



Понять боль – значит понять пациента.
Быть врачом – значит уметь проникнуться проблемой пациента, прочувствовать его состояние и оказать ему не только медицинскую, но и психологическую помощь

стр. 2



Новые условия для новой жизни.

В Челябинске после капитального ремонта открылся родильный дом ГКБ № 6.

стр. 3



Порядок взаимодействий.

Эффективная совместная работа субъектов системы ОМС – гарантия качественной и своевременной медицинской помощи

стр. 4



актуально

цифры и факты

Скорая помощь за счет ОМС

Михаил Вербитский:
«В 2013 году финансирование скорой помощи сохранится в полном объеме»

Текст: Дина Кравченко

В соответствии с положениями Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ», с 1 января 2013 года финансирование службы скорой медицинской помощи, а также медицинских учреждений, входящих в состав ГУФСИН, будет осуществляться за счет средств обязательного медицинского страхования. Соответствующие изменения в схеме финансирования с нового года будут введены по всей стране.

Между тем, грядущие изменения вызвали ряд вопросов и опасений врачей скорой помощи. Так, сотрудники некоторых станций Челябинска высказали мнение о том, что после перехода на оплату за счет средств ОМС их зарплаты существенно сократятся, некоторые даже называют конкретные цифры – на 20%, а также произойдет сокращение штата сотрудников службы.

Для того, чтобы развеять сомнения медиков, а также объяснить руководителям медицинских учреждений все особенности работы в системе обязательного медицинского страхования, руководство ЧОФОМС провело встречу с представителями службы скорой медицинской помощи и медицинских учреждений, входящих в ГУФСИН.

С нового года служба скорой медицинской помощи будет получать средства



не из регионального и муниципального бюджетов, как это было раньше, а из фонда обязательного медицинского страхования. В сентябре текущего года в Законодательном Собрании Челябинской области на рассмотрении находился законопроект об организации оказания медицинской помощи в регионе, который меняет порядок передачи бюджетных ассигнований, направляемых на работу экстренной службы. С 2013 года средства на содержание скорой помощи будут передаваться в Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования. На будущий год на эти цели запланировано более 1 млрд рублей.

Директор Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования Михаил Вербитский считает волнения медицинских работников необоснованными: «На сегодняшний день специалисты фонда изучают объемы помощи, которую оказывают врачи «скорой», разрабатывают наиболее оптимальную систему оплаты. Могу заверить, что финансирование этой службы со-

храняться в полном объеме. Вся информация о том, что в фонде недостаточно денег для этих целей, не соответствует действительности, ни о каком снижении финансирования речи не идет».

При разработке схемы финансирования скорой помощи будут учитываться все особенности работы службы, начиная от количества вызовов и особенностей прикрепленного населения до обеспечения топливом и технического состояния медицинского транспорта.

По мнению Михаила Вербитского, экстренная служба является очень важным звеном в цепочке оказания медицинской помощи гражданам. От того, насколько качественную помощь оказывают врачи скорой, зависит здоровье и жизнь пациента: попадет ли он в стационар, насколько затратным будет его дальнейшее лечение. Поэтому фонд заинтересован в том, чтобы на скорой помощи работали грамотные и хорошо подготовленные специалисты с соответствующей заработной платой.

Окончание на 2 стр.

2,5 трлн на здравоохранение

Правительство РФ сверстало бюджет на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, исходя из средней цены на нефть за предыдущие годы. Премьер-министр Дмитрий Медведев сообщил, что бюджет остается социальным. «Его приоритет – выполнение социальных обязательств перед гражданами. И это абсолютная правда: мы ничего не сняли. Но нынешний бюджет – это не только социальные обязательства, он дает возможности и для роста, сообразно текущей ситуации, конечно», – сказал премьер.

Глава правительства отметил, что проект бюджета на 2013 год предусматривает 2,5 триллиона рублей на сферу здравоохранения, а к 2015 году эта сумма подойдет к 3 триллионам рублей.

