

Заместитель председателя ФОМС особо подчеркнула роль Федерального фонда в укреплении кадрового потенциала системы здравоохранения, в устранении территориального дисбаланса распределения медицинских работников, ставшего острой проблемой в последние годы.

Елена Сучкова проинформировала, что с 1 октября 2017 года запланировано выполнение целевых значений соотношения заработной платы отдельных категорий медицинских работников к средней заработной плате по экономике: 180% - у врачей, 90% - у среднего и младшего медицинского персонала. А с 1 января 2018 года будет очередное повышение: до 200% от средней зарплаты по региону для врачей, 100% - для среднего и младшего медицинского персонала.

«Прирост субвенции в 2017 году, утвержденный в Федеральном законе о бюджете Фонда, обеспечивает выполнение Указа Президента в соответствии с этим сценарием, - сообщила заместитель председателя ФОМС: на 2018 год также запланированы необходимые средства на прирост субвенций территориальным фондам, для того, чтобы уже с 1 января 2018 года заработная плата медицинских работников соответствовала целевым значениям, обозначенным в Указе».

«Реализуемая за счет средств бюджета ФОМС программа «Земский доктор» за четыре года позволила привлечь в сельскую местность почти 24 тысячи врачей, только в 2016 году в программе приняли участие почти 5 тысяч врачей, - сообщила заместитель руководителя ФОМС.

- На эти цели с 2012 года ежегодно в бюджете Федерального фонда предусматриваются 3,2 млрд. рублей. Программа дважды расширялась за счет увеличения возраста ее участников с 35 до 50 лет и за счет включения в нее, кроме сельских населенных пунктов, рабочих поселков и поселков городского типа.

Федеральная программа мотивировала регионы на финансирование своих программ по привлечению медицинских работников со средним образованием в сельское здравоохранение – уже 21 регион реализует свои локальные программы, а с 2017 года еще 9 субъектов РФ присоединятся к программе развития сельского здравоохранения».

Елена Сучкова обратила внимание участников пленума на работу страховых представителей, которые начали свою деятельность с середины 2016 года.



«Страховые представители, от оператора контакт-центра до эксперта качества медицинской помощи, другие обеспечивающие функционирование организационных инноваций специалисты – это новые работники нашей отрасли: сотрудники контакт-центров, диспетчеры, логистики, специалисты IT-технологий, высококвалифицированные медицинские эксперты.

За прошедший год мы наполнили кадрами обновленную схему работы с застрахованными, запустили во всех регионах контакт-центры, обеспечили техническую и методическую настройку информационного взаимодействия участников ОМС. С 2017 года к работе приступили более 6,5 тысяч страховых представителей», - сказала она.

В завершение своего выступления Елена Сучкова выразила благодарность от Федерального фонда за плодотворное сотрудничество Центральному комитету профсоюза работников здравоохранения и лично его председателю Михаилу Михайловичу Кузьменко.

«Именно по предложению ЦК профсоюза мы внесли изменения в нормативную базу, снижающие размеры штрафных санкций, применяемых к медицинским организациям за некоторые установленные правовыми актами нарушения при оказании ими медицинской помощи», - отметила она добавив, что по другим предложениям ЦК профсоюза работников здравоохранения работа продолжается.

СВЕТЛАНА КРАВЧУК: ПРОГРАММА ГОСГАРАНТИЙ СТАЛА ОТЧЕТЛИВЕЙ ОТРАЖАТЬ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ОТРАСЛИ

«Какие медицинские услуги я могу получить по полису ОМС?» – это один из наиболее распространенных вопросов в адрес страховых медорганизаций и территориальных фондов ОМС. Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на текущий год претерпела ряд существенных изменений. О нововведениях портала Medvestnik.ru рассказала начальник Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования Светлана Кравчук.



- Светлана Георгиевна, как изменилась программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2017 году? И в чем суть этих изменений?

- Программа с этого года стала отчетливей отражать пациентоориентированные направления развития отрасли. Теперь территориальная программа госгарантий обязательно должна включать требования к системе защиты прав граждан при получении медицинской помощи. Еще одно нововведение касается системы оплаты медицинской помощи. Способы оплаты

медпомощи – это инструмент, оказывающий существенное влияние на целый ряд характеристик системы здравоохранения. Поэтому к ним всегда приковано особое внимание.

Минздравом России и ФОМС в постоянном режиме отслеживаются результаты эффективности применения способов оплаты медицинской помощи в рамках ОМС. Программа госгарантий с этого года дополнена новым способом оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Речь идет об оплате за прерванный, в том числе сверхкороткий, случай оказания медицинской помощи при проведении диагностических исследований, переводе пациента в другую больницу, преждевременной выписке пациента при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, оказании услуг диализа. Раньше такие случаи часто становились предметом споров между медиками и страховщиками. Теперь эта сфера нормативно урегулирована.

Кроме того, конкретизированы критерии доступности и качества медицинской помощи. Исключен ряд статистических показателей общественного здоровья, дублирующих целевые индикаторы государственной программы «Развитие здравоохранения». Мы продолжаем уделять повышенное внимание профилактическому направлению: базовый объемный норматив амбулаторных посещений с профилактическими целями увеличен на 16,7% к показателю 2016 года.

В то же время дополнительно оптимизированы объемы специализированной медицинской помощи, так как заболеваемость такими нозологиями, как туберкулез или сифилис, психические расстройства, за последние 5 лет существенно сократилась: туберкулез – более чем на 20%, венерологические заболевания – почти на 40%, психические расстройства – на 15%.

Эти болезни – зона ответственности региональных бюджетов, и приведенный пример реструктуризации нормативов

объемов медицинской помощи внутри подушевого норматива финансирования демонстрирует наше желание сократить нагрузку на бюджеты субъектов. И еще, впервые программа государственных гарантий дополнена положением, разрешающим установление нормативов объемов медицинской помощи в территориальных программах на уровне ниже базовых, при подтверждении корреляции их с соответствующими показателями заболеваемости и смертности в регионе.

- Изменилось ли финансирование государственной программы оказания бесплатной медицинской помощи в части ОМС?

- Подушевой норматив финансирования базовой программы ОМС за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования в расчете на 1 застрахованное лицо в 2017 году составляет 8958,2 рубля. Это почти на 6% больше подушевого норматива 2016 года. Запланированные федеральным законом о бюджете ФОМС размеры этого норматива на 2018 и 2019 годы – 9281,9 и 9559,4 рубля соответственно. При этом средние нормативы финансовых затрат по видам и условиям оказания медицинской помощи также проиндексированы на 4% по сравнению с 2016 годом с учетом прогноза социально-экономического развития.

- И в связи с разговором о программе государственных гарантий возникает вопрос: все-таки когда же появится простой и понятный перечень тех услуг, получение которых в поликлиниках и больницах нам гарантировано на бесплатной основе?

- В следующем году будет 20 лет, как правительством утверждается Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на очередной календарный год, которая является правовым механизмом реализации конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь. Субъекты РФ ежегодно принимают и реализуют свои территориальные программы, объемные и финансовые показатели которых не могут быть ниже федеральных. Один из разделов этих программ включает Перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно. В этот перечень входят практически все заболевания и даже «симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям».

А диагностируются и лечатся эти болезни и состояния при помощи медицинских услуг, номенклатура которых утверждена отдельным приказом Минздрава России, имеющим нормативную силу. Это несколько тысяч позиций.

- Так как вы представляете себе этот «простой и понятный перечень бесплатных услуг»? Как его формализо-



вать? Что это: перечень заболеваний или номенклатура медицинских услуг? Но оба этих перечня существуют уже много лет. Они в открытом доступе. За отказ в предоставлении информации даже установлена административная ответственность медицинских работников. К сожалению, это не стало решением проблемы.

- Мы по-другому взглянули на эту задачу: пациенту не нужен этот перечень, ему просто надо быть уверенным, что он по полису ОМС сможет получить необходимую качественную медицинскую помощь в полном объеме. Когда вы попадаете в дорожно-транспортное происшествие, вы же не ищете Правила дорожного движения, Уголовный кодекс или КоАП? Вы вызываете ГИБДД, того, кто знает, что делать в данной ситуации.

Вот поэтому мы и создали новый механизм защиты прав застрахованных – институт страховых представителей. Если невозможно попасть к врачу-специалисту, если за УЗИ или анализы требуют денег, следует набрать номер страховой компании, который указан на каждом полисе.

Дать разъяснения, помочь решить вопрос поможет страховой представитель. По сути, каждый застрахованный получает своего персонального омбудсмана. Прошел всего год с начала реализации этого проекта, а мы уже имеем ощутимые результаты его эффективности. Более 90% проблем застрахованных по ОМС решаются при первом обращении в контакт-центры.

При этом число обращений граждан РФ на горячие линии страховщиков по вопросам обязательного медицинского страхования выросло более чем на 20% в первом квартале текущего года по сравнению с соответствующим периодом прошлого. Есть увеличение показателей и по диспансеризации: за первый квартал 2016 года такой профилактический осмотр прошли 3,9 млн человек, а за аналогичный период 2017-го – уже 4,5 млн.

Так что застрахованному гражданину не нужен многостраничный список бесплатных медицинских услуг, ему нужно добавить в адресную книгу телефона номер своей страховой организации.



ОЛЬГА ЦАРЕВА: ФИНАНСИРОВАНИЕ ВМП ПРОИСХОДИТ ТОЧНО В СРОК И В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ

Благодаря введению с 2017 года механизма прямого финансирования оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), лечебные учреждения в этом году получили необходимые для проведения операций средства не в марте, как это нередко случалось ранее, а уже в январе.

На это обратила внимание начальник Управления модернизации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования Ольга Царева в ходе заседания Комитета Совета Федерации по социальной политике.

В рамках исполнения протокольного поручения сенаторы профильного комитета сегодня, 13 июня, рассмотрели вопрос о реализации механизма финансового обеспечения оказания ВМП, в том числе не включенной в базовую программу ОМС.

Ольга Царева напомнила, что в целях реализации Послания Президента РФ Федеральному Собранию на 2015 год в законодательство внесены изменения, регулирующие создание в системе обязательного медицинского страхования специальной федеральной части – для финансового обеспечения ВМП, не включенной в базовую программу ОМС.

«Законодательно создано отдельное направление финансирования непосредственно из бюджета Федерального фонда ОМС федеральных государственных учреждений, оказывающих ВМП на основании заключенных трехсторонних соглашений между федеральным госучреждением, его учредителем и ФОМС», - отметила начальник Управления модернизации ОМС.



Ольга Царева сообщила, что в соответствии с законом в бюджете ФОМС на указанные нужды предусмотрено 90,7 млрд. рублей для финансирования федеральных учреждений и 6 млрд. рублей на софинансирование оказания ВМП в учреждениях субъектов РФ.

Соглашениями предусмотрены графики ежеквартального финансирования, предусматривающие предоставление субсидий в федеральные госучреждения. В плановом порядке выделенные средства перечисляются в 136 федеральных госучреждений, выполняющих госзаказ.

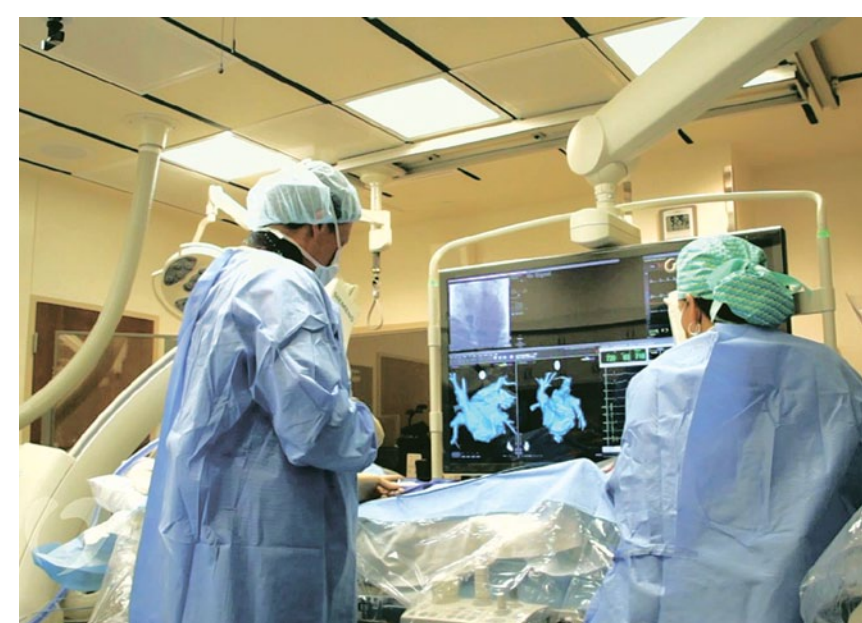
«Программа реализуется ритмично и понятно, ни одно из учреждений жалоб по данному вопросу не высказывает», - отметила Ольга Царева. Она проинформировала сенаторов, что на сегодняшний день им уже перечислено 45,1 млрд. рублей – около 50% от суммы, утвержденной по государственному заданию.

«Всё финансирование, в соответствии с утвержденными объемами, производится точно в срок, - подчеркнула начальник Управления модернизации ОМС. - Следующее квартальное перечисление средств произойдет в июле 2017 года. Последний транш года, в соответствии с постановлением Правительства, поступит в учреждения не позднее 10 октября 2017. То есть никаких неоплаченных средств, связанных с недофинансированием или финансированием 31 декабря, теперь уже не будет».

Что касается софинансирования оказания ВМП в учреждениях субъектов РФ, то в январе 2017 года выделенные на эти цели 6 млрд. рублей Федеральным фондом ОМС в полном объеме перечислены. «Исполнение по этой части на сегодняшний день составляет 37%». В совокупности предусмотрено финансирование 173,5 тысяч случаев, из них 62 тысячи 919 случаев на сегодняшний день выполнено. «Все нормативные документы, предусматривающие финансирование ВМП, исполняются в полном объеме», - обратила внимание Ольга Царева.

Начальник Управления модернизации ОМС особо подчеркнула преимущества нового механизма финансового обеспечения ВМП: «Ранее сложность финансирования ВМП заключалась в обороте средств, - напомнила она. - В прошлые годы средства из ФОМС сначала поступали в федеральный бюджет, потом доводились до учредителей, затем распределялись по клиникам. Лечебные учреждения нередко эти средства получали только в марте.

В связи с тем, что путь поступления средств стал прямым и коротким, в этом году лечебные учреждения получили эти деньги уже в январе и сразу смогли в полной мере осуществлять закупки медицинских изделий и лекарственных средств для проведения операций».



РАМЗАН ГАЗИЕВ: «СИСТЕМА ОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ НАХОДИТСЯ В СТАДИИ ДИНАМИЧНОГО РАЗВИТИЯ»

О современном этапе совершенствования системы обязательного медицинского страхования ЧР

Трудно переоценить значение, которое имеет в жизни каждого человека здоровье. Именно его состояние вполне закономерно служит своего рода индикатором общего благополучия общества. Поэтому не удивительно, что вопросы развития здравоохранения у властей всегда на особом счету. В этом смысле Чеченская Республика в последнее время совершила настоящий прорыв – не только полностью восстановив сферу здравоохранения, но и выведя ее на совершенно новый уровень.

Обязательное медицинское страхование, как составная часть этой системы, тоже постоянно совершенствуется и модернизируется. О современном состоянии и перспективах развития ОМС в регионе рассказывает первый заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики Р.Ш. Газиев.

- Рамзан Шамильевич, как бы Вы оценили нынешнее состояние системы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики?

- Отвечая на ваш вопрос, я считаю своим долгом напомнить, что система обязательного медицинского страхования на территории Чеченской Республики была введена 3 октября 2000 года распоряжением Первого Президента Чеченской Республики, Героя России Ахмат-Хаджи Кадырова №200. Таким образом, был заложен финансовый фундамент системы охраны здоровья населения Чеченской Республики.

