



Медпомощь не по правилам

С начала 2022 года в страховые медицинские организации поступило более 3,5 млн обращений от пациентов по вопросам бесплатного оказания медпомощи по ОМС. Что интересует больных? На что жалуются пациенты? Комментируют эксперты страхования

«Call-центры, созданные страховыми компаниями, работают практически как службы экстренной помощи, в режиме 24/7, 365 дней в году. Это значит, что по любому вопросу и в любой час времени к страховому представителю можно обратиться со своей проблемой, касающейся оказания медпомощи», – отмечает вице-президент Всероссий-

ского союза страховщиков Дмитрий Кузнецов.

Сейчас, по данным Всероссийского союза страховщиков (ВСС), в структуре нарушений более 50% составляют факты несоблюдения порядка и стандартов оказания медпомощи, а также клинических рекомендаций. В ходе совместной со Всероссийским союзом пациентов Прямой

линии «Защита прав застрахованных» эксперты ОМС составили рейтинг самых острых вопросов, а также рассказали о возможностях страховых медицинских организаций в их решении.

Сроки получения медицинской помощи в поликлиниках

Вопросы сроков ожидания медицинской помощи в амбулаторном звене традиционно являются самыми острыми – нужно оперативно записаться на прием, а запись к специалисту недоступна. Эксперты ОМС констатируют, что по закону терапевт должен принять пациента в срок не более 24 часов с момента обращения в поликлинику, а «узкий» врач-специалист – в срок не более 14 рабочих дней с момента получения пациентом соответствующего направления. Если же у пациента острая боль, повышение температуры, то медицинская помощь оказывается без записи. В большинстве таких случаев речь идет о неотложной медицинской помощи. В Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи установлено, что в течение двух часов с момента об-

ращения в медицинскую организацию пациента должен принять врач. Также при наличии острой боли можно вызвать неотложную помощь на дом.

К сожалению, часто бывает, что сроки не соблюдаются. В этом случае эксперты ОМС рекомендуют обратиться к руководству медицинской организации, и если проблема на этом уровне не будет решена, тогда – в страховую медицинскую организацию. «Страховые представители сделают все возможное, чтобы медицинская помощь была оказана в срок. Для этого есть все ресурсы: начиная от звонка в администрацию медицинской организации и заканчивая проведением экспертизы качества медицинской помощи с последующим применением экономических санкций к медицинской организации в случаях, если установлены нарушения, – подчеркивает эксперт рабочей группы по развитию ОМС Всероссийского союза страховщиков, советник генерального директора «Капитал-МС» Михаил Пушкиков. – В ситуациях, когда в поликлинике нет определенного «узкого» специалиста или необходимого оборудования для обследования, врач дол-