

Отчет о работе с обращениями застрахованных граждан в 9 месяцев 2018 года.

За 9 месяцев 2018 года в ТФОМС Тюменской области и страховые медицинские организации поступило 136 311 обращение, что на 8,6% меньше, чем за 2017 год (148 138). Из них письменно – 76,1% и в устной форме 23,9% (в том числе на телефоны «горячей линии» страховых медицинских организаций и ТФОМС Тюменской области – 20,5 тыс. обращений или 63% от всех устных обращений).

В структуре обращений основную долю – 75% в 2018 году и 69,4% в 2017 году занимают обращения застрахованных с заявлением по поводу выдачи/замены полиса ОМС. Страховыми медицинскими организациями в 2018 г. принято 91 816 заявления, касающихся оформления полисов ОМС, что на 12,5% меньше, чем в 2017 году.

В 2018 году в сравнении с 2017 годом изменилось число обращений по иным поводам (без учета обращений по поводу выдачи/замены полиса ОМС) – уменьшилось на 25% в связи с введением единого электронного журнала обращений граждан, что позволило исключить дублирование учета обращений.

В сравнении с 2017 годом уменьшилась доля консультаций с 30,1% до 24,5% консультаций. В 2018 году страховые представители первого и второго уровня страховых медицинских организаций и сотрудники ТФОМС Тюменской области проконсультировали 33 341 человека в устной и письменной форме.

Большое количество консультаций осуществлено благодаря завершению формирования штата страховых представителей в страховых медицинских организациях.

Из всех обращений за консультациями 37,6% составляют обращения по вопросу обеспечения полисами ОМС. Из всех обратившихся по данному поводу 13,6% - 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 (29,2%).

На 3-ем месте – прочие вопросы, зачастую не относящиеся к сфере ОМС: обращения по вопросам оплаты листов нетрудоспособности, о правилах получения родовых сертификатов, по вопросам добровольного медицинского страхования, по вопросам работы бюро МСЭ, по вопросам работы портала ГОСУСЛУГИ и приложения medicina72, по вопросам обеспечения техническими средствами реабилитации инвалидов, вопросы о зубопротезировании (11,6%).

По поводу нарушения прав и законных интересов застрахованных лиц поступила 234 жалоб или 0,18% от всех обращений (по Российской Федерации – 0,3%).

Обоснованными признаны 136 жалоб или 58,1 % от общего количества жалоб (за 2017 год - 103 жалобы (52,8%)), в которых указано 136 причина нарушения прав застрахованных лиц. Количество жалоб в расчете на 100 000 застрахованных в 2018 году составило 8,9 случаев.

Наибольшее количество жалоб – на качество оказанной медицинской помощи (52,9% жалоб). Поступило жалоб на взимание денежных средств при оказании медицинской помощи 37 (27,2%), на лекарственное обеспечение – 5 (3,7%), на отказ в оказании медицинской помощи жалоб в текущем году не поступало.

Отсутствуют жалобы отказ в оказании медицинской помощи, материально-техническое обеспечение, неправомерное распространение персональных данных и выбор врача, санитарно-гигиеническое состояние МО, на этику и деонтологию, обеспечение полисами ОМС.

Не смотря на большое количество обращений застрахованных граждан, количество обоснованных жалоб остается на прежнем уровне – не превышает 0,1% от всех обращений. 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 «контакт-центров» и непосредственно в медицинских организациях позволяет избежать потенциально конфликтных ситуаций, разъяснить пациентам порядок действий, что в конечном итоге ведет к снижению социальной напряженности.