



ПРИКАЗ

27.05.2015

БОЕРЫК

№ 1000

г. Казань

О реализации Порядка предоставления отдельным категориям граждан в Республике Татарстан услуг по зубопротезированию и слухопротезированию на 2015 год

Во исполнение постановления Кабинета Министров Республики Татарстан от 02.04.2015 №214 «О предоставлении отдельным категориям граждан в Республике Татарстан услуг по зубопротезированию и слухопротезированию» **п р и к а з ы в а ю :**

1. Утвердить:

форму актов приема-передачи сведений регионального регистра отдельных категорий граждан, имеющих право на бесплатное зубопротезирование и слухопротезирование (приложения № 1, № 2);

форму акта приема-передачи сведений о лицах, получивших услуги по бесплатному зубопротезированию и слухопротезированию (приложение № 3);

форму листа информированного согласия на проведение зубопротезирования (слухопротезирования) (приложение № 4);

2. Руководителям медицинских организаций, предоставляющих услуги по зубопротезированию и слухопротезированию отдельным категориям граждан в 2015 году, обеспечить:

2.1. Оказание услуг по зубопротезированию и слухопротезированию на условиях, определенных Программой государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2015 год, Порядком предоставления отдельным категориям граждан в Республике Татарстан услуг по зубопротезированию и слухопротезированию (далее – Порядок предоставления услуг), Тарифным соглашением об установлении тарифов и порядка оплаты медицинской помощи, оказанной за счет межбюджетных трансфертов, предоставляемых из бюджета Республики Татарстан на реализацию преимущественно одноканального финансирования медицинских организаций через систему обязательного медицинского страхования на 2015 год и в пределах

установленного медицинской организации задания, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 8.04.2015 №615 (с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 20.04.2015 №706).

2.2. Заключение договоров с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Татарстан (далее - ТФОМС РТ) на оплату предоставленных услуг по зубопротезированию и слухопротезированию отдельным категориям граждан, имеющим право на адресную социальную помощь.

2.3. Целевое и рациональное использование средств, поступивших в медицинскую организацию на предоставление услуг по зубопротезированию и слухопротезированию.

2.3.1. Изготовление съемных зубных протезов (часичных и полных) в одной медицинской организации (бесплатно) проводится с кратностью 1 один раз в три года с гарантийным сроком – 12 месяцев.

2.3.2. При необходимости замены съемного протеза по медицинским показаниям ранее установленных сроков, решение о замене принимается врачебной комиссией медицинской организации по направлению лечащего врача-стоматолога-ортопеда.

2.3.3. Бесплатная замена слухового аппарата проводится не чаще одного раза в четыре года.

2.3.4. При необходимости замены слухового аппарата по медицинским показаниям ранее установленных сроков, решение о замене принимается врачебной комиссией медицинской организации, осуществляющей бесплатное слухопротезирование.

2.4. Информирование граждан, имеющих право в соответствии с законодательством Республики Татарстан на бесплатное зубопротезирование и слухопротезирование, о порядке предоставления бесплатного зубопротезирования и слухопротезирования.

2.5. Организацию оказания медицинских услуг по зубопротезированию и слухопротезированию отдельным категориям граждан при обращении гражданина по месту проживания.

2.6. Контроль включения граждан в период оказания услуг по зубопротезированию и слухопротезированию в региональный регистр отдельных категорий граждан, имеющих право на бесплатное зубопротезирование и слухопротезирование (далее - региональный регистр).

2.7. Хранение и ежемесячное обновление в медицинской организации регионального регистра в течение 2 дней после передачи его из ГАУЗ «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр» (далее - РМИАЦ).

2.8. Оформление листа информированного согласия на проведение зубопротезирования (слухопротезирования).

2.9. Ведение листа ожидания на предоставление услуг по зубопротезированию и слухопротезированию.

2.10. Оформление Акта о выполненных услугах отдельным категориям граждан в Республике Татарстан по зубопротезированию и слухопротезированию.

2.11. Учет услуг, оказанных гражданам, имеющим право на бесплатное зубопротезирование и слухопротезирование, и расчет стоимости оказанных услуг с использованием программы АС «Поликлиника».

