**«Организация деятельности по защите прав застрахованных в системе**

**ОМС Республики Дагестан за 2023г.»**

*Начальник отдела*

*защиты прав застрахованных лиц*

*Бакриева Э.А.*

**СЛАЙД 1**

Анализ поступающих обращений граждан, обратная связь с населением республики и застрахованными лицами других территорий, временно пребывающими на территории Республики Дагестан, отображает реальную картину здравоохранения, позволяет выявлять наиболее уязвимые места в его организации и является наиболее эффективным механизмом деятельности Территориальных фондов по защите законных прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС.

**СЛАЙД 2**

Обращения граждан поступают на круглосуточные горячие линии единого «Контакт-центра» системы ОМС, с его 13 филиалами по городам и районам республики и трехступенчатым институтом страховых представителей АО «Макс-М», в отделы защиты прав застрахованных в очном порядке, на адреса почты, электронные адреса, на официальные сайты, на аккаунты социальных сетей.

За 2023 год количество поступивших ТФОМС РД и филиал страховой медицинской организации АО «Макс-М» обращений граждан составило 48 032, что на 15,5% выше показателя аналогичного периода прошлого года (40 665). За указанный период специалистами ТФОМС РД и АО «Макс-М» рассмотрены 585 письменных обращения граждан, включая жалобы, из которых 172 рассмотрены ТФОМС РД, что в 2,2 раза выше показателя 2022г.

**СЛАЙД 3**

Динамика роста обращений за последние годы обусловлена ростом обращений за разъяснениями, преимущественно связанных с доступностью и качеством оказываемой медицинской помощи, при рассмотрении которых гражданам оказывается содействие в экстренном разрешении проблем с получением необходимой медицинской помощи, что предупреждает рост обоснованных претензий граждан и применение экономических санкций к медицинским организациям по вопросам:

*-сроки ожидания медицинской помощи (в том числе онкологической, при болезнях сердечно-сосудистой системы);*

*-вопросы выбора медицинской организации;*

*-вопросов лекарственного обеспечения, в том числе пациентов с онкологическими заболеваниями;*

*-взимания денежных средств, в том числе за лекарственные средства и расходные материалы;*

*-связанные с несоблюдением медицинскими организациями порядков маршрутизации пациентов для получения медицинской помощи и лабораторно-диагностических исследований в иные медицинские организации всех форм собственности, функционирующих в системе ОМС, при отсутствии таковых в поликлинике по месту прикрепления (преимущественно таких видов исследований как КТ, МРТ, МСКТ с контрастированием);*

*-несоблюдением порядка прикрепления населения;*

*-связанным с получением плановой медицинской помощи, вызова врача на дом, при выборе медицинской организации не по территориальному признаку, в том числе медицинских организаций иных форм собственности, имеющих прикрепленное население и др.*

Участились обращения, связанные с предоставлением информации об оказанных медицинских услугах и их стоимости, по требованию Сберстрахования, для осуществления страховых выплат при травмах, в связи с чем, необходимо провести соответствующую работу в медицинских организациях по недопущению фальсификации услуг. За указанный период поступило 115 обращения граждан о перечне оказанной им медицинской помощи и ее стоимости.

Также, наблюдается динамика роста обращений о недостоверных данных об оказанных медицинских услугах, размещенных на портале Государственных услуг. Подобные обращения поступают, в том числе и от граждан, застрахованных в других субъектах РФ. В этой связи, просим принять меры по недопущению представления медицинскими организациями сведений о не оказанной медицинской помощи, во избежание медицинскими работниками уголовной ответственности.

Существенные сложности в доступности оказываемой медицинской помощи населению республики создает отсутствие по настоящее время порядка маршрутизации пациентов для получения необходимых лабораторно-диагностических исследований и специализированной медицинской помощи, с учетом **всех** медицинских организаций, включая иных форм собственности, реализующих Территориальную программу ОМС (ТП ОМС), в соответствии с определенными плановыми объемами, что приводит к превышению сроков ожидания медицинской помощи, утвержденных ТП ОМС, либо застрахованные вынуждены получать ее на платной основе.

