

Отчет о работе с обращениями застрахованных граждан в 2017 году.

За 2017 год в ТФОМС Тюменской области и страховые медицинские организации поступило 192 976 обращений, что на 7% меньше, чем за 2016 год (208 247). Из них письменно – 69,5% и в устной форме 30,5% (в том числе на телефоны «горячей линии» страховых медицинских организаций и ТФОМС Тюменской области - 46,8 тыс. обращений или 78% от всех устных обращений).

В структуре обращений основную долю – 93,3% в 2016 году и 69% в 2017 году занимают обращения застрахованных с заявлением по поводу выдачи/замены полиса ОМС. Страховыми медицинскими организациями в 2017 г. принято 133 557 заявлений, касающихся оформления полисов ОМС, что на 38% меньше, чем в 2016 году.

Вместе с тем, в 2017 году в сравнении с 2016 годом в 2,5 раза увеличилось число обращений по иным поводам (без учета обращений по поводу выдачи/замены полиса ОМС).

В сравнении с 2016 годом в 2,5 раза увеличилось число консультаций, в 2017 году страховые представители первого и второго уровня страховых медицинских организаций и сотрудники ТФОМС Тюменской области проконсультировали 60 312 человек в устной и письменной форме, что обусловлено организацией работы Контакт-центров во исполнение приказа ФФОМС от 24.12.2015 № 271 «О создании Контакт-центров в сфере обязательного медицинского страхования» и завершении формирования штата страховых представителей в страховых медицинских организациях.

Из всех обращений за консультациями 46% составляют обращения по вопросу обеспечения полисами ОМС. Из всех обратившихся по данному поводу 8,5% - иностранные граждане (в том числе беженцы).

На 2-ом месте в структуре консультаций – обращения по вопросу о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи по программе ОМС (16%).

На 3-ем месте – обращения по вопросу выбора и замены СМО (14%).

На 4-ом месте - о выборе МО в сфере ОМС (13%).

По поводу нарушения прав и законных интересов застрахованных лиц поступила 261 жалоба или 0,1% от всех обращений (по Российской Федерации – 0,3%).

Обоснованными признаны 120 жалоб или 46 % от общего количества жалоб (за 2016 год - 118 жалоб (49,2%)), в которых указано 120 причин нарушения прав застрахованных лиц. Количество жалоб в расчете на 100 000 застрахованных в 2017 году составило 8,0 случаев, как в 2016 году.

Наибольшее количество жалоб – на качество оказанной медицинской помощи (55% жалоб). Поступило жалоб на взимание денежных средств при оказании медицинской помощи 35 (29,2%), на лекарственное обеспечение – 4 (3,3%) и отказ в оказании медицинской помощи на территории страхования 5 (4,2%).

Отсутствуют жалобы на выбор МО, материально-техническое обеспечение, неисполнение СМО обязанностей по договору, неправомерное распространение персональных данных и выбор врача, санитарно-гигиеническое состояние МО; единичные жалобы на этику и деонтологию, обеспечение полисами ОМС.

Не смотря на большое количество обращений застрахованных граждан, количество жалоб остается на прежнем уровне. Это связано с тем, что много вопросов, возникающих у пациентов при обращении в медицинские организации решаются на месте страховыми представителями и сотрудниками медицинских организаций.

Исходя из вышеизложенного можно сделать вывод, что работа страховых представителей в формате «горячая линия» и непосредственно в медицинских организациях позволяет избежать потенциально конфликтных ситуаций, разъяснить пациентам порядок действий, что в конечном итоге ведет к снижению социальной напряженности.