



+ Актуально +

С 1 января 2018 года вступил в силу новый Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Минздрава России от 29.10.2017 №869н. Новый документ отменил действовавший ранее Порядок, регламентированный приказом Минздрава РФ от 03.02.2015 №36ан, и внес ряд изменений в правила проведения диспансеризации взрослых граждан.

Текст: Ольга Титова

Новым Порядком изменены объемы диспансеризации, то есть перечень осмотров (консультаций), исследований и других медицинских манипуляций в рамках первого и второго этапов, периодичность ряда исследований для определенных категорий граждан и т.д.

В частности, в соответствии с новым порядком более активно проводится онкоскрининг – исследования, направленные на раннюю диагностику онкологических заболеваний и факторов риска их развития. Так, маммография для женщин в возрасте от 51 года до 69 лет теперь обязательна 1 раз в два года, также каждые два года будут обследовать граждан от 49 лет на предмет выявления рака прямой кишки (анализ кала на скрытую кровь), определение простат-специфического антигена в крови для мужчин выполняется в рамках первого этапа диспансеризации.

Следует отметить, что любые манипуляции, не включенные в объем диспансеризации, могут назначаться пациенту по показаниям.

Диспансеризация – это комплекс медицинских мероприятий, включающий в себя профилактический осмотр и дополнительные обследования, направленные на оценку состояния здоровья человека.

Диспансеризация дает возможность выявить ряд заболеваний, которые являются основной причиной инвалидности и смерти, на ранней стадии, когда лечение наиболее эффективно, или значительно снизить риск их развития. Сюда относятся болезни сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания, сахарный диабет, патологии органов дыхания.

По данным Челябинского областного центра медицинской профилактики, в 2017 году диспансеризацию прошли около 400 тысяч человек. Выявлено 1229 случаев новообразований, из них 531 – злокачественные. Лидирующее место среди впервые выявленных заболеваний занимают болезни системы кровообращения – 18031 случай. Сахарный диабет диагностировали у 1618 человек.

В 2018 году пройти диспансеризацию могут граждане Российской Федерации, которые родились в 1919, 1922, 1925, 1928, 1931, 1934, 1937, 1940, 1943, 1946, 1949, 1952, 1955, 1958, 1961, 1964, 1967, 1970, 1973, 1976, 1979, 1982, 1985, 1988, 1991, 1994, 1997 годах. Нужно отметить, что индивидуальным информированием о необходимости прохождения диспансеризации активно занимаются страховые медицинские организации. Человека, которому в текущем году нужно с профилактической целью посетить поликлинику, уведомят об этом с помощью СМС, по телефону, по электронной почте, письмом. Для прохождения диспансеризации необходимо с паспортом и полисом ОМС обратиться в поликлинику по месту жительства, предварительная запись не требуется. В регистратуре направят к терапевту либо в кабинет медицинской профилактики, где заполнят карту прохождения диспансеризации, выдадут направления на необходимые обследования. Диспансеризация проводится за счет средств обязательного медицинского страхования (бесплатно для пациента).

Диспансеризация по новым правилам

36 лет и старше

- Определение простат-специфического антигена в крови 45 лет и 51 год
- Осмотр (консультация) хирургом или урологом 45 лет и 51 год при повышении уровня простат-специфического антигена в крови более 1 нг/мл

1 этап

- Опрос (анкетирование)
- Антропометрия, расчет индекса массы тела
- Измерение артериального давления
- Определение уровня общего холестерина в крови
- Определение уровня глюкозы в крови натощак
- Определение относительного сердечно-сосудистого риска 21–39 лет
- Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска 42–63 года
- Флюорография легких

Онкоскрининг:

- исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом 49–75 лет 1 раз в 2 года
- Маммография обеих молочных желез 39–48 лет 1 раз в 3 года 50–70 лет 1 раз в 2 года