**СЛАЙД 4**

*Структура и доля (в структуре) обращений за разъяснениями, связанных с нарушением прав граждан*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***2023г.*** | ***2022г.*** | ***прирост %*** |
| *Обращения за разъяснениями всего, в том числе:* | 47 875 | 40 434 | **15,5** |
| *выбор медицинской организации* | 1493(3,1%) | 1073(2,6%) | **28** |
| *выбор врача* | 389(0,8%) | 378(0,9%) | **2,8** |
| *организация работы МО* | 3812(8%) | 2721(6,7%) | **28,6** |
| *качество оказания медицинской помощи, в т.ч.* | 4936(10,3%) | 4639(11,4%) | **6** |
| *сроки ожидания МП* | 1024(20,7%) | 1143(24,6%) | -10,4 |
| *проведение ЭКО* | 75(1,5%) | 55(1,1%) | **26,6** |
| *при онко* | 76(1,5%) | 67(1,4%) | **11,8** |
| *при ССЗ* | 176(3,5%) | 30(0,6%) | **83** |
| *приХНИЗ* | 11 | - |  |
| *при оказании медицинской помощи несовершеннолетним* | 74(1,4%) | 94(2%) | -21,2 |
| *лекарственное обеспечение, в т.ч.* | 533(1,1%) | 529(1,3%) | **1** |
| *при онко* | 76(14,2%) | 33(6,2%) | **56,5** |
| *при отказе в оказании медицинской помощи* | 29 | 29 | = |
| *взимание денежных средств, в т.ч.:* | 95 | 38 | **60** |
| *за ЛС и расходники* | 63(66,3%) | 29(76,3%) | **54** |
| *о перечне оказанных медицинских услуг и их стоимости* | 72 | - |  |
| *о порядке направления и порядке оказания медицинской помощи за пределами страхования* | 1271(2,6%) | 421(1%) | **67** |
|  |  |  |  |

**СЛАЙД 4**

Количество поступивших письменных жалоб граждан составило 157, что ниже показателя 2022г. на 32% (231). Динамика снижения жалоб обусловлена **тем, что устные жалобы разрешаются на этапе обращения.**

Признаны обоснованными 132 жалоб, что ниже показателя прошлого периода на 31,6% (193). Удельный вес обоснованных жалоб составил 84% от общего количества жалоб, с ростом на 0,5%.

**СЛАЙД 5**

Несмотря на тенденцию к снижению количества обоснованных претензий граждан к медицинским организациям, в структуре, как и в прошлые периоды, основную дефектуру составляют жалобы:

-на организацию работы МО - 55 (41,6%) **– по РФ 10,7%,** в т.ч.:

-на сроки ожидания инструментальных, лабораторно-диагностических исследований, КТ, МРТ – 4(7,2%)

-на этику и деонтологию -1(2%)

-на качество оказываемой медицинской помощи – 47 (35,6%), в т.ч.:

-по профилю онкология – 1(2,1%)

-при летальном исходе – 3(6,3%)

-при проведении медицинской реабилитации – 1(2,1%)

-при болезнях системы кровообращения – 1(2,1%)

-при оказании медицинской помощи несовершеннолетним – 10 (21,2%)

-на отказ в оказании медицинской помощи – 1(0,7%)

-на взимание денежных средств – 12(9%), в т.ч. за:

-лекарственные препараты и расходные материалы – 4(33,3%)

-на нарушение прав на выбор медицинской организации – 3(2,2%), с ростом на 33,3% (2)

-на лекарственное обеспечение – 6(4,5%) – **по РФ 1,1%**

-на недостоверные сведения об оказанных медицинских услугах -8(6%).

Основную долю обоснованных претензий граждан 96,2%(127) составляют медицинские организаций государственной формы собственности. Из 113 ГБУ, участвовавших в реализации ТП ОМС в 2023г. на 47 поступили обоснованные жалобы, что составляет 41,5%.

Жалобы в разрезе медицинских организаций по уровням:

Городские ЦГБ – 66 жалоб (50%),

Районные ЦРБ – 32 жалобы (24,3%),

Республиканские – 27 жалоб (20,5%),

частной формы собственности – 6 жалоб (4,5%),

негосударственные и ведомственные – 1 (0,8%).

**СЛАЙД 6**

По результатам проведенных экспертных мероприятий, 123 МЭЭ, 83 внеплановые ЭКМП, 2 реэкспертизы, к медицинским организациям применены экономические санкции. Сумма средств, возмещенная гражданам медицинскими организациями необоснованно затраченных ими при получении медицинской помощи в рамках ОМС составила 535 314 руб., что на 18% больше, чем за 2022г. (440 045 руб.).