Сегодня, благодаря титаническим усилиям Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова, система обязательного медицинского страхования Чеченской Республики обрела свою четкую и понятную структуру, что позволило нашему фонду стать одним из лучших на территории Российской Федерации. Вне всяких сомнений, во многом это и заслуга нашего уважаемого директора, высокого профессионала своего дела Денилбека Шерваниевича Абдулазизова, результат выстраиваемой им грамотной и эффективной политики фонда.

На данном этапе обязательное медицинское страхование Чеченской Республики защищает интересы 1 384 024 человек. Медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию на территории Чеченской Республики оказывают 107 медицинских организаций, 50 из которых – негосударственные.



На страже прав жителей Чеченской Республики стоят 155 экспертов качества медицинской помощи по 30 медицинским специальностям.

В 2016 году медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара получили 323 327 граждан. При этом 815 гражданам была предоставлена дорогостоящая высокотехнологичная медицинская помощь. В поликлиниках Чеченской Республики принято 7 794 190 посещений пациентов. Бригадами скорой медицинской помощи Чеченской Республики выполнено 336 960 вызовов.

В целом, мы можем констатировать, что ТФОМС Чеченской Республики наряду с Министерством здравоохранения ЧР является важным и надёжным звеном в команде Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова в реализации им социальной политики на территории региона.



- Какие первоочередные задачи стоят сегодня перед ТФОМС Чеченской Республики и как они решаются?

- Первоочередной задачей на сегодня является укрепление трёхуровневой системы представителей страховых медицинских организаций, обеспечивающих информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

На сегодняшний день на территории Чеченской Республики действуют 29 страховых представителей первого уровня, из которых 5 являются сотрудниками контакт-центра страховой медицинской организации и оказывают застрахованным лицам услуги справочно-консультационного характера.

Также действуют 35 страховых представителей второго уровня, деятельность которых направлена на организацию информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, на защиту прав и законных интересов застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования.

В 2018 году будет развернута в полном объеме деятельность страховых представителей третьего уровня, деятельность которых будет направлена на работу с письменными обращениями застрахованных лиц, включая организацию экспертизы качества оказанной им медицинской помощи и обеспечение при наличии индивидуального согласия их информационного сопровождения при организации оказания медицинской помощи.

- Проводится ли анализ мнения пациентов о качестве предоставляемых услуг? Какие принимаются меры?

- ТФОМС Чеченской Республики совместно со страховой медицинской организацией постоянно осуществляют исследования мнения пациентов о качестве оказываемых услуг путем проведения социологических опросов застрахованных граждан.



- Каким образом осуществляется взаимодействие с Федеральным фондом ОМС?

- Взаимодействие ТФОМС Чеченской Республики с Федеральным фондом ОМС, выражаясь современным языком, происходит в режиме он-лайн. Система обязательного медицинского страхования находится в состоянии динамичного развития. Нам постоянно приходится принимать вызовы современных реалий. Медицина не стоит на месте. Каждый день внедряются новые и более современные способы лечения болезней, требующие значительных финансовых затрат на их реализацию. При этом необходимо учесть, что у каждого субъекта Российской Федерации здравоохранение имеет свои особенности. И надо отдать должное Председателю Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталье Николаевне Стадченко, которая всегда идёт навстречу регионам, внедряющим инновационные методы лечения заболеваний.

- А с Министерством здравоохранения ЧР и лечебными учреждениями как выстраиваются взаимоотношения?

- В системе охраны здоровья граждан органом управления здравоохранением на территории нашего региона является Министерство здравоохранения Чеченской Республики. Минздрав и Фонд ОМС являются неразрывными частями единого целого. Вопросы организации лечебного процесса и финансового менеджмента в здравоохранении не могут решаться в отдельности друг от друга. Вместе с тем врач и тем более пациент не должны ломать голову над тем, сколько стоит лечение и хватит ли на это денег и ресурсов. Именно по этой причине медицинские и финансовые вопросы в здравоохранении управляются разными структурами. Как показывает мировая практика, это разделение оправдано.



Так, по итогам выполненных в 2016 году социологических опросов в среднем 69,5% населения высказало удовлетворенность объёмом, доступностью и качеством медицинской помощи. В частности, 72% опрошенных граждан высказали удовлетворение работой врачей при амбулаторно-поликлиническом лечении. 74% граждан удовлетворены уровнем оснащённости лечебно-диагностическим и материально-бытовым оборудованием учреждений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Результаты опросов (анкетирования) по изучению удовлетворенности граждан доступностью и качеством медицинской помощи доводятся до сведения Министерства здравоохранения Чеченской Республики, глав муниципальных образований.

- Территориальный фонд, как мы знаем, принимает активное участие в организации диспансеризации населения. Что, по Вашему мнению, нужно ещё сделать, чтобы повысить внимание населения к вопросу бережного отношения к собственному здоровью?

- К сожалению, на практике часто приходится сталкиваться со случаями непонимания отдельными гражданами всего смы-

сла проведения профилактических мероприятий, в том числе диспансеризации. И мы не можем не признать, что в какой-то степени здесь есть и наши упущения в части информирования населения о пользе профилактики заболеваний.

Конечно, мы понимаем, что после проведения информационной компании не все граждане сразу изъявляют желание пойти и проверить свое здоровье. Поэтому необходимо снова и снова побуждать граждан к прохождению профилактических мероприятий.

С начала текущего года 87 977 граждан индивидуально проинформировано посредством направления СМС-сообщений о возможности прохождения профилактических мероприятий в медицинской организации, к которой они прикреплены. 2 589 человек проинформировано повторно.

- Какие новшества и изменения ждут застрахованных лиц в ближайшее время?

- У системы обязательного медицинского страхования есть не только сторонники, но и оппоненты. При этом основная критика идёт в адрес страховых медицинских организаций. Связано это с тем, что, несмотря на колоссальный объём работы, проводимой страховыми медицинскими организациями, они бывают не так заметны застрахованным гражданам, как хотелось бы. Поэтому в ближайшее время ожидается усиление роли страховых медицинских организаций, что позволит почувствовать заботу страховщика о здоровье каждого конкретного пациента.

Беседовал Зелимхан Яхиханов

Для справки:

Газиев Рамзан Шамильевич, родился 14 ноября 1991 года в г. Грозный. В 2013 году окончил Чеченский государственный университет по специальности «Государственное и муниципальное управление». В 2015 году окончил Московский институт государственного управления и права, по специальности «Юриспруденция».

В 2011 году принят на работу в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на должность ведущего специалиста экономического отдела. В 2013 году переведен на должность начальника экономического отдела Финансово-экономического управления. В январе 2016 года переведен на должность начальника отдела ревизий и проверок Контрольно-ревизионного управления. В декабре 2016 года назначен на должность первого заместителя директора ТФОМС Чеченской Республики.

За безупречный и добросовестный труд в сфере обязательного медицинского страхования награжден Почетной грамотой заместителя Председателя Правительства Чеченской Республики.

МНЕНИЕ

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ОМС В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ В 2016 ГОДУ

Эдгар Алиев,

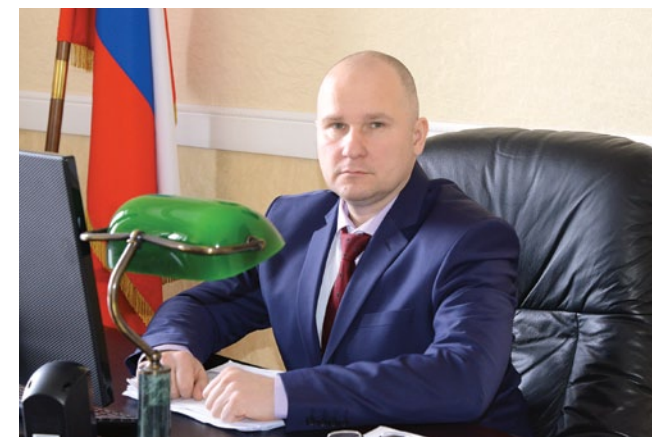
заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

2016 год для системы обязательного страхования, как и для всей сферы здравоохранения региона, был крайне эффективным. Постоянное внимание и поддержка со стороны Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова, соответствующая работа профильных органов исполнительной власти установили безоговорочную приоритетность данной области. И это очень значимо, поскольку здоровье – бесценная категория, которая, как известно, требует постоянной бдительности и заботы.

В первую очередь, необходимо отметить, что вопросы финансирования медицины, несмотря на сложную экономическую ситуацию в стране, остались неприкосновенными и позволили в полной мере обеспечить все направления по оказанию населению качественной медицинской помощи. Во многом это следствие правильного курса федеральных структур – Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, а также результат дальновидных мер региональных властей, в том числе законодательных и исполнительных.

Говоря об изменениях, произошедших в системе организации обязательного медицинского страхования в Чеченской Республике, необходимо отметить что, начиная с 2016 года на законодательном уровне закреплена возможность для финансирования дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, которое осуществляется по итогам контрольной деятельности, целевого формирования и использования финансовых средств нормированного страхового запаса. Особенно значимо это для Чеченской Республики, где вопросы кадрового дефицита и повышения профессионального уровня врачебного корпуса - продолжают быть актуальными. На сегодняшний день для увеличения кадрового потенциала региона по поручению Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова и его непосредственной поддержке принимается целый комплекс эффективных мер.

Появившаяся возможность финансирования распространяется на приобретение, а также проведение ремонта медицинского оборудования. И если раньше средства по итогам контроля качества медицинской помощи вновь направлялись на оплату медицинских услуг и частично – в доход страховым медицинским организациям, то теперь часть средств идёт на



вышеуказанные цели, что должно позволить повысить качество оказываемой медицинской помощи.

Важным шагом явилось и открытие Контакт-центров, созданных на базе служб телефонов «Горячей линии» территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций, что позволило значительно поднять уровень оказания услуг справочно-консультационного характера. Их функционирование в субъекте Российской Федерации координирует администратор, закреплённый в местном территориальном фонде.

Также с 2017 года началось полноценное функционирование института страховых представителей страховых медицинских организаций, то есть трёхуровневой система обеспечения прав граждан, застрахованных в системе ОМС. Его значимость заключается в том, что теперь перспективы работы самой страховой медицинской организации напрямую зависят от того, насколько эффективно функционируют страховые представители.



Вместе с тем, сегодня приоритет при организации лечебно-го процесса отдаётся усилению первичной медико-санитарной помощи, играющей ключевую роль в системе оказания медицинской помощи. Именно своевременное оказание первичной медико-санитарной помощи позволяет выявить заболевание на ранней стадии его развития, лечение, как правило, бывает менее болезненным для пациентов. Кроме того, нельзя забывать, что профилактика заболеваний позволяет своевременно выявить факторы риска, устранение которых может помочь пациенту избежать болезни или значительно смягчить её последствия.

На постоянной основе проводится мониторинг медицинской профилактики и диспансеризации населения. Это очень важная часть деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, которая проводится совместно с Министерством здравоохранения Чеченской Республики за счет средств обязательного медицинского страхования.

Непосредственно мониторинг медицинской профилактики и диспансеризации населения проводится путём сбора и обработки информации об объёмах оказанной медицинской помощи, которая поступает от больниц и поликлиник. Вся информация по результатам проведённого мониторинга согласно установленным формам отчётности направляется в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

Здесь хочется обратить внимание на следующее. Главным образом, сам пациент должен бережно и ответственно относиться к своему здоровью. Нет нужды ожидать появления заболевания, чтобы обратиться в медицинскую организацию. Необходимо вовремя проходить диспансеризацию или профилактический осмотр в лечебном учреждении по месту жительства.

Вместе с тем, застрахованным гражданам следует помнить, что согласно Федеральному закону «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» они имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи организациями здравоохранения на всей территории Российской Федерации в объёме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования.

Когда застрахованный выезжает для получения медицинской помощи на территорию другого субъекта, расчёты за него осуществляются между территориальными фондами двух регионов, а именно региона проживания гражданина и региона оказания медицинской помощи. Это обеспечивается системой межтерриториальных расчётов.

В случае возникновения каких-то проблем с оказанием медицинских услуг пациент вправе обратиться непосредственно в свою страховую медицинскую организацию или в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики с жалобой на конкретное медучреждение. Обращение может быть сделано как в письменной, так и в устной форме по бесплатному телефону Контактного-центра. Все контакты контролирующих органов, в том числе Минздрава ЧР и ТФОМС ЧР, размещены на информационных стендах в медучреждениях. Все заявления граждан регистрируются и по ним проводятся необходимые проверки, включая экспертизу качества медицинской помощи.

В целом, необходимо отметить, что организации здравоохранения Чеченской Республики на достойном уровне осуществляют комплекс мер по оказанию медицинской помощи населению.

В РОСТОВЕ-НА-ДОНУ СОСТОЯЛОСЬ РАСШИРЕННОЕ СОВЕЩАНИЕ СОВЕТА ДИРЕКТОРОВ ФОНДОВ ОМС

«Фонды ОМС – это не только структуры по обеспечению финансирования здравоохранения, но и непосредственные участники всех процессов, в том числе, повышения доступности и качества медицинской помощи, улучшения уровня жизни и увеличения ее продолжительности. Фонды ОМС находятся в центре этих процессов, поэтому от нас зависит очень многое», - с такими словами председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко обратилась к участникам расширенного совещания Совета директоров фондов ОМС, который состоялся 2 июня в Ростове-на-Дону.



Приветствуя руководителей ТФОМС, заместитель полномочного представителя Президента РФ в Южном федеральном округе Владимир Гурба отметил высокую значимость системы ОМС в сфере здравоохранения.

«Под руководством ФОМС на территориях реализуются крупные социально-значимые проекты, такие как проведение диспансеризации населения, финансирование высокотехнологичной помощи, повышения заработной платы медицинским работникам и так далее». В завершение своего выступления полпред Президента РФ в ЮФО заявил, что система ОМС должна, прежде всего, соответствовать потребностям граждан.

Заместитель губернатора Ростовской области Сергей Бондарев сообщил о положительной динамике в доступности медицинской помощи за счет страховой системы здравоохранения. В качестве примера он привел обеспеченность населе-

ния Ростовской области высокотехнологической медицинской помощью:

«В прошлом году ее оказывали 18 организаций, в текущем – 24. С 2015 года успешно проведено 38 трансплантологических операций».

Совет Федерации с начала реализации проекта по становлению института страховых поверенных мониторинг его развитие, а также поддерживает появление столь важного элемента пациентоориентированного здравоохранения.

Об этом заявила первый заместитель председателя комитета Совета Федерации по социальной политике Людмила Кононова. При этом сенатор призвала страховые медицинские организации усилить работу по информированию граждан о существовании такой возможности – обращение к своему страховому представителю.



Кроме того, Людмила Кононова напомнила, что программа по строительству перинатальных центров должна завершиться в этом году.

«Мы считаем, что необходима преемственность. Следует продолжать программу модернизации здравоохранения в части строительства и реконструкции детских больниц и детских поликлиник. Без этого этапа мы не сможем выстроить единую систему детского здравоохранения», - предложила она. Также сенатор озвучила и еще одно предложение - на федеральном уровне наряду с программой «Земский доктор» ввести программу «Земский фельдшер».

«Ряд субъектов Федерации сейчас за счет своих бюджетов уже реализуют такие программы, но ресурсов регионов явно недостаточно. А без реализации этой программы мы не решим проблемы здравоохранения на селе», - уверена заместитель председателя социального комитета Совета Федерации.

Член Комитета Государственной Думы по охране здоровья Юрий Кобзев в своем приветственном слове отметил, что на личном опыте убедился: благодаря системе ОМС удалось сохранить финансирование здравоохранения. «Обязательное медицинское страхование является одним из системообразующих институтов современной сферы охраны здоровья», - подчеркнул депутат Госдумы.

В начале своего вступительного слова председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко напомнила, что в прошлом году был введен в действие институт страховых поверенных – с 1 июля 2016 года начал работу первый уровень.

«За прошедший год мы наладили технологические процессы, проработали функциональные обязанности, организовали работу call-центров», - рассказала руководитель ФОМС.

