

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ТФОМС Псковской области создан решением Псковского областного Совета народных депутатов от 23 июня 1993 года №103.

В настоящее время фонд действует на основании Положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования Псковской области, утвержденного постановлением Администрации области от 22 апреля 2011 года №146.

Задачами территориального фонда являются:

- обеспечение прав граждан в системе обязательного медицинского страхования;
- обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования;
- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- обеспечение государственных гарантий соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика.

За разъяснением Ваших прав на обязательное медицинское страхование Вы можете обратиться в контакт-центр с единым федеральным номером (звонок бесплатный)

8-800-555-55-03

Ваши вопросы Вы также можете задать сотрудникам ТФОМС Псковской области по телефонам

(8112) 57-14-51

(8112) 56-80-72

Информацию о работе системы ОМС Псковской области Вы можете получить на сайте ТФОМС Псковской области www.ptfoms.ru

В разделе сайта «Проверка полиса» Вы можете проверить актуальность Вашего полиса обязательного медицинского страхования, а также проверить готовность полиса по номеру временного свидетельства.

На сайте Вы можете узнать информацию о перечне медицинских услуг, оказанных Вам за счет средств обязательного медицинского страхования, и их стоимости. Информация предоставляется при входе в личный кабинет через портал Госуслуг.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

Права и обязанности застрахованных лиц определяются ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА ИМЕЮТ ПРАВО на:

- 1) бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:
 - а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;
 - б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;
- 2) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;
- 3) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;
- 4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;
- 5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья;
- 6) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;
- 7) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;
- 8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 9) 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;
- 10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА ОБЯЗАНЫ:

- 1) предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;
- 2) подать в страховую медицинскую организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;
- 3) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;
- 4) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

СРОКИ ОЖИДАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Сроки ожидания плановой медицинской помощи определены постановлением Администрации Псковской области от 28.12.2018 N 540 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Псковской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»

В целях обеспечения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи предельные сроки ожидания медицинской помощи составляют:

- оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме – не более 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;
- сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи – не более 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию (при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки), а для пациентов с онкологическими заболеваниями – не более 14 календарных дней с момента гистологической верификации опухоли или момента установления диагноза заболевания (состояния);
- сроки ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми – не более 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;
- сроки проведения консультаций врачей-специалистов – не более 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;
- сроки проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи – не более 14 календарных дней со дня назначения;
- сроки проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи – не более 30 календарных дней со дня назначения;
- время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме не должно превышать 20 минут с момента ее вызова.

В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, ведется лист ожидания оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме и осуществляется информирование граждан в о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Начиная с 2013 года, в медицинских организациях в рамках системы обязательного медицинского страхования проводится диспансеризация взрослого населения.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ - это медицинский осмотр и обследование с целью раннего выявления и предупреждения заболеваний, определения необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий.

Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года, в год достижения соответствующего возраста, начиная с 21 года. Чтобы пройти диспансеризацию, Вы можете обратиться к Вашему участковому терапевту (врачу общей практики). Некоторые виды обследований проводятся 1 раз в 2 года.

Диспансеризацию могут проходить ежегодно:

- инвалиды Великой Отечественной войны
- инвалиды боевых действий
- участники Великой Отечественной войны, ставшие инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин;
- признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин: лица, награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда" и бывшие несовершеннолетние узники концлагерей.

При обращении нужно предъявить всего два документа – паспорт и полис обязательного медицинского страхования.

Объем диспансеризации зависит от пола и возраста. О полном перечне обследований, проводимых в рамках диспансеризации, Вы можете узнать на сайте www.ptfoms.ru в разделе «Информация для застрахованных».

По результатам обследования врач-терапевт проведет профилактическое консультирование и даст рекомендации, направленные на снижение рисков развития заболеваний, при необходимости назначит лечение, а **при наличии медицинских показаний** направит на второй этап диспансеризации.

