



ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ПРИМОРСКОГО КРАЯ"
(ГУ ТФОМС ПК)

ул. Пологая, 21, г. Владивосток, 690091, Телефон: (423) 240 24 45, факс: (423) 240 18 05, E-mail: mailbox@tfoms.primorye.ru
ОКПО 31169891, ОГРН 1022502260648, ИНН/КПП 2540013343/254001001

03.04.2014 № 83-1/08
На № 13-22/122 от 12.03.2014

Председателю комитета по
социальной политике и защите прав
граждан Законодательного Собрания
Приморского края

И.С. Чемерису

Уважаемый Игорь Святославович!

ГУ ТФОМС ПК направляет Вам информацию о деятельности страховых медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) Приморского края.

В 2013 году в системе обязательного медицинского страхования Приморского края работали три страховые медицинские организации (ООО «ВСК-Милосердие» Дальневосточный филиал, ООО СМО «Восточно-страховой альянс», ЗАО СГ «Спасские Ворота-М» филиал Владивостокский), 123 медицинские организации.

По состоянию на 01.01.2014 численность застрахованных по ОМС в крае составила 1 926 858 чел., в том числе работающих 676 570 чел., неработающих 1 250 288 чел. Застрахованное население края было распределено между СМО следующим образом:

- ООО СМО «Восточно-страховой альянс» - 1 451 191 чел.,
- ЗАО СГ «Спасские ворота-М» Филиал Владивостокский – 434 962 чел.;
- ООО «ВСК-Милосердие» Дальневосточный филиал – 40 705 чел.

Страховые медицинские организации осуществляют отдельные полномочия страховщика в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2010

Законодательственные органы
Приморского края

Комитет по социальной политике
и защите прав граждан

Входящий № 13/143

10 апреля 2014 г.

№ 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования с ГУ ТФОМС ПК (типовая форма договора утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 № 1030н);

Медицинские организации осуществляют свою деятельность в сфере ОМС на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию со страховой медицинской организацией (типовая форма договора утверждена приказом Минздрава России от 24.12.2012 № 1355н).

В целях обеспечения прав застрахованных на получение бесплатной медицинской помощи (медицинских услуг) надлежащего качества, в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС и договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также обеспечение эффективности и рациональности использования финансовых средств ОМС страховые медицинские организации осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, путем проведения:

- медико-экономического контроля,
- медико-экономической экспертизы,
- экспертизы качества медицинской помощи.

Так, в 2013 году в СМО было предъявлено к оплате более 9 млн. счетов за медицинскую помощь, оказанную по территориальной программе ОМС и, соответственно, проведен **медико-экономический контроль** всех счетов.

Специалистами СМО организованы и проведены экспертизы объемов и качества медицинской помощи по 170 206 страховым случаям, что в 1,4 раза превышает количество экспертных случаев, рассмотренных в 2012 году. Из них:

медико-экономические экспертизы проведены по 136 260 страховым случаям,

экспертизы качества медицинской помощи - по 33 946 страховым

случаям. Из них проведено тематических экспертиз по более чем 50 тысячам страховых случаев (по таким социально значимым заболеваниям как «инфаркт миокарда», «инсульт», и др.). Учитывая значимость тематических ЭКМП для формирования общей системной оценки объемов и качества оказанной медицинской помощи, эксперты качества медицинской помощи в ходе их проведения оценивали:

- качество оказания медицинской помощи при социально значимых заболеваниях: «инфаркт миокарда», «инсульт», онкологических заболеваниях,
- качество оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, до и после родов;
- качество проведения диспансеризации подростков в детских поликлиниках г. Владивостока и Приморского края и др.

Информация о выявленных дефектах при оказании медицинской помощи регулярно доводится до департамента здравоохранения Приморского края для анализа и принятия управленческих решений.

В 2013 году по результатам вневедомственного контроля объемов и качества медицинской помощи было выявлено 26 183 нарушения, что составило 14,5% от всех рассмотренных страховых случаев (в 2012 году выявлено 17 892 нарушения, что составило 13,7% от проверенных 130 553 страховых случаев).