- С 1 января 2017 года началась деятельность страховых представителей 2 уровня. Наша сегодняшняя задача – это отладка деятельности существующего функционала. У нас уже

есть положительные результаты: если за первый квартал 2016 года диспансеризацию в Российской Федерации прошли 3 млн 900 человек, то за аналогичный период 2017 года, благодаря выстроенной нами работе, - уже 4,5 млн человек».

Наталья Стадченко заявила, что приоритетом является персонификация работы страховых представителей: «Застрахованный должен чувствовать свою значимость и индивидуальный подход».

Руководитель ФОМС обратила внимание, что в приглашении на диспансеризацию должно быть обязательно обращение по имени-отчеству, указание адреса поликлиники и сроков возможного прохождения осмотра, а также телефоны для записи на диспансеризацию.

Она также обратила внимание на важность взаимодействия ТФОМС, страховых медорганизаций и медицинских учреждений при маршрутизации пришедших на профилактический осмотр граждан.

Только при такой трехсторонней совместной координации возможна организация «диспансеризации одного дня» и повышение уровня явки населения, уверена глава Федерального фонда ОМС. Глава ФОМС поддержала позицию Людмилы Кононовой по активизации разъяснительной работы населению о функционале страховых поверенных.

Также Наталья Стадченко обратила внимание на такой важный механизм повышения качества и доступности медицинской помощи, как проект «Бережливая поликлиника», который стартовал в четвертом квартале 2016 года.

В апреле текущего года на специальном совещании был проанализирован положительный опыт трех пилотных регионов, напомнила она.

«Бережливая поликлиника» – это не покрашенные стены, открытые регистратуры или установка пандусов. Это, прежде всего, изменение всех логистических процессов, со-



кращающих движение пациентов по лечебному учреждению, а также грамотное информирование населения», - подчеркнула председатель ФОМС, отметив, что ТФОМС вместе со страховыми компаниями должны стать неотъемлемыми участниками этого процесса, помогая медорганизациям в маршрутизации и информационном сопровождении застрахованных.

Говоря о проблемах реализации тарифной политики, Наталья Стадченко обратилась к директорам ТФОМС:

«Нельзя ежемесячно менять тарифы – оснований для этого не существует! Тарифы утверждаются в начале года не текущий год и изменяются только в случае, если появляются дополнительные источники для увеличения тарифов».

А также подчеркнула, что средства нормированного стра-

хового запаса, предусмотренные на обучение медработников, на закупку и ремонт оборудования, должны использоваться по назначению, а не находиться на счетах. «Это влияет на качество и доступность медицинской помощи!» - отметила председатель ФОМС.

В своем выступлении Наталья Стадченко остановилась и на особенностях финансирования системы ОМС в 2017 году. «Благодаря новой системе финансирования, базовая программа ОМС стала бездефицитной», - сообщила она. – Если в 2013 году субвенция Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию базовой программы была 900 млрд, то в 2017-ом – 1 трлн 543 млрд рублей. Рост в 2017 году составил 5,4%». Наталья Стадченко напомнила, что эти средства пойдут на реализацию майских указов Президента по повышению заработной платы медиков: с 1 октября 2017 года рост должен составить 180% от средней по экономике региона – для врачей, 90% – для среднего медперсонала, 80% – для младшего.

В завершение своего выступления Наталья Стадченко напомнила, что в следующем году будет отмечаться 25-летие системы обязательного медицинского страхования в России. «Хотелось бы, чтоб эта дата сопровождалась подтверждением успешных, убедительных результатов завершения этапа формирования нашей страховой медицины и ее становления», - призвала участников совещания председатель ФОМС.

ТФОМС Чеченской Республики на заседании представил руководитель ведомства Денилбек Абдулазизов. Также в расширенном заседании принял участие член Правления ТФОМС Чеченской Республики, депутат Парламента ЧР Аднан Нагаев.

НАША КОНЕЧНАЯ ЦЕЛЬ – СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

Ахмед Тапаев,
директор филиала АО «МАКС-М» в г. Грозный

Филиал АО «МАКС-М» в г. Грозный начал свою деятельность в системе обязательного медицинского страхования на территории Чеченской Республики в 2005 году. В рамках осуществления обязательного медицинского страхования филиал компании занимается финансовыми расчетами с медицинскими организациями, выдачей страховых медицинских полисов, экспертизой объема и качества медицинской помощи, а главное – защитой прав и интересов пациентов при возникновении спорных ситуаций.

Несмотря на непростые условия, филиал достойно прошел период своего становления в системе ОМС и принял активное участие в развитии системы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики. Достаточно сказать, что на 1 июля 2017 года полис обязательного медицинского страхования компании «МАКС-М» имеют на руках 1 393 839 человек, что составляет 98% от населения республики.

Главным образом, это стало возможно благодаря прекрасным условиям, созданным для развития системы здравоохранения региона Главой Чеченской Республики, Героем России Рамзаном Ахматовичем Кадыровым, правильно выстроенному взаимодействию с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования и Министерством здравоохранения ЧР и профессиональным и компетентным действиям руководства страховой компании.

Однако останавливаться на достигнутом рано. В последние годы стал меняться сам подход к страховой медицине, и наша компания начала переходить на внедрение полных страховых принципов в ОМС. Для этого в соответствии с федеральными требованиями в филиале была организована система страховых представителей. На сегодняшний день в филиале подготовлено 29 страховых представителей 1 уровня, 35 сотрудников филиала прошли специальное обучение и приступили к выполнению обязанностей страховых представителей 2 уровня, один – 3 уровня.



Одной из приоритетных задач страховых представителей СМО является информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, в том числе, в рамках программы всеобщей бесплатной диспансеризации взрослого населения за счет средств обязательного медицинского страхования, которая стартовала в России с 2013 года.

Важность и эффективность диспансеризации для раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (болезней системы кровообращения, злока-



чественных новообразований, сахарного диабета, хронических болезней легких) – является неоспоримым и статистически доказанным фактом.

За сухими цифрами статистики стоят вполне реальные и конкретные судьбы, своевременно диагностированные, а значит эффективно излеченные заболевания, продленные, а в отдельных случаях, спасенные жизни. Кроме того, в рамках диспансеризации предусмотрено проведение краткого профилактического консультирования для пациентов с высокими факторами риска, что так же нацелено на снижение заболеваемости населения.

Для нашего региона вопрос эффективного и результативного проведения диспансеризации является особенно актуальным в силу ряда причин ментального характера. Терпеливость и выносливость нашего населения, умноженные на постоянную занятость работой, воспитанием детей и пр., приводит к тому, что люди обращаются за медицинской помощью только при проявлении каких-либо серьезных клинических симптомов заболевания. То, что в поликлинику должны ходить не только больные, но и здоровые, было в первое время воспринято населением без должного понимания. Именно это стало основной причиной «буксования» диспансеризации в первые годы.

Однако усилия, приложенные участниками системы

обязательного медицинского страхования, в том числе и страховыми медицинскими организациями, по информированию населения о необходимости прохождения диспансеризации, порядке и сроках ее проведения посредством распространения буклетов и памяток среди застрахованных по ОМС граждан, выступлений и публикаций в средствах массовой информации, дали определенный положительный результат.

С 2017 года страховые компании перешли на следующую ступень полного внедрения страховых принципов в ОМС и приступили к индивидуальному информированию застрахованных лиц о возможности прохождения профилактических мероприятий.

Порядок такого информирования прописан в «Регламенте взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи», утвержденном Приказом ФФОМС от 11.05.2016г. №88.

Согласно Регламенту, страховая компания ежеквартально должна извещать застрахованных, в соответствии с представленными медицинскими организациями списками, о возможности и сроках прохождения 1 этапа диспансеризации в участковой поликлинике.



Филиал АО «МАКС-М» в г. Грозный с начала текущего года активно включился в процесс реализации Регламента. Министерством здравоохранения ЧР Приказом от 28.12.2016г. были утверждены планы проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения на 2017 г. Медицинскими организациями, в соответствии с Приказом №88 ФФОМС, представлены в СМО списки лиц, подлежащих диспансеризации с текущим годом, согласно утвержденным планам-графикам с поквартальной разбивкой.

Страховая компания в свою очередь провела SMS-информирование застрахованных лиц.

Так, в 1 квартале 2017г., нами было информировано 40 706 человек, а в начале 2 квартала – 47 271. Кроме SMS-сообщений, наши страховые представители информируют застрахованных телефонными звонками и письмами (в случае отсутствия или недоступности телефонных номеров). Отклик на наше информирование (число лиц, пришедших на диспансеризацию из информированных) составил в первом квартале – 18 650 человек или 45,6%, а за два месяца 2 квартала – 16 556, что составляет 35% от информированных и позволяет ожидать нам на конец 2 квартала отклик в районе 50%. Всего же из 58 482 лиц, прошедших диспансеризацию за период январь-май 2017г. доля информированных составила 60,2%. Около 40% граждан, прошедших (согласно реестрам оказанной

медицинской помощи) диспансеризацию с начала года не были включены в списки по диспансеризации на 1-2 квартал, что свидетельствует о недостатках в работе по прикреплению населения в медицинских организациях, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи.

Экспертная служба и страховые представители нашего филиала в апреле этого года провели ряд выездных совещаний в поликлинических учреждениях республики с участием участковых врачей-терапевтов и представителей администрации медицинских организаций. В ходе таких встреч обсуждались вопросы взаимодействия МО и страховой компании для успешного решения вопросов диспансеризации и профилактических осмотров взрослого населения, существующие проблемы на этом пути и способы их решения. Одна из таких проблем – это недостатки в оперативном учёте прикрепленного населения, как следствие – отсутствие корректных списков лиц, подлежащих профмероприятиям.

В этом направлении первичному звену предстоит серьезная работа по переписи населения, актуализации паспортов участков и решению других вопросов, связанных с реализацией Регламента прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, согласно Приказу МЗ ЧР № 27 от 14.02.2017г. Мы знаем, что многие медицинские организации уже активно приступили к этой работе

и ожидаем, что ее результаты положительно скажутся как на качестве оказываемой медицинской помощи, так и на показателях выполнения планов по диспансеризации взрослого населения.

В целом, необходимо отметить, что в республике многое сделано для того, чтобы проведение профилактических мероприятий перестало быть формализованным, чтобы целью его стало не только выполнение цифровых показателей, но и достижение реальной пользы для нашего населения.

Вместе с тем задачи и проблемы, решение которых ещё предстоит, не дают нам повода для расслабления. Совершенно очевидно одно – вопросы эффективного и качественного оказания медицинской помощи населению в рамках программы ОМС, в том числе, связанных с проведением профилактических мероприятий, являются общей задачей всех участников системы ОМС, и только наши совместные действия могут привести к ощутимым результатам. Ведь конечная цель всех профилактических



мероприятий – это сохранение здоровья каждого гражданина отдельно, а в глобальном масштабе – сохранение здоровья нации.





КСГ

КАК ОПЛАЧИВАЕТСЯ МЕДПОМОЩЬ ПО КСГ В СИСТЕМЕ ОМС

Евгения Берсенева,
доктор медицинских наук, руководитель Центра высшего и
ДПО ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт
общественного здоровья им. Н.А. Семашко»

КСГ по стационарам медучреждений, а также по дневным стационарам финансируют по единым правилам. Такие правила установлены на федеральном уровне. О том, как оплачивают медпомощь по КСГ и какие параметры определяют стоимость законченного случая лечения, читайте в рекомендации.

Способы оплаты медицинской помощи по КСГ
Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) – определенная группа заболеваний, которые относят к одному профилю стационарной медпомощи. Заболевания в группе имеют схожие методики диагностики и лечения, а также схожую ресурсоемкость для того, чтобы выполнить эти мероприятия.
Закон установил следующие способы оплаты медпомощи по КСГ:
за законченный случай лечения заболевания, которое включено в соответствующую группу;
за прерванный случай оказания медпомощи.

Внимание: прерванный случай оказания медпомощи – это когда:
пациента перевели в другую медорганизацию;
пациента преждевременно выписали из медорганизации при его письменном отказе от дальнейшего лечения;
был летальный исход;

провели диагностические исследования;
оказали услуги диализа.
Медицинскую помощь за счет средств ОМС, которую оказали в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по КСГ оплачивают во всех страховых случаях, кроме:
заболеваний, для лечения которых применяют виды и методы медпомощи по перечню видов ВМП, которые есть в базовой программе ОМС. Для них постановлением Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 г. № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (далее – Программа) установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медпомощи;
социально значимых заболеваний, если их лечение финансируют в рамках территориальной программы ОМС. К социально значимым относят такие заболевания, как передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром

приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения;
заболеваний, для которых применяют виды и методы медпомощи по перечню видов ВМП, которых нет в базовой программе ОМС. Для них Программа установила среднюю стоимость медпомощи, если их финансируют в рамках территориальной программы ОМС;
процедур диализа различными методами. В этом случае оплату осуществляют за услугу.
Когда планируют объем средств, чтобы обеспечить медпомощь по КСГ, из общего объема средств, который рассчитали исходя из нормативов терпрограммы государственных гарантий, исключают средства:
для межтерриториальных расчетов;
оплаты медпомощи вне системы КСГ;
формирования нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС в части превышения установленного объема средств.

Основные критерии, чтобы отнести медпомощь к КСГ:
диагноз основной;
операция (манипуляция, специальное лечение).
Дополнительные классификационные критерии:
возраст;
сопутствующий диагноз или осложнения заболевания;
пол;
длительность лечения;
сочетание диагнозов;
сочетание диагноза и операции;
сочетание более двух критериев.
Эти параметры определяют относительную затратоемкость лечения пациентов.

В тарифном соглашении могут быть выделены подгруппы, в том числе с учетом дополнительных критериев. Их устанавливает субъект Российской Федерации. Дополнительный классификационный критерий включают в реестр счетов, которые формируют медицинские организации и передают в ТФОМС. Дополнительными классификационными критериями могут быть: длительное пребывание в реанимации или использование дорогостоящих реанимационных технологий, дорогостоящих медикаментов (расходных материалов), уровень оказания медицинской помощи в случае сложившейся однообразной этапности ее оказания для конкретной КСГ.

Средневзвешенный весовой коэффициент затратоемкости (СКЗ) подгрупп должен быть равен коэффициенту относительной затратоемкости, который установлен в рекомендациях (с возможностью его коррекции путем применения управленческого коэффициента).

СКЗ рассчитывают по формуле:



$$СКЗ = \frac{\sum (K_{zi} \times \chi_{chl}^i)}{\sum \chi_{chl}}$$

где:
K_{zi} – весовой коэффициент затратоемкости подгруппы i;
 χ_{chl}^i – количество случаев, пролеченных по подгруппе i;
ЧСЛ – количество случаев в целом по группе.

Количество случаев по каждой подгруппе планируют в соответствии с количеством случаев за предыдущий год с учетом приоритетов субъекта Российской Федерации.

Размер финансового обеспечения медицинской организации по КСГ рассчитывают как сумму стоимости всех случаев госпитализации в стационаре:

$$\Phi ОМО = \sum СКЗ_{КСГ}$$

где:
ФОМО – размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей;
ССКСГ – стоимость законченного случая госпитализации в стационарных условиях, рублей.

Способ оплаты медицинской помощи по КСГ применяют только после того, как провели расчеты в субъекте Российской Федерации по прогнозированию размеров финансового обеспечения медорганизаций при переходе на оплату медицинской помощи по данным группам заболеваний. Если уровень финансового обеспечения отдельных медицинских организаций отличается от размера их финансового обеспечения при применении ранее действующего метода финансирования более чем на 10 процентов, проведите анализ структуры госпитализаций.
Для этого используют средний коэффициент затратоемкости стационара (СКЗст), который рассчитывают по формуле:



$$СКЗ_{ст} = \frac{\chi_{сл}^i \times КЗ_{КСГ}}{\chi_{сл}}$$

где:

$\chi_{сл}^i$ – число случаев госпитализации пациентов по определенной КСГ в стационарных условиях;
КЗКСГ – коэффициент относительной затратоемкости по определенной КСГ;
Чсл – общее количество законченных случаев лечения в стационарных условиях за год.

