



ПАМЯТКА

о правах пациента

О гарантиях бесплатного оказания медицинской помощи

В соответствии со статьей 41 Конституции Российской Федерации каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь, оказываемую в гарантированном объеме без взимания платы в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа), ежегодно утверждаемой Правительством Российской Федерации.

Основными государственными источниками финансирования Программы являются средства системы обязательного медицинского страхования и бюджетные средства.

На основе Программы субъекты Российской Федерации ежегодно утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (далее – территориальные программы).

Какие виды медицинской помощи Вам оказываются бесплатно

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

1. Первичная медико-санитарная помощь, включающая:
 - первичную доврачебную помощь, которая оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара;
 - первичную врачебную помощь, которая оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами);
 - первичную специализированную медицинскую помощь, которая оказывается врачами-специалистами.
2. Специализированная медицинская помощь, которая оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного ста-



ционара врачами-специалистами, и включает профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, в том числе в период беременности, родов и послеродовой период, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий.

3. Высокотехнологичная медицинская помощь с применением новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники.

С перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащим, в том числе, методы лечения и источники финансового обеспечения, Вы можете ознакомиться в приложении к Программе.

4. Скорая медицинская помощь, которая оказывается государственными и муниципальными медицинскими организациями при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. При необходимости осуществляется медицинская эвакуация.

Для избавления от боли и облегчения других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных пациентов гражданам предоставляется паллиативная медицинская помощь в амбулаторных и стационарных условиях.

Вышеуказанные виды медицинской помощи включают бесплатное проведение:

- медицинской реабилитации;
- экстракорпорального оплодотворения (ЭКО);
- различных видов диализа;
- химиотерапии при злокачественных заболеваниях;
- профилактических мероприятий, включая:
- профилактические медицинские осмотры, в том числе детей, работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме, в связи с занятиями физической культурой и спортом;



- диспансеризацию, в том числе пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью. Граждане проходят диспансеризацию бесплатно в медицинской организации, в которой они получают первичную медико-санитарную помощь. Большинство мероприятий в рамках диспансеризации проводятся 1 раз в 3 года за исключением маммографии для женщин в возрасте от 51 до 69 лет и исследования кала на скрытую кровь для граждан от 49 до 73 лет, которые проводятся 1 раз в 2 года;
- диспансерное наблюдение граждан, страдающих социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, а также лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями.

Кроме того Программой гарантируется проведение:

- пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин;
- неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний у новорожденных детей;
- аудиологического скрининга у новорожденных детей и детей первого года жизни.

Граждане обеспечиваются лекарственными препаратами в соответствии с Программой.

Каковы предельные сроки ожидания Вами медицинской помощи

Медицинская помощь оказывается гражданам в трех формах – плановая, неотложная и экстренная.

Экстренная форма предусматривает оказание медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента. При этом медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

Неотложная форма предусматривает оказание медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Плановая форма предусматривает оказание медицинской помощи при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

В зависимости от этих форм Правительством Российской Федерации устанавливаются предельные сроки ожидания медицинской помощи.

Так, сроки ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должны превышать 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию.

Сроки ожидания оказания медицинской помощи в плановой форме для:

- приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами участковыми не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;

- проведения консультаций врачей-специалистов не должны превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;
- проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 14 календарных дней со дня назначения;
- проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи не должны превышать 30 календарных дней, а для пациентов с онкологическими заболеваниями – 14 календарных дней со дня назначения;
- специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не должны превышать 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию, а для пациентов с онкологическими заболеваниями – 14 календарных дней с момента установления диагноза заболевания.

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. При этом в территориальных программах время доезда бригад скорой медицинской помощи может быть обоснованно скорректировано с учетом транспортной доступности, плотности населения, а также климатических и географических особенностей регионов.

За что Вы не должны платить

В соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан при оказании медицинской помощи в рамках Программы и территориальных программ не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

- оказание медицинских услуг;
- назначение и применение в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной форме лекарственных препаратов по медицинским показаниям:
 - а) включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов;
 - б) не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям;
- назначение и применение медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания по медицинским показаниям;
- размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям;
- для детей в возрасте до четырех лет создание условий пребывания в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации, а для ребенка старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний;
- транспортные услуги при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в случае необходимости проведения ему диагностических исследований при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь.