45 лет и старше

- Электрокардиография (в покое) 1 раз в 3 года
- Измерение внутриглазного давления от 60 лет и старше 1 раз в 3 года
- Осмотр (прием) терапевта: 1 раз в 3 года всем, 1 раз в 2 года – гражданам с выявленными изменениями при исследованиях, проводимых 1 раз в 2 года
- Индивидуальное профилактическое консультирование, направление на углубленное профилактическое консультирование вне рамок диспансеризации

45 лет и старше

- Осмотр фельдшером (акушеркой), мазок с поверхности шейки матки и цервикального канала на цитологическое исследование 30–60 лет 1 раз в 3 года

45–72 года

- Осмотр (консультация) неврологом по показаниям
- Дуплексное сканирование брахицефальных артерий по показаниям

2 этап

- Осмотр (консультация) хирургом или колопроктологом, проведение ректороманоскопии от 49 лет и старше при положительном анализе кала на скрытую кровь, по другим медицинским показаниям
- Колоноскопия по показаниям
- Спирометрия по показаниям
- Осмотр (консультация) оториноларингологом от 75 лет по показаниям
- Осмотр (консультация) офтальмологом от 60 лет по показаниям
- Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование.
- Прием (осмотр) врачом-терапевтом, а также направление на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации

54–72 года

- Осмотр (консультация) акушером-гинекологом 30–69 лет с выявленными патологическими изменениями по результатам цитологического исследования мазка с шейки матки и (или) маммографии

+ Актуально +

В ОМС включен новый вид помощи пожилым пациентам

Некоторые возрастные изменения, которые люди привыкли называть спутниками старости, такие как: ухудшение слуха и зрения, слабость, рассеянность, на самом деле могут являться признаками синдрома старческой астении. Если его не контролировать, он может привести к постепенному снижению функционирования организма, ухудшению состояния здоровья, наступлению инвалидности или преждевременной смерти.

Текст: Алина Сорокина

Рост доли лиц пожилого и старческого возраста и высокий уровень заболеваемости у данной категории больных привел к увеличению объема гериатрической медицинской помощи. Вследствие этого

с января 2018 года в системе ОМС впервые установлен специальный тариф на основе новой клинико-статистической группы «Старческая астения» для наблюдения пожилых пациентов. Теперь пожилые люди могут пройти обследование, и при подтверждении диагноза бесплатно получить необходимую медицинскую помощь. Оплата случаев лечения будет производиться за счет ОМС в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «гериатрия». Оформить ее вправе любая медицинская организация, с численностью прикрепленного населения пожилого и старческого возраста от 20 000 человек.

В соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 06.10.2017 № 1843 будет проведена обширная работа по внедрению и оснащению гериатрических отделений и кабинетов в медицинских ор-



+ Справка +

Старческая астения – это ассоциированный с возрастом, физиологический синдром, основными клиническими проявлениями которого являются общая слабость, медлительность и непреднамеренная потеря веса. Помимо этого могут наблюдаться такие симптомы как: ухудшение памяти и способности к анализу, потеря аппетита, депрессия, падения, ухудшение слуха и зрения. Все эти симптомы могут проявляться на фоне различных заболеваний, что затрудняет диагностику. Кроме того, сама старческая астения зачастую является причиной психических нарушений, проявления которых могут быть очень похожими на заболевания сердца, нервной системы, кишечника или других органов. Поэтому лечением данного синдрома у пожилых людей должен заниматься врач гериатр, только он может распознать симптоматику и назначить лечение с учетом произошедших возрастных изменений.

ганизациях, по дополнительной профессиональной подготовке врачей и среднего медицинского персонала.

Для получения специализированной гериатрической помощи на первичном этапе необходимо обратиться к своему участковому врачу-терапевту, он при выявлении симптомов направит вас на консультацию к врачу-гериатру, или при наличии показаний выдаст направление на госпитализацию в гериатрическое отделение.