Доля обоснованных жалоб от общего количества жалоб, урегулированных в досудебном порядке, составила 98,5% (целевой критерий по Республике Дагестан на 2023 год – не менее 97%).

2 жалобы при содействии ТФОМС РД направлены на рассмотрение в судебные инстанции, в связи с отказом медицинскими организациями возместить гражданам необоснованно затраченные денежные средства при получении медицинской помощи в рамках ОМС на досудебном этапе.

Обоснованные жалобы в разрезе МО прилагаются.

***Изучение удовлетворенности деятельностью медицинских организаций, доступности и качества оказываемой медицинской помощи***

Как показывает анализ результатов проводимой работы по направлениям деятельности защиты прав застрахованных лиц, причины поступающих обращений и жалоб граждан, неудовлетворенности доступностью и качеством оказываемой медицинской помощи, идентичны.

**СЛАЙД 7**

В соответствии с Приказом Минздрава РФ от 19 июля 2022г. № 495 «Об утверждении методики расчета дополнительного показателя «оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» Федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения РФ», входящего в национальный проект «Здравоохранение», согласно квотной выборке ФФОМС за 2023г. опрошены 6110 респондентов вне медицинской организации.

При плановом среднем значении показателя удовлетворенности 53% (в том числе на ноябрь-декабрь 56%), 50% опрошенных респондентов в целом оценили медицинскую помощь как удовлетворительную, в том числе:

-29% респондентов скорее удовлетворены чем не удовлетворены,

-21% скорее не удовлетворены чем удовлетворены (складывать оба показателя не рекомендуется).

Ответы респондентов по доменам сложились следующим образом:

*«Проблемы получения медицинской помощи»:*

- большую очередность к специалистам, а также к узким специалистам, на исследования отметил – 31% респондентов

- плохое лекарственное обеспечение – 35%

- отсутствие точной диагностики заболевания –20%

- грубое отношение медперсонала –4%

-длительную госпитализацию -13%

**СЛАЙД 8**

В рамках реализации приказа ФФОМС от 28.04.2023г. № 76 «Об утверждении Методики проведения страховыми медицинскими организациями выборочного опроса (анкетирования) застрахованных по ОМС лиц для оценки их удовлетворенности деятельностью медицинских организаций» по результатам анализа проведенных в 2023 году опросов граждан из 5146 респондентов, получавших амбулаторное и стационарное лечение в медицинских организациях республики удовлетворенность деятельностью медицинских организаций выразили в среднем 87%.

**СЛАЙД 9**

- неудовлетворенность ***стационарной*** медицинской помощью выразили 11% опрошенных респондентов за период июнь - декабрь 2023г. Среди причин наибольший показатель:

-сроки ожидания плановой госпитализации – 11,6%

- обеспечение лекарственными препаратами и расходными материалами – 13,8%.

-обеспечение расх.материалами – 14,7%

-организация питания – 11%

-сан-гиг состояние – 11%

-оказание (качество) медицинской помощи – 12%

**СЛАЙД 10**

- удельный вес неудовлетворенных оказываемой ***амбулаторной*** помощью граждан составил 12,8%, с максимальным за сентябрь месяц – 16,1%. Среди причин неудовлетворенности:

-сроки ожидания приема врача-терапевта – 12,1%

- доступность работы узких специалистов – 14,4%

-сроки ожидания проведения диагностических и лабораторных исследований – 14%.

-сан-гиг состояние – 10,1%

-оказание (качество) медицинской помощи – 12%

Перечень медицинских организаций с наименьшими показателями удовлетворенности: г.Махачкала ГБУ РД взрослые поликлиники «№2», «№5», «№7», «№8» «№9»;

ГБУ РД ЦГБ: Дербентская, Избербашская, Каспийская, Кизлярская, Кизилюротовская, г.Южносухокумск.

ГБУ РД ЦРБ: Акушинская, Ахтынская, Бабаюртовская, Белиджинская, Ботлихская, Буйнакская, Гергебильская, Казбековская, Карабудахкентская, Каякентская, Кизилюртовская, Кулинская, Кумторкалинская, Курахская, Кочубейская МСЧ, Левашинская, Ногайская, С-Стальская, Табасаранская, Тарумовская, Хасавюртовская, Цунтинская.

