

## О деятельности филиала ООО «РГС-Медицина» - «Росгосстрах-Хабаровск-Медицина» по защите ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ лиц в 2014 ГОДУ

ФИЛИАЛ осуществляет обязательное медицинское страхование на территории Хабаровского края в соответствии с Лицензией и на основании договоров, заключенных с ТФ ОМС Хабаровского края и медицинскими организациями.

По состоянию на 31.12.2014 в Филиале было застраховано **106 442** человека (8% от общей численности населения Хабаровского края). Одним из главных направлений в работе Филиала является защита прав застрахованных лиц (далее – ЗЛ) на получение бесплатной, качественной и доступной медицинской помощи, контроль ее объемов, сроков и условий предоставления. Данная работа ведется по нескольким направлениям: это и три вида планового контроля объемов, сроков, условий и качества предоставления медицинской помощи (далее – МП); рассмотрение обращений и жалоб ЗЛ; информирование ЗЛ об их правах и обязанностях.

Всего за 2014 год в Филиал поступила **91 жалоба** (142% к уровню 2013 года, 2013 год - 64), из которых 25 письменных (208% к уровню 2013г., 2013 год – 12) и 66 устных (127% к уровню 2013г., 2013 год - 52).

### Структура жалоб

	Количество жалоб январь-декабрь 2013 год			Количество жалоб январь-декабрь 2014 год		
	письменные	устные	обоснованные	письменные	устные	обоснованные
<b>Поступило жалоб</b>	<b>12</b>	<b>52</b>	<b>29</b>	<b>25</b>	<b>66</b>	<b>36</b>
Организация работы МО	2	18	9	4	23	9
Этика и деонтология медицинских работников						
КМП	9	5	5	16	6	10
Лекарственное обеспечение	0	8	1	0	4	0
Отказ в медицинской помощи по программе ОМС	0	7	4	2	19	11
Взимание денежных средств за мед. помощь по программе ОМС	1	14	10	2	14	6
Прочие причины (виды качество, условия предоставления мед. помощи)						

Обоснованными из 91 жалобы признано 36 (124% к 2013г., 2013 г. - из 64 обоснованных-29).

### Структура обоснованных жалоб

	Количество обоснованных жалоб 2013 год	Количество обоснованных жалоб 2014 год
Жалоб всего, по причинам:	<b>29</b>	<b>36</b>
взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС	<b>10</b>	6
КМП	5	<b>10</b>
организация работы МО	9	9
отказ в медицинской помощи по программе ОМС	4	<b>11</b>
этика и деонтология медицинских работников	0	0

В сравнении с 2013 годом, в 2014 году общее количество жалоб возросло, в т.ч. письменных. В структуре причин обоснованных жалоб 2014 года обращает внимание снижение количества жалоб на взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе обязательного медицинского страхования - в 2 раза, но в то же время рост количества жалоб на качество медицинской помощи (далее – КМП) в 2 раза.

Филиалом принимаются меры к разрешению споров и конфликтных ситуаций, возникающих в ходе оказания медицинской помощи между застрахованными гражданами и медицинскими организациями на уровне досудебного разбирательства.

Все 36 обоснованных жалоб разрешены в 2014 году в досудебном порядке, кроме того одна обоснованная письменная жалоба была удовлетворена в судебном порядке с материальным возмещением.

### В ходе рассмотрения всех письменных жалоб застрахованных проведены целевые ЭКМП

По результатам целевых ЭКМП в 7-ми случаях к медицинским организациям применены экономические санкции на общую **сумму 51 468,30 руб.**, по кодам дефектов: 3.2.1 (невыполнение лечебных и диагностических мероприятий, не повлиявших на исход), 3.2.3 (повлиявших на исход), 4.2. (ведение документации).

## Общие результаты экспертиз качества медицинской помощи за 2014 год

	январь-декабрь 2014 года
Проведено экспертиз КМП	6586
Амбулаторно-поликлинической помощи (количество экспертных случаев)	4032
Стационарной (количество экспертных случаев)	1447
Стационарзамещающей (количество экспертных случаев)	318
Скорой медицинской помощи	789
Плановых (количество экспертных случаев)	6193
Целевых (количество экспертных случаев)	393
По обращениям застрахованных	62
Выявлено нарушений	137

**Количество выявленных дефектов составило 2% от всех экспертиз КМП.**

Для проведения экспертиз КМП в 2014 году привлекались внештатные врачи-эксперты из Единого реестра экспертов КМП, в том числе эксперты вне региона (всего 25, из них 7 ДМН, 6 КМН). Результатом рассмотрения жалоб является отсутствие повторных обращений ЗЛ и жалоб на действия СМО.

### Мероприятия, направленные на информирование застрахованных лиц о правах в сфере ОМС

1. С августа 2009 года работает круглосуточная «горячая линия» (8 - 800-100-82-02), позвонить на которую можно бесплатно из любого региона РФ. За 2014 год на КДС поступило 469 обращений от застрахованных в филиале.

2. С 2011 года действует официальный сайт Филиала (<http://www.rgs-oms.ru>) на котором организован прием обращений граждан в виде форума по вопросам защиты прав застрахованных и организации медицинского страхования. Суммарное число обращений через сервис сайта в 2014 год в разрезе нашего филиала составило 11.

3. Все Офисы Филиала оборудованы информационными стендами с размещением информации о действующем законодательстве и правах застрахованных граждан, также стендам и плакатами оборудуются медицинские организации.

4. Выпущены информационные справочники в виде памяток 4 видов: права и обязанности ЗЛ, правила прохождения диспансеризации, получение бесплатной медицинской помощи, деятельность СМО (общим тиражом **14 тыс. шт.**), листовок (общим тиражом **10500**), буклетов (общим тиражом **9000**), информационных плакатов (общим тиражом **27**).

5. В печатных СМИ размещено **6** публикаций суммарным тиражом **120 тыс. экз.**

6. В конце 2014 года филиалом был разработан видеоролик о правах и обязанностях застрахованных лиц в системе ОМС, с целью размещения на видеомониторах в медицинских организациях в зонах ожидания пациентов.

7. Проведение социологических опросов вне медицинской организации и в медицинской организации, всего опрошено 813 ЗЛ с целью

определения уровня удовлетворенности условиями и качеством полученной МП. (90% удовлетворенности КС и АПП)

В ряде проблем, не разрешенных СМО, выделяем:

1) отсутствие четкой методики в решении конфликтных ситуаций, возникающих между ЗЛ и медицинской организацией.

2) отсутствие в СМО информации о выделенных объемах (квотах) на разного рода диагностические процедуры вне медицинской организации и о систематическом движении квот.

3) отсутствие *отработанного* механизма маршрутизации пациентов.

4) не соблюдение со стороны медицинской организации обязательств, возложенных типовым договором на оказание и оплату МП по ОМС (п. 5.4).