На данный момент медицинскую помощь по профилю «гериатрия» оказывает семь медицинских организаций, три в городе Магнитогорске, одна в Миассе, и три из них находится в Челябинске – это Городская клиническая больница № 6, Городская клиническая больница № 11 и Челябинский областной клинический терапевтический госпиталь для ветеранов войн.

В Челябинской области увеличилось финансирование бесплатной медицинской помощи

В 2018 году стоимость региональной территориальной программы ОМС по сравнению с предыдущим годом выросла на 24% и составила 43 млрд рублей.

Текст: Дина Кравченко

Решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в 2018 году произошло увеличение тарифов по всем видам медицинской помощи: амбулаторно-поликлинической, стационарной, скорой медицинской.

Финансовые средства будут направлены, прежде всего, на выполнение Указа Президента РФ по повышению заработной платы медицинских работников, а также внедрение новых видов медицинской помощи, оказываемых за счет средств ОМС.

Так, дополнительных финансовых средств потребует проведение профилактических мероприятий. С 2018 года меняется порядок проведения диспансеризации населения. Изменился перечень проводимых исследований, которые стали более ориентированы на онкодиагностику, а также для некоторых возрастных категорий населения увеличилась кратность ее прохождения с одного раза в три года до два в два года.

Особое внимание уделяется наиболее сложному и затратному виду стационарной медицинской помощи, оказываемой с использованием высоких технологий. В 2018 году увеличилось количество видов, методов и профилей высокотехнологичной медицинской помощи, финансируемой за счет средств ОМС.

С целью повышения доступности и качества оказания медицинской помощи он-

кобольным с 2018 года оплата медицинских услуг, оказанных такой категории больных в круглосуточном стационаре, будет проводиться с учетом применяемых лекарственных препаратов по химиотерапии.

Повысится доступность реабилитации для пациентов, перенесших тяжелые заболевания, такие как инсульты и инфаркты. Увеличено количество клинико-статистических групп заболеваний по данному профилю и тарифы на их оплату.

Кроме того, с нового года впервые в систему ОМС включили оказание гериатрической помощи в круглосуточном стационаре по специальному тарифу. Речь идет об оказании медицинской помощи пожилым пациентам. Гериатрия ориентирована на лечение и профилактику возрастных заболеваний, в первую очередь, старческой

астении, а также сопутствующих недугов, характерных для людей старших возрастных групп.

«Сегодня медицинские технологии активно развиваются, – сообщила директор ТФОМС Челябинской области Ирина Михалевская, – их внедрение и успешное применение требует дополнительных финансовых ресурсов. Кроме того, позитивные изменения невозможны без качественной работы медицинского персонала. Вливание дополнительных финансовых средств и повышение тарифов на оплату медицинской помощи в рамках ОМС направлено на поддержание достойной заработной платы медицинских работников в соответствии с Указами Президента и на повышение доступности и качества оказываемой ими медицинской помощи жителям Челябинской области».

✦ ТФОМС на страже ваших прав ✦

В 2018 году – бесплатно

Наступил новый 2018 год, это значит, что в силу вступил ряд документов, регламентирующих оказание бесплатной медицинской помощи. О том, какие виды медицинской помощи предоставляются пациентам на бесплатной основе, расскажет «ПРО-ФОМС».

Текст: Дина Кравченко

Основным документом, регламентирующим оказание бесплатной медицинской помощи, является Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год, которая ежегодно принимается Постановлением Правительства РФ. Она устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, а также перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно.

Так, в 2018 году в рамках Программы населению бесплатно предоставляется:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;
 - специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
 - скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
 - паллиативная медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями.
- Жители России имеют право на бесплатное получение медицинской помощи при следующих заболеваниях и состояниях:**
- инфекционные и паразитарные болезни;
 - новообразования;
 - болезни эндокринной системы;
 - расстройства питания и нарушения обмена веществ;
 - болезни нервной системы;

- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения, в том числе болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования);
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- врожденные аномалии (пороки развития);
- деформации и хромосомные нарушения;
- беременность, роды, послеродовый период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.