О платных медицинских услугах

В соответствии с законодательством Российской Федерации граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи.

При этом платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме медицинской помощи, либо по Вашей просьбе в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств.

Медицинские организации, участвующие в реализации Программы и территориальных программ, имеют право оказывать Вам платные медицинские услуги:

- на иных условиях, чем предусмотрено Программой, территориальными программами и (или) целевыми программами. Вам следует ознакомиться с важным для гражданина разделом Программы и территориальной программы – «Порядок и условия бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».
- при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;
- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением:
 - а) самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, выбранную им не чаще одного раза в год (за исключением изменения места жительства или места пребывания);



- б) оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме при самостоятельном обращении гражданина в медицинскую организацию;
- в) направления на предоставление медицинских услуг врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-специалистом, фельдшером, а также оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи по направлению лечащего врача;
- г) иных случаев, предусмотренных законодательством в сфере охраны здоровья.

Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках Программы и территориальных программ.

Куда обращаться по возникающим вопросам и при нарушении Ваших прав на бесплатную медицинскую помощь

По вопросам бесплатного оказания медицинской помощи и в случае нарушения прав граждан на ее предоставление, разрешения конфликтных ситуаций, в том числе при отказах в предоставлении медицинской помощи, взимания денежных средств за её оказание, следует обращаться в:

- администрацию медицинской организации – к заведующему отделением, руководителю медицинской организации;
- в офис страховой медицинской организации, включая страхового представителя, – очно или по телефону, номер которого указан в страховом полисе;
- территориальный орган управления здравоохранением и территориальный орган Росздравнадзора, территориальный фонд обязательного медицинского страхования;



- общественные советы (организации) по защите прав пациентов при органе государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и при территориальном органе Росздравнадзора;
- профессиональные некоммерческие медицинские и пациентские организации;
- федеральные органы власти и организации, включая Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Росздравнадзор и пр.

Что Вам следует знать о страховых представителях страховых медицинских организаций

Страховой представитель – это сотрудник страховой медицинской организации, прошедший специальное обучение, представляющий Ваши интересы и обеспечивающий Ваше индивидуальное сопровождение при оказании медицинской помощи, предусмотренной законодательством.

Страховой представитель:

- предоставляет Вам справочно-консультативную информацию, в том числе о праве выбора (замены) и порядке выбора (замены) страховой медицинской организации, медицинской организации и врача, а также о порядке получения полиса обязательного медицинского страхования;
- информирует Вас о необходимости прохождения диспансеризации и опрашивает по результатам ее прохождения;
- консультирует Вас по вопросам оказания медицинской помощи;
- сообщает об условиях оказания медицинской помощи и наличии свободных мест для госпитализации в плановом порядке;
- помогает Вам подобрать медицинскую организацию, в том числе оказывающую специализированную медицинскую помощь;

- контролирует прохождение Вами диспансеризации;
- организует рассмотрение жалоб застрахованных граждан на качество и доступность оказания медицинской помощи.

Кроме того, Вы можете обращаться в офис страховой медицинской организации к страховому представителю при:

- отказе в записи на приём к врачу специалисту при наличии направления лечащего врача;
- нарушении предельных сроков ожидания медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах;
- отказе в бесплатном предоставлении лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания – всего того, что предусмотрено Программой;
- ситуации, когда Вам предложено оплатить те медицинские услуги, которые по медицинским показаниям назначил Ваш лечащий врач. Если Вы уже заплатили за медицинские услуги, обязательно сохраните кассовый чек, товарные чеки и обратитесь в страховую медицинскую организацию, где вам помогут установить правомерность взимания денежных средств, а при неправомерности – организовать их возмещение;
- иных случаях, когда Вы считаете, что Ваши права нарушаются.

Характеристика отдельных прав граждан в сфере ОМС страхования

Из общего состава прав гражданина, пациента и застрахованного лица можно выделить отдельные категории, позволяющие в полной мере реализовать конституционный принцип на беспрепятственный доступ к медицинской помощи.

Пациент имеет право на бесплатную медицинскую помощь, данное правило реализуется в следующих направлениях:

- Путем получения в установленном порядке полиса ОМС;
- Путем обращения в лечебные заведения государственного и муниципального уровней;

- Путем безвозмездной помощи в составе различных видов услуг: профилактические мероприятия, лечебно-диагностические процедуры, реабилитационные меры и т.д.