Оценку эффективности оплаты медицинской помощи, оказанной стационарно и в условиях дневного стационара, субъекты РФ осуществляют в динамике по показателям, которые характеризуют:

- среднюю длительность пребывания в стационаре;
- уровень и структуру заболеваемости в круглосуточном стационаре;
- долю отдельных групп КСГ в стационарных условиях в общем количестве законченных случаев;
- уровень и структуру заболеваемости в условиях дневного стационара;
- долю отдельных групп КСГ в условиях дневного стационара в общем количестве случаев лечения;
- структуру исходов лечения, в том числе уровень больницы летальности;
- оперативную активность;
- долю повторных госпитализаций по поводу одного и того

же заболевания в течение 90 дней (за исключением заболеваний с курсовым лечением и состояний, связанных с беременностью).

Данные по указанным показателям субъекты Российской Федерации представляют в Минздрав Российской Федерации и ФФОМС. Делают это по форме федерального статистического наблюдения № 62, которую утвердил приказ Федеральной службы государственной статистики от 24 августа 2016 г. № 445.

Основные параметры оплаты медпомощи по КСГ, которые определяют стоимость законченного случая лечения

Чтобы рассчитать стоимость законченного случая лечения по КСГ, используют следующие экономические параметры:

1. Размер средней стоимости законченного случая лечения, который включен в КСГ или КПГ (базовая ставка).
2. Коэффициент относительной затратоемкости.
3. Коэффициент дифференциации – при наличии. Указанный коэффициент необходим для случаев, если для территории субъекта РФ есть несколько коэффициентов дифференциации. При этом Методические рекомендации – 2017 уточняют, что сюда входят расположенные на территории закрытые административно-территориальные образования.
4. Поправочные коэффициенты:
 - управленческий коэффициент;
 - коэффициент уровня оказания медицинской помощи;
 - коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ определяют по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ПК \times КД$$

где:

БС – размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка), рублей;

КЗКСГ – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне);

КД – коэффициент дифференциации, который рассчитали в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462.

Данный коэффициент используют в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установили несколько коэффициентов дифференциации. В том числе для расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований.

Если коэффициент дифференциации единый для всей



территории субъекта Российской Федерации, то его учитывают в базовой ставке.

Пример:
Тарифным соглашением Вологодской области установлены следующие коэффициенты уровня оказания стационарной медицинской помощи:

- базовая ставка (коэффициент дифференциации – 1,112) – 19 352,97 руб.;
- базовая ставка для медицинских организаций г. Вологды (коэффициент дифференциации – 1,096) – 19 074,51 руб.;
- базовая ставка для медицинских организаций г. Череповца (коэффициент дифференциации – 1,156) – 20 118,74 руб.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, который включен в КСГ (базовая ставка)

Размер базовой ставки определяют с учетом:

- объема средств для финансового обеспечения медицинской помощи, которую оплачивают по КСГ (ОС);
- общего планового количества случаев лечения, которые оплачивают по КСГ (Чсл);
- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК).

Размер базовой ставки устанавливает тарифное соглашение, которое принимают на территории субъекта РФ. Его рассчитывают по формуле:

$$БС = \frac{ОС}{\chi_{сл} \times СПК}$$

СПК рассчитывают по формуле:

$$СПК = \frac{\sum(КЗ_i \times ПК_i \times КД_i)}{\chi_{сл}}$$

Пример:
Размер базовой ставки на оплату стационарной помощи по законченному случаю заболевания по тарифным соглашениям в сфере обязательного медицинского страхования на 2017 год:

- на территории Нижегородской области – 16 266,33 руб.;
- на территории Омской области – 17 560,74 руб.;
- на территории Вологодской области – 19 352,97 руб.

Размер базовой ставки устанавливают на год. Если есть значительные отклонения фактических значений от расчетных, их могут корректировать, но не чаще одного раза в квартал. Базовую ставку рассчитывают отдельно для медпомощи, которую оказывают в стационарных условиях и в условиях дневного стационара. При этом учитывают особенности оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в различных регионах. Нельзя отклонить базовую ставку для дневного стационара более чем на 30 процентов от нормативов, которые устанавливает территориальная Программа госгарантий субъекта Российской Федерации.

Данное требование не применяют, если число законченных случаев проведения заместительной почечной терапии ме-

тодом диализа в субъекте РФ превышает пороговое значение, которое определяют следующим образом:

$$\text{Ч}^*\text{Д} = \frac{\text{НОДС} \times \text{НФЗДС} \times \text{Ч}_{20} - \text{ОС}_{\text{МТГ}}^{\text{ДС}} - \text{ОС}_{\text{НСЗ}}^{\text{ДС}} - 0,7 \times \text{НОДС} \times \text{НФЗДС} \times \text{Ч}_{20} \times \text{СПН}}{\text{Н}_{\text{Д}}^{\text{ДС}} - 0,7 \times \text{СПН} \times \text{Н}_{\text{ФЗДС}}}$$

где:

$\text{Ч}_{\text{Д}}^{\text{ДС}}$ – пороговое значение числа законченных случаев проведения заместительной почечной терапии методом диализа;

НОДС – норматив объема медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный территориальной программой ОМС;

НФЗДС – норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный территориальной программой ОМС;

ЧЗЛ – численность застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации;

$\text{ОС}_{\text{МТГ}}^{\text{ДС}}$ – объем средств, которые предназначены для межтерриториальных расчетов за медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара;

$\text{ОС}_{\text{НСЗ}}^{\text{ДС}}$ – объем средств, которые направляют на НСЗ территориального фонда ОМС в части превышения установленного объема средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным;

$\text{ОС}_{\text{ВМП}}^{\text{ДС}}$ – объем средств, которые направляют на финансовое обеспечение медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи. Эти виды включены в базовую программу обязательного медицинского страхования, и на них Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

$\text{Н}_{\text{Д}}^{\text{ДС}}$ – средняя стоимость законченного случая проведения заместительной почечной терапии методом диализа, которая

рассчитана в соответствии с рекомендованными тарифами на оплату процедур диализа (приложение № 4 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС).

Если рассчитать средний поправочный коэффициент невозможно, его устанавливают на уровне 1,1–1,2.

Плановое количество случаев лечения по каждой медицинской организации (каждой КСГ) определяют согласно статистическим данным в рамках персонифицированного учета в сфере ОМС, который осуществляют в соответствии с главой 10 Закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ с учетом запланированных изменений структуры госпитализаций.

Коэффициент относительной затратоемкости КСГ

Коэффициент относительной затратоемкости определяют для каждой КСГ на федеральном уровне. Его нельзя изменить при установлении тарифов в субъектах Российской Федерации.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывают с учетом коэффициентов оплаты, которые установлены в субъекте Российской Федерации, по следующей формуле:

$$\text{ПК} = \text{КУ}_{\text{КСГ}} \times \text{КУС}_{\text{МО}} \times \text{КСЛП}$$

КУКСГ – управленческий коэффициент по КСГ, к которой относят конкретный случай госпитализации. Его используют в расчетах, если указанный коэффициент определен в субъекте РФ для данной КСГ;

КУСМО – коэффициент уровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данного случая).

Расчет и установление значений поправочных коэффициентов осуществляют для медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара отдельно.

Управленческий коэффициент (КУКСГ) устанавливают тарифным соглашением, которое принято на территории субъекта РФ, для конкретной КСГ с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, которые входят в данную группу, или стимулирования медицинских организаций к внедрению конкретных современных методов лечения (письмо от 22 декабря 2016 г. Минздрава России № 11-8/10/2-8266, ФФОМС № 12578/26/и).

Управленческий коэффициент применяют к КСГ в целом. Он един для всех уровней оказания медицинской помощи.

Управленческий коэффициент устанавливают таким обра-

зом, чтобы средневзвешенный управленческий коэффициент (с учетом количества случаев по каждой КСГ) был равен 1.

Повышающий коэффициент применяют к одним КСГ с одновременным применением понижающего коэффициента к другим КСГ с целью соблюдения принципов «бюджетной нейтральности».

Условие применения управленческого коэффициента:

$$\frac{\sum (\text{КУ}_j \times \text{КЗ}_j \times \text{Ч}_{\text{сл}j})}{\text{Ч}_{\text{сл}}} = 1$$

где:

Чслj – число пролеченных случаев по клинко-статистической группе j;

Чсл – число пролеченных случаев;

КУj – управленческий коэффициент, применяемый к клинко-статистической группе j;

КЗj – коэффициент относительной затратоемкости по клинко-статистической группе j.

Суммирование в числителе и знаменателе формулы осуществляют по всем клинко-статистическим группам.

Число пролеченных случаев по каждой КСГ определяют на основании фактических данных о числе случаев лечения в разрезе КСГ за прошедший год или на основании планового количества случаев лечения по каждой КСГ.

Значение управленческого коэффициента не может превышать 1,4.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи

При оплате медицинской помощи учитываются этапы (уровни) предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками ее оказания. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи устанавливают тарифным соглашением.

Структурные подразделения медорганизации, которые оказывают медпомощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, могут иметь различные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи.

Средние значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи составляют:

- для медицинских организаций 1-го уровня – 0,95;
- для медицинских организаций 2-го уровня – 1,1;
- для медицинских организаций 3-го уровня – 1,3.

В пределах 3-го уровня системы оказания медицинской помощи выделяют подуровень, который включает в том числе федеральные медицинские организации, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации.



С учетом объективных критериев по каждому уровню выделяют не более пяти подуровней оказания медицинской помощи с установлением коэффициентов по каждому подуровню.

Границы значений коэффициента подуровня оказания медицинской помощи, рекомендуемые для установления в тарифных соглашениях субъектов Российской Федерации:

- для медицинских организаций 1-го уровня – от 0,7 до 1,2;
- для медицинских организаций 2-го уровня – от 0,9 до 1,3;
- для медицинских организаций 3-го уровня – от 1,1 до 1,5;
- для федеральных медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах нескольких субъектов Российской Федерации, – от 1,4 до 1,7.

Для медицинских организаций, которые находятся на территории закрытых административных территориальных образований, устанавливают значение коэффициента подуровня оказания медицинской помощи не менее 1,2.

Однако средневзвешенный коэффициент уровня (СКУСи) оказания медицинской помощи каждого уровня не может превышать рекомендованные средние значения. СКУСи рассчитывают по формуле:

$$\text{СКУСи} = \frac{\sum (\text{КУС}_{\text{МО}j} + \text{Ч}_{\text{сл}j})}{\text{Ч}_{\text{сл}i}}$$

где:

СКУСи – средневзвешенный коэффициент уровня i;

КУСМОj – коэффициент подуровня j;

Чслj – число случаев, пролеченных в стационарах с подуровнем j;

Чслi – число случаев в целом по уровню.



Установленные тарифным соглашением средние значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи для каждого последующего уровня обязательно должны превышать значения предыдущих уровней.

На уровне субъекта федерации данный перечень можно расширить.

Чтобы учесть особенности более высокого уровня затрат на оказание медицинской помощи, уровень госпитализации отдельных групп заболеваний, Методические рекомендации предусматривают поправочные коэффициенты (письмо Минздрава России от 22 декабря 2016 г. № 11-8/10/2-8266, ФФОМС № 12578/26/и). К таким коэффициентам относят управленческий и определяющий сложность лечения пациента.

Коэффициент сложности лечения пациента

Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) устанавливает тарифное соглашение, принятое на территории субъекта Российской Федерации, к отдельным случаям оказания медицинской помощи.

КСЛП учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях.

КСЛП устанавливают на основании объективных критериев, перечень которых приводят в тарифном соглашении и в обязательном порядке отражают в реестрах счетов.

Методические рекомендации (письмо от 22 декабря 2016 г. Минздрава России № 11-8/10/2-8266, ФФОМС № 12578/26/и) предлагают устанавливать коэффициент сложности лечения пациента в следующих случаях:

сложность лечения пациента связана с возрастом (госпитализация детей до 4 лет и лиц старше 75 лет);

необходимость предоставления спального места и питания законному представителю. Для детей до 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний, а также пациенты старше 75 лет с индексом Бартела ≤ 60 баллов (для осуществления ухода) при наличии медицинских показаний;

наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии; необходимость развертывания индивидуального поста по



медицинским показаниям; проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ;

сверхдлительные сроки госпитализации, которые обусловлены медицинскими показаниями (более 30 дней, за исключением ряда КСГ по перечню, установленному письмом ФФОМС от 27 декабря 2016 г. № 12708/26-2/и, для которых сверхдлительными являются сроки лечения, превышающие 45 дней);

проведение сочетанных хирургических вмешательств;

проведение однотипных операций на парных органах.

Суммарное значение КСЛП при нескольких критериях не может превышать 1,8. Исключение составляют случаи сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

Пример:

Тарифное соглашение Нижегородской области установило следующий коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП).

№	Случаи, для которых устанавливается КСЛП	Значение коэффициента (КСЛП)
1	Необходимость предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет)	1,1
2	Проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов противоопухолевого лечения, относящихся к разным КСГ	1,3



ВОПРОС-ОТВЕТ

ПОПУЛЯРНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТНОЙ ПОДДЕРЖКИ

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

Как должен оплачиваться труд медработника, которого направили на повышение квалификации с частичным отрывом от работы?

Чтобы оплатить труд медработника, которого направили на учебу, ведите отдельный учет фактически отработанных часов и часов обучения. За часы обучения выплачивайте работнику средний заработок, а за часы работы начисляйте заработную плату.

Внимание: особенности исчисления средней зарплаты содержит статья 139 Трудового кодекса РФ и Положение, утвержденное постановлением Правительства РФ от 24 декабря 2007 г. № 922.

Повышение квалификации, профессиональную переподготовку и стажировку работников проводят с отрывом от работы, с частичным отрывом от работы и по индивидуальным формам обучения.

Если направляете работника на учебу с отрывом от работы, сохраните за ним место работы (должность) и среднюю заработную плату по основному месту работы (ст. 187 ТК РФ). Гарантии по статье 187 Трудового кодекса РФ предоставляйте и в случае учебы с частичным отрывом от работы (письмо Роструда от 12 мая 2011 г. № 1277-6-1).

Имеет ли право заказчик осуществить закупку при разработанном и утвержденном, но не размещенном в ЕИС плане-графике?

Если закупить товары, работы или услуги (в т. ч. заключить договор с единственным поставщиком) при разработанном и утвержденном, но не размещенном в ЕИС плане-графике, то у контролирующих органов могут быть претензии.

Внимание: не рекомендуем проводить закупки, которые не включили в план-график, так как есть риск, что привлекут к административной ответственности по части 1.4 статьи 7.30 Кодекса РФ об административных правонарушениях.

Закупки, которые не включили в план-график, не могут быть осуществлены (ч. 11 ст. 21 Закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ).

Разместите план закупок, план-график закупок в ЕИС в течение трех рабочих дней со дня утверждения или изменения (п. 4 Правил, утвержденных постановлением Правительства РФ от 29 октября 2015 г. № 1168).

Один из принципов контрактной системы — принцип открытости и прозрачности. Его обеспечивают тем, что размещают информацию о закупках в ЕИС.

Нарушение срока размещения плана-графика закупок,

вносимых в него изменений в ЕИС влечет штраф на должностных лиц от 5000 до 30 000 руб. (ч. 4 ст. 7.29.3 КоАП РФ). Если провести закупку при не размещенном в ЕИС плане-графике, должностных лиц могут привлечь к административной ответственности по части 3 статьи 7.30 Кодекса РФ об административных правонарушениях.

Должна ли частная медицинская организация расходовать средства ОМС по требованиям Закона № 44-ФЗ, если она участвует в терпрограмме ОМС?

Негосударственные (частные) медицинские организации здравоохранения не попадают под требования Закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ и Закона от 18 июля 2011 г. № 223-ФЗ.

Внимание: средства ОМС являются целевыми. Расходуйте их только на реализацию программ ОМС.

