

от 15 марта 2017 г. № 9/2

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

|  |
| --- |
| Комитета Государственного Совета Республики Татарстан по социальной политике и Комиссии Государственного Совета Республики Татарстан по контролю за реализацией государственных программ в сфере здравоохранения  |
| О реализации законодательства об обязательном медицинском страховании в части защиты прав застрахованных лиц страховыми медицинскими организациями |

Заслушав и обсудив информации Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан» (далее – ТФОМС РТ), страховых медицинских организаций «АК БАРС-Мед», «Спасение», «Чулпан-Мед», а также учитывая результаты посещений депутатами Государственного Совета Республики Татарстан контакт-центра страховой медицинской компании «АК БАРС-Мед», депутаты Комитета и Комиссии отмечают следующее.

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» Территориальный фонд обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации осуществляют отдельные полномочия страховщика – Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Страховые медицинские организации осуществляют отдельные полномочия страховщика в соответствии с указанным Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемого с территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

Деятельность по защите прав застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями осуществляется по следующим направлениям:

работа с обращениями граждан, досудебная и судебная защита,

публичное и индивидуальное информирование населения,

контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования,

мониторинг удовлетворенности пациентов доступностью и качеством медицинской помощи.

В Республике Татарстан в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, включены:

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС-Мед» (3 185 110 застрахованных лиц),

Закрытое акционерное общество «Страховое медицинское общество «Спасение» (302 894 застрахованных лиц),

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская организация «Чулпан-Мед» (291 997 застрахованных лиц).

 **Работа с обращениями граждан,** **досудебная и судебная защита**

По информации ТФОМС РТ, в 2016 году в ТФОМС РТ и страховые медицинские организации поступило 597 370 обращений граждан по вопросам обязательного медицинского страхования, из них 99,8% обращений поступило в страховые медицинские организации (далее – СМО), и 0,2% в ТФОМС Республики Татарстан. По телефону «горячей линии обратились 96 781 человек. Из поступивших обращений 71,9% составили заявления граждан, 28% касались консультаций, данных гражданам специалистами ТФОМС РТ и страховых медицинских организаций. Основные причины обращений за консультациями – обеспечение полисами ОМС, выбор или замена страховой медицинской организации, организация работы медицинской организации.

В целях обеспечения прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, формирования системы персонифицированного учета и контроля за рассмотрением обращений граждан в Республике Татарстан с 1 июля 2016 года функционирует Контакт-центр в сфере обязательного медицинского страхования, где работает телефон «горячей линии» номер 8-800-200-51-51 (звонок бесплатный) по приему и рассмотрению устных обращений граждан, интегрированный с многоканальными телефонами страховых медицинских организаций.

Во всех страховых медицинских организациях функционируют диспетчерские службы с бесплатным федеральным телефонным номером. Количество обращений на телефоны «горячей линии» в 2016 году уменьшилось в 1,7 раз и составило 57,9% от всех устных обращений.

В 2016 году ТФОМС РТ и страховыми медицинскими организациями рассмотрено 1 238 жалоб, из них признаны обоснованными – 971 (78,4%). Количество жалоб по сравнению с 2015 годом уменьшилось на 319 (в 1,3 раза). В структуре причин обоснованных жалоб на первом месте жалобы о нарушении прав граждан, связанные с организацией работы медицинской организации (34,0%), на втором – в связи с отказами в предоставлении медицинской помощи по программе ОМС (23,3%), взиманием денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС (19,5%), ненадлежащим качеством медицинской помощи (17,1%).

В рамках досудебного разбирательства при решении споров и конфликтных ситуаций, возникших между застрахованным лицом и медицинской организацией, было рассмотрено 971 обоснованных жалоб, из них удовлетворено – 846 (86,6%). Общая сумма материального возмещения составила 387 572 рубля, в том числе на один случай 4 784,8 рубля (в 2015 году – 3 332,8 рубля).

Страховой компанией «АК БАРС-Мед» рассмотрено 783 жалобы, из них 632 признаны обоснованными, 545 (86% от числа обоснованных) удовлетворены в досудебном порядке. Сумма, возмещенная застрахованным гражданам медицинскими организациями в досудебном порядке, составила более 310 тыс. рублей.

Количество рассмотренных судебных исков – 24, из них удовлетворено – 11. Сумма, возмещенная медицинскими организациями в судебном порядке, составила 1 362 165,3 рублей.