Полис обязательного медстрахования граждане получают на бессрочной основе, а состав конкретных видов лечебной помощи определяется по двум видам списков – **базовая (федеральная) программа**, которая действует на территории всей страны (* *Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 № 1506 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»* (<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71729300/>) и **территориальная программа**, которая ограничена пределами субъекта РФ (* *Постановление Администрации Псковской области от 28.12.2018 № 484 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Псковской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»* (<http://docs.cntd.ru/document/462718859>).

Право пациента на получение достоверных сведений о своем здоровье и гарантия тайны указанной информации позволяет гражданам своевременно предпринять меры для получения квалифицированной медицинской помощи. В состав таких сведений входят:

- Результаты обследований, осмотра, анализов и иных аналогичных процедур;
- Исчерпывающая информация о состоянии выявленного заболевания и легальных способах лечения;
- Консультирование по возможным факторам риска;
- Анализ проведенного лечения и т.д.

Данная информация доступна гражданам посредством обращения к лечащему врачу, а в некоторых случаях – к вышестоящим должностным лицам лечебного учреждения. Непредоставление такой информации является прямым нарушением прав граждан и влечет за собой несение ответственности, предусмотренной законодательством Российской Федерации.



Право на возмещение ущерба, полученного в результате оказания медуслуг ненадлежащего качества, включает в себя комплекс возможных мер ответственности медицинских специалистов. Для реализации указанного права пациенту предстоит доказать обоснованность своих претензий, т.е. зафиксировать случай причинения вреда. Надлежащим доказательством может выступать независимая экспертиза или обследование у других медицинских специалистов.

Требование о возмещении вреда предъявляется к учреждению, в котором работает виновное лицо. Если по результатам направления претензии пациент не получил удовлетворение по всем требованиям, дело может быть передано в судебные органы. В ходе судебного разбирательства возмещению подлежит также моральный вред, размер которого будет оценивать суд, исходя из всех юридически значимых обстоятельств дела. Необходимо отметить, что помимо возмещения вреда пациенту, лечебные учреждения могут нести иные виды ответственности, а в отношении их должностных лиц могут инициироваться административные или уголовные дела.

Права пациентов, которые регламентирует федеральное законодательство, имеют ряд особенностей и нюансов. Они также отражены в нормативно-правовых источниках и являются важными составляющими реализации таких прав на практике.

В федеральном законодательстве закреплены основные права пациентов в программе ОМС и системе здравоохранения в целом. Несоблюдение этих прав сотрудниками медорганизаций и учреждений может повлечь за собой введение определенных санкций.

Защита прав пациентов при оказании медицинских услуг по ОМС

Законодательство РФ предусматривает гарантию и защиту прав застрахованных лиц в рамках программы ОМС по всей территории РФ.

Финансовые нарушения

Одним из самых распространенных нарушений, касающихся ущемления прав пациента, является требование оплаты за услуги, которые должны оказываться бесплатно. Речь идет, прежде всего, об обладателях полисов ОМС, которых зачастую заставляют оплачивать расходы, связанные с лечением. Такие действия являются грубым нарушением закона № 326 «Об ОМС в РФ». Наиболее жесткой формой подобных действий будет простой отказ от оказания медицинской помощи застрахованным пациентам, не пожелавшим платить дополнительные денежные средства. Однако настолько радикальные случаи встречаются весьма редко, и зачастую требования приобретают следующую форму:

- Просят произвести оплату за какую-либо отдельную процедуру, которая входит в базовую программу ОМС;
- Просят самостоятельно купить лекарства в период стационарного лечения;
- Предлагают заключить договор о добровольном страховании якобы для получения лечения лучшего качества.

При попадании в одну из указанных выше ситуаций рекомендуется уточнить в своей страховой компании, входит ли данный случай в пакет ОМС. Если такой возможности нет либо услуга уже оплачена, нужно обязательно сохранить все квитанции и чеки, подтверждающие факт расчета, чтобы впоследствии можно было потребовать возмещения, если выплата была незаконной. Хотя в общем и целом разобраться с ситуацией лучше еще до непосредственной передачи денег, поскольку в противном случае нужно будет также доказать, что выплата не была собственной инициативой пациента.