Основные нарушения, выявленные при проведении экспертиз объемов и качества медицинской помощи:

- дефекты оформления первичной медицинской документации - 14 250 нарушений или 54,4% от общего количества нарушений (в 2012 году - 62%);
- нарушения при оказании медицинской помощи – 7 639 или 29,2% от всех выявленных нарушений (в 2012 году – 22,0% от всех нарушений);
- нарушения информированности застрахованных лиц – 2 043 или 7,8% от всех нарушений (в 2012 году – 1,7%);
- нарушения, связанные с предъявлением на оплату реестров счетов - 1 154 или 4,4% от всех нарушений (в 2012 году – 14,0%);

- нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц - 162 или 0,6% от всех нарушений (в 2012 году - 0,2%);

- взимание платы с застрахованных лиц за медицинскую помощь – 141 или 0,5% от всех нарушений (в 2012 году – 0,15%).

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС к медицинским организациям применены финансовые санкции на сумму – 50 358 834,3 руб. (в 2012 - 49 409 549,6 руб.), в том числе:

- по результатам МЭК – 4 130 884,7 руб.;
- по результатам МЭЭ – 31 453 984,6 руб.);
- по результатам ЭКМП – 14 773 965 руб.

В соответствии с действующим законодательством СМО ведут работу с обращениями и жалобами граждан.

В 2013 году в СМО от застрахованных лиц поступило 697 048 обращений, что в 1,3 раза больше количества обращений, поступивших за аналогичный период 2012 года (554 308 обращений). Как и в 2012 году, рост числа обращений был обусловлен увеличением количества заявлений о выборе, замене страховой организации и о переоформлении полиса ОМС.

В 2013 году отмечается положительная динамика уменьшения количества обоснованных жалоб, составивших – 139 жалобы (или 68% от общего числа поступивших жалоб (205)) (в 2012 году признаны обоснованными 168 жалобы (или 62% от общего числа жалоб (269))).

Структура основных причин обоснованных жалоб представлена ниже:

1) жалобы на взимание денежных средств по программам ОМС – 44 или 32 % от общего числа обоснованных жалоб;

2) жалобы на качество медицинской помощи (КМП) – 30 от общего числа обоснованных жалоб или 22 %;

3) жалобы на организацию работы медицинской организации – 32 или 23 % от общего числа обоснованных жалоб;

4) жалобы на отказ в предоставлении медицинской помощи по

программам ОМС – 26 или 19 % от общего числа обоснованных жалоб.

В 2013 году наиболее часто граждане жаловались:

- на отсутствие участковых терапевтов и педиатров, врачей – специалистов, детских неврологов и офтальмологов, ревматологов, кардиологов, отоларингологов и других);

- на отсутствие диагностического оборудования;

- на необходимость оплачивать из личных средств диагностические исследования, консультации врачей–специалистов, эндоскопические вмешательства, металлоконструкции.

С отказами в оказании медицинской помощи граждане преимущественно сталкивались при получении плановой первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях. Наличие у граждан (по мнению медицинского персонала) недействующего медицинского страхового полиса, отсутствие прописки на территории обслуживания медицинской организации, отсутствие врачей - специалистов и диагностического оборудования – таковы наиболее частые поводы для отказов в предоставлении медицинской помощи, в последующем приводившие к жалобам застрахованных лиц на медицинские организации.

В 2013 году в рамках проведения социологических исследований специалистами СМО опрошено 6 838 человек, что в 3 раза превысило количество граждан, опрошенных в 2012 году. Показатель охвата анкетированием населения, проживающего на территории Приморского края, составил 0,7% (при минимальном нормативе, указанном в методических рекомендациях ФФОМС - 0,01%).

Результаты социологических опросов показали, что в целом удовлетворены медицинской помощью 79 % опрошенных граждан, что несколько ниже результатов 2012 года (81%). Уровень удовлетворенности амбулаторно-поликлинической помощью в 2013 году остался на прежнем уровне и составил 73,5%.

Удовлетворенность стационарной и стационарозамещающей

медицинской помощью снизилась: стационарной с 86,6% до 85,5%, стационарозамещающей - с 91,0% до 88,3%.

