

Пояснительная записка по результатам отчетности № ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» по итогам работы за 9 месяцев 2018 года.

Обращения застрахованных лиц

За 9 месяцев 2018 года в ТФОМС и СМО поступило 47361 обращения застрахованных лиц, что на 1,7 % меньше чем за 9 месяцев 2017 года – 48203:

- устных – 9014 (за 9 месяцев 2017 года - 13266), в том числе по телефону «Горячей линии» - 2982 (за 9 месяцев 2017 года – 2052);
- письменных – 38347 (за 9 месяцев 2017 года - 34937), в том числе по сети «Интернет» – 33 (за 9 месяцев 2017 года - 56).

На первом месте – 23300 (за 9 месяцев 2017 года - 23782) обращений по вопросам о выборе и замене СМО.

На втором месте находятся обращения за консультацией (разъяснением) – 9079 (за 9 месяцев 2017 года - 13366), по вопросам об обеспечении полисами ОМС.

Всего за 9 месяцев 2018 года в ТФОМС и СМО поступило 53 жалобы (за 9 месяцев 2017 года - 72 жалобы), из них признаны обоснованными 27 жалоб (за 9 месяцев 2017 года – 35 жалоб), т.е. по сравнению с прошлым годом количество обоснованных жалоб застрахованных лиц уменьшилось на 22,9 %.

Первое место занимают жалобы на качество оказания медицинской помощи – 14 (51,9%), второе место – отказ в медицинской помощи по программе ОМС – 5 (18,5%). На третьем - взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС на территории страхования – 4 (14,8%), на четвертом – организация работы МО – 2 (7,4%). Пятое место занимают жалобы на выбор МО в сфере ОМС – 1(3,7%) и прочие – 1 (3,7%).

Проведена работа по возмещению гражданам в досудебном порядке затраченных денежных средств. За 9 месяцев 2018 года по 3 обращениям по результатам проверочных мероприятий и требований страховой медицинской организации удалось в досудебном порядке восстановить нарушенные права граждан и возместить им затраченные средства на общую сумму 50030 рубль.

За отчетный период в рамках Программы ОМС медицинскими организациями предъявлено 2836,1 тыс. счетов (за 9 месяцев 2017 года - 3125,7 тыс. счетов). Количество принятых к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь 2595,8 тыс. счетов – 91,5% (за 9 месяцев 2017 года 2631,7 тыс. счетов- 84,2 %).

Результаты медико-экономических экспертиз

За 9 месяцев 2018 года страховыми медицинскими организациями проведено 21444 медико-экономических экспертиз (за 9 месяцев 2017 год - 3531). Рассмотрено 46337 страховых случаев оказания медицинской помощи (за 9 месяцев 2017 года 39631 случаев). Выявлено дефектов и нарушений 9578 или 20,7% (за 9 месяцев 2017 года - 9685 (24,4%)) от общего количества рассмотренных случаев.

Сумма штрафных санкций и уменьшения оплаты в связи с выявленными нарушениями по медицинским организациям составила 12789 тыс. руб. (9 месяцев 2017 года – 12308 тыс. руб.)

Структура выявленных дефектов при медико-экономической экспертизе (МЭЭ).

1) Дефекты оформления медицинской документации – 6209 (64,8%) (9 месяцев 2017 года – 4297 (44,4%)):

- непредставление первичной медицинской документации без уважительных причин – 2409 (38,8%) (9 месяцев 2017 года – 1677 (39%));
- дефекты оформления и ведения медицинской документации (неинформационные дневниковые записи, отсутствие диагнозов, отметок о проведенном лечении или обследовании) – 3468 (55,9%) (9 месяцев 2017 года – 2425 (56,4%));
- несоответствие данных первичной медицинской документации счетам и реестрам (несоответствие сроков лечения, диагнозов в первичной медицинской документации предъявленным счетам, пересечение сроков лечения) – 332 (5,3%) (9 месяцев 2017 года – 195 (41,9%));

2) Нарушения при оказании медицинской помощи – 868 (9,06%) (9 месяцев 2017 года – 560 (5,8%)):