Нарушения некоммерческого характера

Помимо финансовых махинаций существует большое количество других видов нарушения прав пациента. Это нарушения некоммерческого характера и относятся непосредственно к сфере оказания медицинских услуг, качеству обслуживания и проведения лечения в лечебно-профилактических учреждениях. К таким нарушениям относятся:

- Ничем не аргументированный отказ от предоставления медицинских услуг или предоставление таковых в неполном объеме;
- Ненадлежащий уровень качества (не соответствует установленным стандартам) при оказании помощи пациенту;
- Нарушение права самостоятельного выбора (замены) врача и лечебного учреждения;
- Отказ в возмещении ущерба, причиненного в результате некачественного оказания медицинской помощи застрахованному лицу;
- Недостаточное информирование или намеренное введение в заблуждение пациента в вопросах, касающихся его диагноза, эффективности лечения и возможных рисков;
- Разглашение конфиденциальной информации о пациенте и его болезни, составляющей врачебную тайну;
- Несоответствие режима и условий стационарного лечения санитарно-гигиеническим и другим требованиям (все они подробно регламентированы);
- Нарушение права застрахованного лица на добровольный отказ от услуг от лечения (если пациент не достиг возраста 15 лет, и подобный отказ исходит от его законных представителей, то медицинская организация может обратиться в суд, если считает, что имеет место ущемление интересов больного).

На обеспечение прав граждан на получение качественной и бесплатной медицинской помощи направлены различные виды экспертиз (медико-экономическая, экспертиза качества) и медико-экономический контроль. Именно они обеспечивают своевременную защиту прав граждан в рамках действующего законодательства.

Механизмы защиты

Защита прав пациентов может осуществляться на двух уровнях: досудебное урегулирование и непосредственно исковое заявление в суд. Первый вариант предусматривает обращение пострадавшего в один из следующих органов:

1. Администрация медицинского учреждения.
2. Территориальный отдел управления здравоохранением.
3. Страховая компания, оформившая полис (она также отвечает за защиту прав своих клиентов).
4. Территориальный фонд ОМС.

Для обращения необходимо составить письменную претензию, в которой отразить все существующие нюансы и подробно описать обстоятельства происшествия с указанием точной суммы потраченных денег, купленных лекарств, полученных услуг. Наиболее эффективным будет составление письменной претензии, в которой указывается:

- Личные данные заявителя (ФИО, адрес и т.д.);
- Серия и номер полиса;
- Название и номер медицинской организации, допустившей нарушение.

К заявлению прикладываются все сопутствующие документы (квитанции, чеки, выписки из истории болезни и т.д.). Если результат рассмотрения не устроит гражданина, он может обжаловать его в вышестоящих инстанциях – например, обратиться в прокуратуру. После подачи заявления органами будет проведена проверка, если по ее итогам нарушений не выявят – человек вправе обратиться в суд.

Если в ходе получения медицинской помощи или медицинских услуг будут ущемлены права пациента, то он может, согласно законодательным нормам, составить письменную претензию и направить ее в один из компетентных органов (например, в ТФОМС). Если проблема не будет решена, то пациент, неудовлетворенный качеством оказанной помощи, может обратиться в прокуратуру.

Оказание медицинской помощи в рамках полиса ОМС гарантирует возможность проверки состава и качества отдельных видов услуг и процедур. С недавних пор такая возможность стала доступна в электронной форме путем использования сервиса «Личный кабинет застрахованного лица», размещенного на портале госуслуг, а также на различных территориальных порталах. Как проверить оказанные медицинские услуги? Что делать в случае, если удалось обнаружить услуги, которые не оказывались? На эти и другие вопросы постараемся ответить в данной статье.

Как проверить предоставленные виды медицинской помощи по полису ОМС?

Переход на систему индивидуального информирования граждан о предоставленных услугах и их стоимости позволил наладить контроль качества оказываемых услуг медпомощи. Электронный сервис «Личный кабинет застрахованного лица» доступен для граждан РФ, имеющих верификацию на официальном портале госуслуг, и позволяет получить сведения о составе и стоимости предоставленных видов помощи по ОМС. Для жителей отдельных регионов также доступны территориальные электронные ресурсы, позволяющие получить расширенную информацию. Основная цель таких сервисов – информирование застрахованных граждан, получающих помощь по полису ОМС – реализуется в следующих направлениях:

- Путем проверки личной информации о гражданах: персональных данных, сведений о номере выданного медицинского полиса, контактной информации, наименования поликлиники;
- Путем внесения сведений об имеющихся и перенесенных заболеваниях, травмах и иных медицинских показателях (группа крови, возможные аллергические реакции и т.д.);
- Путем получения данных обо всех видах медицинской помощи, оказанных гражданину с января 2015 года, а также стоимости их услуг при возмещении за счет фонда обязательного медицинского страхования.