Страховым медицинским обществом «Спасение» рассмотрено 273 жалобы, из них признано обоснованными – 213, удовлетворены в досудебном порядке 179 с материальным возмещением более 40 тыс. рублей.

Страховой медицинской организацией «Чулпан-Мед» в 2016 году рассмотрено 26 804 обращений граждан, из которых большую часть (88,3%) составили заявления о выборе и замене страховой медицинской организации. 1 435 обращений поступило по телефону «горячей линии». В контакт-центр в 2016 году поступило 70 жалоб, в том числе 43 на организацию работы медицинской организации (из них 31 обоснованная), в связи с отказом в оказании медицинской помощи – 20 (из них 14 обоснованных). В досудебном порядке удовлетворены 93 жалобы, рассмотрено 7 случаев с материальным возмещением, сумма возмещения медицинской организацией составила 36 952 рублей.

**Публичное и индивидуальное информирование застрахованных лиц**

ТФОМС РТ и страховыми медицинскими организациями проводится следующая работа по информированию застрахованных лиц об их правах в сфере ОМС: распространение информационно-разъяснительных материалов, в том числе через средства массовой информации, акции по правам пациентов, публичные выступления.

В 2016 году организовано 7 выступлений на радио и 25 на телевидении, размещено 210 публикаций в СМИ, проведено 344 выступления в трудовых коллективах и 119 в коллективах медицинских работников, выпущено свыше 800 тыс. единиц печатной продукции на двух государственных языках. В памятках отражены наиболее волнующие население вопросы времени ожидания плановой госпитализации и диагностических исследований, порядка обращения в страховые медицинские организации. В медицинских организациях на 62 плазменных панелях размещены презентации для пациентов «Бесплатная медицинская помощь в поликлинике» и «Выбор медицинской организации и врача».

С 2014 года ТФОМС РТ и страховыми медицинскими организациями проводятся акции по правам пациента, где застрахованные лица получают информацию по вопросам обеспечения полисами ОМС, выбора и замены страховой медицинской организации, лекарственного обеспечения, условий предоставления медицинской помощи. Организуются консультации по первичной медицинской документации экспертами качества (неврологами, кардиологами, травматологами, эндокринологами и другими узкими специалистами). В 2016 году проведено 16 акций по правам пациента в 16 муниципальных районах республики, в рамках которых осуществлено 2,5 тыс. консультаций.

В 2016 году страховой компанией «АК БАРС-Мед» проведено 4 акции по правам пациента в Актанышском, Агрызском, Спасском и Пестречинском муниципальных районах и 13 заседаний «круглых столов» с участием 180 застрахованных лиц, а также 94 представителей медицинских организаций и управлений здравоохранения. В ходе заседаний обсуждались проблемы застрахованных лиц при получении медицинской помощи в рамках ОМС, а также медицинских организаций (нехватка кадров и оборудования, организация работы и пр.).

 Страховым медицинским обществом «Спасение» в г .Нижнекамске проведено 3 акции «Знай свои права», в ходе которых осуществлялось информирование граждан о правах в сфере обязательного медицинского страхования, а также консультирование по вопросам получения полиса ОМС, выбора и замены медицинской организации и лечащего врача, сроков ожидания медицинской помощи, возврата денежных средств, затраченных на лечение. Количество консультаций по данным мероприятиям составило 260.

Штатными работниками страховой медицинской организации «Чулпан-Мед» и врачами-экспертами были проведены акции по правам пациентов в Алексеевской центральной районной больнице, Бавлинской центральной районной больнице, Муслюмовской центральной районной больнице и Джалильской районной больнице.

Также проведено 22 встречи в коллективах (застрахованных, медицинских работников) с разъяснением прав и обязанностей застрахованных в системе обязательного медицинского страхования и охраны здоровья граждан.

Еженедельно представителями страховой медицинской организации осуществлялся выход в [Детскую городскую больницу с перинатальным центром г. Нижнекамск](http://xn----7sbnd1aifo8a2b.xn--p1ai/images/2016/grafik-upoln-nignekamsk-2016.pdf)а, [Городскую поликлинику № 20 г. Казани](http://xn----7sbnd1aifo8a2b.xn--p1ai/images/2016/grafik-upoln-kazan-2016.pdf).