2.12. Представление не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным, счет и реестр счетов по законченным случаям зубопротезирования и слухопротезирования, оказанным в отчетном месяце, в соответствии с Порядком информационного взаимодействия при осуществлении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной по Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2015 год.

2.13. Ежемесячный мониторинг выполнения установленного задания по зубопротезированию и слухопротезированию.

2.14. Внесение предложений по изменению государственного задания по итогам работы за полугодие, 9, 10 и 11 месяцев в Министерство здравоохранения Республики Татарстан по форме согласно приложению № 5 к настоящему приказу с указанием обоснования необходимости внесения изменений.

2.15. Представление не позднее 15-го числа месяца, следующего за отчетным периодом, сведений по зубопротезированию и слухопротезированию согласно приложению № 6 к настоящему приказу в отдел экономического анализа по средствам ОМС Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

3. Главному врачу ГАУЗ «Республиканская стоматологическая поликлиника Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (Н.И.Шаймиева) обеспечить:

3.1. По поручению Министерства здравоохранения Республики Татарстан выборочный контроль качества изготовленных зубных протезов.

4. Директору РМИАЦ (В.Г. Шерпутовский) обеспечить:

4.1. Ежемесячный прием регионального регистра из Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан и ежемесячную передачу новой версии регионального регистра в течение пяти календарных дней в ГУ «Территориальный Фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан» в электронном виде с обязательным обеспечением защиты данных и соблюдением конфиденциальности согласно Федеральному закону от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» с подписанием электронной подписью

заведующего отделом мониторинга дополнительного лекарственного обеспечения Л.А. Алексеевой.

4.2. Передачу заключения об исключении лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи и включенных в региональный сегмент федерального регистра, из регионального регистра отдельных категорий граждан, имеющих право на бесплатное зубопротезирование и слухопротезирование, в Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан в электронном виде с обязательным обеспечением защиты данных и соблюдением конфиденциальности согласно Федеральному закону от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» с подписанием электронной подписью заведующего отделом мониторинга дополнительного лекарственного обеспечения Л.А. Алексеевой.

4.3. Передачу новой версии регионального регистра в виде базы данных льготных категорий граждан медицинским организациям республики, участвующим в предоставлении услуг по зубопротезированию и слухопротезированию.

5. Начальнику Управления бухгалтерского учета и отчетности при Министерстве здравоохранения Республики Татарстан (Л.А. Фетисова) обеспечить контроль за целевым и рациональным использованием средств, поступивших в медицинские организации на оказание услуг по зубопротезированию и слухопротезированию.

6. Пресс-секретарю Министерства здравоохранения Республики Татарстан (А.А. Салимзянова) организовать через средства массовой информации информирование граждан о медицинских организациях, которые имеют право на предоставление услуг по бесплатному зубопротезированию и слухопротезированию.

7. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 20.01.2014 № 51.

8. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Республики Татарстан Е.И. Шишмареву.

Министр



А.Ю.Вафин

Г.Ю. Мамашова
(843) 2317933

Форма

АКТ

приема-передачи сведений регионального регистра отдельных категорий граждан, имеющих право на бесплатное зубопротезирование и слухопротезирование, по состоянию на « » 20 г.

Министерство здравоохранения Республики Татарстан передало Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Республики Татарстан региональный регистр отдельных категорий граждан, имеющих право на бесплатное зубопротезирование и слухопротезирование.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан принял данные регионального регистра отдельных категорий граждан, имеющих право на бесплатное зубопротезирование и слухопротезирование.

Имя архивного файла	Размер файла	Дата создания	Контрольная сумма	Количество записей

От Министерства здравоохранения Республики Татарстан:

От Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Татарстан:

« » 201 г.

М.П.

« » 201 г.

М.П.

Приложение № 2
к приказу Минздрава РТ
от 27.05.2015 № 1000

Форма

АКТ

приема-передачи сведений регионального регистра отдельных категорий граждан, имеющих право на бесплатное зубопротезирование и слухопротезирование, по состоянию на «__» _____ 20__ г.

Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан передало Министерству здравоохранения Республики Татарстан региональный регистр отдельных категорий граждан, имеющих право на бесплатное зубопротезирование и слухопротезирование.