Необходимо отметить, что в соответствии с законодательством Российской Федерации отдельные категории граждан имеют право на обеспечение лекарственными препаратами, пренатальную диагностику нарушений развития ребенка, неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний, аудиологический скрининг новорожденных детей и детей первого года жизни.

Кроме лечения, в программе уделяется внимание проведению профилактических мероприятий: профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения, детей-сирот и детей, находящихся в

трудной жизненной ситуации и оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных, принятых под опеку в приемную или патронатную семью.

Диспансерное наблюдение предусмотрено в отношении граждан, страдающих социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, а также лиц, страдающих хроническими заболеваниями и функциональными расстройствами.

нарной медицинской помощи в специализированных отделениях по профилю медицинской помощи «медицинская реабилитация» в Челябинском областном центре реабилитации и Пансионате с лечением «Карагайский Бор», обеспечение проезда пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии, к месту лечения и обратно, оказание высокотехнологичной медицинской помо-

Пациентам также необходимо обратить внимание на некоторые изменения сроков оказания медицинской помощи в 2018 году:

Ожидание оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме	Не более 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию
Ожидание оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи,	Не более 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию
для пациентов с онкологическими заболеваниями	не более 14 календарных дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления диагноза заболевания (состояния)
Ожидание приема участкового врача	Не более 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию
Проведение консультации врачей-специалистов	Не более 14 календарных дней с момента обращения пациента в медицинскую организацию
Проведение 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
Срок проведения компьютерной томографии, 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 более 20 минут с момента вызова

Необходимо отметить, что помимо федеральной базовой Программы, в каждом субъекте РФ принимается территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. При этом важно, что условия предоставления медицинских услуг в рамках территориальной программы не могут быть ниже условий базовой программы.

Источниками финансового обеспечения Программы госгарантий являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов, а также средства обязательного медицинского страхования.

Порядок и условия предоставления медицинской помощи, оплачиваемые за счет средств ОМС, изложены в программе ОМС, которая является составной частью территориальной программы государственных гарантий.

В Челябинской области в дополнение к Базовой программе территориальная программа ОМС включает оказание ВИЧ-инфицированным больным стационарной медицинской помощи (за исключением специфической противовирусной терапии) в специализированном инфекционном отделении клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, оказание стацио-

нги по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» с использованием метода лечения «баллонная вазодилатация с установкой стента в сосуд (сосуды)» в ряде медицинских организаций.

Срок ожидания высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме устанавливается в соответствии с законодательством Российской Федерации.

С полным текстом программ государственных гарантий можно ознакомиться на сайте ТФОМС Челябинской области <http://foms74.ru/> в разделе «нормативные документы».

Кроме того, необходимо отметить, что в системе обязательного медицинского страхования работает служба страховых представителей, основной задачей которой является обеспечение и защита прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи. Если у пациента возникли вопросы или проблемы, связанные с получением медицинской помощи в конкретном случае, ему следует незамедлительно обратиться к своему страховому представителю. Контакты страховой компании указаны в каждом полисе ОМС, единый номер контакт-центра в сфере ОМС Челябинской области **8-800-300-10-03** (звонок бесплатный).



+ 25 лет системе обязательного медицинского страхования +

История обязательного медицинского страхования в России: с XIX века до наших дней

В настоящее время мы расцениваем систему обязательного медицинского страхования в России как сравнительно новую, начавшую действовать в 1991 году с принятием закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Тем не менее, медицинское страхование в России имеет свою немалую историю.

Первые сборы с граждан на содержание больниц предложило взять Министерство внутренних дел, в чьем ведении находились вопросы деятельности общественных больниц, почти 170 лет назад в Петербурге.

Согласно Своду законов, городское население распалось на пять различных «сословий» (статья 503):

- почетные граждане (личные и потомственные)
- гильдейское купечество, местное и иногороднее
- мещане или посадские
- ремесленники или цеховые
- рабочие люди.

