

По оценке Межрегионального союза медицинских страховщиков (МСМС), ряд страховых компаний Свердловской области доводит до суда более 70% обоснованных жалоб граждан, при этом значительная часть обращений связана с неудовлетворительной работой лечебного учреждения, взиманием денежных средств, отказами в оказании медицинской помощи – эти вопросы могут и должны решаться на досудебном этапе.

«Критерий эффективности работы страховой компании – это не столько число выигранных в суде процессов, сколько количество застрахованных, довольных качеством и сроками оказанной им медицинской помощи. Иными словами, если конфликт может быть оперативно решен в стенах лечебного учреждения, страховая организация должна приложить максимум усилий, чтобы примирить стороны: это повышает доверие граждан к системе здравоохранения и обязательного медицинского страхования», – сказал президент МСМС Дмитрий Кузнецов.

За первое полугодие 2012 года в ТФОМС Свердловской области и страховые медицинские организации, работающие на территории субъекта, поступило 315 обоснованных жалоб. Треть обратившихся столкнулась с неоправданным взиманием денежных средств, остальные были, в основном, недовольны качеством медицинской помощи и организацией работы лечебного учреждения – очередями в регистратуре, отсутствием талонов к узким специалистам и т.д.

Источник: [НЭП'08](#) , 27.07.12