**Что делать, если отказывают в предоставлении бесплатных услуг по ОМС**

К кому обращаться, если отказывают в бесплатном лечении в больнице по ОМС, почему могут отказать и сколько займет процесс разбирательств в страховой компании в [интервью «Газете.Ru»](https://www.gazeta.ru/business/news/2025/02/04/24990884.shtml) рассказала эксперт проекта НИФИ Минфина России «Моифинансы.рф» Ольга Дайнеко.

Перечень услуг, которые можно получить по полису ОМС (обязательного медицинского страхования) достаточно обширный. В рамках программы бесплатно предоставляется: первичная (неотложная в том числе), специализированная (узкопрофильными специалистами), высокотехнологичная, паллиативная и скорая медицинская помощь. Спектр медицинских услуг включает в себя не только лечение выявленных заболеваний, но и диагностику/профилактику и реабилитацию. При этом на экстренную помощь (при жизнеугрожающих состояниях) могут рассчитывать все без исключения, вне зависимости от наличия полиса ОМС.

Все медицинские услуги, которые обязаны предоставляться, содержатся в базовой (федеральной) и территориальной программах. При этом территориальная программа дополняет базовый перечень в зависимости от бюджетных возможностей региона. Несмотря на то, что отказ в предоставлении медицинских услуг, содержащихся в перечне программ не допускается, пациенты могут столкнуться с отказами в предоставлении услуг по ОМС. По общему правилу отказ может быть только по следующим причинам:

-услуга не входит в перечни программ оказания медицинской помощи по ОМС (например, косметические, эстетические процедуры/хирургия, не связанные с лечением заболевания);

-лечение без назначения врача, а также медицинские услуги без показаний (когда пациент настаивает на услуге в отсутствие медицинских оснований). Например, если пациент требует кардиологическое лечение (коронография с установкой стента), но пациент не прошел необходимые обследования, не получил рекомендации/направление на процедуру или не имеет к ней показаний;

- когда пациент обращается для оказания плановой услуги в медучреждение, к которому он не прикреплен или без направления от другой медицинской организации (исключение-неотложные случаи: например, когда человек находится в отпуске/командировке или по другой причине далеко от дома и ему требуется первичный прием, обследования в случае заболевания или госпитализация);

- нет полиса ОМС (человек не зарегистрирован в системе ОМС). Если документа нет при себе-это не повод для отказа. При этом отсутствие полиса не является препятствием для оказания экстренной помощи.

- отказ в диспансеризации, если год рождения не входит в график ее проведения (например, если пациенту менее 40 лет и он уже проходил диспансеризацию год назад). Однако в этом случае у пациента есть право на профилактический медицинский осмотр;

-медучреждение не работает в системе ОМС.

Если возникают проблемы с оказанием медицинских услуг, помощь не оказывается, есть нарушения в сроках оказания медицинской помощи, отказывают в записи на прием или иные нарушения, необходимо:

- обратиться к администрации медучреждения (написать письменное заявление для устранения нарушений на имя заведующего отделением/учреждением, руководителя медицинской организации). На этой стадии урегулирования претензии пациента можно разрешить значительную часть возникающих проблем;

-если обращение к руководству медучреждения не помогло, нужно обратиться в свою страховую компанию (очно или по телефону горячей линии или онлайн через чаты поддержки). Представитель страховой организации обязан проконсультировать, принять жалобу и оказать содействие в разрешении возникшей ситуации или вопроса;

- далее можно подать жалобу в территориальный орган управления здравоохранения (Министерство здравоохранения), Росздравнадзор и ТФОМС (территориальный фонд обязательного медицинского страхования).

Если при оказании медицинской помощи нанесен ущерб, за его возмещением придется обращаться в суд.

Сроки разрешения возникающих проблем зависят от обстоятельств: по текущим вопросам относительно отказа в записи, принуждения к платным услугам и ряду других ситуация может разрешиться в течение нескольких дней (например, уже после обращения страховой компании в медучреждение «найдется» и нужный врач и время приема). Общие сроки рассмотрения жалоб составляют от 10 до 60 дней (в зависимости от необходимости проведения экспертизы качества медицинской помощи). В целом на результат по обращению с жалобой можно рассчитывать в срок, не превышающий 30 дней.

Узнать о перечне и стоимости уже оказанных медицинских услуг можно через запрос выписки об объеме оказанных по ОМС услуг через портал Госуслуги.