Заказчиками по Закону № 44-ФЗ выступают:

государственные (муниципальные) органы;

государственная корпорация по атомной энергии «Росатом», государственная корпорация по космической деятельности «Роскосмос»;

органы управления государственными внебюджетными фондами;

государственные (муниципальные) казенные учреждения, бюджетные учреждения и государственные (муниципальные) унитарные предприятия.

Негосударственные (частные) учреждения здравоохранения, чтобы приобрести товары, работы или услуги за счет средств обязательного медицинского страхования, не применяют положения Закона № 44-ФЗ и Закона № 223-ФЗ (письмо Минэкономразвития России от 6 марта 2015 г. № Д28и-573).

Как правильно назвать должность работника отдела закупок?

Возможные наименования должностей специалистов по закупкам содержит профессиональный стандарт «Специалист в сфере закупок» (приказ Минтруда России от 10 сентября 2015 г. № 625н).

Внимание: закон № 44-ФЗ устанавливает необходимость создания заказчиком контрактной службы или назначения контрактного управляющего (письмо Минэкономразвития России от 8 сентября 2015 г. № ОГ-Д28-11719).

Требования к квалификации работников контрактной службы (работников, которые осуществляют деятельность в сфере закупок) устанавливает Закон от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ (ч. 6 ст. 38, ч. 23 ст. 112 Закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ).

С 1 июля 2016 года работодатели обязаны применять профессиональные стандарты, если требования к квалификации, которая необходима сотруднику для выполнения его трудовой функции, установлены Трудовым кодексом РФ, федеральными

законами или иными нормативно-правовыми актами.

Профессиональный стандарт содержит возможные наименования должностей (профессий), требования к образованию (обучению) и опыту практической работы специалистов по закупкам.

Профстандарт, который разработал Минтруд, не обязательный для применения заказчиками, которые проводят закупки по Закону № 223-ФЗ.

Обязательно ли ориентироваться на Закон № 44-ФЗ, чтобы заключить договор с региональным оператором фонда капитального ремонта на перечисление взносов на капремонт?

Закон от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ не регулирует договоры с региональным оператором фонда капитального ремонта на перечисление взносов на капремонт.

Внимание: средства, которые вы перечисляете в фонд, будут направлены на проведение капитального ремонта общего имущества. Отрадите эти расходы по подстатье КОСГУ 225.

Отношения в части формирования и использования фонда капитального ремонта общего имущества в многоквартирном доме регулируются жилищным законодательством (п. 11.1 ч. 1 ст. 4 ЖК РФ). Плата за жилое помещение и коммунальные услуги для собственника помещения в многоквартирном доме включает в том числе взнос на капитальный ремонт (п. 2 ч. 2 ст. 154 ЖК РФ).

Региональный оператор размещает отчет на своем сайте. Но вы также можете получить его, обратившись к оператору с запросом.

Общее собрание собственников помещений в многоквартирном доме принимает решение о капремонте общего имущества в многоквартирном доме. А также выбирает способ, как сформировать и использовать фонд капитального ремонта.

Имеет ли право ФАС аннулировать закупку?

ФАС имеет право аннулировать закупку.

Внимание: ФАС России включает в план проверок только закупки для федеральных нужд. Внеплановые проверки может проводить в отношении всех закупок.

ФАС России выдает предписания, обязательные для исполнения заказчиками, контрактными службами, контрактными управляющими, комиссиями по осуществлению закупок и их членами, уполномоченными органами, уполномоченными учреждениями, специализированными организациями, операторами электронных площадок, в случаях, которые предусмотрены законодательством РФ по закупкам. В том числе предписания об аннулировании определения поставщиков.

В течение трех рабочих дней с даты выдачи предписа-



ния контрольный орган в сфере закупок обязан разместить это предписание в ЕИС (ч. 24 ст. 99 Закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ).

Если контрольный орган в сфере закупок выявит нарушения законодательства РФ в сфере закупок, он вправе выдавать обязательные для исполнения предписания об устранении таких нарушений. В том числе об аннулировании определения поставщиков (п. 2 ч. 22 ст. 99 Закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ и п. 5.3.2.4 Положения о Федеральной антимонопольной службе, утвержденного постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 331).

Достаточно ли одного коммерческого предложения, чтобы заключить договор с единственным поставщиком?

Одного коммерческого предложения недостаточно, чтобы заключить договор с единственным поставщиком. Необходимо использовать три ценовых предложения.

Внимание: не требуется оформлять отчет о невозможности или нецелесообразности использования иных способов определения поставщика, а также не нужно в форме отчета оформлять обоснование цены контракта и иных существенных условий контракта

Чтобы заключить договор с единственным поставщиком, обоснуйте цену договора (п. 4 ч. 1 ст. 93 Закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ).

Для этого используйте один из методов из части 1 статьи

22 Закона № 44-ФЗ и Методические рекомендации (приказ Минэкономразвития России от 2 октября 2013 г. № 567).

Чтобы определить НМЦК методом сопоставимых рыночных цен (анализа рынка), используйте не менее трех цен товара, работы, услуги, которые предлагают разные поставщики (подрядчики, исполнители). Об этом говорит пункт 3.19 Методических рекомендаций (приказ Минэкономразвития России от 2 октября 2013 г. № 567).

В дополнение к одному имеющемуся коммерческому предложению, полученному от поставщика, заказчик может использовать общедоступную ценовую информацию, в том числе размещенную в свободном доступе в сети Интернет, осуществить поиск ценовой информации в реестре контрактов, заключенных другими заказчиками, и т. п.

По какому закону (№ 44-ФЗ или 223-ФЗ) автономному учреждению следует закупать медицинское оборудование за счет средств целевой субсидии (абз. 2 п. 1 ст. 78.1 БК РФ)?

Чтобы купить медоборудование за счет средств целевой субсидии, используйте Закон № 223-ФЗ.

Внимание: не закупайте медицинское оборудование определенного производителя в целях сопряжения и взаимозаменяемости имеющегося аналогичного оборудования, в том числе на случай выхода его из строя

Субсидии автономным учреждениям бывают трех видов:

на капитальные вложения в объекты капитального строительства государственной (муниципальной) собственности и приобретение объектов недвижимого имущества в государственную (муниципальную) собственность (ст. 78.2 БК РФ);

финансовое обеспечение государственного (муниципального) задания, которое рассчитали с учетом нормативных затрат на оказание ими государственных (муниципальных) услуг физическим и юридическим лицам и нормативных затрат на содержание государственного (муниципального) имущества (абз. 1 п. 1 ст. 78.1 БК РФ);

иные цели (абз. 2 п. 1 ст. 78.1 БК РФ).

Чтобы закупить за счет субсидий на капитальные вложения на автономные учреждения, используйте Закон № 44-ФЗ, для закупок за счет других субсидий – Закон № 223-ФЗ.

По какому закону (№ 44-ФЗ или 223-ФЗ) автономному учреждению следует закупать медицинское оборудование за счет средств ОМС?

Автономное учреждение закупает медицинское оборудование за счет средств ОМС по Закону № 223-ФЗ.

Внимание: расходы учреждения по приобретению оборудования отнесите на статью КОСГУ 310 «Увеличение стоимости основных средств», а расходы по его монтажу – на подстатью КОСГУ 226 «Прочие работы, услуги».

Автономные учреждения применяют Закон от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ, чтобы приобрести товары, работы или услуги за счет средств, которые Бюджетный кодекс РФ определяет как ассигнования для капитальных вложений в объекты государственной (муниципальной) собственности (ч. 4 ст. 15 Закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ). Также Закон № 44-ФЗ применяют

в случае, который определяет часть 6 статьи 15 Закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ.

В остальных случаях автономным учреждениям, чтобы закупить медицинское оборудование, необходимо использовать Закон от 18 июля 2011 г. № 223-ФЗ (письмо Минэкономразвития России от 9 июля 2015 г. № Д28и-1991).

Можно ли включить в план и план-график закупок товары, работы или услуги, которые планируем оплатить за счет внебюджетных средств?

Да, можно. Заказчики вправе использовать внебюджетные средства согласно статье 15 Закона № 44-ФЗ.

Внимание: на 2017 год планы-графики нужно формировать в соответствии с планами закупок (ч. 2 ст. 21 Закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ).

План-график – это документ, в котором заказчик отражает все планируемые закупки на следующий календарный год. Без плана-графика невозможно провести закупки. Очень важно правильно сформировать план-график, чтобы избежать административной ответственности.

План-график закупок должен соответствовать плану закупок по идентификационному коду закупки (ИКЗ).

Заказчик указывает ИКЗ в плане закупок, плане-графике, извещении об осуществлении закупки, приглашении принять участие в определении поставщика, которое осуществляется закрытым способом, документации о закупке, в контракте, а также в иных документах. То есть заказчик должен обеспечить взаимосвязь указанных документов.

Информацию об источнике финансирования обязательно указывайте в извещении о закупке. При этом нельзя размещать



в ЕИС извещения с информацией, которой нет в планах-графиках.

Поэтому включите в план и план-график закупку, которую планируете провести без средств бюджета.

На сколько должен быть сокращен рабочий предпраздничный день у сотрудника, которому установлен режим неполного рабочего времени (0,75; 0,5; 0,25 ставки) по основному месту работы?

Рабочий предпраздничный день должен быть сокращен на один час всем сотрудникам.

Внимание: неполное рабочее время означает частичную занятость сотрудника либо в течение недели, либо в течение рабочего дня или смены. Например, не пять рабочих дней, а четыре или не восемь часов в смену, а шесть.

Праздничные дни, действующие на территории России, перечислены в части 1 статьи 112 Трудового кодекса РФ.

По общему правилу продолжительность рабочего дня (смены), непосредственно предшествующего нерабочему праздничному дню, уменьшается на один час.

При этом сокращение рабочего дня на один час не уменьшает зарплату сотрудника. Об этом сказано в части 1 статьи 95 Трудового кодекса РФ.

Данная норма действует в отношении всех сотрудников независимо от их режима труда и продолжительности рабочего дня (см. решение Верховного суда РФ от 29 сентября 2006 г. № ГКПИ06-963).

Может ли фельдшер совмещать должность медицинской сестры процедурной без сертификата «Сестринское дело»?

Фельдшер без сертификата специалиста по специальности «сестринское дело» не имеет права работать медицинской сестрой процедурной.

Внимание: если фельдшер не имеет уровня профобразования согласно квалификационным характеристикам для должности медсестры, то он не имеет права совмещать данную должность.

Квалификационные требования к специалисту, претендующему на должность медицинской сестры, должны соответствовать требованиям, которые указаны в квалификационном справочнике.

Требования к должности медсестры процедурной предусмотрены приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н:

среднее профессиональное образование по специальности «лечебное дело», «акушерское дело», «сестринское дело»; сертификат специалиста по специальности «сестринское дело», «общая практика», «сестринское дело в педиатрии» без

предъявления требований к стажу работы.

Чтобы поручить работнику с его согласия исполнение дополнительных должностных обязанностей за дополнительную плату, заключите с ним дополнительное соглашение к трудовому договору.

Имеют ли право на ежегодный дополнительный оплачиваемый трехдневный отпуск работники выездных бригад станций и отделений скорой и неотложной медицинской помощи?

Работники выездных бригад имеют право на ежегодный оплачиваемый дополнительный отпуск.

Внимание: законодательные и иные нормативные правовые акты бывшего СССР, действующие на территории России до введения Трудового кодекса РФ (до 1 февраля 2002 года), применяются на территории РФ, если они не противоречат Трудовому кодексу РФ.

Право на ежегодный дополнительный оплачиваемый трехдневный отпуск (за непрерывную работу в учреждении свыше трех лет) имеют:

врачи выездных бригад станций и отделений скорой и неотложной медпомощи (п. 32 постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 22 сентября 1977 г. № 870);

старшие врачи станций скорой и неотложной медпомощи (постановление ЦК КПСС, Совмина СССР, ВЦСПС от 16 октября 1986 г. № 1240);

средний медперсонал выездных бригад станций скорой и неотложной медпомощи (постановление ЦК КПСС, Совмина СССР от 19 августа 1982 г. № 773);

водители выездных бригад станций (отделений) скорой медпомощи (п. 4 постановления Совета Министров РСФСР от 23 февраля 1991 г. № 116).

Указанные нормативные акты СССР в настоящее время являются действующими.

Как рассчитать годовой бюджет (фонд) рабочего времени должности?

Годовой бюджет (фонд) рабочего времени должности – это временные параметры работы должности в году. Для расчета годового бюджета рабочего времени должности исключите отпусков период времени.

Внимание: определите сотрудникам оптимальный баланс рабочего времени, благодаря которому каждый специалист будет максимально эффективно использовать свое рабочее время.

При расчетах годового бюджета используйте Порядок, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 13 августа 2009 г. № 588н.

Годовой бюджет рабочего времени должности (Б) опреде-

ляют по следующей формуле:

$$Б = m \times q - n - z,$$

где:

m – число часов в день, устанавливаемое путем деления недельной продолжительности рабочего времени на 5;

q – число рабочих дней в году по пятидневной рабочей неделе;

n – число часов сокращения рабочего времени в предпраздничные дни в течение года;

z – число рабочих часов, приходящихся на отпускной период времени.

Чтобы определить предпраздничные дни, в которые происходит сокращение рабочего времени на один час (ст. 95 ТК РФ), учтите решения Правительства о переносе выходных дней на другие дни в целях рационального использования работниками выходных и нерабочих праздничных дней.

Может ли врач совмещать работу медицинской сестры?

Врач может совмещать работу медицинской сестры после сдачи специального экзамена.

Внимание: как правило, продолжительность рабочего времени медицинских работников по совместительству не может превышать четырех часов в день.

Порядок допуска лиц с высшим медицинским образованием к медицинской деятельности на должностях среднего медперсонала утвердили приказом Минздрава России от 27 июня 2016 г. № 419н.

Лица с высшим медицинским образованием могут быть допущены к медицинской деятельности на должностях среднего медперсонала при наличии диплома специалиста (диплома бакалавра) по специальности (направлению подготовки), которая соответствует требованиям к образованию, установленным порядком.

Также необходимо сдать экзамен с положительным результатом. Результат должна подтвердить выписка из протокола сдачи экзамена.

Экзамен проводят специальные комиссии образовательных организаций, которые реализуют образовательные программы высшего медицинского образования (вузы).

Такая образовательная организация должна иметь свидетельство о государственной аккредитации образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования.

Имеет ли право бюджетное учреждение – заказчик называть гражданско-правовой договор, который заключает по Закону № 44-ФЗ, контрактом?

Бюджетное учреждение может назвать гражданско-право-

вой договор контрактом.

Внимание: не имеет юридического значения то, как будет называться («договором» или «контрактом») заключаемый бюджетным учреждением договор в соответствии с Законом № 44-ФЗ.

Государственным контрактом является договор, заключенный от имени Российской Федерации, субъекта Российской Федерации государственным заказчиком для обеспечения государственных нужд (п. 8 ст. 3 Закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ).

По смыслу пункта 3 части 1 статьи 1 и пункта 7 статьи 3 Закона № 44-ФЗ бюджетное учреждение государственным заказчиком не является.

По мнению Минэкономразвития России, договоры, которые заключают учреждения, следует именовать контрактами (письмо Минэкономразвития России от 17 сентября 2015 г. № Д28и-2799).

Необходимо учитывать, что если на основании части 6 статьи 15 Закона № 44-ФЗ соответствующим органом власти бюджетному учреждению на безвозмездной основе на основании соглашения были переданы полномочия государственного заказчика, то такое бюджетное учреждение в рамках возложенных полномочий вправе заключать государственные контракты.

Нужно ли в приказе о привлечении сотрудника к работе в выходной день указывать время перерыва на обед?

Нет, не указывайте в приказе о привлечении к работе время перерыва на обед.

Внимание: порядок выплат сотрудникам за работу в выходной или праздничный день установлен в статье 153 Трудового кодекса РФ.

Рекомендуем указать конкретное время работы и отдыха. Это поможет избежать ненужных споров.