**НЕ УПУСТИТЕ ВОЗМОЖНОСТЬ БЕСПЛАТНО ПРОВЕРИТЬ
СОСТОЯНИЕ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ!**

ПОМНИТЕ:

БОЛЕЗНЬ ЛЕГЧЕ ПРЕДУПРЕДИТЬ, ЧЕМ ЛЕЧИТЬ

**ПРИ РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕЧИТСЯ С
НАИБОЛЬШИМ УСПЕХОМ**

ОБЪЕМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2017 г. N 869н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения"

Диспансеризация проводится **1 раз в три года**, начиная с 21 года (21, 24 года и т.д.)

Кроме того, **в некоторые возрастные периоды** отдельные виды исследований в рамках диспансеризации проводятся **1 раз в два года**.

ПЕРВЫЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие	Возрастные группы		
	21-74 года		75 лет и старше
	Мужчины	Женщины	
Опрос (анкетирование)	Все возрасты		Все возрасты
Антропометрия	Все возрасты		Все возрасты
Измерение артериального давления	Все возрасты		Все возрасты
Определение уровня общего холестерина в крови	Все возрасты		В 75, 78, 81,84 года
Определение уровня глюкозы в крови натощак	Все возрасты		Все возрасты
Определение относительного сердечно-сосудистого риска	С 21 года до 39 лет		
Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска	С 42 лет до 63 лет		
Индивидуальное профилактическое консультирование	Все возрасты		
Электрокардиография в покое	С 36 до 72 лет	С 45 до 72 лет	Все возрасты
Флюорография легких	Все возрасты		Все возрасты
Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (1 раз в 2 года)	С 49 до 73 лет		
Определение простат-специфического антигена (ПСА) в крови	45 лет 51 год		
Измерение внутриглазного давления	С 60 до 72 лет		Все возрасты
Маммография обеих молочных желез в двух проекциях		В 39, 42, 45, 48 лет, с 50 лет до 70 лет 1 раз в 2 года	
Осмотр фельдшером (акушеркой), взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки		С 30 до 70 лет	
Прием (осмотр) врачом-терапевтом, по завершению исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 3 года	Все возрасты		Все возрасты
Прием (осмотр) врачом-терапевтом по завершению исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 2 года	В 49, 53, 55, 59, 61, 65, 67, 71,72 года	В 49, 50, 52, 53, 55, 56, 58, 59, 61, 62, 64, 65, 67, 68, 70, 71, 73 года	

ПРИ НАЛИЧИИ ПОКАЗАНИЙ граждане, нуждающиеся по результатам первого этапа диспансеризации в дополнительном обследовании, направляются врачом-терапевтом на второй этап диспансеризации.

НА ВТОРОМ ЭТАПЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАЗНАЧАЮТСЯ ТОЛЬКО ТЕ ВИДЫ ОБСЛЕДОВАНИЙ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМЫ ПАЦИЕНТУ ПО ЕГО ЗАБОЛЕВАНИЮ (СОСТОЯНИЮ).

ВТОРОЙ ЭТАП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие		Возрастные группы	
		21-74 года	75 лет и старше
Дуплексное сканирование брахицефальных артерий	для мужчин	С 45 до 72 лет один раз в 3 года	В 75, 78, 81, 84, 87, 90 лет
	для женщин	С 54 до 72 лет один раз в 3 года	
Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-урологом (для мужчин)		В 45 и 51 год	
Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом, включая проведение ректороманоскопии		С 49 до 73 лет один раз в 2 года	В 75, 78, 81, 84, 87 лет
Колоноскопия		С 49 до 73 лет один раз в 2 года	
Спирометрия		С 21 года до 72 лет один раз в 3 года	С 75 лет один раз в 3 года
Осмотр (консультация) врачом-акушером-гинекологом (для женщин)		С 30 до 70 лет один раз в 3 года	
Осмотр (консультация) врачом-офтальмологом		В 60, 63, 66, 69, 72 года	С 75 лет один раз в 3 года
Проведение индивидуального или группового (школы для пациентов) углубленного профилактического консультирования		С 21 года до 72 лет один раз в 3 года	С 75 лет один раз в 3 года
Осмотр (консультация) врачом-неврологом			С 75 лет один раз в 3 года
Осмотр (консультация) врачом-оториноларингологом			С 75 лет один раз в 3 года
Прием (осмотр) врачом-терапевтом		С 21 года до 45 лет один раз в 3 года, с 48 лет - ежегодно	С 75 лет один раз в 3 года