

// СПРАШИВАЛИ? ОТВЕЧАЕМ!

Нужно ли менять полис ОМС в 18 лет

На вопросы, которые поступили во время прямой линии с читателями газеты, отвечает консультант отдела организации ОМС Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области – Кузбасса Татьяна Наумова.

– **Нужна ли замена полиса по достижении ребёнком 18 лет? И как осуществляется смена детской медицинской организации на взрослую?** – интересуется Ксения, г. Кемерово.

– При достижении ребёнком совершеннолетия замена полиса ОМС не требуется. А смена медицинской организации с детской поликлиники на взрослую происходит автоматически.

Как только ребёнку исполняется 18 лет, его полис ОМС открепляется от детской поликлиники и прикрепляется к взрослой поликлинике, которая по территориальной принадлежности соответствует тому адресу места жительства, который числится в базе страховой компании, где был оформлен полис ОМС. Уточнить поликлинику прикрепления можно в личном кабинете на портале «Госуслуги» или обратившись в контакт-центр Террито-

риального фонда по телефону 8-800-200-60-68.

Если уже совершеннолетний молодой человек хочет прикрепиться к другой медицинской организации, то ему необходимо подать заявление в выбранную медорганизацию. Сделать это можно лично, обратившись в регистратуру выбранной медицинской организации с письменным заявлением, либо через личный кабинет на портале «Госуслуги».

– **Есть ли у пациента право самостоятельно выбрать больницу для госпитализации по ОМС или это решает только лечащий врач?** – хочет знать Елизавета, г. Полысаево.

– У гражданина есть право выбора медицинской организации для получения специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного или



дневного стационара в плановой форме.

Если вам необходимо провести какое-то оперативное лечение, то лечащий врач при оформлении направления может предложить на выбор несколько медицинских организаций, которые распо-

лагают всеми необходимыми ресурсами, чтобы оказать данный вид медицинской помощи с учётом сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой.

Если гражданин остановит выбор на медицинской организации, в которую сложилась большая очередь, и срок ожидания специализированной медицинской помощи в плановой форме превышает срок ожидания медицинской помощи, установленный территориальной программой, то врач выдаст направление именно в эту медицинскую организацию и сделает соответствующую отметку в медицинских документах пациента.

А с 1 сентября 2025 года в соответствии с новым Порядком выбора медицинской организации гражданам нужно будет письменно подтверждать, что они были заранее проинформированы врачом о сроках ожидания плановой медицинской помощи в выбранной медицинской организации. Это нововведение в какой-то мере позволит избежать в дальнейшем получения необоснованных жалоб на нарушение утверждённых сроков ожидания плановой медицинской помощи.

Пётр Романов.