



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

г. Челябинск

от «31» 03 2021 г.

№ 414

О внесении изменений в приказ
Министерства здравоохранения
Челябинской области от
19.05.2016 г. № 788

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести изменения в Критерии отбора медицинских организаций для включения в план мероприятий по использованию медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 19.05.2016 г. № 788 «Об утверждении критериев отбора медицинских организаций», изложив их в новой редакции (прилагаются).

2. Исполняющему обязанности директора Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр» Ульянову А.А. разместить настоящий приказ на официальном сайте Министерства здравоохранения Челябинской области в сети Интернет.

3. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Исполняющий обязанности Министра
здравоохранения Челябинской области

Д.А. Тарасов

УТВЕРЖДЕНЫ
 приказом Министерства
 здравоохранения Челябинской области
 от 19 мая 2016 года № 788
 (в редакции приказа Министерства
 здравоохранения Челябинской области
 от « 31 » 03 2021 года № 414)

Критерии отбора медицинских организаций для включения в план мероприятий Челябинской области по использованию медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования*

№ п/п	Показатель	Критерий
<u>1. Обязательные критерии</u>		
1.1.	Объем оказания медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Челябинской области составляет не менее 80% от общего объема оказываемой медицинской помощи	-
1.2.	Реализация медицинской организацией мероприятий, включенных в план мероприятий в предшествующем финансовом году	реализовано – 1, не реализовано - 0
1.3	Финансовое обеспечение данного мероприятия предусматривается только в соответствующем финансовом году	-
<u>2. Критерии отбора для включения в План мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации</u>		
2.1.	Соответствие направления программы повышения квалификации медицинского работника видам, формам и профилям	соответствует/ не соответствует**

	медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования	
2.2.	Соответствие направления программы повышения квалификации должности медицинского работника, профессиональную деятельность по которой он осуществляет в данной медицинской организации по трудовому договору, заключенному с ним по основному месту работы, либо по внутреннему совместительству	соответствует/ не соответствует**
2.3.	Медицинский работник, обучение которого планируется по программе повышения квалификации, не обучался по программам дополнительного профессионального образования в течение года, предшествующего соответствующему финансовому году	соответствует/ не соответствует**
2.4.	Наличие у медицинской организации лицензии по виду медицинской деятельности в рамках которого медицинский работник повышает квалификацию	соответствует/ не соответствует**
2.5.	Соблюдение сроков подачи заявки на повышение квалификации	соблюдены – 1 не соблюдены – 0
2.6.	Медицинский работник направляется на обучение по программам дополнительного профессионального образования по следующим приоритетным профилям: педиатрия, онкология, сердечно-сосудистые заболевания, первичная медико-санитарная помощь	приоритетный - 1 неприоритетный - 0
2.7.	Уровень медицинской организации (в соответствии с Тарифным соглашением в сфере ОМС Челябинской области)	первый уровень – 3 балла второй уровень – 2 балла третий уровень – 1 балл
2.8.	Наличие у медицинской организации в периоде, предшествующем формированию плана мероприятий, выявленных ТФОМС Челябинской области либо страховыми медицинскими организациями, дефектов при оказании медицинской помощи.	наличие – 1 отсутствие - 0
3. Общие критерии по заявкам на приобретение и ремонту оборудования		
3.1.	Наличие у медицинской организации потребности в приобретаемом медицинском оборудовании (в ремонте медицинского оборудования) в соответствии со стандартами	соответствует/ не соответствует**