- нарушения выполнения порядка и стандартов (невыполнение объема лечебно-диагностических мероприятий) – 707 (81,5%) (9 месяцев 2017 года – 462 (82,5%));
- несоблюдение сроков оказания медицинской помощи (необоснованное укорочение или удлинение сроков лечения) – 152 (17,5%) (9 месяцев 2017 года – 61 (10,9%));
- нарушения, связанные с госпитализацией застрахованного лица – 9 (1,0%) (9 месяцев 2017 года – 37 (6,6%));

3) Нарушения, связанные с предъявлением счетов и реестров (некорректное заполнение полей, несоответствие сроков лечения, диагнозов в первичной медицинской документации предъявленным счетам, пересечение сроков лечения) – 1966 (20,53%) (9 месяцев 2017 года – 4085 (42,17%)).

4) Нарушения информированности застрахованных лиц – 479 (5,0%) (9 месяцев 2017 года – 702 (7,2%)).

5) Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи (нарушения сроков ожидания медицинской помощи в плановом порядке) – 1 (0,01%) (9 месяцев 2017 года – 3 (0,03%)).

6) Прочие нарушения – 55 (0,6%) (9 месяцев 2017 года – 38 (0,4%))- не проведение патологоанатомического вскрытия, расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов, отсутствие лицензии на осуществление медицинской деятельности, не соответствие специальности медицинского работника виду оказываемой помощи, дублирование случаев оказания медицинской помощи, некорректное заполнение полей реестра счетов.

Результаты контроля качества медицинской помощи.

За 9 месяцев 2018 года проведено 16506 экспертиз качества медицинской помощи (за 9 месяцев 2017 года - 3350). Рассмотрено 30672 страховых случаев оказания медицинской помощи (за 9 месяцев 2017 года - 27794). Выявлено 11066 (36,1% от общего количества рассмотренных случаев) дефектов и нарушений качества медицинской помощи (за 9 месяцев 2017 года – 13281 (47,8%)).

Плановые экспертизы – 6838 составляют 41% от общего количества экспертиз (9 месяцев 2017 - 465 что составляет 16%).

Целевые экспертизы - 9668 составляют 59% (за 9 месяцев 2017 года - 2885, что составляет 84 %) из них:

- связанные с летальным исходом при оказании медицинской помощи - 1694 что составляет 24,8% (за 9 месяцев 2017 года - 1599, что составляет 55,4%);

- связанные с жалобами от граждан или их представителей – 144, что составляет 2,1% (за 9 месяцев 2017 года – 78, что составляет 2,7%);

- связанные с повторным обоснованным обращением по поводу одного и того же заболевания - 4443, что составляет 64,98 % (9 месяцев 2016 года – 1190, что составляет 41,2%);

- связанные с заболеванием с удлиненным сроком лечения - 20, что составляет 0,3% (за 9 месяцев 2017 года - 18, что составляет 0,6%);

- связанные с первичным выходом на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей – 492 что составляет 7,2 % (за 9 месяцев 2017 года - 0, что составляет 0,0%)

- связанные с внутрибольничным инфицированием - 42, что составляет 0,6% (за 9 месяцев 2017 года - 0, что составляет 0,0%).

Сумма финансовых санкций, предъявленных медицинским организациям по выявленным нарушениям в результате ЭКМП, составила 16184 тыс. руб. (за 9 месяцев 2017 года - 17501,9 тыс. руб.)

Структура выявленных дефектов при экспертизе качества медицинской помощи (ЭКМП).

1) Нарушения при оказании медицинской помощи 5835 (52,73%), (9 месяцев 2017 года – 5096 (38,4%)):

- нарушения выполнения порядка и стандартов (невыполнение объёма лечебно-диагностических мероприятий) – 5612 (96,2%) (за 9 месяцев 2017 года – 4938 (96,9%));

- нарушения, связанные с госпитализацией – 98 (1,6%) (за 9 месяцев 2017 года – 44 (0,9%));

- несоблюдение сроков оказания медицинской помощи (необоснованное укорочение или удлинение сроков лечения) – 115 (2%) (за 9 месяцев 2017 года – 103 (2,0%));

- прочие нарушения – 10 (0,2%) (за 9 месяцев 2017 года – 11 (0,2%)).