**Проведение социологических опросов по вопросам удовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощи**

ТФОМС РТ и страховыми медицинскими организациями проводятся социологические опросы населения по выявлению удовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощи. Опросы проводятся в медицинских организациях, осуществляющих деятельность по территориальной программе ОМС (амбулаторно-поликлинических учреждениях, стационарах, дневных стационарах).

Всего в 2016 году опрошено 4 852 человек в 68 медицинских организациях. Результаты социологических опросов ежеквартально размещались на сайте ТФОМС РТ.

В ходе опросов выяснилось, что доля граждан, удовлетворенных качеством медицинской помощи, составляет 71,8%; больше удовлетворены, чем не удовлетворены – 21,0%; не удовлетворены – 1,4%; удовлетворены не в полной мере – 4,2%, затруднились ответить – 1,5%.

При этом показатели удовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощи следующие:

в амбулаторно-поликлинических учреждениях: 61,1 % – удовлетворены, 2,5% – не удовлетворены, 27,7% – больше удовлетворены, чем не удовлетворены; 6,9% – удовлетворены не в полной мере, 1,8% – затруднились ответить;

в стационарах: 76,2% – удовлетворены; не удовлетворены –1,1; больше удовлетворены, чем не удовлетворены – 17,5%; удовлетворены не в полной мере – 3,7%, затруднились ответить – 1,5%;

при получении стационарозамещающей медицинской помощи: 78,3 % –удовлетворены, 17,8% – больше удовлетворены, чем не удовлетворены; 1,9% –удовлетворены не в полной мере; не удовлетворены – 0,7%; 1,3% – затруднились ответить.

Основные причины неудовлетворенности: недостаточная оснащенность медицинской организации современным медицинским оборудованием, неполный комплекс предоставляемых медицинских услуг, недостаточная обеспеченность медикаментами и расходными материалами, ненадлежащее санитарно-гигиеническое состояние медицинской организации, длительное время ожидания прибытия машины скорой помощи.

В 2016 году ТФОМС РТ совместно «Татмедиа» и «Татар-информ» проведены тематические опросы об удовлетворенности деятельностью страховых медицинских организаций, в ходе которых было опрошено 447 человек (12% опрошенных страховая медицинская организация помогла решить проблему, связанную с получением медицинской помощи).

**Работа страховых представителей**

С 2013 года в медицинских организациях, на деятельность которых поступало наибольшее количество жалоб, ТФОМС РТ и страховыми медицинскими организациями была организована работа страховых представителей – уполномоченных по правам пациента, которые оперативно решают вопросы организации медицинской помощи при возникновении конфликтных ситуаций, проводят разъяснительную работу с пациентами и медицинскими работниками.

В 2016 году страховые представители работали в 16 наиболее проблемных медицинских организациях.

Всего к ним обратились за консультациями 3 438 человек. В оперативном порядке решено 47 конфликтных ситуаций, из них 44 признаны обоснованными.

В рамках индивидуального информирования пациентам роздано 21 473 экземпляра информационно-разъяснительных материалов (памятки, брошюры, листовки, визитки) о порядке организации, видах, условиях предоставления медицинской помощи по ОМС. Организовано 39 выступлений перед медицинскими работниками по вопросам взаимодействия участников ОМС по обеспечению прав застрахованных лиц.

Представителями страховых медицинских организаций были выявлены следующие нарушения прав застрахованных лиц при получении медицинской помощи по ОМС:

нарушение сроков ожидания консультации врача-офтальмолога при оказании медицинской помощи в плановой форме в амбулаторных условиях, а также записи на диагностическое исследование (УЗИ почек); невозможность проведения холтеровского мониторирования в связи с отсутствием медицинской аппаратуры в ГАУЗ «Городская поликлиника № 21» г. Казани;

нарушение сроков ожидания консультации врача-невролога при оказании медицинской помощи в плановой форме в амбулаторных условиях в ГАУЗ «Камский детский медицинский центр» г. Набережные Челны;

взимание личных денежных средств за лекарственный препарат в период лечения в дневном стационаре в ГАУЗ «Городская больница № 5» г. Набережные Челны;

направление пациентов на отдельные диагностические исследования на платной основе без должного информирования о возможности получения этих исследований бесплатно в рамках программ ОМС; нарушение сроков ожидания консультаций врачей-специалистов при оказании медицинской помощи в плановой форме в амбулаторных условиях в ГАУЗ «Городская поликлиника № 8» г. Казани;

невозможность получения консультаций врачей-специалистов (оториноларинголога, кардиолога) в связи с их отсутствием в ГАУЗ «Лениногорская центральная районная больница».