По материалам svpressa.ru

Увеличена сумма выплат врачам, переехавшим на работу в село

Правительство РФ увеличило сумму межбюджетных трансфертов, направляемых в регионы в 2012 г. для компенсационных выплат медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011-2012 гг. после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт, до 7,544 млрд руб. Как говорится в материалах правительства РФ, соответствующее распоряжение подписал премьер-министр РФ Дмитрий Медведев.

Напомним, что распоряжением правительства РФ от 22 декабря 2011 г. утверждено распределение 6,484 млрд руб. межбюджетных трансфертов из бюджета Фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов, которое было составлено на основе заявок субъектов РФ из расчета 1 млн руб. на одного медицинского работника. Как говорится в документе, увеличение суммы произошло в связи с уточнением числа заявок, поступивших от субъектов РФ.

Всего на указанные выплаты в бюджете ФОМС предусмотрено 11 млрд руб. по целевой статье расходов «Реализация программ и мероприятий по модернизации здравоохранения».

По материалам Rbc.ru

Диспансеризация детей станет ежегодной

Об этом сообщила Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова в ходе видеоконференции с участием регионов по вопросу реализации программ модернизации здравоохранения. «С 2013 года планируется возобновить ежегодную диспансеризацию детей. Также будет проводиться диспансеризация взрослого населения, содержание и кратность которой будет определяться с учетом возраста и группы здоровья гражданина, – сказала глава ведомства. – Каждый регион должен продумать такую программу. Также необходимо сформировать выездные группы для проведения диспансеризации».

По материалам www.rosminzdrav.ru

есть такая профессия

Понять боль – значит понять пациента



Михаил Александрович Силаев, доктор медицинских наук, профессор, врач анестезиолог-реаниматолог высшей категории, заведующий отделением лечения боли ЧОКБ №1

В медицину Михаил Силаев пришел по стопам отца, известного хирурга Александра Петровича Силаева, чье имя носит городская больница г. Кыштыма. А.П. Силаев почти 30 лет проработал здесь главным врачом.

Текст: Ольга Титова

«Отец был настоящим профессионалом, блестящим хирургом, прекрасно образованным, неординарным человеком, очень честным и отзывчивым, – вспоминает Михаил Александрович. – Но он никогда не настаивал на выборе мною профессии врача, честно говоря, был даже несколько против...»

К слову, у Михаила Силаева вся семья – врачи: отец, мама, сестра. А он в юности хотел стать воен-

ным, учился в суворовском училище. Но все же после школы поступил в медицинский институт.

В 1979 г. Михаил Александрович закончил лечебный факультет Челябинского медицинского института, в 1982 – клиническую ординатуру при кафедре госпитальной хирургии. 10 лет работал на кафедре анестезиологии и реаниматологии Уральского ГИДУВа.

В середине 90-х Михаил Александрович Силаев и его коллеги начали активно развивать новое направление – лечение боли. В 1995 году организовали кабинет противоболевой терапии в составе отделения анестезиологии и реанимации областной клинической больницы, а в 2002 году было открыто отделение лечения боли. Здесь проводят лечение хронических и острых болевых синдромов, не поддающихся обычной терапии, при заболеваниях позвоночника, суставов, патологии нервной и сосудистой систем, онкологических заболеваниях и т. д. В отделении работают высококвалифицированные врачи, занимающиеся разработкой, освоением и внедрением высокоэффективных методик терапии болевых синдромов. «Бывают ситуации, когда боль сохраняется, несмотря на лечение причинного заболевания, – говорит Михаил Александрович. – Или врачи не могут обнаружить причину боли даже после проведения современного и полного обследования. В таких случаях боль превращается в хронический синдром, лишаящий человека покоя и сна, способствует развитию депрессии, психических расстройств. Больной ходит от одного врача к другому в