Если привлекаете сотрудника к работе в выходной или праздничный день на несколько часов, то пропишите их количество в приказе.

Если количество часов, например, больше половины стандартного рабочего времени, то установите перерыв для отдыха и питания (ст. 108 ТК РФ).

Время перерыва в такой ситуации также отразите в приказе, поскольку оно не входит в рабочее время и его не нужно будет оплачивать (ст. 91, ч. 1 ст. 108 ТК РФ).

Если сотрудника привлекают на полный рабочий день, то на практике подразумевают, что он работает по своему стандартному графику с обычным перерывом для отдыха и питания, который установлен Правилами трудового распорядка или трудовым договором.

В таком случае время работы часто не указывают, а просто



пишут дату привлечения к работе.

Однако, чтобы избежать спорных ситуаций с оплатой времени перерыва, рекомендуем отразить в приказе время работы и обеда и в этом случае.

Какие штрафные санкции предусмотрены в случае несвоевременного внесения платы за негативное воздействие на окружающую среду?

Невнесение (неполное внесение) в установленные сроки платы за загрязнение окружающей среды влечет наложение административного штрафа: на должностных лиц – в размере от 3000 до 6000 руб., на организацию – от 50 000 до 100 000 руб. (ст. 8.41 КоАП РФ).

Внимание: к административной ответственности могут привлечь как организацию, так и должностных лиц, по вине которых было совершено административное правонарушение.

Под должностными лицами понимаются руководитель и другие сотрудники, ответственные за перечисление платы, а также предприниматели (прим. к ст. 2.4 КоАП РФ). При этом к административной ответственности могут привлечь как организацию, так и должностных лиц, по вине которых было совершено административное правонарушение (ч. 3 ст. 2.1 КоАП РФ).

Если от имени организации плату за загрязнение окружающей среды перечисляет обособленное подразделение, ответственность за своевременность и полноту платежей несет головное отделение организации.

Что проверяет учредитель при проведении ведомственного контроля за деятельностью бюджетного учреждения субъекта РФ?

Контроль за деятельностью бюджетных и казенных учреждений субъектов РФ осуществляют в порядке, установленном высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации (подп. 2 п. 5.1 ст. 32 Закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ).

Внимание: учреждение может перенять опыт вышестоящего ведомства и самостоятельно оценивать свою систему контроля теми же способами и по тем же критериям, которые на практике применяет ГРБС (РБС). При этом учреждения вправе разрабатывать свои собственные способы.

Орган госвласти субъекта РФ определяет порядок проведения контроля, в том числе формы, предмет и основные цели контроля.

Предметом контроля, как правило, являются: осуществление учреждением предусмотренных его уста-

вом основных видов деятельности, в том числе выполнение государственного задания;

выполнение учреждением плана финансово-хозяйственной деятельности;

деятельность учреждения, связанная с использованием и распоряжением имуществом, закрепленным за ним на праве оперативного управления, а также обеспечение его сохранности;

обеспечение учреждением публичности своей деятельности, а также доступности, в том числе информационной, оказываемых им услуг.

Предусмотрена ли ответственность за несвоевременное представление статистической отчетности?

За несвоевременное представление статотчетности могут привлечь к административной ответственности по статье 13.19 Кодекса РФ об административных правонарушениях.

Если вовремя не сдать статотчетность или представить недостоверные и неполные данные, могут привлечь к административной ответственности. Если проверка выявит нарушение, то придется заплатить штраф.

Организация заплатит сумму от 20 000 до 70 000 руб., а за повторное нарушение – от 100 000 до 150 000 руб.

Руководитель или предприниматель заплатит от 10 000 до 20 000 руб., а за повторное нарушение – от 30 000 до 50 000 руб.

20 000 руб. – максимальный штраф для руководителя за нарушение сроков статотчетности.

Руководитель организации приказом может назначить сотрудника, который будет сдавать статистические отчеты (п. 5 Положения, утвержденного постановлением Правительства РФ от 18 августа 2008 г. № 620).

Дела, которые связаны с нарушением сроков отчетов или неполной отчетностью, рассматривают непосредственно территориальные органы Росстата (ст. 23.53 КоАП РФ, постановление Госкомстата России от 7 февраля 2003 г. № 36).

Имеет ли право бюджетное учреждение здравоохранения передать помещение в безвозмездное пользование религиозной организации?

Особенности заключения договоров, которые предусматривают переход прав владения и пользования в отношении государственного и муниципального имущества, устанавливает статья 17.1 Закона от 26 июля 2006 г. № 135-ФЗ.

Внимание: при передаче недвижимого имущества в безвозмездное пользование согласуйте условие о компенсации медучреждению расходов по оплате коммунальных услуг.

Государственное (муниципальное) имущество, которое принадлежит на праве оперативного управления государственным

(муниципальным) бюджетным и казенным учреждениям, можно предоставить в безвозмездное пользование религиозным организациям.

Для этого можно не проводить конкурсы или аукционы, если религиозные организации осуществляют деятельность, которая направлена на решение социальных проблем, развитие гражданского общества в РФ.

Также не проводите конкурсы, если религиозная организация ведет другие виды деятельности, которые предусмотрены статьей 31.1 Закона от 12 декабря 1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях».

Осуществление указанных видов деятельности должно подтверждаться учредительными документами религиозной организации.

Бюджетное учреждение не вправе без согласия собственника распоряжаться особо ценным движимым, а также недвижимым имуществом, в том числе передавать его в аренду или безвозмездное пользование (ч. 10 ст. 9.2 Закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ).

Таким образом, передачу имущества в аренду (безвозмездное пользование) следует согласовать с собственником имущества.

Порядок согласования передачи недвижимого имущества госучреждений субъектов РФ в аренду (безвозмездное пользование) также устанавливается нормативно-правовыми актами субъектов РФ (местного самоуправления).

Необходимо отметить, что имущество религиозного назначения, находящееся в государственной или муниципальной собственности, передается религиозным организациям в порядке, установленном Законом от 30 ноября 2010 г. № 327-ФЗ.

Внимание: бремя содержания вещи, полученной в безвозмездное пользование, несет религиозная организация (ст. 695 ГК РФ).

Под имуществом религиозного назначения понимается недвижимое имущество, построенное для осуществления и (или) обеспечения таких видов деятельности религиозных организаций, как совершение богослужений, других религиозных обрядов и церемоний, проведение молитвенных и религиозных собраний, обучение религии, профессиональное религиозное образование, монашеская жизнедеятельность, религиозное почитание (паломничество), в том числе здания для временного проживания паломников, а также движимое имущество религиозного назначения (предметы внутреннего убранства культовых зданий и сооружений, предметы, предназначенные для богослужений и иных религиозных целей).

Как организовать оказание медпомощи на дому гражданам, которые живут вне территории обслуживания медорганизации?



Порядок и особенности организации оказания медпомощи на дому гражданам, которые живут вне территории обслуживания медорганизации, субъекты РФ устанавливают самостоятельно.

Застрахованное лицо имеет право на выбор медорганизации, в том числе не по территориально-участковому принципу (ст. 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ).

Субъекты РФ сами устанавливают порядок оказания первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе на дому при вызове медработника, гражданам, которые выбрали медорганизацию не по территориально-участковому принципу.

То есть медорганизация должна организовать оказание медпомощи на дому в соответствии с порядком, который утвердил региональный нормативный акт субъекта РФ.

Внимание: нарушение права пациента на выбор врача и медорганизации будет основанием для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи.

При осуществлении выбора медорганизации, которая оказывает первичную медико-санитарную помощь, гражданин должен быть ознакомлен со сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому (п. 6 Порядка, утв. приказом Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 г. № 406н).

В учреждении сократили санитарок, но увеличили количество должностей уборщиц. В целом количество увеличили на 17 штатных единиц. По какому КВР и статье КОСГУ произвести выплату выходного пособия и среднемесячного заработка на период трудоустройства при увольнении сотрудника?

Расходы на выплату выходного пособия сотруднику учреждения в случае увольнения в связи с сокращением штатной численности санитарок отражайте по элементу вида расходов 111. В бухучете и отчетности расходы проведите по подстатье 211 «Заработная плата» КОСГУ.

Расходы на выплату среднего заработка на период трудоустройства отражайте по виду расходов 321 «Пособия, компенсации и иные социальные выплаты гражданам, кроме публичных нормативных обязательств». В бухучете и отчетности расходы пройдут по подстатье 262 «Пособия по социальной помощи населению» КОСГУ.

Такой порядок установлен разделами III, V Указаний, утв. приказом Минфина России от 1 июля 2013 г. № 65н.

Может ли автономное учреждение открыть в коммерческом банке депозитный счет, а также привлекать заемные денежные средства?

Государственное автономное учреждение может открыть



в коммерческом банке депозитный счет на основании заключения наблюдательного совета, а также привлекать заемные денежные средства.

Автономное учреждение может открыть в коммерческом банке депозитный счет. Об этом прямо указано в части 3 статьи 2 и 14 Федерального закона от 3 ноября 2006 г. № 174-ФЗ и в письмах Минфина России от 22 октября 2015 г. № 02-01-11/60712, от 11 ноября 2016 г. № 02-07-10/66248.

Рассмотрение предложения руководителя автономного учреждения о выборе кредитных организаций, в которых автономное учреждение может открыть счета, отнесено к полномочиям наблюдательного совета автономного учреждения.

Внимание: муниципальное автономное учреждение вправе открывать депозитные счета в кредитных организациях.

Если получение кредита (займа) – крупная сделка для автономного учреждения, ее совершают с предварительного одобрения наблюдательного совета. Сделка признается крупной, если ее цена превышает 10 процентов балансовой стоимости активов, определяемой по данным его бухгалтерской отчетности на последнюю отчетную дату, если уставом автономного учреждения не предусмотрен меньший размер.

Будет ли считаться нецелевым расходованием средств приобретение подгузников для пациентов неврологического отделения, которые находятся в стационаре с диагнозом I69 – последствия цереброваскулярных болезней?

Приобретение подгузников для пациентов неврологического отделения медицинской организации будет считаться нецелевым расходованием.

Внимание: средства ОМС являются целевыми. Расходуйте их только на реализацию программ ОМС.

Абсорбирующее белье (одноразовые пеленки, памперсы, подгузники для взрослых) относится к техническим средствам реабилитации (приказ Минтруда России от 24 мая 2013 г. № 215н).

Обеспечение пациентов техническими средствами реабилитации не входит в базовую программу ОМС (постановление Правительства РФ от 19 декабря 2016 г. № 1403).

Финансирование расходных обязательств по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации осуществляют за счет средств федерального бюджета и Фонда социального страхования РФ (ч. 8 ст. 11.1 Федерального закона № 181-ФЗ). Медицинская организация обязана обеспечить личную гигиену пациентов (режим смены белья) по требованиям СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность». При этом медорганизация вправе использовать подгузники, которые купили родственники пациента или сам пациент.

Нужно ли бюджетному и автономному учреждению представлять бухгалтерскую отчетность в налоговую инспекцию?

Да, нужно.
31 марта – последний срок сдачи отчетности.

Все организации представляют годовую бухгалтерскую отчетность в инспекцию (подп. 5 п. 1 ст. 23 НК РФ). Исключение – организации, которые не обязаны вести бухучет по Закону № 402-ФЗ. Бюджетные и автономные учреждения к таким организациям не относятся.

Отчетность в налоговые органы представьте не позднее трех месяцев после окончания отчетного года в составе форм по приказу Минфина России от 25 марта 2011 г. № 33н:

Баланс государственного учреждения (ф. 0503730);

Отчет об исполнении плана финансово-хозяйственной деятельности (ф. 0503737);

Отчет о финансовых результатах деятельности учреждения (ф. 0503721);

Сведения по дебиторской и кредиторской задолженности (ф. 0503769) – в разрезе видов финансового обеспечения (деятельности);

Сведения об остатках денежных средств учреждения (ф. 0503779) – в разрезе деятельности с целевыми средствами, деятельности по оказанию услуг (работ), по средствам во временном распоряжении.

Экономиста восстановили на работе по решению суда. Присудили ему выплатить заработную плату за вынужденный прогул, компенсацию за несвоевременную выплату зарплаты, компенсацию морального ущерба и госпошлины. Как в данном случае рассчитать компенсацию? По каким КВР проводить расходы?

Если размер компенсации не установлен трудовым или коллективным договором, то рассчитайте сумму, исходя из

1/150 ключевой ставки за каждый день просрочки. Срок задержки зарплаты определяйте как количество дней, на которое просрочена выплата.

Внимание: выплата средней зарплаты сотруднику за период вынужденного прогула – это компенсация зарплаты, которую он не получил из-за незаконного лишения возможности трудиться (ст. 234 ТК РФ).

При расчете компенсации продолжительность задержки выплаты определяйте в календарных днях. Первым днем задержки является день, следующий за установленной датой выплаты зарплаты. Последний день – дата фактической выплаты зарплаты. Расходы отразите по элементу вида расходов 853 «Уплата иных платежей» (ст. 290 «Прочие расходы» КОСГУ).

Среднюю зарплату сотруднику за период вынужденного прогула выплачивайте по виду расходов 111 (подст. 211 «Заработная плата» КОСГУ).

Расходы на компенсацию морального вреда, возмещение госпошлины истцу по решению суда перечисляйте по КВР 831. В бухгалтерском учете и отчетности такие расходы проведите по статье 290 «Прочие расходы» КОСГУ.

© Материал из Справочной системы «Экономика ЛПУ»

Электронная система «Экономика ЛПУ»



- Проводники по темам
- Разъяснения экспертов
- Вопрос-ответ
- Шаблоны и образцы
- Нормативная база

- Видеосеминары
- Консультации экспертов
- Электронные калькуляторы
- Электронные версии журналов
- Календарь-планировщик



Закажите тестовый доступ на www.elpu.ru



ВИСХАН ЭЖАЕВ: «РАЙОННАЯ МЕДИЦИНА – СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ ВСЕЙ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Состояние и перспективы медицинской отрасли в сёлах позволяет говорить о её широком развитии

Если еще несколько лет назад событием огромного значения могло считаться введение в строй новой больницы, то сегодня, когда республиканская система здравоохранения модернизируется, что называется, семимильными шагами, мы, конечно, с удовлетворением говорим не просто о возрождении и развитии, а о том, что Чеченская Республика, как это не раз отмечал и Глава ЧР, Герой России Рамзан Кадыров, превращается в один из медицинских центров страны.

О том, насколько уровень районного здравоохранения соответствует столичным темпам развития, мы побеседовали с Заслуженным врачом Чеченской Республики, Отличником здравоохранения, главным врачом Наурской центральной районной больницы В.Э. Эжаевым.

- Висхан Этиевич, что Вы можете сказать о нынешнем этапе развития районного здравоохранения?

- Думаю, сегодня смело можно говорить, что развитие здравоохранения в сёлах республики, в особенности, в районных центрах, немногим отличается от тех возможностей, которые дают, скажем, медицинские учреждения г. Грозного. В этом можно убедиться на примере Наурской ЦРБ.

Такие результаты – это во многом правильность и дальновидность политического курса нашего Главы, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова, который уделяет большое внимание сфере здравоохранения.

Соответственно, вопросы развития медицинской отрасли на периферии на особом счету и у Министерства здравоохранения, и других курирующих республиканских и федеральных учреждений.

Да, действительно, 3-4 года назад у нас ощущался острый дефицит по отдельным медицинским кадрам, но сейчас данная проблема планомерно решается...

- По кадрам у меня ещё будут вопросы. Хотелось бы услышать, что на данном этапе представляет из себя Наурская ЦРБ?

- В первую очередь, хочу напомнить, что у нас в районе функционирует 19 лечебно-профилактических учреждений, и роль головного в них отводится именно центральной районной больнице. И без ложной скромности нужно заметить, что пока мы хорошо справляемся с обслуживанием района с населением около 58 тысяч человек.

На сегодняшний день ГБУ «Наурская центральная районная больница» – это современное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, которое имеет в своем составе 180 стационарных коек и поликлинику на 200 посещений в смену.