Сборы вносились с граждан, зарегистрированных по 4-му и 5-му разрядам, а это лакеи, кучеры, дворники, каменщики, землекопы, плотники, мостовщики, печники, и составляли 60 копеек серебром в год, что являлось не очень значительной суммой, равной зарплате за 1,5 дня. Уплата страховых взносов давала право лечиться в общественных больницах.

При этом петербуржцы других категорий – повара, буфетчики, садовники, приказчики – сами взносы не платили. За них платили их работодатели, а об уплате сбо-

ра работникам ставился штамп в паспорте.

Впоследствии сумма сбора с хозяев-наемателей увеличилась до 1 рубля. Кроме того, было решено, что сбор будут платить все категории горожан по принципу: «пусть богатый, который лечится у частного врача, все равно платит за бедного».

Вывод 1870 года звучал так: «Лица, уплатившие по принадлежности означенные сборы, приобретают для себя и семейств своих право на бесплатное лечение в городских больницах».

Были и «льготники», не платившие сборы: члены императорской фамилии, дипломатические и торговые представители, дети до 15 лет, не имевшие средств к существованию, лица, находившиеся в благотворительных учреждениях на полном пансионе, военные и гражданские чиновники. За лечение последних всегда платили ведомства.

При этом надо отметить, что у кушач, мещан и ремесленников еще ранее решения МВД, были особые «общественные» капиталы на лечение своих членов, которые составлялись из обязательных страховых взносов, у них были свои амбулатории и больницы, где кормили и лечили бесплатно. Эти сообщества оплачивали лечение своих сложных больных в городских и частных лечебницах.

В 1861 году был принят первый законодательный акт, вводивший элементы обязательного страхования в России. При казенных горных заводах учреждались товарищества, а при товариществах – вспомогательные кассы, в задачи которых входило: выдача пособий по временной нетрудоспособности, а также пенсий участникам товарищества и их семьям, прием вкладов и выдача ссуд. Чуть позднее работодателям, владельцам фабрик и заводов было предпи-

сано создавать больницы при предприятиях. На 100 работающих полагалась 1 койка.

В 1912 году был принят закон о страховании рабочих на случай болезни и несчастных случаев. Врачебная помощь за счет предпринимателя оказывалась участнику больничной кассы в четырех видах: первоначальная помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях, амбулаторное лечение, родовспоможение, больничное лечение с полным содержанием больного.

Введенные законы позволили государству значительно уменьшить расходы на здравоохранение. В 1912 году почти 80% работающих петербуржцев лечились бесплатно и получали лекарства на своих производствах. В благотворительных учреждениях состояло на учете свыше 107 тысяч человек, и только 70 тысяч все еще лечились за счет государственной казны.

Советская власть начала свою деятельность по реформе социального страхования с Декларации Народного комиссара труда от 30 октября (12 ноября) 1917 г. о введении в России «полного социального страхования». Основные положения Декларации были следующие:

- распространение страхования на всех без исключения наемных рабочих, а также на городскую и сельскую бедноту;
- распространение страхования на все виды потери трудоспособности (на случай болезни, увечья, инвалидности, старости, материнства, вдовства,
- сиротства, безработицы);

Проводимые Советским правительством реформы способствовали осуществлению полного социального страхования на началах полной централизации

В дальнейшем Советская власть отказалась от системы медицинского страхования как проявления капитализма. Декретом от 31 октября 1918 года было утверждено «Положение о социальном обеспечении трудящихся». В новом Положении термин «страхование» был заменен на термин «обеспечение». Это соответствовало концепции Советского правительства о том, что через год после Октябрьской революции капитализм уже ликвидирован, и Россия стала «социалистической».

19 февраля 1919 г. В.И. Ленин подписал Декрет «О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному Комиссариату Здравоохранения», в результате чего все лечебное дело передавалось Народному Комиссариату Здравоохранения и его отделам на местах. Таким образом, кассовая медицина упразднилась. Результаты реформы на первых порах в деле борьбы с инфекционными заболеваниями были достаточно убедительными. Значительно снизился уровень заболеваемости социальными болезнями (туберкулезом, сифилисом и др.), детская смертность и т.д.

