

Председателю комитета
Законодательного Собрания
И.С. Чемерис



Россия, 690091, г. Владивосток, ул. Пологая, 66 Тел./факс: (4232) 40-26-37

03.09.2018г.

№ 1067

« О системе оперативного реагирования на обращения граждан по вопросам качества и доступности медицинской помощи, в том числе скорой медицинской помощи».

Для решения вопросов по организации профилактической помощи застрахованным страховой компанией « Спасские ворота-М» филиал « Владивостокский» в порядке, установленном правилами ОМС, осуществляется информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания медицинской помощи, согласно приказа ФФОМС №88 от 11.05.2016г. «Об утверждении регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи» с 2017 года поквартально проводится информирование граждан о необходимости прохождения диспансеризации, стационарной помощи.

В 2018 году в целях улучшения качества работы с застрахованным населением, АО СГ «Спасские Ворота-М филиал «Владивостокский» проучено 9 страховых представителей 2 уровня, и 2 страховых представителя 3 уровня в 1-ом Московском университете им. Сеченова и Московском институте повышения квалификации ФМБА ,

На 01.09.2018 года в страховой компании работают 12 страховых представителей 1 уровня, 14 страховых представителей 2 уровня, 4 - страховых представителей 3 уровня, всего 30 человек.

Яковлев С.В. 3
Приморского края
Комитет по социальной политике
и защите прав граждан
Входящий № 13/352
03 сентября 2018 г.

Из почти 500 тысяч застрахованных в страховой компании, численность застрахованных лиц включенных в списки для проведения 1 этапа диспансеризации составляет -126 тыс.817 человек, из них, проводимой с периодичностью 1 раз в 3 года — 74903 человека, и проводимой с периодичностью 1 раз в 2 года - 41914 человек.

С января по 1 сентября 2018 года количество осведомленных застрахованных лиц о возможности прохождения диспансеризации 1 раз в 3 года составили 51438 человек (68,7 %) (путем смс-оповещения 37274 человека, 13342 рассылкой почтовых карточек). Доля застрахованных , повторно индивидуально проинформированных о возможности прохождения диспансеризации составило 19920 человек.(38,7%). Доля застрахованных индивидуально проинформированных о возможности прохождения диспансеризации 1 раз в 2 года 27815 человек или (66,7 %), повторно проинформированных 19131 человек или (36,4%)

По результатам диспансеризации поставлены на диспансерный учет в 3 -а группу 12275 человек, 3-б группу- 2540 человек. Направлено на обследование к специалистам- 12231 человек, из них с установленным диагнозом злокачественные новообразования — 166 человек.

С 1 июля текущего года изменился порядок информирования застрахованных, в настоящее время он проводится ежемесячно, что позволяет более динамичнее проводить работу по информированию застрахованных, а также проводить контроль проводимой работы путем обзвонов граждан прошедших или не прошедших диспансеризацию, и отслеживать сроки госпитализации в стационары. Представителем страховой компании в мае-августе текущего года проведены встречи с руководством поликлиник г. Владивостока № 1, 3 ,4, 6, 9, поликлиники №2 г Артема, ЦРБ Надежденский, пос. Новый по проблемным вопросам касающиеся диспансеризации. В данных медицинских учреждениях транслируются видео ролики по приглашению на диспансеризацию , предоставленные страховой организацией. За счет страховой компании подготовлена печатная продукция , приглашение на диспансеризацию, данная продукция передана в поликлинику № 6 в объеме 1500 штук. В настоящее время работа по организации информирования застрахованных проводится в

медицинских учреждениях г. Находка , медицинскими учреждениями г. Уссурийска.

Для более оперативного реагирования касающихся вопросов оказания медицинской помощи застрахованным, страховыми представителями 1 уровня, осуществляется обзвон застрахованных лиц с целью выяснения прохождения госпитализации, удовлетворенности пройденной диспансеризации, а также граждан прошедших 1 этап, но не обратившихся на дальнейшее прохождение диспансеризации при выявленной патологии. При выявлении случаев неполного прохождения диспансерного наблюдения, данные случаи поданные в реестр для оплаты СМО, учитываются страховыми представителями 2 уровня- специалистами - экспертами при проведении экспертиз.

Работа с устными обращениями осуществляется страховыми представителями 1 уровня по телефону в рабочее время с 8.30 до 17.00ч., круглосуточно по телефону «горячей линии», а также в выходные и праздничные дни. Всего в 1 полугодии 2018г. обзвонили 1329 человека, из них не прошли диспансеризацию или прошли не полностью (5%). Из непрошедших 17% - отвечали, что нет времени, не желаю, не считаю нужным; 5% прошли диспансеризацию , но не полностью, 13% жаловались на большие очереди в поликлиниках, 15% сообщили, что не отпускает работодатель. Вопросы требующие более профессионального медицинского подхода к рассмотрению передаются страховым представителям 2 уровня.