надежде получить помощь, но доктора лишь разводят руками. Вероятной причиной развития такой ситуации является формирование на уровне центральной нервной системы самостоятельных источников ноцицептивной импульсации (болевого импульса), осознаваемой человеком. Иными словами, если нет сознания (например, во время наркоза), ноцицептивная информация не может восприниматься, как болевая), которые могут функционировать даже когда, казалось бы, причинный фактор уже устранен и неадекватная реакция собственных противоболевых систем организма. Огромное влияние на функционирование этих противоболевых систем оказывают такие факторы, как социальное положение человека, наличие длительных стрессовых ситуаций, возраст. Оказывает влияние и половая принадлежность: женщинам более свойственна хронизация боли. Хроническая боль очень сложна для терапии, поскольку нужно не только выявить ее источник (причину), но и попытаться повлиять на изменения в центральной нервной системе, которые так или иначе возникают, провести психокоррекцию. Лечить такую боль очень сложно. Наилучшие результаты приносит мультидисциплинарный подход с привлечением врачей различных специальностей: неврологов, анестезиологов, физиотерапевтов, рефлексотерапевтов, психотерапевтов, психиатров... Для лечения болевых синдромов врачи применяют различные методики. К примеру, если в основе боли лежит воспалительный процесс (наиболее частая причи-

на периферической боли), довольно эффективным может оказаться введение противовоспалительного средства непосредственно в место конфликта. Такая процедура называется лечебно-медикаментозной блокадой. Бывают ситуации, когда требуется длительное выключение некоторых нейрональных структур для получения стойкого лечебного эффекта. Так, в отделении лечения боли с успехом применяется методика чревного нейролиза для обезболивания при заболеваниях поджелудочной железы, верхнеподчревного нейролиза в купировании тазовой боли (чревной и верхнеподчревной нейролиз – это химическое (специальными веществами) разрушение нервных структур, ответственных за проведение ноцицептивной (болевого) информации от органов брюшной полости и малого таза. В результате такого воздействия удается на довольно длительное время избавить пациента от боли, если ее источник располагается в брюшной полости, поджелудочной железе, малом таза). Это высокотехнологичные методики, которые требуют не только участия сотрудников отделения лечения боли, но и врачей компьютерной томографии. Однако, устранение длительно существующего источни-

ка боли может дать лишь временный эффект, если достигнутый успех не поддержать хорошей реабилитацией: специальными комплексами упражнений, массажем, проведением рефлексотерапии, психологической поддержкой. Вообще хронический болевой синдром – это не только работа медиков, но и огромная работа самого пациента, его ближайшего окружения». Практическую работу Михаил Александрович активно совмещает с научной деятельностью. В 2007 году защитил докторскую диссертацию на тему «Болевой синдром при раке поджелудочной железы и хроническом панкреатите и возможности его купирования при помощи чрескожного нейролиза структур вегетативной нервной системы». С 2011 года – профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии ЧелГМА. Автор более 30 печатных работ, в том числе 1 монографии. Основные научные работы М.А. Силаева посвящены изучению хронической и острой боли и возможности оптимизации их терапии. К примеру, в книге «Симпатические блокады», написанной М.А. Силаевым в соавторстве с коллегами, речь идет об уникальных методиках, применяемых в России только врачами отделения лечения боли ЧОКБ.

«Быть врачом – значит уметь проникнуться проблемой пациента, прочувствовать его состояние и оказать ему не только медицинскую, но и психологическую помощь, – считает Михаил Силаев. – Бывает, прекрасный специалист, а душа глуха к чужой боли. Врач должен сострадать пациенту, уметь брать на себя его боль. Вот так и стараемся работать. Наши врачи – опытные профессионалы, люди высокого нравственного уровня, такие, как Игорь Георгиевич Лифенцов, мой коллега, прекрасный врач и человек».

актуально

Скорая помощь за счет ОМС

Окончание. Начало на 1 стр.

Острым вопросом финансирования неотложки является оплата медицинской помощи, оказанной пациентам, у которых нет полиса ОМС. «Мы понимаем, что врачи скорой помощи проводят с пациентом относительно немного времени, при таком темпе работы у них нет возможности «идентифицировать» всех граждан – то есть устанавливать их личность и проверять наличие полиса, – говорит руководитель фонда, – поэтому спешу успокоить врачей, мы это учтем и найдем способ оплаты такой

помощи, чтобы подобные случаи не сказывались на финансировании службы».

