

С 1 сентября 2026 года в российской системе здравоохранения вступают в силу обновленные правила оказания медицинской помощи по полису ОМС. Ключевая цель нововведений — прекратить практику навязывания платных услуг пациентам, которые имеют право на бесплатное лечение.

Теперь медицинские учреждения обязаны в первую очередь информировать пациента о возможности получить необходимую помощь бесплатно, в рамках государственных гарантий. Перед предложением платной процедуры врач или администратор должен ознакомить пациента с альтернативой и получить его подпись на специальном бланке, подтверждающем, что он уведомлен о своем праве. Без этого документа предлагать платные услуги запрещено.

Клиникам также запрещено сокращать объем помощи по ОМС или искусственно затягивать очереди для пациентов, которые отказываются от дополнительных расходов. Если же гражданин добровольно выбирает услуги на коммерческой основе, ему обязаны предоставить подробный расчет стоимости и предупредить о возможности изменения итоговой цены.

Вводится и ряд бюрократических послаблений: при заключении договора на платные услуги больше не требуется предъявлять паспорт. Однако для обслуживания по полису ОМС документ, удостоверяющий личность, остается обязательным.

Еще одно важное изменение — цифровизация процесса. Результаты диагностических исследований, анализов и протоколы лечебных мероприятий теперь должны загружаться в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) в течение одного рабочего дня. После этого данные автоматически появляются в личном кабинете пациента на портале «Госуслуги». При этом у гражданина сохраняется право запретить выгрузку своих персональных данных.

В случае повторных попыток навязать платные услуги эксперты советуют обращаться в свою страховую медицинскую организацию. Именно страховщики, по замыслу разработчиков, должны стать главными защитниками прав застрахованных лиц.

Агентство Бизнес Новостей, Санкт-Петербург