Страховыми представителями 2 уровня, проводится сопровождение застрахованных лиц при получении медицинской помощи, работа с обращениями , требующими более полного разъяснения или анализа, консультирование о порядке получения медицинской помощи, участвуют в формировании списков граждан, подлежащих диспансеризации, осуществление контроля прохождения профилактических мероприятий застрахованными лицами, в том числе повторное информирование застрахованных лиц, проинформированных, но не прошедших диспансеризацию. Из всех принятых обращений 97% консультации из них, о выборе МО -25,4% , о выборе врача 3,95 % , о выборе СМО 13.6 % , об организации МО 17 % , о видах , качестве и условиях предоставления медицинской помощи по программе ОМС 24%, взимание денежных средств — 0,38 % , о качестве медицинской помощи- 0,09%.

Страховыми представителями 3 уровня проводится разрешение конфликтных ситуаций при получении застрахованными лицами медицинской помощи, в том числе рассмотрение жалоб, проведение экспертизы по обращениям граждан по вопросам качества оказанной медицинской помощи, проводится контроль соблюдения сроков и профиля госпитализации граждан. Страховые представители 3 уровня являются своего рода посредниками между застрахованными и медицинскими учреждениями.

С 01.01.2018г. по 01.09.2018г. рассмотрено 1069 обращений устных, 54 жалобы, из которых 1 устная и 53 письменных (10 обоснованных). Наибольшее количество обоснованных жалоб было в Надежденской ЦБ, Владивостокской клинической больнице № 2 по 2 случая, в Спасской ЦРП, ГБ № 2 г. Артема, больница ДВОМЦ ФМБА России, Михайловской ЦРБ, КДКБ № 1, ООО МРТ — Эксперт по 1 случаю. Основная масса обоснованных жалоб была на качества оказанной медицинской помощи-6 случаев, 2 случая по взиманию денежных средств (Михайловская ЦРБ, ООО МРТ- Эксперт), отказ в медицинской помощи (Надежденская ЦРБ), 1 случай по организации мед помощи.

Основными причинами обращений застрахованных лиц являлись жалобы на качество медицинской помощи в мед. учреждениях- 42%, по вопросам организации работы медицинских учреждений — 25,8%, об отказах медицинской помощи- 22,6%. За этот период экспертами 3 уровня проведено 48 экспертиз качества медицинской помощи в медицинских учреждениях Приморского края. Большинство выявленных нарушений по обращениям застрахованных было на низкое качество оказания медицинской помощи- 50%, не правомерный отказ в оказании медицинской помощи-20 %, не правомерное взимание денежных средств в медицинском учреждении- 20% , неудовлетворительная организация работы медицинского учреждения- 10 %.

Хочется отметить, что жалоб на работу скорой медицинской помощи практически нет. За текущий период зафиксировано лишь два устных замечания в работе СМП, и то не по оказанию медицинской помощи, а по вопросу транспортировки больного в лечебное учреждение. Экспертами страховой компании при разборе случаев оказания медицинской помощи СМП отмечают нарушения в виде увеличения времени передачи информации с диспетчерской службы линейным

бригадам СМП (данная проблема связана с недостаточным количеством бригад СМП , особенно в г. Владивостоке).

По результатам плановой медико- экономической экспертизы проведено 1682 экспертизы по 34358 случаям. Выявлено страховых случаев содержащих нарушения 1181 (3,4%)

По результатам плановой экспертизы качества проведено 956 экспертиз , рассмотрено 4023 страховым случаям . Выявлено нарушений — 609 (15,1%). В структуре нарушений 34,6% составляет дефекты ведения и оформления первичной медицинской документации, в том числе и ее не предоставление без уважительной причины и 65, 4% нарушения , допущенные медицинскими организациями при медицинской помощи.

При проведении контроля качества медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам, особое внимание уделяется проведению целевых медико-экономических экспертиз и целевых экспертиз качества медицинской помощи. Указанные виды экспертиз проводятся по жалобам застрахованных лиц, случаям летальных исходов, повторным обоснованным обращениям застрахованных лиц за медицинской помощью, первичным выходом на инвалидность, случаям внутрибольничного инфицирования.

За текущий период страховой компанией проведено 498 человек экспертиз по 17206 случаям. Выявлено страховых случаев , содержащих нарушения 162 (0,9%)

Проведено целевых экспертиз качества медицинской помощи 531 , рассмотрено 964 случая . Выявлено случаев , содержащих нарушения 163 (16,8%).

По результатам проведенных экспертиз, а также по результатам разбора жалоб СМО направлены информационные письма в ДЗПК и ТФОМС ПК. Медицинскими организациями в СМО предоставлены планы мероприятий по устранению выявленных недостатков.

В целях уменьшения количества жалоб от застрахованных , оперативного реагирования на проблемы связанные с оказанием медицинской помощи застрахованным , считаем необходимым шире использовать работу контакт центров, а так же представителей всех уровней .

Директор



А.М. Капшитер