По словам руководителя ЧОФОМС, работа в системе ОМС имеет ряд важных преимуществ. Средства фонда, в отличие от бюджетных, имеют четкое целевое назначение. Это значит, что они могут быть направлены только на определенные статьи расходов, связанные с непосредственным оказанием медицинской помощи, основными из которых являются заработная плата медицинских работников и лекарственное обеспечение.

Кроме того, все финансовые потоки и принципы финансирования медицинских организаций четкие и прозрачные. В системе ОМС руководителям медицинских организаций намного проще, по сравнению со сметным бюджетным финансированием, распределять деньги между статьями расходов в зависимости от возникшей необходимости.

В ходе совещания специалисты фонда рассказали о специфике работы в системе обязательного медицинского страхования, принципах взаимодействия всех участ-

ников системы, а также основные правила и способы финансирования медицинской помощи и нормативные документы, которыми необходимо руководствоваться в своей работе.

Директор Михаил Вербитский призвал руководителей медицинских учреждений наладить диалог с врачами, объяснить им все особенности перехода в систему ОМС. «Мы берем ваши учреждения на финансирование с полным обеспечением, – сказал руководитель фонда, – наши специалисты готовы проконсультировать

вас по любым вопросам и решить возникающие проблемы. Уверен, что работа в системе ОМС будет для вас комфортной».

С 2013 года в систему обязательного медицинского страхования Челябинской области впервые войдут 7 станций скорой медицинской помощи, 22 учреждения ГУФСИН, а также несколько частных клиник и два муниципальных учреждения. Таким образом, всего в системе ОМС будет работать 220 медицинских учреждений различной формы собственности.

ДОСТОЙНО. ДОСТУПНО

Новые условия для новой жизни



Светлана Александровна Михайлова, доктор медицинских наук, профессор, главный врач ГКБ № 6 г. Челябинска

Рождение ребенка – это огромная радость и значимое событие для молодой мамы и всей семьи. Своим появлением он наполняет жизнь родителей особым смыслом. На здоровье малыша во многом влияет то, как протекала беременность и насколько качественно была оказана медицинская помощь женщине во время родов. Уютные палаты, квалифицированный и доброжелательный медицинский персонал, современное оборудование – вот от чего зависит появление новой жизни.

Текст: Дина Кравченко

Понимая важность и актуальность вопросов родовспоможения, на государственном уровне принимаются ряд важных решений, которые касаются качества и условий оказания медицинской помощи в роддомах. В рамках программы Модернизации здравоохранения Челябинской области несколько крупных родильных домов получили средства на проведение капитальных ремонтов и закуп нового современного оборудования.

Так, на днях после ремонта свои двери распахнул родильный дом ГКБ № 6 г. Челябинска. Обновленный и оснащенный по последнему слову техники, он начал принимать беременных женщин не только из Металлургического района, но и со всего города.

«Наш роддом имеет достаточно давнюю историю, – рассказывает главный врач ГКБ № 6 г. Челябинска Светлана Михайлова, – его здание всегда находилось в хорошем состоянии, потому что каждый год здесь

проводился текущий косметический ремонт. Но до реконструкции он был вполне обычным, предусматривал отдельное пребывание мам и новорожденных. Фактически мамочки получали своих детей только при выписке».

Однако все современные перинатальные технологии строятся на иных принципах, главный из которых заключается в неразрывной связи матери и ребенка. После нормальных физиологических родов ребенок не должен отрываться от матери, считают врачи. Попадание малыша в отдельную среду несет для него колоссальный стресс, что удлиняет период адаптации к новым условиям, поэтому он должен оставаться рядом с матерью с первых минут своего рождения. Кроме того, с каждым годом все более популярными становятся партнерские роды, когда рядом с роженицей находятся её близкие люди. Поддержка семьи во многом помогает женщине справиться с болью, страхом и дискомфортом больничной среды. Советская планировка роддомов не позволяла проводить партнерские роды, родовые залы представляли собой огромные помещения, где одновременно могли рожать несколько женщин. Естественно, что присутствие посторонних людей при такой схеме было невозможно.