Наибольший процент граждан, удовлетворенных качеством медицинской помощи, отмечен при получении стационарозамещающей медицинской помощи – 88,3% (в 2012 году - 91%).

Наибольший процент граждан, не удовлетворенных качеством медицинской помощи, отмечен при получении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи – 18,5% от общего количества опрошенных граждан (в 2012 году – 16,4%).

В ходе анкетирования были отмечены основные причины неудовлетворенности респондентов:

необходимость использования личных денежных средств на оплату диагностических исследований, эндоскопических операций, проведения коронарографии, приобретения металлоконструкций для остеосинтеза переломов костей, неудовлетворительное материально-техническое и санитарно-гигиеническое состояние учреждений, однообразное питание, низкая доступность врачей – специалистов, недоброжелательность и невнимательность медицинского персонала, длительное время ожидания приема врача и др.

Результаты социологических опросов направляются руководителям медицинских организаций и в департамент здравоохранения Приморского края для принятия управленческих решений.

Одним из важных видов деятельности СМО является информирование граждан о правах в системе ОМС. Формы и методы информирования, используемые страховыми медицинскими организациями, весьма разнообразны: от вручения памяток об ОМС до использования Интернет ресурсов, телевидения. Широко востребованы и радиопередачи, имеющие достаточно широкую и активную аудиторию слушателей, которые следят за всеми вопросами и новациями обязательного медицинского страхования.

Востребованы у населения и телефоны «горячей линии», на которые ежедневно от граждан поступает несколько десятков звонков (всего за 2013 год – 5 017 обращений).

По каждому устному обращению ведется индивидуальная работа: предоставляется необходимая консультативная помощь, справочная информация, поступившие обращения и жалобы разрешаются сразу после звонка. Из числа поступивших обращений, формируются подборки вопросов, которые размещаются в рубриках «вопрос-ответ» на интернет сайтах ГУ ТФОМС ПК и СМО, освещаются в прессе, используются специалистами при встречах с застрахованными гражданами.

В 2013 году публичное информирование граждан осуществлялось 841 раз (в 2012 году - 818 раз), в том числе через:

- сайты СМО – 79;
- печатные средства массовой информации – 51;
- выступления на радио – 17;
- выступления на ТВ - 25 .
- выступления в коллективах застрахованных и медработников - 504.
- оформление в медицинских организациях информационных стендов –

167.

Индивидуальное информирование включило в себя выпуск 983 101 экземпляров разнопланового информационного материала (памяток, брошюр, листовок) (в 2012 году – 555 072).

В целях информирования застрахованных лиц и обеспечения открытости деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования Федеральный фонд проводит оценку деятельности СМО путем сбора и анализа сведений, представляемых СМО и имеющихся в территориальных фондах, по утвержденным показателям и размещает полученную информацию на своем официальном сайте в сети «Интернет». Рейтинг СМО по Российской Федерации и по каждому субъекту Российской

Федерации, а также по показателям в разрезе СМО. Ссылка на рейтинг СМО размещена на сайте ГУ ТФОМС ПК.

В соответствии с действующим законодательством в составе нормированного страхового запаса могут предусматриваться средства на выплаты вознаграждения страховым медицинским организациям за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Перечень показателей для расчета вознаграждения страховым медицинским организациям и методика расчета определяется территориальным фондом обязательного медицинского страхования. При этом средства нормированного страхового запаса, направляемые на указанные выплаты, не могут превышать 5 процентов общего размера средств нормированного страхового запаса.

Действующими договорами о финансовом обеспечении ОМС, заключенными ГУ ТФОМС ПК и страховыми медицинскими организациями, работающими в системе ОМС края, предусмотрена возможность выплаты вознаграждения СМО за выполнение действий, предусмотренных указанными договорами согласно показателям, установленным в приложении № 1 к договорам. Приказами ГУ ТФОМС ПК утверждена методика расчета показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций и создана комиссия по оценке их деятельности. В ГУ ТФОМС ПК ежегодно подводятся итоги деятельности СМО и принимается решение о их вознаграждении.

С уважением,

Директор

Т.А. Бокиевец
Т.А. Бокиевец

В.А. Иванова
(423) 240 25 48