2) Дефекты оформления медицинской документации – 4369 (39,48%) (9 месяцев 2017 года – 5586 (42,1%));

- непредставление первичной медицинской документации без уважительных причин – 706 (16,2%) (9 месяцев 2017 года – 1147 (20,5));
- дефекты оформления и ведения медицинской документации (неинформационные дневниковые записи, отсутствие диагнозов, отметок о проведенном лечении или обследовании) – 3424 (78,4%) (9 месяцев 2017 года – 4241 (76%));
- несоответствие данных первичной медицинской документации счетам и реестрам – 239 (5,5%) (9 месяцев 2017 года – 198 (3,5%)).

3) Нарушения информированности застрахованных лиц – 176 (1,59%) (9 месяцев 2017 года – 250 (1,9%)).

4) Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи – 5 (0,05%) (9 месяцев 2017 года – 0 (0,0%))

5) Нарушения этики и деонтологии – 0 (0,00%) (за 9 месяцев 2017 года – 7 (0,05%)).

6) Прочие нарушения – 680 (6,14%) (9 месяцев 2017 года – 2342 (17,6%)) - не проведение патологоанатомического вскрытия, расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов, некорректное заполнение полей реестра счетов, необоснованное назначение лекарственной терапии, амбулаторные посещения во время пребывания пациента в стационаре.

Финансовые результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

33 820990,50 руб.- направлено страховыми медицинскими организациями в территориальный фонд ОМС на финансовое обеспечение мероприятий, предусмотренных пунктом 3 части 6 статьи 26 Федерального закона 326- ФЗ;

582 760,90 руб.- сумма средств, сформированная территориальным фондом ОМС на финансовое обеспечение мероприятий, предусмотренных пунктом 3 части 6 статьи 26 Федерального закона 326- ФЗ;

34 403751,4 руб.- сумма средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение мероприятий, предусмотренных пунктом 3 части 6 статьи 26 Федерального закона 326- ФЗ.

Изучение удовлетворенности качеством медицинской помощи.

Удовлетворённость объёмом, доступностью и качеством медицинской помощи по данным социологического опроса.

За 9 месяцев 2018 года страховыми медицинскими организациями и ТФОМС Костромской области опрошено 30639 респондентов (9 месяцев 2017 года – 25136). Из числа опрошенных:

	2018	2017
удовлетворены	63,1%	53,0%
не удовлетворены	6,0%	5,5%
частично удовлетворены	26,6%	36,3%
затрудняются в ответе	4,3%	5,2%

Удовлетворенность качеством медицинской помощи по показателям, %								
при амбулаторно-поликлиническом лечении				при стационарном лечении				
Длительность ожидания в регистратуре на прием к врачу, при записи на лабораторные и инструментальные исследования	удовлетворенность работой врачей	доступность врачей-специалистов	уровень технического оснащения медицинских учреждений	длительность ожидания госпитализации	уровень удовлетворенности питания	уровень обеспеченности лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения расходными материалами	уровень оснащенности учреждения лечебно-диагностическим и материально-бытовым оборудованием	
2018 г 75,3	82,1	79,1	76,6	84,3	86,3	94,0	84,8	
2017 г 73,1	77,1	74,9	74,6	77,2	78,6	88,9	82,2	

Информация о представительствах СМО и ТФОМС

Количество медицинских организаций, в которых расположены представительства СМО и ТФОМС за 9 месяцев 2018 года составило 32 (за 9 месяцев 2017 года- 26). В разрезе страховых медицинских организаций:

Филиал АО «МАКС М» в г. Костроме за 9 месяцев 2018 года - 8, (9 месяцев 2017 года- 9);

ООО ВТБ Медицинское страхование в Костромской области за 9 месяцев 2018 года – 14, (9 месяцев 2017 года- 10);

Филиал ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Костромской области - за 9 месяцев 2018 года –10, (9 месяцев 2017 года – 7).

Директор

В.Е. Николаев