Помимо этого на базе нашей больницы развёрнуто 9 врачебных амбулаторий на 510 посещений в смену (в станциях Ищёрская, Мекенская, Савельевская, Калиновская, Николаевское, сёлах Рубежное, Алпатово, Новотерское, Новое Солкушино); 9 фельдшерско-акушерских пунктов на 340 посещений в смену (в сёлах Чернокозово, Уля-



новское, Левобережное, Юбилейное, Фрунзенское, хуторах Капустино, Мирный, Селиванкин, Обильный); 6 станций скорой медицинской помощи. Приятно констатировать, что таким образом медицинским обслуживанием охвачены жители всего Наурского района.

- Какие виды услуг оказывает больница?

- Мы предоставляем практически все известные виды медицинских услуг, за исключением небольшого перечня. Помимо базовых отделений (хирургического, реанимационного, гинекологического, родильного, инфекционного, педиатрического, терапевтического и неврологического) здесь имеется рентген-кабинет, отделение скорой помощи, отделение патологии беременных, УЗИ-кабинет, физиотерапевтический кабинет, три лаборатории (бактериологическая, клинико-диагностическая и ВИЧ-лаборатория), холодовой центр, кабинет переливания крови, противотуберкулезный кабинет, а также женская и детская консультация.

Приём пациентов также проводится офтальмологом, дерматологом, психиатром, ЛОР-врачом.

- А техническое оснащение соответствует современным вызовам и требованиям?

- Можно и так сказать. Конечно, мы не можем пока конкурировать с ведущими федеральными клиниками, однако хочу сообщить, что материально-техническая база Наурской ЦРБ год от года только улучшается. Так, за последнее время построено новое здание на 95 коек, клиническая лаборатория, типовые помещения для фельдшерско-акушерских пунктов, проведена реконструкция инфекционного отделения с боксированными палатами. Капитально отремонтировано здание бывшего терапевтического отделения под административный корпус. Также ЦРБ для нужд медицины выделен реанимобиль.

Позитивным сдвигом в деле расширения и усовершенствования материально-технической базы служат введенные в строй помещения сразу двух рентген-кабинетов, стационарной флюорографии.

Наряду с этим возросла оснащённость отделений ЦРБ современным медицинским оборудованием и обеспеченность лекарственными средствами.

- Да, как раз хотел уточнить, как Вы оцениваете ход реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Вашем медицинском учреждении?

- Многолетняя практика успешного взаимодействия с Территори-



альным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики – это и есть во многом гарант того, что наша больница на соответствующем уровне – качественно и в срок – имеет возможность выполнять все свои обязательства перед застрахованными лицами. Вместе с тем было бы необъективно утверждать, что у нас совсем нет проблемных вопросов.

- Речь, наверняка, о кадровом дефиците?

- Да, вы правы. Одной из главных проблем в районном здравоохранении была и остаётся проблема нехватки врачей. Дело в том, что в Наурском районе очень высокая загруженность врачей, они обслуживают военкоматы и проводят дополнительную диспансеризацию. На них же возложена обязанность выписывания рецептов пациентам.

Отчасти проблема нехватки врачей в районе связана с тем, что на медицинский факультет, насколько нам известно, поступает малое количество выпускников из местных школ.

Сейчас данная проблема решается на уровне руководства Министерства здравоохранения Чеченской Республики и вузов региона, которыми разработана и реализуется программа, по которой после обучения молодые специалисты будут направляться на работу в свои же медицинские учреждения по месту жительства.

Если, в целом, говорить об оснащённости Наурской центральной районной больницы медицинскими кадрами, то на сегодняшний день здесь трудится 64 врача, 246 среднего медицинского персонала и 153 единицы младшего медицинского персонала.

Предметом большой гордости для нас является то обстоятельство, что большинство работающих в Наурской ЦРБ врачей закончили лучшие медицинские вузы страны. Многие из них имеют высшую категорию. Кстати, большое внимание уделяется и повышению квалификации молодых врачей. С этой целью они регулярно направляются в медицинские учреждения других регионов.

Беседовал Зелимхан ЯХИХАНОВ

ФЛАГМАН СТОМАТОЛОГИИ

Становление и развитие зубопротезирования в регионе на примере грозненского стоматологического комплекса



Ни для кого не секрет, что стоматология – не только старейшее из освоенных человеком ремесел, но и одно из самых востребованных и развитых направлений современной медицины. Нужно отметить, что в нашей республике дантистика тоже имеет свои славные традиции, а сама сфера представлена многочисленными профильными клиниками и опытными специалистами.

Не будет преувеличением сказать, что флагманом «стоматологической мысли» Чеченской Республики уже на протяжении многих лет выступает Стоматологический комплекс г. Грозного.

Из летописи

История создания учреждения корнями уходит в прошлый век. Именно 9 апреля 1991 года произошло знаковое событие в медицинской общественности тогдашней Чечено-Ингушетии: в этот день была введена в строй первая типовая стоматологическая поликлиника под руководством главного врача, кандидата медицинских наук, отличника здравоохранения СССР Руслана Вахаевича Мунаева.

Основанием послужило соответствующее решение Исполнительного Комитета Грозненского городского Совета народных депутатов. С тех пор на протяжении многих лет неоднократно менялось название лечебницы. Сегодня это – Государственное бюджетное учреждение «Стоматологический комплекс города Грозного».

С 1997 года клинику возглавляет опытный врач-стоматолог, врач высшей категории, отличник здравоохранения Чеченской Республики и Российской Федерации, доктор медицинских наук Саид-Селим Зайндинович Хубаев, который сумел вывести поликлинику на современный уровень.

Во времена известных событий, которые произошли в нашей республике, зданию комплекса был причинён значительный ущерб, оборудование было расхищено, многие сотрудники были вынуждены покинуть республику.

В послекризисный период под руководством главного врача Саид-Селима Хубаева в ГБУ «Стоматологический комплекс г. Грозного» была проведена большая работа по восстановлению здания поликлиники, соответствующего современным требованиям медицины, было приобретено современное импортное стоматологическое оборудование.

Саид-Селим Зайндинович справедливо отмечает, что все эти преобразования стали возможны благодаря огромному вниманию, которое уделяет сфере здравоохранения Глава Чеченской Республики, Герой России Рамзан Ахматович Кадыров, а также правильной политике, реализуемой по его поручению Министерством здравоохранения ЧР и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

Общие сведения

Стоматологический комплекс г. Грозного – это современный специализированный центр оказания всех видов стоматологических услуг

населению.

Учреждение имеет в своём составе восемь структурных подразделений. Отделения: терапевтическое, профилактическое, ортопедическое, хирургическое, физиотерапевтическое, централизованное стерилизационное; кабинеты: пародонтологический, рентгенологии.

Расчётная и фактическая мощность поликлиники составляет 248 посещений в смену. Здесь работают три кандидата медицинских наук и один доктор медицинских наук – главный врач Саид-Селим Хубаев.

По своему основному профилю деятельности Стоматологический центр г. Грозного оказывает широкий спектр медицинских услуг. Это осуществление доврачебной медицинской помощи по медицинской статистике, организации сестринского дела; рентгенологии; терапевтической, детской, хирургической, ортопедической и профилактической стоматологии, а также физиотерапии и функциональной диагностики.

Помимо этого, здесь можно получить полноценную амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь, в которую, в частности, входит осуществление первичной медико-санитарной помощи по контролю качества медицинской помощи; общественному здоровью и организации здравоохранения, а также экспертизе временной нетрудоспособности.

Технологии

Терапевтическое и хирургическое отделения оснащены современным медицинским оборудованием, стоматологическими установками ведущих зарубежных фирм, таких как: KaVo (Германия), Sirona (Германия), фотополимеризаторами, скейлерами, эйр-флоу, эндо-наконечниками, апекс-локаторами, физиодиспенсером W&H, медицинской мебелью.

Централизованное стерилизационное отделение оснащено оборудованием для предстерилизационной очистки и стерилизации изделий медицинского назначения фирмы «MELAG» (Германия), которое гарантирует стопроцентную стерильность инструментария и исключает перекрестное инфицирование.

В рентгенологическом кабинете используется проводная система цифрового изображения, производятся дентальные снимки, ортопантомография, телерентгенография, компьютерная томография.

В пародонтологическом кабинете проводится лечение заболеваний пародонта с помощью самых современных лазерных технологий.

В хирургическом отделении проводятся операции по имплантации и аугментации биокости, направленная регенерация костной ткани, синуслифтинг, также операции по резекции верхушек корней зубов.

В зуботехнической лаборатории изготавливаются металлокерамические и безметалловые конструкции, съёмные протезы холодной и горячей полимеризации методом литьевого прессования на аппарате «Palajet» и «Palamat» (Германия), бюгельные и телескопические протезы на фрезерном станке «Bredent» (Германия), съёмные нейлоновые протезы на аппарате «Quattro» (Италия), используется современная высокоэффективная литейная установка Heracast (Германия). Также посредством CAD/CAM технологии от SIRONA изготавливают высококачественные и эстетичные цельнокерамические реставрации.

Удобство и комфорт

Кабинеты, помимо стоматологического оборудования, оснащены персональными компьютерами, объединёнными в локальную сеть.



Медицинская учётно-отчетная документация ведется в электронном виде посредством программных обеспечений «Инфодент», есть возможность записи на приём к специалистам через электронную регистратуру. Организовано резервное электро- и водоснабжение.

Помимо этого обустроена прилегающая территория с применением ландшафтного дизайна, выстлан газон, уложена тротуарная плитка. На прилегающей территории расположена автостоянка для пациентов поликлиники и автостоянка для сотрудников.

Отрадно отметить, что поликлиника полностью приспособлена для посетителей с ограниченными возможностями, предусмотрено парковочное место на автостоянке для автотранспорта, а также пандус.

Территориальная программа ОМС

ГБУ «Стоматологический комплекс г. Грозного» стабильно работает в системе обязательного медицинского страхования и оказывает медицинскую помощь в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике. Также в учреждении предостав-



ляются предусмотренные законодательством платные медицинские услуги.

Тесное и плодотворное сотрудничество с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики обеспечивает эффективное и своевременное выполнение указанной программы по предоставлению населению республики доступных и качественных стоматологических услуг.

Общественная и иная профессиональная деятельность

На постоянной основе высококвалифицированные и ответственные сотрудники комплекса проходят курсы повышения квалификации, занимаются на научно-практических семинарах, обучающих курсах,

проводят исследовательскую работу. В стоматологическом комплексе проводятся научно-практические конференции, обучающие курсы, мастер-классы, семинары с участием ведущих специалистов России.

Осуществляется тесное взаимодействие со Стоматологической ассоциацией РФ, Европейским обществом имплантологов. Также Стоматологический комплекс выступает инновационным центром Стоматологической Ассоциации России.

Наряду с этим, учреждение является базой для прохождения производственной практики студентами стоматологических факультетов высших и средних учебных заведений. А для осуществления клинико-экспертной работы при Стоматологическом комплексе создана и функционирует врачебная комиссия.

Для справки:

Саид-Селим Зайндинович Хубаев. Главный врач ГБУ «Стоматологический комплекс г. Грозного». Родился 3 мая 1959 года в с. Советское Советского района ЧИАССР. В 1976 году окончил Советскую среднюю школу на золотую медаль. В 1982 году окончил Ставропольский государственный медицинский институт. В 1982-1983 годы проходил интернатуру по ортопедической стоматологии на базе Городской стоматологической поликлиники г. Грозного. Трудовую деятельность начал врачом-стоматологом в Советской центральной районной больнице, где позднее был назначен районным стоматологом.

В 1992 году переведен на работу в Стоматологический комплекс г. Грозного врачом-стоматологом, в том же году назначен заведующим ортопедическим отделением. В 1996 году переведён на должность заместителя главного врача. В том же году аттестационной комиссией присвоена высшая квалификационная категория.

С 1996 года является главным внештатным стоматологом Министерства здравоохранения Чеченской Республики, с 2002 года – главным внештатным стоматологом г. Грозного.

В 1997 году назначен главным врачом Стоматологического комплекса г. Грозного.

За время работы награжден Почётными грамотами: Министерства здравоохранения РФ, Президента ЧР и Парламента ЧР.

С 2002 года является «Отличником здравоохранения РФ» и с 2010 года – «Отличником здравоохранения ЧР». Награжден почетным званием «Заслуженный стоматолог» Стоматологической Ассоциации России. Доктор медицинских наук. Является автором более 45 печатных работ по вопросам неврологии и стоматологии.

Неоднократно выступал с докладами на межрегиональных и региональных научно-практических конференциях.

ОБЗОР



ОБЗОР НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

**УТВЕРДИЛИ СЛУЧАИ, КОГДА НЕЛЬЗЯ ВЗЯТЬ
РОДСТВЕННИКОВ СЕБЕ В ПОДЧИНЕНИЕ**

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 15.02.2017 № 187 «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 05.07.2013 № 568»
Чтобы прочитать текст документа, оформите гостевой доступ к журналу на 3 дня.

Теперь руководители, главбухи, заместители по экономическим вопросам и сотрудники, чьи должности связаны с финансово-хозяйственными полномочиями, не смогут взять на работу к себе в подчинение родственников (родителей, супругов, детей, братьев, сестер и т. д.). Запрет действует в отношении федеральных государственных учреждений, которые созданы для выполнения задач, поставленных перед федеральными государственными органами.

**МИНФИН РОССИИ ОПРЕДЕЛИЛИ УПОЛНОМОЧЕННЫМ
ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОРГАНОМ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ
ВЛАСТИ В СФЕРЕ ГОСЗАКУПОК**

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 14.04.2017 № 446 «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В НЕКОТОРЫЕ АКТЫ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
Данное постановление вносит изменения в Положение о Минфине России, утвержденное постановлением Правительства РФ от 30.06.2004 № 329.
Теперь Минфин России является федеральным органом исполнительной власти, который осуществляет функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере осуществления закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд.
Кроме того, на Минфин России возложены полномочия по ведению реестра инвестиционных проектов в соответствии с Федеральным законом от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках

товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц». Соответствующие изменения внесены в ряд нормативных правовых актов Правительства.
Принятое решение направлено на обеспечение системного подхода при выработке государственной политики и нормативно-правового регулирования в сфере закупок товаров, работ и услуг для государственных и муниципальных нужд.

**ПРИНЯЛИ ПОРЯДОК АТТЕСТАЦИИ
РОСЗДРАВНАДЗОРОМ ЭКСПЕРТОВ ДЛЯ КОНТРОЛЯ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 21.12.2016 № 981Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ АДМИНИСТРАТИВНОГО РЕГЛАМЕНТА ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ ПО АТТЕСТАЦИИ ЭКСПЕРТОВ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ К ПРОВЕДЕНИЮ МЕРОПРИЯТИЙ ПО КОНТРОЛЮ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
Минздрав России регламентировал порядок аттестации Росздравнадзором экспертов, которых привлекают к проведению мероприятий по контролю в сфере здравоохранения.
Чтобы оказывать данную государственную услугу, заявитель представляет в Росздравнадзор (или его территориальный орган):
заявление об аттестации по форме, предусмотренной приложением № 6 к приказу Росздравнадзора от 16.03.2015 № 1620;
копии документа о высшем образовании по специальности и удостоверения о повышении квалификации по заявленной области экспертизы;
копию трудовой книжки или иного документа, подтверждающего стаж работы за весь период трудовой деятельности.
Заявление об аттестации и прилагаемые к нему копии документов заявитель представляет непосредственно

или направляет заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении либо в виде электронного документа, подписанного простой электронной подписью, через Интернет, в т. ч. посредством Единого портала госуслуг. Документы, представленные заявителем, Росздравнадзор рассматривает в течение 15 рабочих дней со дня их получения. Квалификационный экзамен проводится в срок, не превышающий 3 месяцев со дня получения документов, но не ранее чем через 15 рабочих дней после дня направления уведомления о допуске заявителя к проведению квалификационного экзамена.