Министерство здравоохранения Республики Татарстан приняло данные регионального регистра отдельных категорий граждан, имеющих право на бесплатное зубопротезирование и слухопротезирование.

Имя архивного файла	Размер файла	Дата создания	Контрольная сумма	Количество записей

От Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан:

От Министерства здравоохранения Республики Татарстан:

«__» _____ 20__ г.

«__» _____ 20__ г.

М.П.

М.П.

Форма

АКТ

приема-передачи сведений о лицах, получивших услуги по бесплатному
зубопротезированию и слухопротезированию,
по состоянию на « » 20 г.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан передал Министерству труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан сведения о лицах, получивших услуги по бесплатному зубопротезированию и слухопротезированию в соответствии с законодательством Республики Татарстан.

Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан приняло сведения о лицах, получивших услуги по бесплатному зубопротезированию и слухопротезированию в соответствии с законодательством Республики Татарстан.

Имя архивного файла	Размер файла	Дата создания	Контрольная сумма	Количество записей

От Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан:

От Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Татарстан:

« » 201 г.

М.П.

« » 201 г.

М.П.

форма

_____ (полное наименование медицинской организации)

ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ЗУБОПРОТЕЗИРОВАНИЯ (СЛУХОПРОТЕЗИРОВАНИЯ)

Я, _____

(Ф.И.О.)

находясь на лечении в ортопедическом отделении _____

_____ (наименование медицинской организации)

ознакомлен(а) моим лечащим врачом _____ с планом и проведением зубопротезирования (слухопротезирования). Лечащим врачом мне лично разъяснены цель, характер, ход и объем планируемого зубопротезирования (слухопротезирования), а также способы его проведения.

Мне лично разъяснено, что я имею право на бесплатное зубопротезирование (слухопротезирование) только при условии включения меня в региональный регистр граждан, имеющих право на льготное зубопротезирование (слухопротезирование) до даты исключения из регионального регистра. С даты изменения статуса гражданина (переход в категорию федеральных льготников), оплата оказанных мне медицинских услуг по зубопротезированию (слухопротезированию) будет производиться мною лично за счет собственных средств.

Со мною обсуждены последствия перехода из категории региональных льготников в категорию федеральных во время получения медицинских услуг по льготному зубопротезированию (слухопротезированию).

Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы по вопросам и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне лечение.

Пациент _____
(подпись)

_____ (Ф.И.О.)

« _____ » _____

Форма

Информация по перераспределению государственного заказа по зубопротезированию (слухопротезированию)
по _____ району (городу) на «__» _____ 2015 г.

Наименование медицинской организации	Стоимость зубопротезиро- вания (слухопротезирована- ния) на 2015 год (уточнен- ная на дату перераспреде- ления)	Перераспределение государственного заказа		Стоимость зубопроте- зирования (слухопроте- зирования) с учетом перераспределения госзаказа
		уменьшение	увеличение	

Главный врач _____

Исполнитель _____

Сведения по зубопротезированию и слухопротезированию
по району (городу) _____ по состоянию на _____ 2015 г.*

(руб.)

Наименование медицинской организации	Стоимость предоставляемых услуг по зубопротезированию и слухопротезированию по на 2015 год	Количество протезированных больных (чел.)	Сумма представленных реестров-счетов	Снято по результатам экспертизы на отчетную дату			Принято к оплате счетов-реестров	Профинансировано	Кассовые расходы	Очередность (чел.)
				превышение установленного задания	методом экономический	технической				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Итого по району (городу)										

(руб.)

Наименование медицинской организации	Остаток средств на расчетном счете на 01.01.2015 г.		по Программе 2014 года за услуги, оказанные в декабре 2014 года и оплаченные в 2015 г.			
	Сумма	Кассовые расходы	Количество протезированных больных	Представлено реестров-счетов	Профинансировано	Кассовые расходы
1	2	3	4	5	6	7
Итого по району (городу)						

* Сведения предоставляются ежемесячно нарастающим итогом. При предоставлении информации за полугодие (год) необходимо приложить Акт сверки расчетов между ЦФОМС РФ и ЛПУ

Главный врач _____ Главный бухгалтер _____

Исполнитель _____ (Ф.И.О., № тел.)