



ПРИКАЗ

15.04.2019

БОЕРЫК

№ 773

г. Казань

О реализации Порядка предоставления отдельным категориям граждан в Республике Татарстан услуг по зубопротезированию и слухопротезированию на 2019 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» приказываю:

1. Руководителям медицинских организаций, предоставляющих услуги по зубопротезированию и слухопротезированию отдельным категориям граждан в 2019 году, обеспечить:

1.1. Оказание услуг по зубопротезированию и слухопротезированию на условиях, определенных Программой государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 29.12.2018 №1256, Порядком предоставления отдельным категориям граждан в Республике Татарстан услуг по зубопротезированию и слухопротезированию (далее – Порядок предоставления услуг), утвержденным постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 02.04.2015 №214, Тарифным соглашением об установлении тарифов и порядка оплаты медицинской помощи, оказанной за счет межбюджетных трансфертов, предоставляемых из бюджета Республики Татарстан бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Татарстан (далее – ТФОМС РТ) на реализацию преимущественно одноканального финансирования медицинских организаций через систему обязательного медицинского страхования на 2019 год и в пределах установленного медицинской организации задания, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 29.12.2018 №2927.

1.2. Заключение договоров с ТФОМС РТ на оплату предоставленных услуг по зубопротезированию и слухопротезированию отдельным категориям граждан,

имеющим право на адресную социальную помощь.

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

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

1.5. При необходимости замену съемного протеза по медицинским показаниям ранее установленных сроков. Решение о замене принимается врачебной комиссией медицинской организации по направлению лечащего врача-стоматолога-ортопеда.

1.6. Бесплатную замену слухового аппарата не чаще одного раза в четыре года.

1.7. При необходимости замену слухового аппарата по медицинским показаниям ранее установленных сроков. Решение о замене принимается врачебной комиссией медицинской организации, осуществляющей бесплатное слухопротезирование.

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

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

1.10. 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).

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

1.12. Оформление листа информированного добровольного согласия на проведение зубопротезирования (слухопротезирования) (приложение №1).

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

1.14. Оформление актов о выполненных услугах отдельным категориям граждан в Республике Татарстан по зубопротезированию и слухопротезированию.

1.15. Учет услуг, оказанных гражданам, имеющим право на бесплатное

зубопротезирование и слухопротезирование, и расчет стоимости оказанных услуг с использованием медицинской информационной системы.

1.16. 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 2019 год.

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

1.18. Внесение предложений по перераспределению государственного задания по итогам работы за полугодие, 9, 10 и 11 месяцев в Министерство здравоохранения Республики Татарстан по форме согласно приложению № 2 к настоящему приказу с указанием обоснования необходимости внесения изменений.

1.19. Представление не позднее 10-го числа месяца, следующего за отчетным периодом, сведений по зубопротезированию и слухопротезированию согласно приложению № 3 к настоящему приказу в отдел экономического анализа по средствам ОМС Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

2. Главному врачу ГАУЗ «Республиканская стоматологическая поликлиника Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (Л.Д.Муратова) обеспечить контроль качества изготовленных зубных протезов.

3. Директору РМИАЦ (А.Р.Гайнутдинов) обеспечить:

3.1. 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.

3.2. 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 ГАУЗ «РМИАЦ».

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

4. Пресс-секретарю Министерства здравоохранения Республики Татарстан (А.М.Хасанова) организовать через средства массовой информации информирование граждан о медицинских организациях, осуществляющих предоставление услуг по бесплатному зубопротезированию и слухопротезированию.

5. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Татарстан от 12.02.2018 №231.

6. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Министр



М.Н.Садыков

Л.С. Саггарова
(843) 2317935

Примерная форма

_____ (полное наименование медицинской организации)

ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО 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 задания по зубопротезированию (слухопротезированию)
по _____ району (городу) на «__» _____ 2019 г.

Наименование медицинской организации	Стоимость зубопротезиро- вания (слухопротезирова- ния) на 2019 год (уточнен- ная на дату перераспреде- ления)	Сумма представленных реестров счетов на «__» _____ 2019г.	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 _____ 2019г.*

(руб.)

Наименование медицинской организации	по программе 2019 года										
	Стоимость предоставления услуг по зубопротезированию и слухопротезированию на 2019 год	Количество пролеченных больных (случаев)	Количество пролеченных льготников (без повторных случаев)	Сумма представленных реестров-счетов	Снято по результатам экспертизы на отчетную дату			Принято к оплате счетов-реестров	Профинансировано	Кассовые расходы	Очередность (чел.)
					превышение установленного задания	медико-экономической	технической				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.											
2.											
3.											
Итого по району (городу)											

Наименование медицинской организации	Остаток средств на расчетном счете на 01.01.2019 г.		по программе 2018 года			
			за услуги, оказанные в декабре 2018 года и оплаченные в 2019г. (завершение расчетов)			
	Сумма	Кассовые расходы	Количество пролеченных больных	Представлено реестров-счетов	Профинансировано	Кассовые расходы
1	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						
3.						
Итого по району (городу)						

* Сведения предоставляются ежемесячно нарастающим итогом

При предоставлении информации за полугодие (год) необходимо приложить Акт сверки расчетов между ТФОМС РТ и ЛПУ

Главный врач _____

Главный бухгалтер _____

Исполнитель _____

(Ф.И.О., № тел.)