В обязанности страховых медицинских организаций входит информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, обеспечение информирования застрахованных лиц и их законных представителей, в том числе по обращениям и путем организации работы с застрахованными лицами уполномоченных лиц страховой медицинской организации (страховых представителей I и II уровня).

В рамках информационного сопровождения организуется информирование застрахованных лиц о:

медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, режиме их работы;

праве выбора (замены) и порядке выбора (замены) страховой медицинской организации, медицинской организации и врача;

порядке получения полиса;

видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ;

прохождении диспансеризации в соответствии с Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения;

прохождении профилактического медицинского осмотра в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра взрослого населения;

перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости (на основании поданных медицинскими организациями в страховую медицинскую организацию реестров счетов за оказанную медицинскую помощь);

выявленных нарушениях по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам (по обращениям застрахованных лиц).

По состоянию на 1 января 2017 года количество страховых представителей страховых медицинских организаций составило 83 человека, из них:

 представителей I уровня (специалисты контакт-центров страховых медицинских организаций, предоставляющие по устным обращениям граждан информацию по вопросам обязательного медицинского страхования справочно-консультационного характера) – 22;

представителей II уровня (специалисты страховых медицинских организаций, деятельность которых направлена на организацию информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, на защиту прав и законных интересов застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования) – 61 человек.

Вместе с тем следует отметить ряд проблем. Система защиты прав застрахованных лиц выстраивается на соблюдении медицинскими организациями стандартов оказания медицинской помощи, которые приняты не по всем видам заболеваний. Их отсутствие затрудняет для страховой медицинской организации мотивированную защиту пациента.

Актуальной остается проблема оказания бесплатной медицинской помощи иногородним гражданам. В соответствии с федеральным законодательством предусмотрено право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Отказ в оказании такой медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются, экстренная медицинская помощь тоже оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно, отказ в ее предоставлении недопустим. Однако известны случаи отказа иногородним гражданам в оказании медицинской помощи или взимания денежных средств при оказании неотложной медицинской помощи.

В соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг медицинская организация обязана предоставить пациенту в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы ОМС. Вместе с тем в действительности это правило не всегда соблюдается.

Исходя из вышеизложенного Комитет и Комиссия ПОСТАНОВЛЯЮТ:

1. Принять к сведению информации Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан», страховых медицинских организаций «АК БАРС-Мед», «Спасение», «Чулпан-Мед».

2. Предложить Министерству здравоохранения Республики Татарстан проработать варианты типовой маршрутизации пациентов при прохождении диспансеризации в целях индивидуального сопровождения страховым представителем застрахованного лица.

3. Рекомендовать Государственному учреждению «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан», страховым медицинским организациям «АК БАРС-Мед», «Спасение», «Чулпан-Мед» усилить работу по информированию граждан в части защиты прав застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования.

4. Рекомендовать Государственному учреждению «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан»:

4.1. Продолжить работу по совершенствованию функционирования Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Татарстан.

4.2. Организовать и провести телефонный опрос граждан по итогам рассмотрения их обращений страховыми медицинскими организациями.

 5. Предложить страховым медицинским организациям «АК БАРС-Мед», «Спасение», «Чулпан-Мед»:

5.1. Организовать работу страховых представителей по информационному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.

5.2. Организовать и провести телефонный опрос застрахованных лиц в целях уточнения своевременности исполнения медицинской организацией мероприятий по организации привлечения населения к прохождению профилактических мероприятий (диспансеризации), выявления причин отказов от них. Анализ результатов опроса довести до сведения Министерства здравоохранения Республики Татарстан и Государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан».

5.3. Усилить работу по информированию застрахованных лиц о системе обязательного медицинского страхования и деятельности страховой медицинской организации, информированию и привлечению застрахованных лиц к прохождению профилактических осмотров, предусмотрев увеличение расходов на финансирование в 2017 году данного направления.

6. Контроль за выполнением настоящего постановления возложить на председателя Комитета – Комиссии С.М. Захарову.

|  |  |
| --- | --- |
| Председатель Комитета – Комиссии  |  С.М. Захарова |