	оснащения медицинских организаций (их структурных подразделений), предусмотренными положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, порядком организации медицинской реабилитации либо правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации	
3.2	Соответствие назначения приобретаемого медицинского оборудования (подлежащего ремонту медицинского оборудования) целям оказания медицинской помощи по формам, видам и профилям медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией - в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования	соответствует/ не соответствует**
3.3.	Начальная (максимальная) цена контракта выше 100 000,00 рублей	соответствует/ не соответствует**
3.4.	Уровень медицинской организации (в соответствии с Тарифным соглашением в сфере ОМС Челябинской области)	первый уровень - 3 балла; второй уровень - 2 балла; третий уровень - 1 балл
3.5.	Готовность медицинской организации оказать софинансирование мероприятий по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования не менее 6 % от цены контракта	нет - 0, да - 1
4. Критерии отбора для включения в План мероприятий по приобретению медицинского оборудования		
4.1.	Наличие медицинского работника (медицинских работников), имеющего соответствующий уровень образования и квалификации для работы на приобретаемом медицинском оборудовании	соответствует/ не соответствует**
4.2.	Наличие в медицинской организации помещения для установки приобретаемого медицинского оборудования (если приобретаемое медицинское оборудование требует специального помещения для установки и (или) использования)	соответствует/ не соответствует**
4.3.	Выпедшее из строя и не подлежащее восстановлению медицинское оборудование использовалось медицинской организацией для оказания медицинской помощи населению	нет - 0, да - 1

	по направлению других медицинских организаций в рамках ОМС (внешние медицинские услуги для неприкрепленных к ним пациентам) и/или маршрутизации потоков пациентов	
4.4.	Износ имеющегося аналогичного по функциям оборудования более 80% или срок выпуска аналогичного по функциям оборудования более 10 лет	нет – 0, да – 1
4.5.	Отсутствие/наличие в медицинской организации медицинского оборудования аналогичного (по функциональному назначению), вышедшему из строя и не подлежащему восстановлению	наличие – 0, отсутствие – 1
4.6.	Потребность в медицинском оборудовании для проведения диспансеризации и профилактических мероприятий	нет – 0, для проведения первого этапа – 2, для проведения второго этапа – 1
4.7.	Потребность в медицинском оборудовании для оказания стационарзамещающих видов медицинской помощи	нет – 0, да – 1
4.8.	Приобретаемое медицинское оборудование используется при оказании помощи и диагностике у пациентов с онкологическим заболеванием и (или) заболеваниями сердечно – сосудистой системы, в акушерстве и гинекологии, в неонатологии, в анестезиологии – реанимации	нет – 0, да – 1
5. Критерии отбора для включения в План мероприятий по проведению ремонта медицинского оборудования		
5.1.	Наличие документов, подтверждающих, что подлежащее ремонту медицинское оборудование находится в собственности (оперативном управлении) медицинской организации и принято к бухгалтерскому учету	соответствует/ не соответствует**
5.2.	Наличие регистрационного удостоверения на медицинское изделие	соответствует/ не соответствует**
5.3.	Наличие акта о вводе медицинского оборудования в эксплуатацию	соответствует/ не соответствует**
5.4.	Наличие документа, подтверждающего выход медицинского оборудования из строя	соответствует/ не соответствует**
5.5.	Истечение срока гарантийного обслуживания медицинского оборудования	соответствует/ не соответствует**
5.6.	Срок эксплуатации предложенного к ремонту медицинского оборудования не более 10 лет	нет – 0, да – 1

	(оборудование со сроком эксплуатации более 10 лет подлежит замене) ***	
5.7.	Предложенное к ремонту медицинское оборудование используется при оказании помощи и диагностике у пациентов с онкологическим заболеванием и (или) заболеваниями сердечно – сосудистой системы, в акушерстве и гинекологии, в неонатологии, в анестезиологии – реанимации	нет – 0, да – 1
5.8.	Потребность в медицинском оборудовании для проведения диспансеризации и профилактических мероприятий	нет – 0, для проведения первого этапа – 2, для проведения второго этапа - 1
5.9.	Потребность в медицинском оборудовании для оказания стационарзамещающих видов медицинской помощи	нет – 0, да – 1
5.10.	Вышедшее из строя оборудование использовалось при оказании медицинской помощи по направлению других медицинских организаций и (или) при маршрутизации потоков пациентов	нет – 0, да – 1

* в План мероприятий включаются медицинские организации, заявки которых по результатам рассмотрения набрали максимальное количество баллов в пределах объема средств нормированного страхового запаса на квартал.

** в случае несоответствия критерию заявка не будет рассматриваться для включения в План мероприятий.

*** в случае, если срок эксплуатации предложенного к ремонту медицинского оборудования более 10 лет, но аналогичное (по функциональному назначению) оборудование в медицинской организации отсутствует, то заявка подлежит рассмотрению