Информация по оказанным видам медицинских услуг предоставляется в виде выписки, которая формируется по запросу поль-

зователей ресурса. Данная выписка используется с информационными целями, а также для контроля за составом и объемом предоставленной медпомощи населению. Помимо этого, электронный сервис предоставляет дополнительные возможности по планированию событий и мероприятий, связанных с предоставлением медицинских услуг. Ведение подобного календаря-плана позволяет получать информацию о предстоящей процедуре в виде напоминания, получаемого по электронной почте. Кроме того, такие сервисы могут помочь **узнать стоимость медицинской помощи, оказанной по ОМС.**

Контроль перечня услуг, предоставленных по полису ОМС

Проверка конкретных видов услуг, предоставленных по программе ОМС, может установить наличие процедур или мероприятий, которые на самом деле гражданин не получал. Данный факт может свидетельствовать либо о технической ошибке при формировании сведений базы данных, либо об умышленном искажении информации для получения возмещения за счет ФОМС.

При выявлении указанного несоответствия гражданин имеет право обратиться за разъяснением в местное учреждение Территориального фонда обязательного медицинского страхования либо в страховую компанию, выдавшую полис ОМС. К обращению необходимо приложить выписку с перечнем услуг, зафиксированных в базе данных, а также доказательства неполучения заявленных видов помощи.

При наличии оснований Территориальный фонд имеет право проводить внеплановые проверки как страховой компании, так и медучреждения. При установлении технической ошибки, сведения базы данных будут актуализированы. Если по итогам проверки будет выявлено нарушение в порядке оказания гражданам медицинской помощи и получения средств федерального бюджета, то виновные юридические лица будут привлечены к ответственности.

Таким образом, гражданин с помощью интернет-сервисов («Госуслуги», ТФОМС) может узнать не только перечень полученных медицинских услуг, но также их объем, стоимость, источник фи-

нансирования и другое. Для получения такой информации необходимы лишь номер медполиса и паспортные данные. Поскольку такая информационная база действует с 2015 года, до этого момента данные получить не удастся (конечно, если они не были оцифрованы).

Диспансеризация и профилактический медицинский осмотр

Для каких групп взрослого населения проводятся профилактические мероприятия?

Профилактические мероприятия проводятся для работающих и неработающих граждан в возрасте 18 лет и старше.

С какой целью проводятся профилактические мероприятия?

Профилактические мероприятия направлены на раннее выявление (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистых, бронхолегочных, онкологических, сахарного диабета, заболеваний ЖКТ, эндокринной системы, болезней системы кровообращения и т.п.).

Профилактический медицинский осмотр проводится в целях:

- раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития;
- выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ;
- определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения).

Как часто можно проходить профилактические мероприятия?

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

- как самостоятельное мероприятие;
- в рамках диспансеризации;
- в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема).

Диспансеризация проводится:

- 1 раз в 3 года для граждан в возрасте 18 – 39 лет.
- ежегодно для граждан в возрасте 40+ и отдельных категорий граждан:
 - а) инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);
 - б) лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);
 - в) бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);
 - г) работающих граждан, не достигших возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающих граждан, являющихся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет.



Где можно пройти профилактические мероприятия?

Диспансеризация и профилактический медицинский осмотр проводятся в медицинской организации, где гражданин получает первичную медико-санитарную помощь.

Какие документы необходимо взять с собой?

Паспорт, полис обязательного медицинского страхования (ОМС).

Какие мероприятия входят в программу профилактического медицинского осмотра?