В ходе капитального ремонта роддома ГКБ № 6 г. Челябинска были учтены все современные подходы к проведению родов. Перепланировка здания позволила организовать индивидуальные родильные залы, каждый из которых рассчитан на нахождение одной роженицы, а также её родственников и персонала. Каждый зал оборудован уникальным оборудованием – столом-трансформером с дистанционным управлением, который может принимать форму кровати, кресла или родового стола. При этом конструкция стола и наличие дополнительных приспособлений позволяет женщине рожать в удобной для неё позе: на спине, на боку, сидя и даже держась за специальный турник.

После родов мама с малышом ещё около 2 часов находятся в этом зале. На новорожденного надевают шапочку и носочки и укладывают мамочке на живот. Этот принцип называется принципом соблюдения тепловой цепочки, чтобы тепло мамы не покидало малыша. Причем, как отмечают врачи, в случае, если роды



были трудные и женщина не может держать ребёнка сама, малыша отдают папе. Главное – не нарушать принцип тепловой цепочки.

Через пару часов после родов мама с ребёнком отправляются в палату совместного пребывания, где находятся в среднем в течение 3-4 дней. Послеродовые палаты здесь уютные одно- и двухместные. Они рассчитаны на совместное пребывание матери и ребёнка, с отдельными санузлами и душевыми комнатами.

Кроме того, в отремонтированном роддоме смонтированы комплексы чистых помещений в операционном блоке, палатах реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных детей. В рамках программы модернизации родильный дом оснащен новым современным медицинским оборудованием, дыхательной и следящей аппаратурой на сумму 26 млн рублей. Благодаря реконструкции здания и проведению капитального ремонта, количество родов планируется увеличить до 3500 в год.

Многие челябинцы, планирующие заводить ребенка, радостно восприняли новость об открытии



шестого роддома. В своих комментариях на медицинских сайтах и форумах, они пишут о том, что хотели бы рожать именно здесь:

Наталья с: Ну вот! Наконец-то! Я так надеялась, что они успеют его открыть раньше на месяц! Но ничего, за вторым в него пойдем)))

Яночка Адольф: СУПЕР СУПЕР СУПЕР!!! МОЛОДЦЫ!

Наталья Сергеевна: Очень классно, второго ребеночка хотелось бы рожать именно здесь!!! Молодцы

наши власти!!!

Светлячок: Хочу там рожать второго ребенка! В чистоте и красоте!

Жанна: Замечательный родильный дом и особенно персонал!!!!!!! Спасибо огромное властям города за материальную поддержку!!!!!!

Андрей Андрей: Отличный роддом! Прекрасные врачи и заботливые чистоплотные медсестры! Успехов вам!!!

zI: очень красиво, жалко у нас такого не было....

Ирина Огиенко: я рожала в роддоме до ремонта, и все равно осталась довольна, т.к. мед.персонал там замечательный.

«Спасибо программе модернизации здравоохранения, – говорит Светлана Александровна, – если бы не эти средства и помощь городского бюджета, вряд ли нам бы удалось так преобразить родильный дом и закупить новое оборудование».

Главный врач признается, что обновленному роддому радуются не только пациентки, но и врачи и весь медицинский персонал. Ведь в таких условиях намного приятнее не только рожать, но и принимать роды и оказывать женщинам всю необходимую помощь.

Родильный дом ГКБ № 6 входит в состав многопрофильной городской клинической больницы № 6. Он размещен в типовом отдельно стоящем четырехэтажном здании 1973 года постройки и рассчитан на 112 коек. Ежегодно в этом родильном доме проходило 2400-2600 родов. Учреждение является клинической базой кафедры акушерства и гинекологии ЧелГМА, оно специализировано по ведению беременности и родов у жительниц Челябинской области с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. До 40% родов, которые принимают врачи учреждения, приходится на женщин-«сердечниц».