В период НЭПа ненадолго страна вернулась к элементам медицинского страхования, но впоследствии, после 1929 года,

система оказания медицинской помощи строилась на остаточном принципе финансирования государством. Как известно, система здравоохранения в СССР обладала как плюсами, которые взяли на вооружение продвинутые страны, так и минусами, приведшими к ее кризису.

Принятие Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» 28 июня 1991 года, можно считать началом нового этапа в развитии социально значимой идеи обязательного медицинского страхования в нашей стране.

Медицинское страхование явилось радикальным переходом от бюджетного финансирования к выделению и изоляции средств, предназначенных для отрасли здравоохранения, не позволяя таким образом урезать ее финансирование. 3,6% от фонда оплаты труда делились между региональным фондом (3,4%) и федеральным фондом (0,2%). Последний уравнивал доступ к медицинской помощи в более бедных регионах и выделял средства в случае катастроф и эпидемий. Страховые компании, получая средства от фондов, контролировали медицинские учреждения, в теории борясь за потребителя и стараясь расходовать средства наиболее эффективно, на благо пациента.

Необходимость совершенствования системы обязательного медицинского страхования привела к принятию Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании» от 29.11.2010 г. №326-ФЗ, положения которого существенным образом изменили систему оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ. Кроме того, реформирована вся система взаимодействия между субъектами и участниками обязательного медицинского страхования.

Так, застрахованные граждане обладают максимально широкими правами по выбору страховой медицинской организации и медицинской организации для оказания услуг по ОМС: это право получить бесплатную медицинскую помощь при наступлении страхового случая на всей территории РФ, право самостоятельного выбора и замены страховой медицинской организации без участия работодателя один раз в год, а также право выбора медицинской организации из участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

Также закон снял излишние административные барьеры для участия медицинских организаций в системе ОМС, устанавливая уведомительный порядок участия в системе ОМС любой медицинской организации или индивидуального предпринимателя, имеющих право на осуществление медицинской деятельности.

Основополагающими в современной сфере обязательного медицинского страхования являются принципы пациентоориентирования, на которых строятся отношения между всеми участниками системы: медицинскими организациями, страховыми компаниями и застрахованными



Контакт-центр в сфере ОМС: 8-800-300-1-003

Группа «ВКонтакте»: www.vk.com/foms74

№1–2 (71), Январь-февраль 2018 года
Pro-ФОМС
 Информационное издание
 территориального фонда ОМС Челябинской области

Издание зарегистрировано в Управлении
 Федеральной службы по надзору
 в сфере связи, информационных
 технологий и массовых коммуникаций
 по Челябинской области. Свидетельство
 о регистрации СМИ ПИ №У74-01084 от
 12 мая 2014 года.

Учредитель и издатель:
 Территориальный фонд обязательного
 медицинского страхования Челябинской
 области. 454080, г. Челябинск,
 ул. Труда, 156, тел. (351) 211-38-51
 E-mail: mail@foms74.ru, www.foms74.ru
 Распространяется бесплатно.

Адрес редакции:
 454080, г. Челябинск, ул. Труда, 156,
 тел. (351) 211-38-51. E-mail: pressa@foms74.ru
 Главный редактор Д.А. Кравченко.
 Дизайн и верстка:
 PA PRO. Копейск, ул. Сутягина, 15,
 тел. (35139) 77-107

Отпечатано:
 Газета опечатана ЗАО «Прайм Принт Челябинск»
 с оригинал-макетов редакции. ИФН 7452045482.
 г. Челябинск, ул. Липовая, 63.
 Тираж: 25 000 экз. Заказ №36507
 Подписано в печать: 16.02.2018 г.
 по графику 16.00, фактически 16.00
 Дата выхода: 19.02.2018 г.