1) для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год:

- анкетирование;
- расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела;
- измерение артериального давления на периферических артериях;
- исследование уровня общего холестерина в крови (допускается использование экспресс-метода);
- определение уровня глюкозы в крови натощак (допускается использование экспресс-метода);
- определение относительного сердечно-сосудистого риска (у граждан в возрасте от 18 до 39 лет включительно);
- осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин в возрасте от 18 до 39 лет;

2) дополнительно для граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно 1 раз в год:

- определение абсолютного сердечно-сосудистого риска;

3) для граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в 2 года:

- флюорография легких или рентгенография легких;

4) при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 35 лет и старше 1 раз в год:

- электрокардиография в покое;

5) при первом прохождении профилактического медицинского осмотра, далее в возрасте 40 лет и старше 1 раз в год:

- измерение внутриглазного давления;

б) прием (осмотр) по результатам профилактического медицинского осмотра, в том числе, осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов, фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, врачом-терапевтом или врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья.

Какие мероприятия проводятся в рамках 1 этапа диспансеризации для всех возрастных групп, подлежащих диспансеризации?

- а) профилактический медицинский осмотр;
- б) скрининг, направленный на раннее выявление онкологических заболеваний;
- в) краткое индивидуальное профилактическое консультирование в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) врачом-терапевтом;
- г) прием (осмотр) врачом-терапевтом по результатам первого этапа диспансеризации, в том числе осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпация щитовидной железы, лимфатических узлов, с целью установления диагноза, определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, определения медицинских показаний для осмотров (консультаций) и обследований в рамках второго этапа диспансеризации;

Какие дополнительные мероприятия проводятся в рамках 1 этапа диспансеризации для определенных возрастных групп?

Для граждан в возрасте от 40 до 64 лет включительно, а также для граждан в возрасте 65 лет и старше проводится общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ);

Для кого проводится 2 этап диспансеризации?

Граждане, нуждающиеся по результатам 1 этапа диспансеризации в дополнительном обследовании, направляются врачом-терапевтом на 2 этап, который проводится по медицинским показаниям с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния).

При выявлении у гражданина в процессе профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации медицинских показаний к проведению осмотров (консультаций) врачами-специалистами, исследований и мероприятий, включая осмотр (консультацию) врачом-онкологом при выявлении подозрений на онкологические заболевания визуальных и иных локализаций, не входящих в объем профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации, они назначаются и выполняются в соответствии с положениями о порядке оказания медицинской помощи по профилю выявленного или предполагаемого заболевания (состояния), с учетом стандартов медицинской помощи, а также на основе клинических рекомендаций.

Какие мероприятия проводятся в рамках скрининга, направленного на раннее выявление онкологических заболеваний?

1. В рамках профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации проводятся:
 - а) **скрининг на выявление злокачественных новообразований шейки матки (у женщин):**
 - в возрасте 18 лет и старше – осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом 1 раз в год;
 - в возрасте от 18 до 64 лет включительно – взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки 1 раз в 3 года;
 - б) **скрининг на выявление злокачественных новообразований молочных желез (у женщин):**
 - в возрасте от 40 до 75 лет включительно – маммография обеих молочных желез в двух проекциях с двойным прочтением рентгенограмм 1 раз в 2 года;



- в) скрининг на выявление злокачественных новообразований предстательной железы (у мужчин):
 - в возрасте 45, 50, 55, 60 и 64 лет – определение про-стат-специфического антигена в крови;
 - г) скрининг на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки:
 - в возрасте от 40 до 64 лет включительно – исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом 1 раз в 2 года;
 - в возрасте от 65 до 75 лет включительно – исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом 1 раз в год;
 - д) осмотр на выявление визуальных и иных локализаций онкологических заболеваний, включающий осмотр кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щитовидной железы, лимфатических узлов;
 - е) скрининг на выявление злокачественных новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки:
 - в возрасте 45 лет – эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара).
2. На втором этапе диспансеризации с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) при наличии медицинских показаний в соответствии с клиническими рекомендациями по назначению врача-терапевта, врача-хирурга или врача-колопроктолога проводятся:
- а) исследования на выявление злокачественных новообразований легкого: рентгенография легких или компьютерная томография легких;
 - б) исследования на выявление злокачественных новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки:
 - эзофагогастродуоденоскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказываю-

щих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара);

- в) исследования на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки:
- ректороманоскопия;
 - колоноскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара).

Как пройти диспансеризацию, если вы работаете?