В октябре прошлого года родильный дом был закрыт на капитальный ремонт в рамках программы модернизации здравоохранения. На все мероприятия было направлено 83,8 млн. рублей, сумма софинансирования из городского бюджета составила 8,1 млн рублей, в том числе 1,5 млн на приобретение мебели.

Порядок взаимодействий

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, в том числе определяет правовое положение субъектов и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Текст: Ольга Титова

В качестве субъектов обязательного медицинского страхования Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ определены застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Участниками обязательного медицинского страхования являются территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации и медицинские организации.

Взаимоотношения страховой медицинской организации и медицинской организации

К медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, действующих в сфере ОМС, организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой. Страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, являются страховые организации, имеющие лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности.

Отношения между медицинской организацией и страховой медицинской организацией осуществляются на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Медицинская организация обязана оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязана оплатить оказанную медицинскую помощь в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС.

За неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС медицинская организация уплачивает штраф в порядке и размере, установленном указанным договором.

Взаимоотношения застрахованных лиц и участников ОМС (ТФОМС, СМО, МО)

Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию реализуется на основании заключенных в его пользу между участниками обязательного медицинского страхования договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. За счет средств обязательного медицинского страхования обеспечиваются гарантии бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования. Застрахованные лица имеют право на выбор и замену 1 раз в год страховой медицинской организации, медицинской организации, врача; получение от территориального фонда ОМС, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи; возмещение страховой меди-

цинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации; возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации. Также граждане вправе требовать защиты своих персональных данных, необходимых для ведения персонализированного учета в сфере ОМС, обеспечения и защиты прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

Взаимодействие территориального фонда ОМС и страховой медицинской организации

Территориальный фонд заключает со страховой медицинской организацией при наличии у нее списка застрахованных лиц договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утверждает для СМО дифференцированные подушевые нормативы. Территориальный фонд предоставляет страховой медицинской организации по поступившей от нее заявке целевые средства в пределах объема, определяемого исходя из количества застрахованных лиц и дифференцированных подушевых нормативов.

Территориальный фонд ведет реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, осуществляет контроль использования средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии.

Территориальный фонд ОМС вправе осуществлять контроль деятельности страховых медицинских организаций путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводить медико-экономический контроль, медико-экономическую экс-

пертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно. Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи в случае, если медицинская помощь оказана застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС.

При досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования по инициативе страховой медицинской организации СМО обязана за три месяца уведомить территориальный фонд и застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор. При приостановлении или прекращении действия лицензии, ликвидации страховой медицинской организации договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования считается расторгнутым с момента приостановления действия лицензии, либо ее отзыва.

После прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и на период до выбора в течение двух месяцев застрахованными лицами другой страховой медицинской организации и заключения с ней договора о финансовом обеспечении территориальный фонд выполняет обязанности и права страховой медицинской организации (части 2 и 3 статьи 38 Федерального закона).

Взаимодействие ТФОМС и страхователей

В соответствии со статьей 11 Федерального закона страхователями для работающих граждан являются лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам: организации; индивидуальные предприниматели; физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями; индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты.

Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной

власти субъектов Российской Федерации, иные организации, определенные Правительством Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Страхователь имеет право получать информацию от Федерального фонда и территориальных фондов ОМС, связанную с регистрацией страхователей и уплатой им страховых взносов на обязательное медицинское страхование. Страхователь обязан регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях обязательного медицинского страхования; своевременно и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

Территориальный фонд осуществляет администрирование доходов, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, регистрирует и снимает с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан.

Обязанность по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, размер страхового взноса и отношения, возникающие в процессе осуществления контроля правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты указанных страховых взносов, а также привлечения к ответственности за нарушение порядка их уплаты, устанавливаются Федеральным законом от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования».

Территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации представляют об уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в территориальные фонды ОМС в порядке, определяемом соглашением об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

«Горячая» линия по правам пациентов: 8-800-300-1-003