Кроме того, с 2020г. в целях оказания содействия пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в получении необходимой плановой медицинской помощи, изучения удовлетворенности данной категории пациентов диспансерным наблюдением, ТФОМС РД организовано проведение телефонных опросов лиц, перенесших ОКС, ОНМК.

Так, из опрошенных 3642 лиц, перенесших ОКС ОНМК, 566 (15,5%) нуждались в дополнительном осмотре специалистами, 440 (12%) нуждались в реабилитации, 68 (2%) не получали лекарственную терапию (отказывали в поликлинике, либо не знали о возможности получения бесплатных лекарственных средств). Страховыми представителями оказано содействие в получении необходимо медицинской и лекарственной терапии всем пациентам.

***Информирование о правах в сфере ОМС***

**СЛАЙД 11**

Информирование населения по вопросам получения медицинской помощи в рамках ОМС, наряду с работой по обращениям граждан и социологическими опросами, является существенно эффективным механизмом в деятельности по защите прав застрахованных лиц.

За 2023 год в рамках реализации данных мероприятий информировано 1 156 836 граждан о правах в сфере ОМС, посредством индивидуального и публичного способов информирования, в том числе: о возможности прохождения диспансеризации, в том числе углубленной, диспансерного наблюдения; профилактических осмотров; опубликованы 338 статьи в СМИ; 1846 посредством интернет-ресурсов; 15 выступлений на телевидение; ежедневно на телеканале РГВК «Дагестан» транслируется ролик о работе «Контакт-центра» ТФОМС РД и работе страховых представителей, подготовленный Федеральным фондом ОМС; в 52 медицинских организациях транслируется ролики ФФОМС «О работе страховых представителей СМО», ТФОМС РД «О работе единого «Контакт-центра»», АО «Макс-М» «О необходимости прохождения профилактических мероприятий»; проведено 1547 встреч с трудовыми коллективами республики; размещено 378 информационных стендов в медицинских организациях; распространено 72 929 наглядной печатной информации.

ТФОМС РД ежемесячно направляет информацию по обращениям граждан, обоснованным жалобам и результатам социологических опросов в Минздрав РД, руководителям всех медицинских организаций, функционирующих в системе ОМС, для принятия мер по повышению эффективности взаимодействия участников ОМС, недопущению обоснованных жалоб граждан, повышению доступности и качества оказываемой медицинской помощи, а также размещает ее на официальном сайте ТФОМС РД и в средствах массовой информации. Данная информация регулярно обсуждается на Координационном совете по защите прав застрахованных лиц.

**Выводы:**

На сегодняшний день основными сигнальными моментами, которые существенно снижают доступность и качество медицинской помощи, ограничивают права граждан, способствуют росту обоснованных жалоб и требуют управленческих мер остаются вопросы:

-вопросы организации работы медицинских организаций, такие как:

-низкий уровень квалификации медицинских работников;

-отсутствие должного внутриведомстенного контроля;

-отсутствие должной нормативной базы, в частности информации о видах, качестве и условиях оказания медицинской помощи, порядка маршрутизации с учетом **всех** **МО**, участвующих в реализации ТП ОМС, преемственности лечения по уровням;

-искусственно создаваемые ограничения в выборе МО для получения специализированной помощи и ЛДИ;

-ограничения со стороны МО в полноценной защите прав застрахованных, выражающихся в непредставлении ПМД, случаев оказанной помощи в счетах-реестрах, принуждение медицинскими работниками к отзыву жалоб застрахованных лиц;

-участившиеся случаи приписок не оказанной МП, отображаемой на Госуслугах (на 01.03.2024г. – порядка 60 жалоб), направленных в правоохранительные органы;

-из проверенных в первом квартале 2024г. 64 ГБУ заполняемость коек проверенных отделений в среднем составила 80,3% (от 33,5% по районным МО до 110% по республиканским).

- в ходе обходов в проверенных отделениях 40 МО (34 ЦРБ, 6 ЦГБ) в 19 МО, что составляет 47,5% выявлены факты отсутствия назначенных в историях болезни лекарственных средств в отделениях и приобретения препаратов за собственный счет пациентов.

Спасибо за внимание!

**СЛАЙД 12**