Работники при прохождении диспансеризации в порядке, предусмотренном законодательством в сфере охраны здоровья, имеют право на освобождение от работы на один рабочий день один раз в три года с сохранением за ними места работы (должности) и среднего заработка.

Работающие пенсионеры, а также работники предпенсионного возраста (в течение пяти лет до наступления пенсии), имеют право на освобождение от работы на два рабочих дня один раз в год с сохранением за ними места работы (должности) и среднего заработка.

Работник освобождается от работы для прохождения диспансеризации на основании его письменного заявления, при этом день (дни) освобождения от работы согласовывается (согласовываются) с работодателем (ТК РФ Статья 185.1.).

Органы управления здравоохранением субъекта РФ обязаны организовать прохождение гражданами профилактических мероприятий, в том числе в вечерние часы и в субботу, а также предоставить возможность дистанционной записи на приемы (осмотры, консультации и т.п.) в рамках профилактических мероприятий.

**Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13.03.2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».*



Защитники прав пациентов в России

Жалобы о нарушении права и требования об устранении нарушений:

- вышестоящему лицу (главврачу, начальнику управления здравоохранения, руководителю органа управления здравоохранения и социального развития субъекта РФ);
- в органы Росздравнадзора и Роспотребнадзора;
- в ОВД, прокуратуру и суд.

Заявления:

- о проведении служебной проверки по факту нарушения и причинения вреда – руководителю органа управления здравоохранения и социального развития субъекта РФ (система этого ждет, но делать этого не стоит, поскольку она не заинтересована в разрешении ситуации в вашу пользу, а вы рискуете получить доказательство – мнение заинтересованных лиц – против себя);
- о проведении прокурорской проверки в случае наличия вреда и в случае неуверенности в виновности врачей – в прокуратуру по месту происшествия;
- о возбуждении уголовного дела – в ОВД, прокуратуру или в органы в субъектах РФ Следственного комитета при Генеральной прокуратуре РФ;
- в случае уверенности (и желательно при наличии хотя бы каких-то доказательств) в виновности врачей;
- иски о возбуждении искового производства – в гражданский суд.



**Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения
и социального развития «Горячая линия» Росздравнадзора**

8 800 550 99 03

**Территориальный орган росздравнадзора
по Псковской области**

Руководитель	ЛЕЖНИН Владимир Петрович
Сайт	60reg.roszdravnadzor.ru
Адрес	180007, Россия, Псковская область, ул. Р. Люксембург, д. 12
Телефон справочной службы	8 (8112) 56-52-64
e-mail	info@reg60.roszdravnadzor.ru

Прокуратура и правоохранительные органы

Псковская областная прокуратура

Адрес	180000, г. Псков, ул. Плехановский посад, д. 6
Телефон	8 (8112) 69-83-10, 69-83-34
Телефон дежурного прокурора	8 (8112) 69-83-79
Факс	8 (8112) 69-83-11, 69-83-14
e-mail	info@prokuratura.pskov.ru

Прокуратура г. Пскова

Прокурор города	ТЕЛЬНОВ Константин Юрьевич
Адрес	180000, г. Псков, ул. Некрасова, д. 54
Приемная	8 (8112) 69-84-20
Канцелярия	8 (8112) 69-84-19
Факс	8 (8112) 69-84-79



Комитет по здравоохранению Псковской области

Адрес	180001, г. Псков, ул. Некрасова, д. 23
Телефон	8 (8112) 29-98-99 (доб. 100)
e-mail	zdrav-kadry@obladmin.pskov.ru

Медицинская акционерная страховая компания


Центральный офис
филиала АО «МАКС-М»
в г. Пскове

Телефон
(многоканальный)

e-mail


В Центре устойчивого развития Псковской области работает «горячая линия», на которую можно сообщить информацию о проблемах с качеством медицинского обслуживания, партнером в организации «горячей линии» выступает Псковское региональное отделение «Ассоциации юристов России». Звонки принимаются по телефону: **8 (953) 235-67-67**.


Горячая линия проекта
«Права пациента
на бумаге и в жизни»:

 **+7 953 235-67-67**

Центр устойчивого развития
Псковской области:

 **г. Псков, ул. Ленина, д. 7**

 **+7 911 351-33-98**

 **+7 (8112) 29-10-95**

 **csdpr@csdpr.ru**

 **vk.com/csdpr**

 **csdpr.ru**