КАК ГРУППИРОВАТЬ СЛУЧАИ ПО ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПИСЬМО ФФОМС ОТ 27.12.2016 № 12708/26-2/И «О ДОПОЛНЕНИИ К МЕТОДИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО СПОСОБАМ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННЫМ ПИСЬМОМ МИНЗДРАВА РОССИИ № 11-8/10/2-8266, ФФОМС № 12518/26/И ОТ 22.12.2016» ФФОМС направил Инструкцию по группировке случаев, в т. ч. правил учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медпомощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования. Инструкция содержит описание алгоритмов формирования различных клинико-статистических групп (КСГ), в т. ч. с учетом дополнительных критериев группировки, которые должны применяться при разработке программного обеспечения, осуществляющего формирование КСГ. Также в Инструкции отражены подходы к установлению поправочных коэффициентов, формированию подушевого норматива оплаты медпомощи прикрепившемуся населению.

УТВЕРДИЛИ ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СУБСИДИЙ

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 08.02.2017 № 146 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И РАСПРЕДЕЛЕНИЯ СУБСИДИЙ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА БЮДЖЕТАМ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И Г. БАЙКОНУРА НА РЕАЛИЗАЦИЮ ОТДЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ “РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ”» Чтобы прочитать текст документа, оформите гостевой доступ к

журналу на 3 дня. Субсидию предоставляют в целях софинансирования расходных обязательств, которые связаны с финансовым обеспечением: медицинской деятельности, связанной с донорством органов человека в целях пересадки; расходов на обеспечение лиц лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных высокозатратными нозологиями; мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С, в т. ч. с привлечением к реализации указанных мероприятий социально ориентированных некоммерческих организаций.

РАСЧЕТ ПОТРЕБНОСТИ В НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 27.03.2017 № 131 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОТРЕБНОСТИ В НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВАХ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ» Согласно рекомендациям Минздрава России при определении региональной потребности следует учитывать, в т. ч. следующие факторы: показатели смертности пациентов от злокачественных новообразований, терминальной стадии ВИЧ-инфекции (СПИД), иных неизлечимых прогрессирующих заболеваний; количество пациентов с болевым синдромом, в т. ч. хроническим, нуждающихся в обезболивании (со злокачественными новообразованиями, терминальной стадии ВИЧ-инфекции (СПИД), иными неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями); номенклатуру коечного фонда по профилям медицинской помощи и количество вызовов скорой медицинской помощи в конкретном субъекте РФ. Приведены порядок формирования региональной потребности и формулы расчета медорганизациями потребности в наркотических лекарственных препаратах. В приложениях содержится примерная номенклатура наркотических лекарственных препаратов.

МИНЗДРАВ ИЗМЕНИЛ ПРАВИЛА ОМС

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 11.01.2017 № 2Н «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28.02.2011 № 158Н» Страховой представитель не реже одного раза в квартал направляет информацию застрахованным лицам, которые подлежат диспансеризации или профилактическому медосмотру в текущем году. Информировать также лиц, которые не прошли данные мероприятия, или законных представителей этих застрахованных лиц о том, что следует пройти диспансеризацию или профилактический медицинский осмотр.

ИЗМЕНИЛИ КОНТРОЛЬ ОБЪЕМОВ И КАЧЕСТВА МЕДПОМОЩИ ПО ОМС

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПРИКАЗ ФФОМС ОТ 22.02.2017 № 45 «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДПОМОЩИ ПО ОМС, УТВ. ПРИКАЗОМ ФФОМС ОТ 01.12.2010 № 230» Уточнили основания для целевой медико-экономической экспертизы и целевой экспертизы качества медпомощи. Целевую экспертизу проведут при повторных обращениях по поводу одного и того же заболевания в течение: 15 дней – при оказании амбулаторно-поликлинической помощи; 30 дней – при повторной госпитализации; 24 часов от момента предшествующего вызова – при повторном вызове скорой медпомощи. Теперь не являются основанием для проведения целевой экспертизы случаи заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения более чем на 50 процентов от установленного стандартом медпомощи или среднесложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медпомощи. Страховые медорганизации не будут согласовывать с ТФОМС объем ежемесячных медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медпомощи. При этом минимальный объем ежемесячных экспертиз качества медпомощи при амбулаторной помощи снизили до 0,5% от числа поданных на оплату страховых случаев. Также скорректировано количество случаев для реэкспертизы. Установили, что экспертизу качества медпомощи могут проводить с использованием автоматизированной системы. Если медорганизация использует электронную медкарту, то специалистам-экспертам и экспертам качества медпомощи предоставляют медицинскую документацию в электронном виде.

Установили, что медорганизация уведомляет ТФОМС в случае, если страховая медорганизация не предоставит акт в установленный срок. Медорганизация подписывает акт, если согласна с актом и мерами, которые применит к ней страховая компания. Подписанный экземпляр акта направляют в страховую компанию вместе с планом мероприятий по устранению нарушений в оказании медпомощи, которые выявили по результатам экспертизы качества медпомощи. При несогласии медорганизации с актом подписанный акт возвращают в страховую компанию с протоколом разногласий. При этом страховая медорганизация рассматривает протокол разногласий в течение 10 рабочих дней с момента его получения и направляет в медорганизацию результаты рассмотрения протокола. Неоплату или уменьшение оплаты медицинской помощи и уплату медорганизацией штрафов могут применять с учетом результатов рассмотрения протокола разногласий, если он есть. Изменили Перечень оснований для отказа или уменьшения оплаты медпомощи: исключили пункт 3.11 «Неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания)»; к основаниям отнесли нарушение времени доезда бригад скорой медпомощи при оказании скорой помощи в экстренной форме; к основаниям отнесли нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, дефекты лечения, преждевременная выписка), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 15 дней со дня завершения амбулаторного лечения; повторная госпитализация в течение 30 дней со дня завершения лечения в стационаре; повторный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов от момента предшествующего вызова; к основаниям отнесли отсутствие в первичной медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи; к основаниям отнесли включение в счет на оплату медицинской помощи / медицинских услуг при отсутствии в медицинском документе сведений, подтверждающих факт

оказания медицинской помощи пациенту.

С 1 июля 2017 года в России вводят электронные листки нетрудоспособности

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 01.05.2017 № 86-ФЗ «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В СТ. 13 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 29.12.2006 № 255-ФЗ «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ СОЦИАЛЬНОМ СТРАХОВАНИИ НА СЛУЧАЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И В СВЯЗИ С МАТЕРИНСТВОМ» И СТ. 59 И 78 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 21.11.2011 № 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
Федеральный закон от 01.05.2017 № 86-ФЗ изменил ч. 5 ст. 13 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством». По новым правилам листок нетрудоспособности медорганизация оформляет и размещает в информационной системе Фонда социального страхования России в электронной форме.
Для этого необходимо соблюдать условия:
должно быть письменное согласие пациента (застрахованного лица);
медицинская организация и работодатель пациента (страхователь) должны быть участниками системы информационного взаимодействия по обмену сведениями в целях формирования листка нетрудоспособности в форме электронного документа;
листок нетрудоспособности в форме электронного документа подписывают с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медработник и медорганизация.

Порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа устанавливает совместный акт Минздрава России, Минтруда России и Фонда социального страхования России.
Порядок информационного взаимодействия страховщика, страхователей, медицинских организаций и федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы по обмену сведениями в целях формирования листка нетрудоспособности в форме электронного документа утверждает Правительство Российской Федерации.

Увеличены санкции для страховых компаний за необоснованное снятие с медорганизаций средств в системе ОМС

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ

ОТ 16.02.2017 № 62Н «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ФОРМУ ТИПОВОГО ДОГОВОРА О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ОМС, УТВ. ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ОТ 09.09.2011 № 1030Н»
Приказ Минздрава России от 16.02.2017 № 62н изменил форму типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.
Установили, что если договор расторгают по инициативе Территориального фонда ОМС или по инициативе страховой медорганизации, то Территориальный фонд ОМС исключает страховую медорганизацию из реестра. Чтобы исключить страховую компанию из реестра, территориальный фонд ОМС направляет страховой медорганизации уведомление не позднее следующего рабочего дня после дня расторжения договора.
Кроме того, изменили санкции для страховых компаний за нарушение договорных обязательств.
Так, необоснованное снятие с медицинских организаций денежных средств по результатам проведения контроля повлечет для страховой медицинской организации штраф в размере 100% от суммы средств необоснованного применения к медицинским организациям штрафных санкций по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.
Вместе с тем страховую компанию накажут за неприменение к медицинским организациям штрафных санкций по результатам проведения контроля. Для страховой компании это повлечет штраф в размере 100% от суммы средств санкций, которые должны были применить к медорганизациям по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, но не применили.

Неполное рабочее время и оплата сверхурочной работы

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 18.06.2017 № 125-ФЗ «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ТРУДОВОЙ КОДЕКС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
В ТК РФ внес изменения федеральный закон от 18.06.2017 № 125-ФЗ. Он уточнил порядок установления: неполного рабочего времени и ненормированного рабочего дня;
перерыва для отдыха и питания;
оплаты сверхурочной работы и работы в выходные и нерабочие праздничные дни.
Так, Закон № 125-ФЗ:
1. Предоставляет возможность устанавливать неполное рабочее время без ограничения срока и на любой срок,

согласованный с работником.

2. Сохраняет обязанность работодателя устанавливать неполное рабочее время по просьбе:
беременной женщины;
одного из родителей (опекуна, попечителя), имеющего ребенка в возрасте до 14 лет (ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет); лица, осуществляющего уход за больным членом семьи в соответствии с медзаключением.
При этом Закон № 125-ФЗ определил, что:
неполное рабочее время должно устанавливаться на удобный для указанных работников срок, но не более чем на период наличия обстоятельств, послуживших основанием для его установления;
режим рабочего времени и времени отдыха (в том числе продолжительность ежедневной работы (смены), время начала и окончания работы, время перерывов в работе) должен устанавливаться в соответствии с пожеланиями работника, но при одновременном учете условий производства (работы) у работодателя.

3. Допускает возможность установления ненормированного рабочего дня работнику, который работает на условиях неполного рабочего времени, но только в том случае, если соглашением сторон трудового договора предусмотрена неполная рабочая неделя, но с полным рабочим днем (сменой).

4. Предусматривает, что в правилах внутреннего трудового распорядка или трудовом договоре может содержаться условие о непредоставлении работнику перерыва для отдыха и питания, которое, однако, считается допустимым только в том случае, если продолжительность ежедневной работы (смены) работника не превышает 4 часов.
5. Закрепляет, что продолжительность сверхурочной работы, которая оплачивается в повышенном размере, не учитывает работу сверх нормы рабочего времени в выходные и нерабочие праздничные дни и оплаченную в повышенном размере или компенсированную другим днем отдыха.
6. Устанавливает, что оплата в повышенном размере должна производиться всем работникам, но только за часы, фактически отработанные в выходной или нерабочий праздничный день.
При этом если на выходной или нерабочий праздничный день приходится часть рабочего дня (смены), в повышенном размере подлежат оплате только часы, фактически отработанные в выходной или нерабочий праздничный день (от 0 часов до 24 часов).

Больше необязательно выдавать бумажные расчетные листки

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПИСЬМО МИНТРУДА РОССИИ ОТ 21.02.2017 № 14-1/ООГ-1560 «О РАСЧЕТНЫХ ЛИСТКАХ»
Минтруд разрешил направлять работникам расчетный листок по электронной почте. Ведь обязанность работодателя — уведомить сотрудника о составных частях зарплаты — будет исполнена. Право работодателя отправить листок по электронке пропишите в трудовых договорах, коллективном договоре или внутренних документах компании. В таком случае организация не нарушит ст. 136 ТК РФ.
Трудовой кодекс не предусматривает порядок извещения работника о составных частях заработной платы, поэтому работодатель и работник могут согласовать удобный для них вариант. Именно его и отражайте в договорах или локальных актах компании. Также пропишите, когда рассылаете расчетный листок — в день перечисления денег на карточки или выдачи из кассы.
Дублировать расчетный листок на бумаге в таком случае не нужно. Если работник пожелает получить расчетный листок, заверенный компанией, то он может обратиться в бухгалтерию.
Если отправляете расчетные листки по электронной почте, обеспечьте конфиденциальность данных. Ведь корпоративную почту могут просматривать коллеги. Поэтому файл с расчетным листком защитите паролем, который будет знать только сотрудник.

Минтруд России утвердил профстандарты для терапевтов и педиатров

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПРИКАЗЫ МИНТРУДА РОССИИ ОТ 21.03.2017 № 293Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА “ВРАЧ-ЛЕЧЕБНИК (ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ)”»; ОТ 27.03.2017 № 306Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА “ВРАЧ-ПЕДИАТР УЧАСТКОВЫЙ”»

Минтруд утвердил профстандарты «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)», «Врач-педиатр участковый». Терапевт должен иметь сертификат специалиста по специальности «Терапия» или свидетельство об аккредитации по специальности «Лечебное дело». Обязанности — оказывать помощь пациенту в неотложной или экстренной формах, проводить обследование и устанавливать диагноз, назначать лечение, контролировать его эффективность и безопасность, проводить реабилитацию, оценивать трудоспособность пациента.

По новому профстандарту для педиатров участковые врачи должны оказывать помощь детям в амбулаторных условиях, которые не предусматривают круглосуточного наблюдения и лечения, обслуживать вызовы на дом. Участковый педиатр должен уметь составлять генеалогическое дерево в пределах трех поколений родственников, начиная с больного ребенка. Этот профстандарт заменил прежний — «Специалист по педиатрии».

МРОТ В РОССИИ С 1 ИЮЛЯ 2017 ГОДА

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 19.12.2016 № 460-ФЗ «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЯ В СТАТЬЮ 1 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА „О МИНИМАЛЬНОМ РАЗМЕРЕ ОПЛАТЫ ТРУДА“»
С 1 июля 2017 года минимальный размер оплаты повышается с 7500 до 7800 рублей в месяц.
Минимальный размер оплаты труда определен Федеральным законом от 19.06.2000 № 82-ФЗ «О минимальном размере оплаты труда». Для регулирования оплаты труда, расчета пособий по временной нетрудоспособности, пособий по беременности и родам, уплаты взносов, расчета налогов, сборов и штрафов применяется размер оплаты труда, установленный ст. 1 Закона № 82-ФЗ (в ред. Федерального закона от 19.12.2016 № 460-ФЗ).

СТАЖ ДЛЯ ГЛАВВРАЧА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 5 ЛЕТ

РЕКВИЗИТЫ ДОКУМЕНТА: ПИСЬМО МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 07.04.2017 № 17-2/2125 <О ЛИЦЕНЗИОННЫХ ТРЕБОВАНИЯХ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫХ К РУКОВОДИТЕЛЯМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ>
Минздрав разъяснил лицензионные требования к руководителям медорганизаций. Главные врачи, их заместители, директора больниц сестринского ухода и хосписов должны иметь:
высшее медицинское образование, послевузовское или дополнительное профессиональное образование, соответствующее требованиям приказа Минздрава России от 08.10.2015 № 707н;
дополнительное профобразование и сертификат специалиста по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье»;
сертификат специалиста;
стаж работы по специальности не менее 5 лет при условии, что у него есть высшее медицинское образование.

Если у немедицинской организации есть структурное подразделение, которое занимается медицинской деятельностью, то к образованию и стажу руководителя этого подразделения Минздрав России предъявляет те же требования, что и к руководителям медорганизаций.



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ

В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Редакционный совет:

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

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

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

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

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

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

Номер подписан в печать 15.06.2017 г. Дата выхода - 30.06.2017 г.
Тираж 5000 экз.
Распространяется бесплатно.

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

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

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

Регистрационный номер: ПИ № ТУ 20-00095.

Члены редакционного совета:

И.Ю. Селезнёв, советник Председателя Федерального фонда ОМС

П.В. Исакова, заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики

З.Х. Дадаева, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

Э.А. Алиев, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

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

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

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

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

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





ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